

Buku Ajar Keperawatan Anak

Verayanti Albertina Bata, S.Kep,Ns.,MPH
Ns.Wa Ode Erti Hikma,MKM
Ns. Fitri Anggraeni, S.Kep., M.Kes
Ns. Winarsi Pricilya Molintao, M.Kep
Kusmini Suprihatin, M.Kep.Ns.Sp.Kep.An
Dr. Nyimas Heny Purwati, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.An
Ulty Desmarnita, SKp. MKes., SpMat
NS.Hendrawati,M.Kes
Siti Zulva .,S.Kep Ners.,M.Kep
Nuraini Hakim, M.Kep.Ns.Sp.Kep.An
Feni Amelia Puspitasari, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An.
Uun Kurniasih S. Kep. Ns. M. MKes)

CV. SCIENCE TECHNO DIRECT

Buku Ajar Keperawatan ANak

Verayanti Albertina Bata, S.Kep,Ns.,MPH ; Ns.Wa Ode Ertly Hikma,MKM
Ns. Fitri Anggraeni, S.Kep., M.Kes ; Ns. Winarsi Pricilya Molintao, M.Kep ;
Kusmini Suprihatin, M.Kep.Ns.Sp.Kep.An ; Dr. Nyimas Heny Purwati,
M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.An ; Uly Desmarnita, SKp. MKes., SpMat ; Soleman Buni
Lero, S. Kep., Ns ;NS.Hendrawati,M.Kes ; Siti Zulva .,S.Kep Ners.,M.Kep
Nuraini Hakim, M.Kep.Ns.Sp.Kep.An ; Feni Amelia Puspitasari, M.Kep.,
Ns.Sp.Kep.An. ; Uun Kurniasih S. Kep. Ns. M. MKes)

Copyright © 2023 by Penulis

Diterbitkan oleh:

CV. SCIENCE TECHNO DIRECT
Perum Korpri, Pangkalpinang

Editor : Verayanti Albertina Bata, S.Kep,Ns.,MPH

Terbit: Juni, 2023

ISBN: 978-623-09-3601-2

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dengan bentuk dan cara apa pun tanpa izin tertulis dari penerbit

Kata Pengantar

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah Subhanahu Wa Ta'ala yang selalu melimpahkan Rahmat dan Karunia-Nya. Terima kasih juga penulis ucapkan kepada semua pihak yang telah turut serta dalam memberikan motivasi kepada penulis sehingga Buku Ajar Keperawatan Anak ini dapat terselesaikan dengan baik sesuai dengan Kurikulum Keperawatan.

Penulis sadar bahwa lembar kerja ini masih memiliki banyak kekurangan dan kesalahan baik dalam isinya maupun cara penulisannya. Oleh karena itu, kritik dan saran dari berbagai pihak sangatlah penulis harapkan demi perbaikan buku ini di masa yang akan datang. Penulis berharap, semoga buku ini dapat bermanfaat bagi semua pihak pengguna khususnya dan dunia keperawatan umumnya.

Daftar Isi

Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	iv
BAB I KONSEP KEPERAWATAN ANAK DALAM KONTEKS KELUARGA 1	
BAB II KONSEP DASAR PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN PADA ANAK.....	13
BAB III KOMUNIKASI PADA ANAK DAN KELUARGA	63
BAB IV KEBUTUHAN NUTRISI PADA ANAK.....	85
BAB V DDST II.....	117
BAB VI KONSEP BERMAIN.....	131
BAB VII KONSEP HOSPITALISASI.....	164
BAB VIII BIMBINGAN ANTISIPASI (ANTICIPATORY GUIDANCE) DAN PENCEGAHAN KECELAKAAN PADA ANAK.....	198
BAB IX ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM HEMATOLOGI	215

BAB X ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GANGGUAN PERSARAFAN	255
BAB XI ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANAK DENGGA GANGGUAN KARDIOVASKULAR: PENYAKIT <i>TETRALOGY OF FALLOT</i> DAN PENYAKIT KAWASAKI	277
BAB XII ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN	299
Tentang Penulis.....	310

BAB I KONSEP KEPERAWATAN ANAK DALAM KONTEKS KELUARGA

(Verayanti Albertina Bata, S.Kep,Ns.,MPH)

A. Perspektif keperawatan Anak

1. Definisi anak

Anak adalah sebagai individu yang unik dan mempunyai kebutuhan sesuai tahap perkembangannya. Sebagai individu yang unik, anak memiliki berbagai kebutuhan yang berbeda satu dengan yang lain sesuai tumbuh kembang. Kebutuhan fisiologis seperti nutrisi dan cairan, aktivitas, eliminasi, tidur dan lain• lain, sedangkan kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang akan terlihat sesuai tumbuh kembangnya.(Erita et al., 2019)

2. Kesehatan anak

a. Sehat

Menurut WHO, sehat adalah keadaan utuh fisik, jasmani, mental, dan sosial dan bukan hanya suatu keadaan yang bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan. Sedangkan kesehatan adalah suatu keadaan sehat jasmani, mental dan sosial.

Sehat fisik dimana tidak ada rasa sakit dan kondisi tubuh dan organ dalam kondisi yang normal

dapat berfungsi dengan baik. Sehat mental adalah suatu kondisi memungkinkan perkembangan fisik, intelektual, emosional yang optimal dari seseorang.

b. Mortalitas

Dalam pengukuran mortalitas adalah keadaan menghilangnya semua tanda-tanda kehidupan secara permanen, yang bisa terjadi setiap saat setelah kelahiran hidup.(SOPIAN, 2013)

c. Morbiditas

Morbiditas/sakit adalah penilaian seseorang terhadap penyakit sehubungan dengan pengalaman yang langsung dialaminya (bersifat subyektif).

3. Keperawatan anak

a. Falsafah/filosofi keperawatan anak

Keperawatan telah mengalami beberapa perubahan yang sangat mendasar, terutama dalam cara memandang terhadap klien anak itu sendiri dan pendekatan dalam pelayanan keperawatan anak.

Filosofi merupakan pandangan atau keyakinan yang dimiliki perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan pada anak. Keperawatan anak adalah konsisten dengan pengertian keperawatan “the diagnosis and treatment of human responses to actual or potential health problems (Erita et al., 2019)

1) Manusia (anak)

Dalam keperawatan anak yang menjadi individu (klien) adalah anak yang diartikan sebagai seseorang yang usianya kurang dari 18 tahun dalam masa tumbuh kembang, dengan

kebutuhan khusus yaitu kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Dalam proses berkembang anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola koping dan perilaku sosial. Ciri fisik pada semua anak tidak mungkin pertumbuhan fisiknya sama, demikian pula pada perkembangan kognitif adakalanya cepat atau lambat. Perkembangan konsep diri sudah ada sejak bayi akan tetapi belum terbentuk sempurna dan akan mengalami perkembangan seiring bertambahnya usia anak. Pola koping juga sudah terbentuk sejak bayi di mana bayi akan menangis saat lapar.

Perilaku sosial anak juga mengalami perkembangan yang terbentuk mulai bayi seperti anak mau diajak orang lain. Sedangkan respons emosi terhadap penyakit bervariasi tergantung pada usia dan pencapaian tugas perkembangan anak, seperti pada bayi saat perpisahan dengan orang tua maka responsnya akan menangis, berteriak, menarik diri dan menyerah pada situasi yaitu diam.

Dalam memberikan pelayanan keperawatan anak selalu diutamakan, mengingat kemampuan dalam mengatasi masalah masih dalam proses kematangan yang berbeda dibanding orang dewasa karena 4 struktur fisik anak dan dewasa

berbeda mulai dari besarnya ukuran hingga aspek kematangan fisiko. Proses fisiologis anak dengan dewasa mempunyai perbedaan dalam hal fungsi tubuh dimana orang dewasa cenderung sudah mencapai kematangan. Kemampuan berpikir anak dengan dewasa berbeda dimana fungsi otak dewasa sudah matang sedangkan anak masih dalam proses perkembangan. Demikian pula dalam hal tanggapan terhadap pengalaman masa lalu berbeda, pada anak cenderung kepada dampak psikologis yang apabila kurang mendukung maka akan berdampak pada tumbuh kembang anak sedangkan pada dewasa cenderung sudah mempunyai mekanisme coping yang baik dan matang.

2) Sehat-sakit

Rentang sehat-sakit merupakan batasan yang dapat diberikan bantuan pelayanan keperawatan pada anak adalah suatu kondisi anak berada dalam status kesehatan yang meliputi sejahtera, sehat optimal, sehat, sakit, sakit kronis dan meninggal. Rentang ini suatu alat ukur dalam menilai status kesehatan yang bersifat dinamis dalam setiap waktu. Selama dalam batas rentang tersebut anak membutuhkan bantuan perawat baik secara langsung maupun tidak langsung, seperti apabila anak dalam rentang sehat maka upaya perawat untuk meningkatkan derajat kesehatan sampai mencapai taraf kesejahteraan baik fisik, sosial

maupun spiritual. Demikian sebaliknya apabila anak dalam kondisi kritis atau meninggal maka perawat selalu memberikan bantuan dan dukungan pada keluarga.

3) Lingkungan

Lingkungandalam paradigma keperawatananak yang dimaksud adalah lingkungan eksternal maupun internal yang berperan dalam perubahan status kesehatan anak. Lingkungan internal seperti anak lahir dengan kelainan bawaan maka di kemudian hari akan terjadi perubahan status kesehatan yang cenderung sakit, sedang lingkungan eksternal seperti gizi buruk, peran orang tua, saudara, teman sebaya dan masyarakatakan mempengaruhistatus kesehatananak.

4) Keperawatan

Bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan kepada anak bertujuan untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan secara optimal dengan melibatkan keluarga. Upaya tersebut dapat tercapai dengan keterlibatan langsung pada keluarga mengingat keluarga merupakan sistem terbuka yang anggotanya dapat dirawat secara efektif dan keluarga sangat berperan dalam menentukan keberhasilan asuhan keperawatan, di samping keluarga mempunyai peran sangat penting dalam perlindungan anak dan mempunyai peran memenuhi kebutuhan anak. Peran lainnya

adalah mempertahankan kelangsungan hidup bagi anak dan keluarga, menjaga keselamatan anak dan mensejahterakan anak untuk mencapai masa depan anak yang lebih baik, melalui interaksi tersebut dalam terwujud kesejahteraan anak (Wong, 2009).

b. Peran perawat

Menurut (Erita et al., 2019)

1) Sebagai Edukator

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

2) Sebagai Konselor

Suatu waktu anak dan keluarganya mempunyai kebutuhan psikologis berupa dukungan/dorongan mental. Sebagai konselor, perawat dapat memberikan konseling

keperawatan ketika anak dan keluarganya membutuhkan. Hal inilah yang membedakan layanan konseling dengan pendidikan kesehatan. Dengan cara mendengarkan segala keluhan, melakukan sentuhan dan hadir secara fisik maka perawat dapat saling bertukar pikiran dan pendapat dengan orang tua tentang masalah anak dan keluarganya dan membantu mencarikan alternatif pemecahannya.

3) Sebagai koordinator atau kolaborator

Dengan pendekatan interdisiplin, perawat melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan anggota tim kesehatan lain dengan tujuan terlaksananya asuhan yang holistik dan komprehensif. Perawat berada pada posisi kunci untuk menjadi koordinator pelayanan kesehatan karena 24 jam berada di samping pasien. Keluarga adalah mitra perawat, oleh karena itu kerjasamadengan keluargajuga harus terbina dengan baik tidak hanya saat perawat membutuhkan informasi dari keluarga saja, melainkan seluruh rangkaian proses perawatan anak harus melibatkan keluarga secaraaktif

4) Sebagai pembuat keputusan etik

Perawat dituntut untuk dapat berperan sebagai pembuat keputusanetik dengan berdasarkan pada nilai normal yang diyakini dengan penekanan pada hak pasien untuk mendapat otonomi, menghindari hal-hal yang merugikan pasien dan

keuntungan asuhan keperawatan yaitu meningkatkan kesejahteraan pasien. Perawat juga harus terlibat dalam perumusan rencana pelayanan kesehatan di tingkat kebijakan. Perawat harus mempunyai suara untuk didengar oleh para pemegang kebijakan dan harus aktif dalam gerakan yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan anak. Perawat yang paling mengerti tentang pelayanan keperawatan anak. Oleh karena itu perawat harus dapat meyakinkan pemegang kebijakan bahwa usulan tentang perencanaan pelayanan keperawatan yang diajukan dapat memberi dampak terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan anak.

5) Sebagai peneliti

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

kualifikasi tertentu, perawat harus dapat melaksanakan penelitian yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas praktik keperawatan anak.

B. Pendekatan family centre care

1. Definisi keluarga

Keluarga merupakan dua orang tau lebih yang hidup bersama dengan ikatan dan kedekatan emosional baik yang tidak memiliki hubungan darah, perkawinan, atau adopsi dan tidak memiliki batas keanggotaan dalam keluarga. (Salamung et al., 2021)

2. Fungsi dan struktur keluarga

a. Fungsi keluarga

Fungsi pokok kelurga berdasarkan Friedman & Bowden, (2010) dalam (Salamung et al., 2021) secara umum sebagai berikut:

- 1) Fungsi afektif merupakan fungsi utama dalam megajarkan keluarga segala sesuatu dalam mempersiapkan anggota keluarga dapat bersosialisasi dengan orang lain
- 2) Fungsi sosialisasi merupakan fungsi dalam mengembangkan dan mengajarkan anak bagaimana berekehidupan sosial sebelum anak meninggalkan rumah dan bersosialisasi dengan orang lain di luar rumah.
- 3) Fungsi reproduksi merupakan fungsi untuk mempertahankan keturunan atau generasi dan dapat menjaga kelangsungan keluarga

- 4) Fungsi ekonomi merupakan keluarga yang berfungsi dalam memenuhi kebutuhan ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu sehingga meningkatkan penghasilan dalam memenuhi kebutuhan keluarga
- 5) Fungsi perawatan merupakan fungsi dalam mempertahankan status kesehatan keluarga dan anggota keluarga agar tetap produktif.

b. Struktur keluarga

Menurut (Salamung et al., 2021)

- 1) Patrilinear merupakan keluarga yang terdiri dari sanak saudara dan memiliki hubungan darah yang terdiri beberapa generasi dari garis keturunan ayah
- 2) Matrilinear merupakan keluarga yang terdiri dari sanak saudara dan memiliki hubungan darah yang terdiri beberapa generasi dari garis keturunan ibu
- 3) Matrilokal merupakan keluarga yang terdiri dari suami dan istri yang tinggal bersama dengan keluarga yang sedarah dengan istri
- 4) Patrilokal merupakan keluarga yang terdiri dari suami dan istri yang tinggal bersama dengan keluarga yang sedarah dengan suami
- 5) Keluarga kawin merupakan hubungan sepasang suami istri sebagai pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagaian dari keluarga karena ada hubungan dengan suami atau istri

DAFTAR PUSTAKA

- Erita, Hununwidiastuti, S., & Leniwita, H. (2019). Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak. In *Universitas Kristen Indonesia*.
- Salamung, N., Pertiwi, M. R., Ifansyah, M. N., Riskika, S., Maurida, N., Primasari, N. A., Rumbo, H., & Al., E. (2021). Keperawatan Keluarga (Family Nursing). In *Duta Media Publishing*.
- SOPIAN, A. (2013). *Konsep Dan Ukuran Mortalitas*.
<https://www.slideshare.net/PusdiklatKKB/modul-3-mortalitas-228350280>

BAB II KONSEP DASAR PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN PADA ANAK

(Ns.Wa Ode Erty Hikma,MKM)

A. Tujuan pembelajaran

Kegiatan belajar ini akan memberikan pengetahuan dan pemahaman kepada anda tentang Konsep Dasar Pertumbuhan dan Perkembangan pada anak meliputi pengertian pertumbuhan dan perkembangan, Pertumbuhan dan perkembangan pada Neonatus, Bayi, Usia Toodler,Preschool,Sekolah dan Remaja, faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan, Pola pertumbuhan dan perkembangan, Fase – fase pertumbuhan dan perkembangan (Teori Pieget,dan Ericsson), Parameneter pertumbuhan danperkembangan anak, Masalah – masalah kesehatan yang terjadi sesuai tahap pertumbuhan danperkembangan anak.

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar ini diharapkan anda memahami konsep dasar pertumbuhan dan perkembangan kepada anak secara umum yang penting digunakan dalam melaksanakan praktek asuhan keperawatan pada anak sesuai tahap pertumbuhan dan perkembangannya. Setelah selesai mengikuti kegiatan belajar ini, anda diharapkan mampu:

1. Mampu Memahami pengertian pertumbuhan dan perkembangan.
2. Mampu Memahami Pertumbuhan dan perkembangan pada

Neonatus, Bayi, Usia Toodler,Preschool,Sekolah dan Remaja.

3. Mampu Memahami faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan.
4. Mampu Memahami Pola pertumbuhan dan perkembangan
5. Mampu Memahami Fase – fase pertumbuhan dan perkembangan (Teori Pieget,dan Ericsson).
6. Mampu Memahami Parameneter pertumbuhan dan perkembangan anak.
7. Mampu Memahami Masalah – masalah kesehatan yang terjadi sesuai tahap pertumbuhan danperkembangan anak.

Berdasarkan tujuan yang telah dipaparkan di atas, maka secara berurutan bahan kajian yang akan dibahas dalam kegiatan belajar ini meliputi pengertian pertumbuhan dan perkembangan, Pertumbuhan dan perkembangan pada Neonatus, Bayi, Usia Toodler,Preschool,Sekolah dan Remaja, faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan, Pola pertumbuhan dan perkembangan, Fase – fase pertumbuhan dan perkembangan (Teori Pieget,dan Ericsson), Parameneter pertumbuhan danperkembangan anak, Masalah – masalah kesehatan yang terjadi sesuai tahap pertumbuhan danperkembangan anak.

B. Materi

1. Konsep Tumbuh Kembang
 - a. Konsep Tumbuh Kembang Anak

Pertumbuhan dan perkembangan tidak putus-putus/ meloncat-loncat, misal: satu jam tumbuh, satu jam tidak, sehari tumbuh, sehari tidak. Pertumbuhan dan

perkembangan terus berkelanjutan sehingga sulit melihat batas-batas kapan tepatnya setiap aspek perkembangan terjadi. Perkembangan pada umumnya terjadi pada kebanyakan orang dalam periode usia tertentu dicatat sebagai kecenderungan sifat perkembangan pada periode usia tertentu (Nurlaila,2018).

Istilah tumbuh kembang mencakup dua peristiwa yang berbeda sifatnya namun saling berkaitan dan sulit dipisahkan yaitu pertumbuhan dan perkembangan. Pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan masalah dalam besar, jumlah, ukuran, atau dimensi tingkat sel, organ, maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, kg) ukuran panjang (cm) umur tulang, dan keseimbangan metabolis (retensi kalsium dan nitrogen tubuh) (Sulistyawati, 2014; Nurlaila, 2018).

Perkembangan (*development*) adalah bertambahnya kemampuan (*skill*) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. Tahap ini menyangkut adanya proses diferensiasi sel-sel tubuh, jaringan tubuh, organ-organ, dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa, sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya (Sulistyawati, 2014).

2. Pertumbuhan dan perkembangan pada Neonatus, Bayi, Usia Toodler,Preschool,Sekolah dan Remaja

Berdasarkan beberapa teori, maka proses tumbuh kembang anak dibagimenjadi beberapa tahap (Nurlaila, 2018), yaitu:

- a. **Masa prenatal atau masa intra uterin** (masa janin dalam kandungan).Masa ini dibagi menjadi 3 periode, yaitu:
- 1) Masa zigot/mudigah, yaitu sejak saat konsepsi sampai umur kehamilan 2 minggu.
 - 2) Masa embrio, sejak umur kehamilan 2 minggu sampai 8/12 minggu. Sel telur/ovurn yang telah dibuahi dengan cepat akan menjadi suatu organism, terjadi diferensiasi yang berlangsung dengan cepat, terbentuk sistem organ dalam tubuh.
 - 3) Masa janinj fetus, sejak umur kehamilan 9/12 minggu sampai akhir kehamilan. Masajanin ini terdiri dari 2 periode yaitu: **Masa fetus dini**, yaitu sejak umur kehamilan 9 minggu sampai trimester ke 2 kehidupan intra uterin. Pada masa ini terjadi percepatan pertumbuhan, alat tubuh telah terbentuk dan mulai berfungsi. **Masa fetus lanjut**, yaitu trimester akhir kehamilan. Pada masa ini pertumbuhan berlangsung pesat disertai perkembangan fungsi organ. Terjadi transfer imunoglobulin G (Iq G) dari darah ibu melalui plasenta. Akumulasi asam lemak esensial omega 3 (*docosa hexanic acid*) dan omega 6 (*arachidonic acid*) pada otak dan retina. Trimester pertama kehamilan merupakan periode terpenting bagi berlangsungnya kehidupan janin. Pada masa ini pertumbuhan otak janin sangat peka terhadap lingkungan sekitarnya. Gizi kurang pada ibu hamil, infeksi, merokok dan asap rokok, minuman beralkohol, obat-obatan, bahan-bahan toksik, pola asuh, depresi berat, faktor psikologis

seperti kekerasan terhadap ibu hamil dapat menimbulkan pengaruh buruk bagi pertumbuhan janin dan kehamilan.

Agar janin dalam kandungan tumbuh dan berkembang menjadi anak sehat, maka selama hamil ibu dianjurkan untuk:

- Menjaga kesehatannya dengan baik.
- Selalu berada dalam lingkungan yang menyenangkan.
- Mendapat asupan gizi yang adekuat untuk janin yang dikandungnya.
- Memeriksa kehamilan dan kesehatannya secara teratur ke sarana kesehatan.
- Memberi stimulasi dini terhadap janin.
- Mendapatkan dukungan dari suami dan keluarganya.
- Menghindari stress baik fisik maupun psikis.

b. Masa bayi (*infancy*) umur 0-11 bulan.

Masa bayi dibagi menjadi 2 periode:

1) Masaneonatal, umur 0-28 hari.

Padamasa ini terjadi adaptasi terhadap lingkungan dan terjadi perubahan sirkulasi darah serta mulai berfungsinya organ-organ. Masa neonatal dibagi menjadi dua periode:

a) Masaneonata/dini, umur 0-7 hari.

b) Masneonata/lanjut, umur 8-28 hari,

2) Masapost neonatal, umur 29 hari sampai 11 bulan.

Pada masa ini terjadi pertumbuhan yang pesat dan proses pematangan berlangsung secara terus-menerus terutama meningkatnya fungsi sistem saraf. Selain itu untuk menjamin berlangsungnya proses tumbuh kembang optimal, bayi membutuhkan pemeliharaan kesehatan yang baik termasuk mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan, diperkenalkan pada makanan pendamping ASI sesuai dengan umurnya, mendapatkan imunisasi sesuai jadwal serta mendapatkan pola asuh yang sesuai.

Masa ini juga masa dimana kontak ibu dan bayi berlangsung sangat erat, sehingga dalam masa ini pengaruh ibu dalam mendidik anak sangat besar. Tahap perkembangan pada bayi dibagi dalam 4 tahap, yaitu perkembangan bayi **Umur 0-3 bulan** adalah: mampu mengangkat kepala setinggi 45°, menggerakkan kepala dari kiri ke kanan ke tengah, melihat dan menatap wajah anda, mengoceh spontan atau bereaksi dengan mengoceh, suka tertawa keras, bereaksi terkejut terhadap suara keras, membalas tersenyum ketika diajak bicara/tersenyum dan mengenal ibu dengan penglihatan, penciuman, pendengaran dan kontak.

Perkembangan Bayi **Umur 3-6 bulan**, anak mampu berbalik dari telungkup ke telentang, mengangkat kepala setinggi 90°, mempertahankan kepala tetap tegak dan stabil, menggenggam pensil, meraih benda yang ada dalam jangkauannya, memegang tangannya sendiri, berusaha memperluas

pandangan, mengarahkan matanya pada benda- benda kecil, mengeluarkan suara gembira bernada tinggi atau memekik dan tersenyum ketika melihat mainan/gambar yang menarik saat bermain sendiri.

Perkembangan bayi **Umur 6-9 bulan**, adalah mampu duduk (sikap tripod) sendiri, belajar berdiri, kedua kakinya menyangga sebagian berat badan, merangkak meraih mainan atau mendekati seseorang, memindahkan benda dari satu tangan ke tangan lainnya, memungut 2 benda, masing- masing tangan pegang 1 benda pada saat yang bersamaan, memungut benda sebesar kaeang dengan eara meraup, bersuara tanpa arti , mmmama, bababa, dadada, tatata, meneari mainan ataubenda yang dijatuhkan, bermain tepuk tangan atau *ci/uk ba*, bergembira dengan melempar benda dan makan kue sendiri. Sedangkan kemampuan bayi.

Umur 9-12 bulan, bayi sudah mampu mengangkat badannya ke posisi berdiri, belajar berdiri selama 30 detik atau berpegangan di kursi, dapat berjalan dengan dituntun, mengulurkan lengan/badan untuk meraih maianan yang diinginkan, menggenggam erat pensil, memasukkan benda ke mulut, mengulang dan menirukan bunyi yang didengar, menyebut 2-3 suku kata yang sama tanpa arti, mengeksplorasi sekitar, ingin tahu, ingin menyentuh apa saja, bereaski terhadap suara yang perlahan atau dibisikkan, senang diajak bermain 'ciluk ba' dan mengenal anggota keluarga, takut pada orang yang belum d

c. Masa anak toddler (umur 1-3 tahun).

Pada periode ini kecepatan pertumbuhan mulai menurun dan terdapat kemajuan dalam perkembangan motorik kasar dan motorik halus serta fungsi ekskresi. Periode ini juga merupakan masa yang penting bagi anak karena pertumbuhan dan perkembangan yang terjadi pada masa balita akan menentukan dan mempengaruhi tumbuh kembang anak selanjutnya. Setelah lahir sampai 3 tahun pertama kehidupannya (masa toddler), pertumbuhan dan perkembangan sel-sel otak masih berlangsung dan terjadi pertumbuhan serabut-serabut saraf dan cabang-cabangnya sehingga terbentuk jaringan saraf dan otak yang kompleks.

Jumlah dan pengaturan hubungan antar sel saraf ini akan sangat mempengaruhi kinerja otak mulai dari kemampuan belajar berjalan, mengenal huruf hingga bersosialisasi. Pada masa ini perkembangan kemampuan bicara dan bahasa, kreativitas, kesadaran sosial, emosional dan intelegensi berjalan sangat cepat dan merupakan landasan perkembangan berikutnya. Perkembangan moral dan dasar-dasar kepribadian anak juga dibentuk pada masa ini sehingga setiap kelainan penyimpangan sekecil apapun apabila tidak dideteksi dan ditangani dengan baik akan mengurangi kualitas sumber daya manusia dikemudian hari.

Perkembangan anak usia toddler dibagi dalam 3 tahap yaitu, perkembangan anak **Umur 12-18 bulan**, anak sudah mampu berdiri sendiri tanpa berpegangan, membungkuk mengambil mainan kemudian berdiri lagi, berjalan mundur 5 langkah, memanggil ayah dengan

kata 'papa' dan memanggil ibu dengan kata 'mama', menumpuk 2 kubus, memasukkan kubus di kotak, menunjuk apa yang diinginkan tanpa menangis merengek, anak bisa mengeluarkan suara yang menyenangkan atau menarik tangan ibu dan memperlihatkan rasa cemburu/bersaing.

Perkembangan anak **Umur 18-24 bulan** adalah berdiri sendiri tanpaberpegangan 30 detik, berjalan tanpa terhuyung-huyung, bertepuk- tepuk, melambai-lambai, menumpuk 4 buah kubus, mernungut benda kecil dengan ibu jari dan jari telunjuk, menggelindingkan bola kea rah sasaran, menyebut 3-6 kata yang mempunyai arti, membantu/menirukan pekerjaan rumah tangga dan memegang cangkir sendiri, belajar makan-minum sendiri. Sedangkan perkembangan anak **Umur 24-36 bulan** adalah mampu jalan naik tangga sendiri, dapat bermain dan menendang bola keeil, meneoret- coret pensil ke kertas, biara dengan baik, menggunakan 2 kata, dapat menunjuk 1 atau lebih baqian tubuhnya ketika diminta, melihat gambar dan dapat menyebut dengan benar nama 2 benda atau lebih, membantu memungut mainannya sendiri atau membantu mengangkat piring jika diminta, makan nasi sendiri tanpa banyak muntah dan mampu melepas pakaiannya sendiri.

d. Masa anak pra sekolah (umur 3-6 tahun).

Pada masa ini pertumbuhan berlangsung stabil, Aktivitas jasmani bertambah seiring dengan meningkatnya keterampilan dan proses berfikir. Pada masa ini selain lingkungan di dalam rumah, anak mulai diperkenalkan

pada lingkungan di luar rumah. Anak mulai senang bermain di luar rumah dan menjalin pertemanan dengan anak lain. Pada masa ini anak dipersiapkan untuk sekolah, untuk itu panca indra dan sistem reseptor penerima rangsangan serta proses memori harus sudah siap sehingga anak mampu belajar dengan baik.

Perkembangan anak usia prasekolah dibagi dalam 3 tahap yaitu perkembangan anak **umur 36-48 bulan** anak mampu berdiri 1 kaki 2 detik, melompat kedua kaki diangkat, mengayuh roda tiga, menggambar garis lurus, menumpuk 8 buah kubus, mengenal 2-4 warna, menyebutkan nama, umur dan tempat, mengerti arti kata diatas, dibawah, didepan, mendengarkan eiritra, meneuci dan mengeringkan tangan sendiri, bermain bersama teman, mengikuti aturan permainan, mengenakan sepatu sendiri dan mengenakan celana panjang, kemeja dan baju. Sedangkan kemampuan anak **Umur 48-60 bulan** adalah berdiri 1 kaki 6 detik, melompat-iompat 1 kaki, menari, menggambar tanda silang, menggambar lingkaran, menggambar orang dengan 3 bagian tubuh, menganeing baju atau pakaian boneka dan menyebutkan nama lengkap tanpa dibantu. Kemampuan anak **Umur 60-72 bulan** adalah berjalan lurus, berdiri dengan satu kaki selama 11 detik, menggambar dengan 6 bagian, menggambar orang lengkap, menangkap bola kecil dengan kedua tangan, menggambar segi empat, mengerti arti lawan kata, mengerti pembiearaan yang menggunakan 7 kata atau lebih, menjawab pertanyaan tentang benda terbuat dari apa dan kegunaannya, mengenal angka, bisa

mengetahui 5-10, mengenal warna-warni, mengungkapkan simpati, mengikuti aturan permainan dan mampu berpakaian sendiri tanpa dibantu.

e. Masa anak sekolah (6-12 tahun)

Pada masa ini pertumbuhan dan penambahan berat badan mulai melambat. Tinggi badan bertambah sedikitnya 5 cm per tahun. Anak mulai masuk sekolah dan mempunyai teman yang lebih banyak sehingga sosialisasinya lebih luas. Mereka terlihat lebih mandiri.

Mulai tertarik pada hubungan dengan lawan jenis tetapi tidak terikat. Menunjukkan kesukaan dalam berteman dan berkelompok dan bermain dalam kelompok dengan jenis kelamin yang sama tetapi mulai bereampur.

f. Masa anak usia remaja (12-18 tahun)

Pada remaja awal pertumbuhan meningkat cepat dan mencapai puncaknya. Karakteristik sekunder mulai tampak seperti perubahan suara pada anak laki-laki dan pertumbuhan payudara pada anak perempuan. Pada usia remaja tengah, pertumbuhan melambat pada anak perempuan. Bentuk tubuh mencapai 95% tinggi orang dewasa. Karakteristik sekunder sudah tercapai dengan baik. Pada remaja akhir, mereka sudah matang secara fisik dan struktur dan pertumbuhan organ reproduksi sudah hampir komplet. Pada usia ini identitas diri sangat penting termasuk didalamnya citra diri dan citra tubuh. Pada usia ini anak sangat berfokus pada diri sendiri, *narsisme* (kecintaan pada diri sendiri) meningkat. Mampu memandang masalah secara komprehensif. Mereka mulai

menjalin hubungan dengan lawan jenis dan status emosi biasanya lebih stabil terutama pada usia remaja lanjut.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan Anak

Kualitas tumbuh kembang anak dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor yang berasal dari dalam (*internal*) dan faktor yang berasal dari luar (eksternal) (Nurlaila, 2018).

a. Faktor internal terdiri dari:

i. Ras/etnik atau bangsa.

Anak yang dilahirkan dari ras bangsa Amerika tidak memiliki faktor hereditas ras bangsa Indonesia atau sebaliknya.

ii. Keluarga.

Ada kecenderungan keluarga yang memiliki postur tubuh tinggi, pendek, gemuk atau kurus.

iii. Umur.

Kecepatan pertumbuhan yang pesat terjadi pada masa prenatal, tahun pertama kehidupan dan masa remaja.

iv. Jenis kelamin.

Fungsi reproduksi pada anak perempuan berkembang lebih cepat daripada laki-laki. Tetapi setelah melewati masa pubertas pertumbuhan anak laki-laki akan lebih cepat.

v. Genetik.

- vi. Genetik (*heredokonstitusional*) adalah bawaan anak yaitu potensi anak yang akan menjadi ciri khasnya. Ada beberapa kelainan genetik yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak. Salahsatu contohnya adalahtubuh kerdil Kelainan kromosom. Kelainan kromosom umumnya disertai dengan kegagalanpertumbuhan dan perkembanganseperti pada *sindrom down* dan *sindrom turner*. Sedangkan faktor eksternal terdiri dari 3 (tiga) hal yaitu faktor prenatal, faktor persalinandan faktor pascapersalinan.

b. Faktor prenatal

1) Gizi

Nutrisi yang dikonsumsi ibu selama hamil akan mempengaruhi pertumbuhan janin yang dikandungnya. Oleh karena itu asupan nutrisi pada saat hamil harus sangat diperhatikan. Pemenuhan zat gizi menurut kaidah gizi seimbang patut dijalankan. Dalam setiap kali makan, usahakan ibu hamil mendapat cukup asupan karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral.

2) Mekanis

Trauma dan posisi fetus yang abnormal dapat menyebabkan kelainan kongenital seperti *club foot*, dislokasi panggul, falsi fasialis, dan sebagainya.

3) Toksin/zat kimia

Beberapa obat-obatan seperti aminopterin, thalidomid dapat menyebabkan kelainan kongenital palatoskisis.

4) Endokrin

Diabetes mellitus pada ibu hamil dapat menyebabkan makrosomia, kardiomegali, hiperplasia adrenal.

5) Radiasi

Paparan radium dan sinar rontgen dapat mengakibatkan kelainan pada janin seperti mikrosefali, spina bifida, retardasi mental dan deformitas anggota gerak, kelainan kongenital mata, kelainan jantung.

6) Infeksi

Infeksi pada trimester pertama dan kedua oleh TORCH (toksoplasma, rubella, cytomegalo virus, herpes simpleks) dapat menyebabkan kelainan pada janin, seperti katarak, bisu tuli, mikrosefali, retardasi mental dan kelainan jantung kongenital.

7) Kelainan imunologi

Eritoblastosisfetalis timbul karena perbedaan golongan darah antara ibu dan janin sehingga ibu membentuk antibody terhadap sel darah merah janin, kemudian melalui plasenta masuk ke dalam peredaran darah janin dan akan menyebabkan hemolisis yang selanjutnya mengakibatkan hiperbilirubinemia dan kern ikterus yang akan menyebabkan kerusakan jaringan otak.

8) Anoksia embrio

Anoksia embrio yang disebabkan oleh gangguan fungsi plasenta menyebabkan pertumbuhan janin terganggu.

9) Psikologis ibu

Kehamilan yang tidak diinginkan, perlakuan salah/kekerasan mental pada ibu selama hamil serta

gangguan psikologis lainnya dapat mempengaruhi pertumbuhan janin.

c. Faktor persalinan

Komplikasi yang terjadi pada saat proses persalinan seperti trauma kepala, asfiksia dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak bayi.

d. Faktor pasca persalinan

1) Gizi

Untuk tumbuh dan berkembang secara optimal, maka bayi dan anak memerlukan gizi/nutrisi yang adekuat. Pada masa bayi, makanan utamanya adalah ASI. Berikan hak anak untuk mendapatkan ASI eksklusif, yaitu hanya ASI sampai bayi berusia 6 bulan. Setelah itu tambahkan makanan pendamping ASI (MPASI), yang diberikan sesuai dengan usia anak. Pemberian MPASI harus diberikan secara bertahap sesuai dengan usia anak. Secara garis besar pemberian MPASI dibagi menjadi 2 tahapan, yaitu MPASI untuk usia 6 bulan, dan MPASI untuk usia 9 bulan ke atas. Keduanya berbeda dalam rasa dan teksturnya, sesuai dengan perkembangan dan kemampuan anak.

2) Penyakit kronis kelainan *congenital*

Penyakit-penyakit kronis seperti tuberculosi, anemia serta kelainan kongenital seperti kelainan jantung bawaan atau penyakit keturunan seperti thalasemia dapat mengakibatkan gangguan pada proses pertumbuhan.

3) Lingkungan fisik dan kimia

Lingkungan sering disebut *milieu* adalah tempat anak hidup yang berfungsi sebagai penyedia kebutuhan dasar anak (*provider*). Sanitasi lingkungan yang kurang baik, kurangnya sinar matahari, paparan sinar radio aktif, zat kimia tertentu (plumbum, merkuri, rokok dan sebagainya) mempunyai dampak negatif terhadap pertumbuhan anak.

4) Psikologis

Faktor psikologis yang dimaksud adalah bagaimana hubungan anak dengan orang di sekitarnya. Seorang anak yang tidak dikehendaki oleh orang tuanya atau anak yang selalu merasa tertekan akan mengalami hambatan dalam proses pertumbuhan dan perkembangannya.

5) Endokrin

Gangguan hormon, seperti pada penyakit hipotiroid dapat menyebabkan anak mengalami hambatan pertumbuhan.

6) Sosio-ekonomi

Kemiskinan selalu berkaitan dengan kekurangan makanan, kesehatan lingkungan yang jelek dan ketidaktahuan. Keadaan seperti ini dapat menghambat proses pertumbuhan dan perkembangan anak.

7) Lingkungan pengasuhan

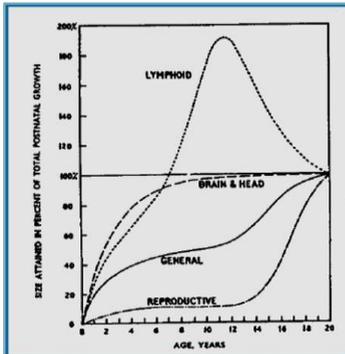
Pada lingkungan pengasuhan, interaksi ibu-anak sangat mempengaruhi tumbuh kembang anak.

8) Obat-obatan

Pemakaian kortikosteroid jangka lama akan menghambat pertumbuhan, demikian juga dengan pemakaian obat perangsang terhadap susunan saraf yang menyebabkan terhambatnya produksi hormon pertumbuhan.

4. Pola pertumbuhan dan perkembangan

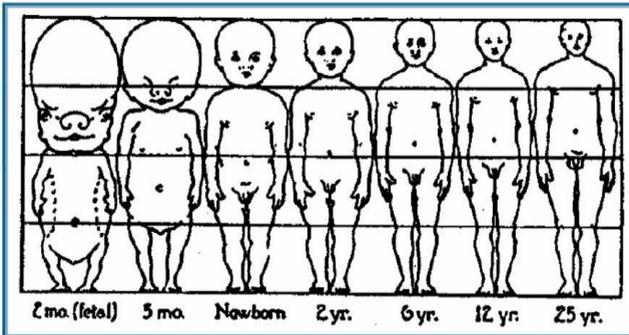
Pertumbuhan organ-organ tubuh mengikuti 4 pola, yaitu pola umum, neural, limfoid, serta reproduksi. Organ-organ yang mengikuti pola umum adalah tulang panjang, otoskelet, sistem pencernaan, pernafasan, peredaran darah, volume darah. Perkembangan otak bersama tulang-tulang yang melindunginya, mata, dan telinga berlangsung lebih dini. Otak bayi yang baru dilahirkan telah mempunyai berat 25% berat otak dewasa, 75% berat otak dewasa pada umur 2 tahun, dan pada umur 10 tahun telah mencapai 95% berat otak dewasa. Pertumbuhan jaringan limfoid agak berbeda dengan dari bagian tubuh lainnya, pertumbuhan mencapai maksimum sebelum remaja kemudian menurun hingga mencapai ukuran dewasa. Sedangkan organ-organ reproduksi tumbuh mengikuti pola tersendiri, yaitu pertumbuhan lambat pada usia pra remaja, kemudian disusul paku tumbuh pesat pada usia remaja. (Tanuwijaya, 2018; Meadow & Newell, 2022; Cameron, 2022). Perbedaan empat pola pertumbuhan tersebut tergambar dalam kurva di bawah ini.



Masing-masing organ memiliki pertumbuhan yang berbeda: 4 pola pertumbuhan:

- pertumbuhan umum
- Pertumbuhan organ limfoid
- Pertumbuhan otak dan kepala
- Pertumbuhan organ reproduksi

2. PERUBAHAN PROPORSI



Kurva pertumbuhan jaringan dan organ yang memperlihatkan 4 pola pertumbuhan

Usia dini merupakan fase awal perkembangan anak yang akan menentukan perkembangan pada fase selanjutnya.

Perkembangan anak pada fase awal terbagi menjadi 4 aspek kemampuan fungsional, yaitu motorik kasar, motorik halus dan penglihatan, berbicara dan bahasa, serta sosial emosi dan perilaku. Jika terjadi kekurangan pada salah satu aspek kemampuan tersebut dapat mempengaruhi perkembangan aspek yang lain.

Kemajuan perkembangan anak mengikuti suatu pola yang teratur dan mempunyai variasi pola batas pencapaian dan kecepatan. Batasan usia menunjukkan bahwa suatu patokan kemampuan harus dicapai pada usia tertentu. Batas ini menjadi penting dalam penilaian perkembangan, apabila anak gagal mencapai dapat memberikan petunjuk untuk segera melakukan penilaian yang lebih terperinci dan intervensi yang tepat.

5. Fase – fase pertumbuhan dan perkembangan (Teori Piaget, dan Ericsson).

a. Teori Piaget

Meliputi kemampuan intelegensi, kemampuan berpersepsi dan kemampuan mengakses informasi, berfikir logika, memecahkan masalah kompleks menjadi simple dan memahami ide yang abstrak menjadi konkrit, bagaimana menimbulkan prestasi dengan kemampuan yang dimiliki anak.

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

Perilaku anak banyak melibatkan motorik, belum terjadi kegiatan mental yang bersifat simbolis (berpikir). Sekitar usia 18-24 bulan anak mulai bisa melakukan operations, awal kemampuan berfikir.

2) Tahap pra operasional (2-7 tahun)

3) Tahap pra konseptual (2-4 tahun) anak melihat

dunia hanya dalam hubungan dengan dirinya, pola pikir egosentris. Pola berfikir ada dua yaitu: transduktif; anak mendasarkan kesimpulannya pada suatu peristiwa tertentu (ayam bertelur jadi semua binatang bertelur) atau karena ciri-ciri objek tertentu (truk dan mobil sama karena punya roda empat). Pola penalaran sinkretik terjadi bila anak mulai selalu mengubah•ubah kriteria klasifikasinya. Misalnya mula-mula ia mengelompokkan truk, sedan dan bus sendiri-sendiri, tapi kemudian mengelompokkan mereka berdasarkan warnanya, lalu berdasarkan besar -kecilnya, dst.

4) Tahap intuitif(4-7 tahun)

Pola pikir berdasar intuitif, penalaran masih kaku, terpusat pada bagian bagian tertentu dari objek dan semata-mata didasarkan atas penampakan objek.

5) Tahap operasional konkrit (7-12 tahun)

Konversi menunjukkan anak mampu menawar satu objek yang diubah bagaimanapun bentuknya, bila tidak ditambah atau dikurangi maka volumenya tetap. Seriasi menunjukkan anak mampu mengklasifikasikan objek menurut berbagai macam cirinya seperti: tinggi, besar, kecil, warna, bentuk, dst.

6) Tahap operasional-formal (mulai usia 12 tahun)

Anak dapat melakukan representasi simbolis tanpa menghadapi objek• objek yang ia pikirkan. Pola pikir menjadi lebih fleksibel melihat persoalan dari berbagai sudut yang berbeda.

b. Teori Ericsson (**perkembangan psikososial**)

Proses perkembangan psikososial tergantung pada bagaimana individu menyelesaikan tugas perkembangannya pada tahap itu, yang paling penting adalah bagaimana memfokuskan diri individu pada penyelesaian konflik yang baik itu berlawanan atau tidak dengan tugas perkembangannya. Perkembangan psikososial :

1) Trust vs. Miss trust (0-1 tahun)

Kebutuhan rasa aman dan ketidakberdayaannya menyebabkan konflik basic trust dan mistrust, bila anak mendapatkan rasa amannya maka anak akan mengembangkan kepercayaan diri terhadap lingkungannya, ibu sangat berperan penting.

2) Autonomy vs shame and doubt (2-3 tahun)

Organ tubuh lebih matang dan terkoordinasi dengan baik sehingga terjadi peningkatan keterampilan motorik, anak perlu dukungan, pujian, pengakuan, perhatian serta dorongan sehingga menimbulkan kepercayaan terhadapdirinya, sebaliknya celaan hanya akan membuat anak bertindak dan berfikir ragu - ragu. Kedua orang tua objek sosial terdekat dengan anak.

3) Iniatif vs guilty (3-6 tahun)

Bila tahap sebelumnya anak mengembangkan rasa percaya diri dan mandiri, anak akan mengembangkan kemampuan berinisiatif yaitu perasaan bebas untuk melakukan sesuatu atas kehendak sendiri. Bila tahap sebelumnya yang

dikembangkan adalah sikap ragu-ragu, maka ia akan selalu merasa bersalah dan tidak berani mengambil tindakan ataskehendak sendiri.

4) Industry vs inferiority (6-11 tahun)

Logika anak sudah mulai tumbuh dan anak sudah mulai sekolah, tuntutan peran dirinya dan bagi orang lain semakin luas sehingga konflik anak masa ini adalah rasa mampu dan rendah diri. Bila lingkungan ekstern lebih banyak menghargainya maka akan muncul rasa percaya diri tetapi bila sebaliknya, anak akan rendah diri.

5) Identity vs role confusion (mula; 12 tahun)

Anak mulai dihadapkan pada harapan-harapan kelompoknya dan dorongan yang makin kuat untuk men genal dirinya sendiri. Ia mulai berpikir bagaimana masa depannya, anak mulai mencari identitas dirinya serta perannya, jika ia berhasil melewati tahap ini maka ia tidak akan bingung menghadapi perannya.

6) Intimacy vs isolation (dewasa awal)

Individu sudah mulai mencari pasangan hidup. Kesiapan membina hubungan dengan orang lain, perasaan kasih sayang dan keintiman, sedang yang tidak mampu melakukannya akan mempunyai perasaan terkucil atau tersaing.

7) Generativity vs self absorption (dewasa tengah)

Adanya tuntutan untuk membantu orang lain di luar keluarganya, pengabdian masyarakat dan manusia

pada umumnya. Pengalaman di masa lalu menyebabkan individu mampu berbuat banyak untuk kemanusiaan, khususnya

generasi mendatang tetapi bila tahap-tahap silam, ia memperoleh banyak pengalaman negatif maka mungkin ia terkurung dalam kebutuhan dan persoalannya sendiri.

8) Ego integrity vs despair (dewasa lanjut)

Memasuki masa ini, individu akan menengok masa lalu. Kepuasan akan prestasi, dan tindakan-tindakan dimasa lalu akan menimbulkan perasaan puas. Bila ia merasa semuanya belum siap atau gaga I akan timbul kekecewaan yang mendalam.

6. Parameneter pertumbuhan danperkembangan anak

a. Pemantauan pertumbuhan

Seorang anak dikatakan tumbuh apabila ia bertambah berat dan tinggi setiap harinya. Untuk mengetahui sejauhmanakeadaanpertumbuhan anak dan apakah proses pertumbuhan tersebut berjalan normal atau tidak, maka diperlukan pemeriksaan dengan menggunakan parameter-parameter tertentu yang telah ditentukan. Parameter yang sering digunakan untukmenilai pertumbuhan anak adalah dengan melakukan pengukuran antropometrik. Pengukuran antropometrik dimaksudkan untuk mengetahui ukuran-ukuran fisik seorang anak dengan menggunakan alat ukur tertentu seperti timbangan dan pita pengukur (meteran). Ukuran antropometrik ini dibedakan menjadi 2 kelompok

yaitu Tergantung umur, yaitu hasil pengukuran dibandingkan dengan umur.

Misalnya berat badan (BB) terhadap umur, tinggi badan (TB) terhadap umur, lingkaran kepala (IK) terhadap umur dan lingkaran lengan atas (ILA) terhadap umur. Dengan demikian maka dapat diketahui apakah hasil pengukuran tersebut tergolong normal untuk anak seusianya atau tidak. Untuk menentukannya maka diperlukan keterangan yang akurat mengenai tanggal lahir anak. Kesulitannya adalah di daerah-daerah tertentu, dimana orang tua kadang-kadang tidak mengingat dan tidak ada catatan tentang tanggal lahir anak. Tidak tergantung umur yaitu hasil pengukuran dibandingkan dengan pengukuran lainnya tanpa memperhatikan berapa umur anak yang diukur. Misalnya berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB), lingkaran lengan atas (ILA) dan tebal lipatan kulit (TIK).

Hasil pengukuran antropometrik tersebut dibandingkan dengan ukuran baku tertentu misalnya NCHS dari Harvard atau standar baku nasional (Indonesia) seperti yang terekam pada Kartu Menuju Sehat (KMS). Dengan melihat perbandingan hasil penilaian dengan standar baku tersebut maka dapat diketahui status gizi anak. Nilai perbandingan ini dapat digunakan untuk menilai pertumbuhan fisik anak karena menunjukkan posisi anak tersebut pada persentil (%) keberapa untuk suatu ukuran antropometrik pertumbuhannya. Dengan demikian maka dapat disimpulkan apakah anak tersebut terletak pada variasi normal, kurang atau lebih. Selain itu juga dapat diamati *trend* (pergeseran) pertumbuhan

anak dari waktu ke waktu. Pemeriksaan antropometri yang paling sering digunakan untuk menentukan keadaan pertumbuhan pada masa Balita adalah (Nursalam, 2020):

1) Berat Badan (BB).

Berat badan (BB) merupakan parameter pertumbuhan yang paling sederhana, mudah diukur dan diulang. BB merupakan ukuran yang terpenting yang dipakai pada setiap pemeriksaan penilaian pertumbuhan fisik anak pada semua kelompok umur karena BB merupakan indikator yang tepat untuk mengetahui keadaan gizi dan tumbuh kembang anak saat pemeriksaan. BB sangat sensitif terhadap perubahan sedikit saja seperti sakit dan pola makan. Selain itu dari sisi pelaksanaan, pengukuran BB relatif objektif dan dapat diulangi dengan timbangan apa saja, murah dan mudah, serta tidak memerlukan waktu lama. Pada usia beberapa hari, bayi akan mengalami penurunan BB sekitar 10% dari berat badan lahir.

Hal ini disebabkan karena keluarnya mekonium dan urine yang belum diimbangi dengan asupan makanan yang adekuat seperti produksi ASI yang belum lancar. Umumnya BB akan kembali mencapai berat lahir pada hari ke sepuluh. Pada bayi sehat, kenaikan BB normal pada triwulan I adalah sekitar 700-1000 gram/bulan, triwulan II sekitar 500- 600 gram/bulan, triwulan III sekitar 350- 450 gram/bulan dan pada triwulan IV naik sekitar 250-350 gram/bulan. Selain dengan perkiraan di atas, BB dapat diukur dengan menggunakan rumus dari Behrman (1992), yaitu:

(a) Berat badan lahir rata-rata: 3,25 kg.

(b) Berat badan usia 3-12 bulan , digunakan rumus:BB =

(Umur bulan + 9) : 2

- (c) Berat badan usia 1-6 tahun, digunakan rumus: $BB (\text{Umur (tahun)} \times 2) + 8$
- (d) Untuk memudahkan perhitungan umur anak dalam bulan, maka apabila >15 hari dibulatkan ke atas, sedangkan apabila ≤ 15 dihilangkan. Contoh: usia bayi saat pemeriksaan 5 bulan 20 hari, maka untuk perhitungan bayi tersebut dianggap berusia 6 bulan. Sedangkan untuk anak usia di atas satu tahun, bila kelebihannya > 6 bulan dibulatkan menjadi 1 tahun dan apabila ≤ 6 bulan dihilangkan. Contoh: usia anak saat pemeriksaan adalah 3 tahun 6 bulan, maka untuk perhitungan anak tersebut dianggap berusia 3 tahun.



Gambar 2.1
Cara mengukur berat badan bayi (kiri)
dan anak (kanan)

2) Tinggi Badan (TB)

Tinggi badan (TB) merupakan ukuran antropometrik yang penting. TB merupakan indikator yang menggambarkan proses pertumbuhan yang berlangsung dalam kurun waktu relatif lama (kronis), dan berguna untuk mendeteksi gangguan pertumbuhan fisik di masa lampau. Keuntungannya adalah pengukurannya objektif, dapat diulang, alat dapat dibuat sendiri, murah dan mudah dibawa.

Kerugiannya perubahan tinggi badan relatif lambat dan sukar untuk mengukur tinggi badan secara tepat.

Pengukuran TB pada anak umur kurang dari 2 tahun dilakukan dengan posisi tidur dan pada anak umur lebih dari 2 tahun dilakukan dengan posisi berdiri. Tinggi badan untuk anak kurang dari 2 tahun sering disebut panjang badan. Pada bayi baru lahir, panjang badannya rata-rata pertumbuhannya adalah 1,25cm/bulan ($1,5 \times$ panjang badan lahir). Penambahan ini akan berangsur-angsur berkurang sampai usia 9 tahun, yaitu sekitar 5cm/tahun. Peningkatan tinggi badan yang pesat terjadi pada usia pubertas yaitu sekitar 5-25 cm/tahun pada wanita sedangkan pada laki-laki peningkatannya sekitar 10-30 cm/tahun. Pertambahan tinggi badan akan berhenti pada usia 18-20 tahun. Perkiraan tinggi badan berdasarkan rumus Behrman (1992) adalah sebagai berikut:

- (a) Perkiraan panjang lahir: 50 cm.
- (b) Perkiraan panjang badan usia 1 tahun = $1,5 \times$ panjang badan lahir. Perkiraan tinggi badan usia 2-12 tahun = $(\text{umur} \times 6) + 77$. Seperti pada BB, pengukuran TB juga memerlukan informasi seperti umur yang tepat, jenis kelamin dan standar baku yang diacu. TB kemudian dipetakan pada kurve TB atau dihitung terhadap standar baku dan dinyatakan dalam persen. TB/U dibandingkan dengan standar baku (%):
 - (a) 90-110% = baik/normal
 - (b) 70-89% = tinggi kurang
 - (c) $< 70\%$ = tinggi sangat kurang



Gambar 2.2
Cara mengukur panjang badan bayi



Gambar 2.3
Cara mengukur tinggi badan anak

3) Lingkar Kepala (LK).

Lingkar kepala (LK) menggambarkan pertumbuhan otak dari estimasi volume dalam kepala. Lingkar kepala dipengaruhi oleh status gizi anak sampai usia 36 bulan. Pengukuran rutin dilakukan untuk menjarang kemungkinan adanya penyebab lain yang dapat mempengaruhi pertumbuhan otak walaupun untuk itu diperlukan

pengukuran LK seera berkala. Apabila pertumbuhan otak mengalami gangguan yang dideteksi dari hasil pengukuran LK yang kecil (dinamakan mikrosefali) maka hal ini bisa mengarahkan si anak pada kelainan retardasi mental.

Sebaliknya kalau ada gangguan pada sirkulasi cairan otak (*liquor cerebrospinal*) maka volume kepala akan membesar (*mskroseteti*), kelainan ini dikenal dengan nama hidrosefalus.

Pengukuran LK paling bermanfaat pada 6 bulan pertama sampai 2 tahun karena pada periode ini pertumbuhan otak berlangsung dengan pesat. Namun LK yang abnormal baik kecil maupun besar bisa juga disebabkan oleh faktor genetik (keturunan) dan bawaan bayi. Pada 6 bulan pertama kehidupan, LK berkisar antara 34-44 em sedangkan pada umur 1 tahun sekitar 47 em, 2 tahun 49 em dan dewasa 54 em. Pengukuran LK lebih jarang dilakukan dibandingkan dengan ukuran antropometrik lainnya, keeualiapabila ada keeurigaanakan pertumbuhan yang tidak normal



Gambar 2.4
Cara mengukur lingkaran kepala bayi

4) Lingkar lengan Atas (LLA).

Lingkar lengan atas (LLA) menggambarkan tumbuh kembang jaringan lemak di bawah kulit dan otot yang tidak banyak terpengaruh oleh keadaan cairan tubuh dibandingkan dengan berat badan (88). LLA lebih sesuai untuk dipakai menilai keadaan gizi/tumbuh kembang pada anak kelompok umur prasekolah (1-5 tahun). Pengukuran LLA ini mudah, murah, alat bisa dibuat sendiri dan bisa dilakukan oleh siapa saja. Alat yang digunakan biasanya adalah pita ukur elastis. Namun, penggunaan LLA ini lebih

tepat untuk mengidentifikasi anak dengan gangguan gizi/ pertumbuhan fisik yang berat. Pertambahan LLA ini relatif lambat. Saat lahir, LLA sekitar 11 cm dan pada tahun pertama bertambah menjadi 16 cm. selanjutnya ukuran tersebut tidak banyak berubah sampai usia 3 tahun. Interpretasi hasil pengukuran LLA:

(a) LLA(cm):

- < 12.5 cm = gizi buruk (merah).
- 12.5 -13.5 cm = gizi kurang (kuning).
- > 13.5 cm = gizi baik (hijau).

(b) Bila umur tidak diketahui, status gizi dinilai dengan indeks LLA/TB:

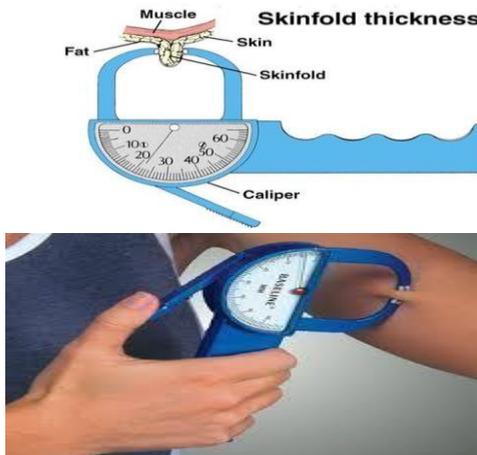
- <75% = gizi buruk,
- 75-80% = gizi kurang,
- 80-85% = *borderline*, dan
- >85% = gizi baik (normal).

5) Tebal Lipatan Kulit (TLK).

Tebal lipatan kulit (TLK) merupakan pencerminan tumbuh kembang jaringan lemak di bawah kulit yang lebih spesifik.

Hampir 50% lemak tubuh berada di jaringan subkutis sehingga dengan mengukur lapisan lemak (TLK) dapat diperkirakan jumlah lemak total dalam tubuh. Hasilnya dibandingkan dengan standar dan dapat menunjukkan status gizi dan komposisi tubuh serta cadangan energi. Pada keadaan asupan gizi yang kurang (malnutrisi misalnya), tebal lipatan kulit menipis dan sebaliknya menebal pada anak dengan asupan gizi yang berlebihan (*overweight* sampai *obese*). Sehingga parameter ini juga dapat bermakna penting bagi pengaturan

pola diet anak khususnya yang mengalami kegemukan (*overweight* sampai *obese*). Selain itu, pemeriksaan TLK bila dikaitkan dengan nilai LLA misalnya pada otot triseps dapat dipakai untuk menghitung massa otot. Regio tubuh umum tempat dilakukannya pengukuran TLK dengan menggunakan *skinfold calliper* adalah regio trisep, bisep, subskapula, suprailiaka, dan betis.



Gambar 2.5
**Cara mengukur tebal lipatan (*skinfold*)
menggunakan *skinfold caliper***

b. Pemantauan perkembangan

Jika pertumbuhan ditujukan untuk kematangan fisik, maka perkembangan lebih ditujukan untuk membuat fisik mempunyai makna dalam hidup. Ada beberapa parameter yang dapat digunakan untuk menilai perkembangan, diantaranya ialah:

1) Denver Development Screening Test (DDST) II.

Menurut Soetjiningsih (2012), DDST adalah salah satu dari metode skrining terhadap kelainan perkembangan anak. Tes ini bukanlah tes diagnostik atau tes IQ. DDST memenuhi semua persyaratan yang diperlukan untuk metode skrining yang baik. Tes ini mudah dan cepat (15 sampai 20 menit) dapat diandalkan dan menunjukkan validitas yang tinggi. Dari beberapa penelitian yang dilakukan ternyata DDST secara efektif dapat mengidentifikasi antara 85-100% bayi dan anak-anak pra sekolah yang mengalami keterlambatan perkembangan, dan pada *follow up* selanjutnya ternyata 89% dari kelompok DDST abnormal mengalami kegagalan di sekolah 5-6 tahun.

2) Kegunaan DDST

Walaupun DDST tidak dapat dijadikan patokan sebagai tes diagnostik untuk menilai adanya kelainan perkembangan, tetapi DDST berguna untuk:

- a) Menilai perkembangan anak sesuai dengan umurnya.
- b) Memantau anak yang tampak sehat dari umur 0 tahun sampai dengan 6 tahun.
- c) Menjaring anak tanpa gejala terhadap kemungkinan adanya kelainan

- d) perkembangan.
- e) Memastikan apakah anak dengan persangkaan ada kelainan,apakah benarbenar ada kelainan perkembangan.
- f) Monitor anak dengan resiko perkembangan misalnyaanak denganmasalah perinatal.

Aspek perkembangan yang dinilai terdiri dari 105 tugas perkembangan yang kemudian dilakukan revisi sehingga pada DDST II menjadi 125 tugas perkembangan. Semua tugas perkembangan itu disusun berdasarkan urutan perkembangan dan diatur dalam 4 (empat) kelompok besar yang disebut sektor perkembangan yang meliputi:

- a) *Personal social* (perilaku sosial), yaitu aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya.
- b) *Fine motor adaptive* (gerakan motorik halus), yaitu aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak untuk mengamati sesuatu, melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu dan dilakukan otot-otot kecil tetapi memerlukan koordinasi yang cermat.
- c) *Language* (bahasa), yaitu aspek yang berhubungan dengan kemampuan untuk memberikan respons terhadap suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan.
- d) *Gross motor* (gerakan motorik kasar), yaitu aspek yang berhubungan dengan pergerakan dan sikap tubuh.

Setiap tugas digambarkan dalam bentuk kotak persegi panjang horizontal yang berurutan menurut

umur dalam lembar DDST. Pada umumnya saat tes dilakukan, tugas yang diperiksa pada setiap kali skrining hanya berkisar antara 25-30 tugas saja, sehingga tidak memakan waktu lama.

3) Prosedur DDST:

Dalam pemeriksaan DDST ada beberapa syarat yang harus digunakanyaitu alat dan prosedur pelaksanaan. Alat yang digunakan: benang wol merah, kismis/manic-manik, kubus warna merah, kuning, hijau, biru, permainan anak, botol keeil, bola tenis, bel kecil, kertas dan pensil, lembar formulir DDST dan buku petunjuk sebagai referensi. Prosedur DDST terdiri dari 2 tahap:

- a) Tahap pertama dilakukan seeara periodik pada semua anak yang berusia: 3-6 bulan, 9-12 bulan, 18-24 bulan, 3 tahun, 4 tahun dan 5 tahun.
- b) Tahap ke dua dilakukan pada mereka yang dieurigai adanya hambatan perkembangan pada tahap 1 kemudian dilanjutkan dengan evaluasi diagnostik yang lengkap.

4) Teknik pemeriksaan:

- a) Tentukan umur anak dengan menggunakan patokan 30 hari untuk 1 bulan dan 12 bulan untuk 1 tahun.
- b) Bila hasil perhitungan umur kurang dari 15 hari maka dibulatkan ke bawah, bila sama dengan atau lebih dari 15 hari di bulatkan ke atas.

Contoh: Nina lahir pada tanggal 1 januari 2011 dari kehamilancukup bulan dan tes dilakukan

pada tanggal 9 November 2015, maka perhitungannya adalah sebagai berikut:

	Tahun	Bulan	Tanggal
Tanggal dilakukan penilaian	2015	11	9
Tanggal lahir	2011	1	1
Usia anak saat penilaian	4	10	8

	Tahun	Bulan	Tanggal
Tanggal dilakukan penilaian	2013	7	19
Tanggal lahir	2010	9	21
Usia penyesuaian	2	9	13

Jadi umur Nina 4 tahun 10 bulan 8 hari. Karena 8 hari lebih kecil dari 15 hari, maka dibulatkan ke bawah sehingga umur Nina adalah 4 tahun 10 bulan. Lakukan perhitungan penyesuaian usia bila tanggal lahir anak lebih cepat minimal 15 hari dari taksiran persalinan atau hari perkiraan persalinan (HPL). Contoh: Ali lahir tanggal 21 September 2010. Saat dilakukan tes DDST tanggal 19 Juli 2013 menurut ibunya berdasarkan keterangan petugas kesehatan saat pemeriksaan

kehamilan, Ali seharusnya lahir tanggal 8 Oktober 2010. Maka usia penyesuaian Ali untuk pemeriksaan DDST adalah:

Jadi yang di buat garis umur adalah 2 tahun 9 bulan, bukan 2 tahun 10 bulan.

- c) Setelah diketahui umur anak, selanjutnya dengan menggunakan penggaris tarik garis secara vertikal dari atas ke bawah berdasarkan umur kronologis yang tertera di bagian atas formulir sehingga memotong kotak tugas perkembangan pada formulir DDST. (✓)
- d) Lakukan penilaian pada tiap sektor, apakah **Lulus** (*Passed* = P = beri tanda (✓), **Gagal** (*Fail* = F = tanda 0), **Menolak** (*Refusal* = R = tanda M) atau anak tidak mendapat kesempatan melakukan tugas (*No Opportunity* = NO).
- e. Setelah itu dihitung pada masing-masing sektor, berapa item yang mendapat P dan F, selanjutnya hasil tes diklasifikasikan dalam: **Normal**, **Abnormal**, **Meragukan** (*Question-Able*) dan **Tidak dapat dites** (*Untestable*).
 - 1) Hasil penilaian (interpretasi hasil DDST):**Abnormal**
 - a) Bila didapatkan 2 atau > *delay* pada 2 sektor atau lebih.
 - b) Bila dalam 1 sektor atau > didapatkan 2 atau > *delay* + 1 sektor atau > dengan 1 *delay* dan pada sektor yang sarna tidak ada yang lulus pada kotak yang berpotongan dengan garis vertikal usia.

Meragukan (Suspect)

- a) Bila pada 1 sektor didapatkan 2 keterlambatan/lebih.
- b) Bila pada 1 sektor atau lebih didapatkan 1 keterlambatan dan pada sektor yang sama tidak ada yang lulus pada kotak yang berpotongan dengan garis vertikal usia.
- c) Bila didapatkan minimal 2 caution atau minimal delay (pada satu sektor).
- d) Lakukan uji ulang dalam satu sampai 2 minggu untuk menghilangkan faktor sesaat (rasa takut, keadaan sakit, kelelahan).

Tidak dapat dites (*Untestable*)

- a) Apabila terjadi penolakan yang menyebabkan hasil tes menjadi abnormal atau meragukan.
- b) Bila ada skor menolak 1 atau lebih item sebelahkiri garis umur.
- c) Menolak > 1 item area 75%-90% (warna hijau)

Normal

- a) Semua yang tidak tercantum dalam kriteria tersebut di atas
- b) Bila tidak ada keterlambatan / delay
- c) Maksimal 1 caution
- d) Lakukan ulang pemeriksaan pada kontrak kesehatan berikutnya.

C. LATIHAN

Untuk memperdalam pemahaman anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut! anda dianjurkan untuk melakukan penilaian pertumbuhan dan perkembangan terhadap 1 orang anak usia infan (6 bulan). Apakah pertumbuhan dan perkembangan anak tersebut sesuai dengan konsep yang anda pahami.

Petunjuk jawaban latihan

Pilih 1 orang anak usia infan (6 bulan) dari keluarga anda atau anak tetangga yang ada di sekitar rumah anda. Lakukan penilaian pertumbuhan dan perkembangan terhadap anak tersebut. Bagaimanakah hasil penilaian anda? Buatlah dalam bentuk laporan hasil penilaian yang sudah anda lakukan tersebut.

1. Masalah – masalah kesehatan yang terjadi sesuai tahap pertumbuhan dan perkembangan anak.

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

a. Gangguan Pertumbuhan Fisik

Gangguan pertumbuhan fisik meliputi gangguan pertumbuhan di atas normal dan gangguan pertumbuhan di bawah normal. Pemantauan berat badan menggunakan KMS (Kartu Menuju Sehat) dapat dilakukan secara mudah untuk mengetahui pola pertumbuhan anak. Menurut Soetjningsih (2013) bila grafik berat badan anak lebih dari 120% kemungkinan anak mengalami obesitas atau kelainan hormonal. Sedangkan, apabila grafik berat badan di bawah normal kemungkinan anak mengalami kurang gizi,

menderita penyakit kronis, atau kelainan hormonal. Lingkar kepala juga menjadi salahsatu parameter yang penting dalam mendeteksi gangguanpertumbuhan dan perkembangan anak. Ukuran lingkar kepala menggambarkan isi kepala termasuk otakdan cairan serebrospinal. Lingkar kepala yang lebih dari normal dapat dijumpai padaanak yang menderita hidrosefalus, megaensefali, tumor otak ataupun hanya merupakanvariasi normal. Sedangkan apabila lingkar kepala kurang dari normal dapat diduga anak menderita retardasi mental, malnutrisi kronis ataupun hanya merupakan variasi normal. Deteksi dini gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran juga perlu dilakukan untuk mengantisipasi terjadinya gangguan yang lebih berat. Jenis gangguan penglihatanyang dapat diderita oleh anak antara lain adalah maturitas visual yang terlambat, gangguan refraksi, juling, nistagmus, ambliopia, buta warna, dan kebutaan akibatkatarak, neuritis optik, glaukoma, dan lain sebagainya. (Soetjningsih, 2018). Sedangkanketuliaan pada anak dapat dibedakan menjadi tuli konduksi dan tuli sensorineural. Menurut Hendarmin, S (2019), tuli pada anak dapat disebabkan karena faktor prenatal danpostnatal. Faktor prenatal antara lain adalah genetik dan infeksi TORCH yang terjadiselama kehamilan. Sedangkan faktor postnatal yang sering mengakibatkan ketuliaan adalah infeksi bakteri atau virus yang terkait dengan otitis media.

b. Gangguan perkembangan motorik

Perkembangan motorik yang lambat dapat disebabkan oleh beberapa hal. Salah satu penyebab gangguan perkembangan motorik adalah kelainan tonus otot atau

penyakit neuromuskular. Anak dengan serebral palsi dapat mengalami keterbatasan perkembangan motorik sebagai akibat spastisitas, athetosis, ataksia, atau hipotonia. Kelainan sumsum tulang belakang seperti spina bifida juga dapat menyebabkan keterlambatan perkembangan motorik. Penyakit neuromuscular seperti muscular distrofi memperlihatkan keterlambatan dalam kemampuan berjalan. Namun, tidak selamanya gangguan perkembangan motorik selalu didasari adanya penyakit tersebut. Faktor lingkungan serta kepribadian anak juga dapat mempengaruhi keterlambatan dalam perkembangan motorik. Anak yang tidak mempunyai kesempatan untuk belajar seperti sering digendong atau diletakkan di baby walker dapat mengalami keterlambatan dalam mencapai kemampuan motorik.

c. Gangguan perkembangan bahasa

Kemampuan bahasa merupakan kombinasi seluruh system perkembangan anak. Kemampuan berbahasa melibatkan kemampuan motorik, psikologis, emosional, dan perilaku (Widyastuti, 2021). Gangguan perkembangan bahasa pada anak dapat diakibatkan berbagai faktor, yaitu adanya faktor genetik, gangguan pendengaran, intelegensia rendah, kurangnya interaksi anak dengan lingkungan, maturasi yang terlambat, dan faktor keluarga. Selain itu, gangguan bicara juga dapat disebabkan karena adanya kelainan fisik seperti bibir sumbing dan serebral palsi. Gagap juga termasuk salah satu gangguan perkembangan bahasa yang dapat disebabkan karena adanya tekanan dari orang tua agar anak bicara jelas (Soetjingsih, 2018).

d. Gangguan Emosi dan Perilaku

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

e. Cerebral palsy.

Merupakan suatu kelainan gerakan dan postur tubuh yang tidak progresif, yang disebabkan oleh karena suatu kerusakan/gangguan pada sel-sel motorik pada susunan saraf pusat yang sedang tumbuh/belum selesai pertumbuhannya.

f. Sindrom Down.

Anak dengan Sindrom Down adalah individu yang dapat dikenal dari fenotipnya dan mempunyai kecerdasan yang terbatas, yang terjadi akibat adanya jumlah kromosom 21 yang berlebih. Perkembangannya lebih lambat dari anak yang normal. Beberapa faktor seperti kelainan jantung kongenital, hipotonia yang berat, masalah biologis atau

lingkungan lainnya dapat menyebabkan keterlambatan perkembangan motorik dan keterampilan untuk menolong diri sendiri.

g. Perawakan Pendek.

Short stature atau Perawakan Pendek merupakan suatu terminologi mengenai tinggi badan yang berada di bawah persentil 3 atau -2 SD pada kurva pertumbuhan yang berlaku pada populasi tersebut. Penyebabnya dapat karena varisasi normal, gangguan gizi, kelainan kromosom, penyakit sistemik atau karena kelainan endokrin.

h. Gangguan Autisme.

Merupakan gangguan perkembangan pervasif pada anak yang gejalanya muncul sebelum anak berumur 3 tahun. Pervasif berarti meliputi seluruh aspek perkembangan sehingga gangguan tersebut sangat luas dan berat, yang mempengaruhi anak secara mendalam. Gangguan perkembangan yang ditemukan pada autisme mencakup bidang interaksi sosial, komunikasi dan perilaku.

i. Retardasi Mental.

Merupakan suatu kondisi yang ditandai oleh intelegensia yang rendah ($IQ < 70$) yang menyebabkan ketidakmampuan individu untuk belajar dan beradaptasi terhadap tuntutan masyarakat atas kemampuan yang dianggap normal.

j. Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)

Merupakan gangguan dimana anak mengalami kesulitan untuk memusatkan perhatian yang seringkali disertai dengan hiperaktivitas.

D. Rangkuman

Pertumbuhan dan perkembangan merupakan suatu proses yang diawali dari konsepsi (pembuahan) sampai pematangan atau dewasa. Melalui proses tersebut anak tumbuh menjadi lebih besar dan bertambah matang dalam segala aspek baik fisik, emosi, intelektual, maupun psikososial. Apabila terdapat suatu masalah dalam proses tersebut maka yang akan berakibat terhambatnya anak mencapai tingkat tumbuh kembang yang sesuai dengan usianya. Apabila gangguan ini berlanjut maka akan menjadi suatu bentuk kecacatan yang menetap pada anak. Namun, apabila sejak dini gangguan tumbuh kembang sudah terdeteksi, maka kita dapat melakukan suatu intervensi sesuai dengan kebutuhan anak. Melalui intervensi yang dilakukan sejak dini itulah tumbuh kembang anak pada tahap selanjutnya dapat berjalan dengan lebih baik.

Pertumbuhan seorang anak dapat dinilai dengan cara melakukan serangkaian pemeriksaan pertumbuhan yang disebut dengan pemeriksaan antropometrik yang terdiri dari pengukuran berat badan, tinggi badan, lingkar kepala, lingkar lengan atas dan tebal lipatan kulit. Berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut dapat diketahui status nutrisi anak, tingkat pertumbuhannya, serta deteksi adanya kemungkinan penyakit kongenital seperti hidrosepalus atau retardasi mental. Selain itu Pemantauan perkembangan anak dapat dilakukan dengan beberapa cara, salah satunya dengan menggunakan tes DDST. DDST merupakan salah satu metode yang bisa dilakukan untuk menilai kemampuan anak dalam melakukan tugas perkembangannya. DDST bukan pemeriksaan diagnostik

bukan pula pemeriksaan IQ. Tetapi hasil DDST dapat menjadi indikator perkembangan anak sehingga apabila hasil pemeriksaan banyak item yang gagal dilakukan anak, maka orang tua harus waspada dan hendaknya dilakukan pemeriksaan lebih lanjut. Indikator perkembangan yang diperiksa dalam DDST terdiri dari 4 sektor yaitu personal sosial, motorik halus, bahasa dan motorik kasar. Kesemuanya dijabarkan menjadi 125 item tugas perkembangan yang harus dilewati anak sesuai dengan usianya.

Gangguan pertumbuhan dan perkembangan merupakan masalah yang banyak dijumpai di masyarakat, sehingga sangatlah penting apabila semua komponen yang terlibat dalam tumbuh kembang anak, yaitu orang tua, guru, dan masyarakat dapat bekerja sama dalam melakukan pemantauan sejak dini. Tujuan akhir dari pemantauan dini gangguan tumbuh kembang anak ini tentunya adalah harapan kita dalam terwujudnya generasi harapan bangsa yang lebih baik dan berkualitas.

E. EVALUASI

1. Parameter yang sering digunakan untuk menilai pertumbuhan anak adalah.....
 - A. Antropometri
 - B. Berat badan
 - C. Lingkar lengan atas
 - D. Lingkar kepala
 - E. Lingkar dada
2. Yang bukan termasuk pengukuran antropometrik pada anak meliputi
 - A. Panjang badan

- B. Berat badan
 - C. Lingkar lengan atas
 - D. Lingkar kepala
 - E. Lingkar dada
3. Seorang ibu membawa anaknya yang berusia 5 bulan ke poliklinik tumbuh kembang. Perawat menimbang berat badan anak untuk mengetahui pertumbuhan anak tersebut. Berapakan berat badan normal untuk anak tersebut.
- A. 6 kg
 - B. 7 kg
 - C. 8 kg
 - D. 9 kg
 - E. 10 kg
4. Seorang ibu membawa anaknya yang berusia 3 tahun ke poliklinik tumbuh kembang. Perawat melakukan pengukuran terhadap panjang badan. Berapakah panjang badan normal pada anak tersebut
- A. 93 cm
 - B. 94 cm
 - C. 95 cm
 - D. 96 cm
 - E. 97 cm
5. Pengukuran Lingkar lengan Atas (ILA) lebih sesuai untuk dipakai menilai keadaan gizi/tumbuh kembang pada anak kelompok umur
- A. Infan
 - B. Toddler

- C. Prasekolah
 - D. Sekolah
 - E. Remaja
6. Seorang anak laki-laki usia 4 tahun dilakukan pengukuran LLA di poliklinik tumbuh kembang. Hasil pengukuran LLA adalah < 12.5 cm. hal tersebut menunjukkan keadaan gizi....
- A. Buruk
 - B. Normal
 - C. Kurang
 - D. Kelebihan
 - E. Obesitas
7. Jika dalam pengukuran pertumbuhan umur anak tidak diketahui, status gizi dapat dinilai dengan indeks LLA/TB. Indeks $LLA/TB = 80-85\%$ menyatakan bahwa anak tersebut
- A. gizi buruk,
 - B. gizi kurang,
 - C. *borderline*
 - D. gizi baik (normal)
 - E. gizi berlebih.
8. *Denver Development Screening Test* (OOST) merupakan salah satu test untuk menilai .
- A. Pertumbuhan
 - B. Perkembangan
 - C. Motorik halus

- D. Motorik kasar
 - E. Kemampuan Bahasa
9. Yang bukan termasuk dalam sector perkembangan yang dinilai pada anak adalah
- A. Bahasa
 - B. Motoric kasar
 - C. Motoric halus
 - D. Personal social
 - E. Social Emosional
10. Nina lahir pada tanggal 1 Januari 2011 dari kehamilan cukup bulan dan tes dilakukan pada tanggal 9 November 2015, maka berdasarkan hasil perhitungan usia Nina adalah:
- A. 4 tahun 8 bulan
 - B. 4 tahun 9 bulan
 - C. 4 tahun 10 bulan
 - D. 4 tahun 11 bulan
 - E. 5 tahun
11. Setelah pengukuran makan akan menghitung pada masing-masing sektor, berapa item yang mendapat P dan F, selanjutnya hasil tes diklasifikasikan. Yang bukan merupakan klasifikasi DDSTII adalah....
- A. *Delay*
 - B. Normal
 - C. Abnormal
 - D. Meragukan
 - E. *Unstable*

12. Bila didapatkan 2 atau > *delay*, pada 2 sektor atau lebih, maka hasil penilaian tersebut adalah
- A. *Delay*
 - B. Normal
 - C. Abnormal
 - D. Meragukan
 - E. *Unstable*
13. Bila didapatkan minimal 2 *caution* atau minimal 1 *delay* (pada satu sektor). Maka hasil penilaian tersebut termasuk klasifikasi.....
- A. *Delay*
 - B. Normal
 - C. Abnormal
 - D. Meragukan
 - E. *Unstable*
14. Bila ada skor menolak 1 atau lebih item disebelah kiri garisumur, maka interpretasinya adalah
- A. *Delay*
 - B. Normal
 - C. Abnormal
 - D. Meragukan
 - E. *Unstable*
15. Hasil penilaian dikatakan normal jika memenuhi kriteria sebagai berikut.....
- A. Maksimal 1 *caution*
 - B. Menolak > 1 item area 75%-90%
 - C. Bila pada 1 sektor didapatkan 2 keterlambatan/lebih.
 - D. Bila didapatkan 2 atau > *detey*, pada 2 sektor atau lebih

- E. Bila ada skor menolak 1 atau lebih item sebelahkiri garis umur

DAFTAR PUSTAKA

- Cameron, N. 2022. *Human Growth and Development*. California: Academic Press
- Meadow, R dan Newll, S. 2022. *Lecture Notes Pediatrica*. Jakarta: Erlangga.
- Kyle, Terri & Carman, Susan. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Pediatri. Edisi 2. Vol 2*. Jakarta: EGC.
- Kyle, Terri & Carman, Susan. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Pediatri. Edisi 2. Vol 3*. Jakarta: EGC
- Nurlaila, dkk. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Yogyakarta: Leutikaprio.
- Sulistiyawati, A. (2014). *Deteksi Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: Salemba Medika.
- Suyitno, H, dan Narendra, M. B. 2019. *Pertumbuhan Fisik Anak*. Jakarta: EGC.
- Soetjningsih. 2018. *Perkembangan Anak dan Permasalahannya*. Edisi 2 Jakarta: EGC.
- Marcdante, K.J., Kliegman R.M., Jenson H.B., Behrman R.E., IDAI. (2014). *Nelson Ilmu Kesehatan Anak Esensial, Edisi Indonesia 6*. Saunders: Elsevier Singapore Pte Ltd.
- Ngastiyah. (2014). *Perawatan Anak Sakit*. Jakarta: EGC.

Purwanti, N.H. & Sulastri, T. (2019). *Tinjauan Elsevier Keperawatan Anak Edisi 1* Singapore: Elsevier.

Widyastuti, D, dan Widyani, R. 2021. *Panduan Perkembangan Anak 0 Sampai 1 Tahun*. Jakarta: Puspa Swar

BAB III KOMUNIKASI PADA ANAK DAN KELUARGA

(Ns. Fitri Anggraeni, S.Kep., M.Kes)

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar komunikasi pada anak dan keluarga, diharapkan anda mampu:

1. Menjelaskan pengantar komunikasi
2. Menjelaskan prinsip komunikasi pada anak
3. Menjelaskan komunikasi dengan keluarga
4. Menjelaskan komunikasi dengan orang tua
5. Menjelaskan komunikasi dengan anak
6. Menjelaskan tehnik komunikasi pada anak sesuai usia Perkembangan Anak

B. Materi

Manusia dalam aktivitas kesehariannya memerlukan komunikasi, dengan berkomunikasi seseorang akan menjalin hubungan satu sama lainnya. Komunikasi adalah “proses atau tindakan menyampaikan pesan dari pengirim ke penerima, melalui suatu medium yang biasa mengalami gangguan (Sarnoto, 2022).

Komunikasi yang efektif dalam keluarga sangat berarti dan penting dalam perkembangan anak usia dini, diantaranya adalah:

- 1) menjadi jembatan penghubung untuk mempererat hubungan emosional orang tua dengan anak;
- 2) penyampai pesan yang tepat;
- 3) Komunikasi yang efektif dapat membantu

pengembangan daya berpikir anak; 4) Komunikasi efektif dapat mengubah perilaku anak; 5) Menciptakan lingkungan yang ramah anak; 6) Komunikasi efektif menciptakan suasana yang lebih tenang dan hangat (Hasbi dalam Sarnoto, 2022).

1. Pengantar komunikasi

Dalam konseptual interaksi bahwa komunikasi memiliki peran yang utama untuk mencapai tujuan, khususnya dalam konteks pembelajaran maka komunikasi menjadi sebuah strategi yang harus mendapatkan perhatian sebaik-baiknya. Tanpa komunikasi yang baik dan benar tidak akan ada tercipta suasana yang bahagia, demikian halnya tanpa adanya percakapan yang efektif tidak akan ada kesepakatan untuk mencapai sebuah kesepakatan (Husnul Bahri, 2018).

Komunikasi pada dasarnya merupakan kegiatan penyampaian pesan. Proses tersebut melibatkan dua pihak yang berkomunikasi yang masing-masing bertujuan membangun suatu makna agar keduanya memahami atas apa yang sedang dikomunikasikan. Komunikasi merupakan kunci sukses hubungan antara orang tua dengan anak-anaknya. Bentuk komunikasi verbal dengan kata-kata maupun komunikasi non verbal seperti pelukan, ciuman, sentuhan, dll merupakan bentuk komunikasi yang perlu dipupuk dan dilatih kepada anak sejak anak usia dini.

Komunikasi sebagai alat utama perawat dalam menyampaikan empati, rasa hormat dan regimen keperawatan pada anak dan keluarga. Komunikasi efektif juga merupakan hal yang sangat penting dan kunci suksesnya pemberian asuhan keperawatan/ ketaatan pada regimen keperawatan. Penelitian telah menunjukkan bahwa

komunikasi efektif yang berpusat pada pasien dan keluarga, mampu meningkatkan kepuasan pasien (Griffith et al. dalam Ferika Indarwati, 2019).

2. Prinsip komunikasi pada anak

Dalam mendidik dan mengasuh anak, orangtua akan membutuhkan komunikasi yang baik. Cara berkomunikasi harus sangat diperhatikan oleh orangtua. Tujuannya supaya si Kecil bisa memahami dan bersedia mengikuti arahan dari orangtuanya tanpa adanya bentakan dari orangtua yang bisa menyakiti perasaan dan membuat anaknya ketakutan. Untuk itulah para orangtua perlu tahu seperti apa prinsip komunikasi pada anak.

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

a. Membangun hubungan dan kepercayaan

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

dan menjelaskan dengan cermat prosedur dengan cara yang dapat diterima oleh keluarga.

b. Menunjukkan penghormatan (*Respect*)

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

menyebabkan frustrasi tidak hanya kepada pasien dan keluarga namun juga kepada perawat itu sendiri.

c. Empati

Empati Menjadi dasar dari dalam membangun hubungan dan elemen penting dalam komunikasi. Empati yaitu kemampuan untuk menempatkan diri pada posisi orang lain merasakan sekaligus mengetahui secara intelektual apa yang dialami orang lain tersebut (Burnard & Gill, 2008; Munoz & Luckman, 2005). Perawat yang berempati mampu menghargai dan memahami anak-anak dan keluarga sebagai individu yang unik dan memberi perasaan diperhatikan dan diterima. Empati perlu ditunjukkan melalui perilaku baik verbal maupun nonverbal. Perawat dapat menunjukkan sikap empati dengan memberikan dukungan, pemahaman, dan Pendidikan Kesehatan kepada anak dan keluarga walaupun dalam keadaan sakit. Sebagai contoh, seorang anak laki-laki berusia 10 tahun menderita tumor otak, yang dirawat oleh orang tuanya. Disini Perawat dapat menunjukkan rasa emaptinya dengan mengajari orang tua untuk berpartisipasi dalam perawatan anak. Perawat berempati dengan memberikan cara perawatan yang baik bagi anak bersama orang tua dan berbagi perasaan yang dialami oleh pasien dan keluarga.

d. Aktif mendengar

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

e. Memberikan umpan balik yang tepat

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

dialami anak karena insiden di taman bermain, kekerasan lainnya. interaksi yang mungkin dimiliki anak di masa lalu, dan apa mungkin terjadi selama interaksi di masa depan.

f. Mengelola konflik

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

g. Menetapkan batasan profesional

Perawat harus menciptakan dan memelihara batasan profesional dalam hubungan dengan anak dan pengasuhnya. Hubungan terapeutik harus penuh perhatian dan empati, tetapi harus menghindari

keterlibatan emosional yang berlebihan dan sikap protektif yang berlebihan. Selalu membantu untuk menjelaskan kepada anak-anak dan keluarga tindakan perawatan yang akan diberikan, dan bagaimana orang tua dan anak dapat terlibat dalam pengasuhan. Mengidentifikasi kebutuhan dan menetapkan harapan akan meningkatkan dan memfasilitasi interaksi. Perawat tidak boleh mengganggu hubungan antara anak dan pengasuh.

3. Komunikasi dengan keluarga

Keluarga merupakan kelompok sosial pertama dalam kehidupan manusia pada saat ia belajar dan menyatakan diri sebagai manusia sosial, dalam interaksi dalam kelompoknya. Dalam keluarga yang sesungguhnya komunikasi merupakan sesuatu yang harus dibina sehingga anggota keluarga merasakan ikatan yang dalam, serta saling membutuhkan (Kurniadi dalam Sabarua, J. O., & Mornene, I, 2020).

Komunikasi dengan keluarga merupakan proses segi tiga antara perawat, orang tua dan anak. Berikut adalah ciri-ciri komunikasi yang terjadi pada keluarga yaitu Adanya Keterbukaan (*openness*), Empati (*Empathy*), Dukungan, Perasaan Positif (*Positiveness*), dan Adanya perasaan Kesamaan (*Equality*).

a. Berbicara dengan jelas

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

b. Mengarah Kepada Pokok Permasalahan

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

c. Mendengarkan

Mendengar tidak hanya mendengarkan kata-kata akan tetapi memahami perasaan dan makna kata dan kalimat yang diucapkan oleh lawan bicara dan memberikan cukup waktu untuk mendengar. Mendengarkan adalah unsur yang paling penting dalam komunikasi efektif. Berikut adalah hal penting yang perlu dilakukan pada saat mendengar yaitu memberikan perhatian penuh, tidak menyela/ memotong pembicaraan, merefleksikan kembali kata atau kalimat yang didengar, mendengar melalui kata/ kalimat adanya perasaan takut yang tersembunyi (Smith dalam Rutmauli Hutagaol, 2020).

d. Diam Sejenak

Diam merupakan salah satu metode komunikasi yang dapat digunakan kepada keluarga pasien. Mengetahui kapan waktu yang tepat untuk diam menjadi penting dalam berkomunikasi dengan keluarga (Smith dalam Rutmauli Hutagaol, 2020). Waktu diam dapat digunakan oleh perawat untuk berpikir sejenak dan kembali berfokus terhadap permasalahan yang

dialami oleh keluarga anak. Diam memberikan kita kesempatan kepada perawat untuk untuk menginterpretasikan apa yang sedang dikatakan oleh keluarga pasien dan mengenali perasaannya lebih dalam, serta memberikan perawat kesempatan untuk memikirkan apa yang akan kita katakan. Seorang keluarga/ orang tua yang diam setelah mendengarkan pemberitahuan tentang diagnosis terminal anaknya kemungkinan akan mengalami shock, ketidakpercayaan dan mencoba untuk memahami kenyataan dari apa yang baru saja didengar. Diam juga dapat menunjukkan kenyamanan, respect, dan perhatian seperti ketika perawat duduk dengan orang tua setelah mendengar berita yang mengganggu atau setelah prosedur yang mengecewakan.

e. Bersikap Empati

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

f. Humor

Humor dapat memberikan efek menyembuhkan dan dapat menjembatani kesenjangan komunikatif. Namun, jika menggunakan humor, penting untuk

mengetahui apakah humor sesuai dengan latar belakang budaya atau etnis keluarga. Penting juga untuk memastikan keluarga memahami istilah yang digunakan.

4. Komunikasi dengan orang tua

Orang tua memegang peran penting dalam pendidikan bagi anaknya. Keberhasilan orang tua dalam mendidik anak akan sangat bergantung pada kecakapan pengasuhan yang dimilikinya. Komunikasi dengan orang tua adalah salah satu yang paling penting dalam perawatan anak karena asuhan keperawatan pada anak selalu melibatkan peran orang tua dalam mempertahankan komunikasi dengan anak.

Ada beberapa hal yang harus diperhatikan dalam komunikasi dengan orang tua yaitu (A. Aziz Alimul Hidayat, 2009):

a. Anjurkan orang tua untuk berbicara

Dalam melakukan komunikasi dengan orang tua, perawat jangan hanya sebagai pemberi informasi akan tetapi dapat mengajak untuk memberikan suatu pesan atau informasi yang dimiliki orang tua.

b. Arahkan ke fokus

Dalam komunikasi dengan orang tua arahkan pokok pembicaraan dan memberikan kesempatan pada orang tua untuk mengekspresikan perasaannya secara bebas sehingga tujuan komunikasi dapat mencapai sasaran.

c. Mendengarkan

Mendengarkan adalah kunci untuk mencapai komunikasi yang efektif, kemampuan mendengarkan dapat ditunjukkan dengan ekspresi yang sungguh-sungguh saat berkomunikasi dengan tujuan untuk mengerti klien.

d. Diam

Diam sebentar dapat memberikan kesempatan kepada orang yang kita komunikasikan untuk memberi mereka kebebasan dalam mengungkapkan perasaannya dan memberikan kesempatan berpikir terhadap sesuatu yang hendak disampaikan.

e. Empati

Perawat merasakan apa yang orang tua anak rasakan sehingga orang tua akan merasa aman dan diperhatikan.

f. Meyakinkan kembali

Meyakinkan kembali merupakan teknik yang dapat diberikan agar orang tua dapat menerima proses dan hasil komunikasi.

g. Merumuskan kembali

Merumuskan kembali masalah dan beberapa cara untuk menyelesaikannya bersama-sama dapat membantu mengurangi kecemasan dan kekhawatiran orang tua.

h. Memberi petunjuk kemungkinan apa yang terjadi

Melalui komunikasi, tanda-tanda potensi masalah dapat dibagikan terlebih dahulu sehingga orang tua dapat mengantisipasi apa yang mungkin terjadi dan

membantu orang tua mengetahui dan mempersiapkan diri saat masalah terjadi.

i. Menghindari hambatan dalam komunikasi

Menghindari hambatan dalam komunikasi seperti melakukan komunikasi secara asertif dengan orang tua merupakan salah satu cara efektif dalam komunikasi, karena hambatan selama komunikasi akan memberikan dampak tidak berjalannya suatu proses komunikasi.

5. Komunikasi dengan anak

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

Komunikasi yang efektif dengan anak membutuhkan gaya dan perilaku yang sesuai usia. Menghargai interaksi dengan anak-anak membutuhkan pemahaman tentang bagaimana anak-anak dari berbagai usia berkomunikasi dan apa yang ingin mereka bicarakan. Orang dewasa harus berkomunikasi dengan cara yang sesuai dengan usia dan minat anak ([Physipol, 2021](#)).

Komunikasi untuk anak usia dini tentu berbeda dengan orang dewasa. Pada anak usia dini, komunikasi harus selalu didampingi oleh orang tua ataupun orang

dewasa. Orang tua berperan penting dalam perkembangan komunikasi anak dibawah usia lima tahun, komunikasi anak dalam umur tersebut cenderung masih menirukan orang disekitarnya. Pada masa anak usia dini mengalami masa keemasan (*the golden years*). Pada masa keemasan ini anak akan lebih aktif, kreatif dan mempunyai keingintahuan yang tinggi (R. Panji Hermoyo, 2014).

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

Dalam memulai percakapan dengan pasien anak, perawat perlu melakukan perkenalan pada awal pertemuan sebagai pembukaan. Terlebih bila kunjungan yang dilakukan adalah kunjungan pertama ke pasien. Untuk kunjungan awal, pastikan Anda mengetahui nama lengkap pasien sebelum memasuki ruangan. Setelah berada di dalam ruangan, periksa nama apa yang disukai anak untuk dipanggil dan bagaimana orang dewasa ingin dipanggil. Selalu sapa pasien dan anggota keluarga dengan menyebutkan namanya (Palazzi et al. dalam Rutmauli Hutagaol, 2020).

6. Tehnik komunikasi pada anak sesuai usia Perkembangan Anak

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

a. Masa neonatus (lahir-28 hari)

Masa bayi adalah masa ketika komunikasi dicapai melalui cara nonverbal. Menangis adalah salah satu sarana komunikasi bayi baru lahir. Hal ini dimaknai karena adanya kebutuhan bayi yang tidak terpenuhi (Kyle & Carman dalam Rutmauli Hutagaol, 2020). Bayi menyampaikan keinginannya melalui komunikasi nonverbal. Bayi merasakan kenyamanan dan keamanan jika ada kontak fisik yang dekat dengan orang yang dikenalnya (ibu). Tangisan bayi merupakan cara bayi memberitahukan bahwa ada sesuatu yang tidak enak yang dirasakan. Sebagai contoh, bayi akan menangis jika popoknya basar atau merasa lapar. Sebagai contoh, bayi usia 2 minggu akan menangis dan menggerak-gerakkan tangan dan kakinya saat lapar.

b. Masa bayi (1 bulan- 1 tahun)

Balita terus mengalami dunia melalui pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan, dan sentuhan, dan tetap bergantung pada keluarga. Bayi berusia 1 hingga 3 bulan dapat mendesis, membuat

vokalisasi yang berbeda, dan menunjukkan tangisan yang berbeda. Pada usia 4 sampai 5 bulan, bayi membuat suara vokal sederhana, tertawa keras, dan dapat merespon suara dengan bersuara. Usia 4 sampai 7 bulan bayi mulai membedakan emosi berdasarkan nada suara dan berteriak untuk mengekspresikan perasaan gembira atau sebaliknya. Pada usia 7 sampai 10 bulan bayi sudah mengoceh dan menyebutkan kata tanpa makna (misalnya: “mamama” atau “dada”). Pada usia 9 hingga 12 bulan, bayi mulai mulai meniru bunyi-bunyi bicara seperti “mama” dan “papa”. Rata-rata anak berusia 12 bulan menggunakan dua atau tiga kata yang dapat dikenali dengan makna, mengenali objek dengan namanya, dan mulai meniru kata-kata dan suara binatang (Kyle & Carman dalam Rutmauli Hutagaol, 2020). Perawat yang berinteraksi dengan balita harus memperhatikan situasi dan bahasa tubuh. Mereka juga harus mempelajari kata-kata yang digunakan balita dan perilakunya.

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

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

d. Masa Usia Sekolah (6 - 12 tahun)

Anak usia sekolah adalah anak pada usia 6-12 tahun (Wong dalam Rutmauli Hutagaol, 2020) yang artinya sekolah menjadi pengalaman inti anak. Pada periode usia ini, anak mulai belajar pada hal-hal yang bersangkutan dengan perilaku sosial. Anak sudah mulai memiliki banyak perbendaharaan kata yang dapat digunakan untuk berinteraksi dengan orang lain sebagai kehidupan sosial dari anak. Pada saat pertama anak masuk ke rumah sakit, anak akan merasa tidak nyaman dengan lingkungan baru dan bertemu dengan orang-orang baru atau disebut juga dengan Hospitalisasi anak. Saat memberikan perawatan pada anak usia sekolah, perawat harus terlebih dahulu menjelaskan perawatan dan prosedur jauh sebelum waktu yang dijadwalkan (Potts & Mandleco dalam Rutmauli Hutagaol, 2020).

e. Masa Remaja (13 - 18 tahun)

Berkomunikasi dengan anak yang sudah masuk usia remaja sebenarnya lebih mudah. Pada masa ini, remaja mampu berpikir logis dan abstrak, serta mampu mengungkapkan dan memahami sebagian besar konsep orang dewasa. Pemahaman mereka sudah memadai untuk bicara tentang masalah yang kompleks. Perkembangan komunikasi pada usia remaja dapat dilihat dengan Adanya kemampuan berdiskusi atau berdebat. Pada usia remaja, pola perkembangan kognisinya sudah mulai berpikir secara konseptual

mengingat masa ini adalah masa peralihan anak menjadi dewasa, sedangkan secara emosional sudah mulai menunjukkan perasaan malu. Oleh karena itu, privasi dan kemandirian perlu diterapkan dalam berkomunikasi dengan pasien remaja (Potts & Mandelco dalam Rutmauli Hutagaol, 2020). Dalam berkomunikasi dengan remaja, kita tidak bisa mengendalikan alur pembicaraan, mengatur, atau memegang kendali secara otoriter.

C. Rangkuman

Komunikasi memiliki peran yang utama untuk mencapai tujuan. Tanpa komunikasi yang baik dan benar tidak akan ada tercipta suasana yang bahagia, demikian halnya tanpa adanya percakapan yang efektif tidak akan ada kesepakatan untuk mencapai sebuah kesepakatan. Komunikasi merupakan kunci sukses hubungan antara orang tua dengan anak-anaknya. Bentuk komunikasi verbal dengan kata-kata maupun komunikasi non verbal. Komunikasi sebagai alat utama perawat dalam menyampaikan empati, rasa hormat dan regimen keperawatan pada anak dan keluarga. Komunikasi efektif juga merupakan hal yang sangat penting dan kunci suksesnya pemberian asuhan keperawatan/ ketaatan pada regimen keperawatan.

D. Tugas Dan Latihan

Jawablah soal dibawah ini dengan benar.

1. Jelaskan prinsip komunikasi pada anak!
2. Jelaskan komunikasi dengan keluarga!
3. Jelaskan komunikasi dengan orang tua!

4. Jelaskan komunikasi dengan anak !
5. Jelaskan tehnik komunikasi pada anak sesuai usia Perkembangan Anak!

E. Referensi

- American Nurses Association. (2001). *Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Bahri, Husni. (2018). *Strategi Komunikasi Terhadap Anak Usia Dini*. E-Jurnal System IAIN Bengkulu, Vol. XI, No. 1, Juni.
- Hermoyo, R. Panji. (2014). *Membentuk Komunikasi Yang Efektif Pada Masa Perkembangan Anak Usia Dini*. *Pedagogi: Jurnal Anak Usia Dini dan Pendidikan Anak Usia Dini*, 1(1). <http://dx.doi.org/10.30651/pedagogi.v1i1.21>
- Hidayat, A. Aziz. (2009). *Pengantar ilmu keperawatan anak, 1*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hutagaol, Rutmauli. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Anak: Komunikasi Pada Anak Dan Keluarga*. Yogyakarta: Zahir Publishing.
- Indarwati, Ferika. (2019). *Buku Ajar Komunikasi Dasar Keperawatan Anak I*. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. (2018). *Seri Pendidikan Orang Tua: Komunikasi Efektif Dengan Anak*.

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

[Physipol](https://ilmukomunikasi.uma.ac.id/2021/07/23/berkomunikasi-secara-efektif-dengan-anak/). (2021). *Communicating Effectively With Children*. <https://ilmukomunikasi.uma.ac.id/2021/07/23/berkomunikasi-secara-efektif-dengan-anak/>

Sabarua, J. O., & Mornene, I. (2020). *Komunikasi Keluarga dalam Membentuk Karakter Anak*. International Journal of Elementary Education, 4(1), 83–89. <https://doi.org/10.23887/ijee.v4i1.24322>

Sarnoto, Ahmad Zain. (2022). *Komunikasi Efektif pada ‘Anak Usia Dini dalam Keluarga Menurut Al-Qur’an*. Jurnal Obsesi: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini, ISSN: 2549-8959, Volume 6 Issue 3.

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

F. Glosarium

Empati : Kemampuan untuk memahami apa yang dirasakan orang lain

- Komunikasi : Pengiriman dan penerimaan pesan atau berita antara dua orang atau lebih sehingga pesan yang dimaksud dapat dipahami
- Nonverbal : Metode berkomunikasi dengan orang lain tanpa menggunakan kata-kata, melainkan tindakan
- Verbal : Metode berkomunikasi dengan lisan atau kata-kata.

BAB IV KEBUTUHAN NUTRISI PADA ANAK

(Dr. Nyimas Heny Purwati, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.An)

A. Tujuan Kegiatan Belajar

Setelah menyelesaikan pembelajaran tentang kebutuhan nutrisi pada anak diharapkan peserta didik mampu:

1. memahami konsep nutrisi dan dampaknya terhadap tumbuh kembang anak
2. mengidentifikasi jenis nutrisi yang dibutuhkan anak untuk tumbuh dan berkembang
3. mengidentifikasi kebutuhan nutrisi sesuai tahap tumbuh kembang
4. melakukan pengkajian pada anak yang mengalami gangguan nutrisi
5. melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi permasalahan terkait nutrisi

B. Materi

1. Pendahuluan

Nutrisi adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan zat-zat kimia yang diperlukan oleh tubuh manusia untuk melakukan fungsi-fungsi vital. Nutrisi terdiri dari

dua jenis yaitu makronutrien dan mikronutrien. Makronutrien adalah nutrisi yang dibutuhkan dalam jumlah besar, seperti karbohidrat, protein, dan lemak. Sedangkan mikronutrien adalah nutrisi yang dibutuhkan dalam jumlah kecil, seperti vitamin dan mineral. Asupan nutrisi yang seimbang dan cukup sangat penting untuk menjaga kesehatan dan mendukung fungsi-fungsi tubuh yang optimal. Setiap nutrisi memiliki peran penting dalam tubuh, misalnya protein berfungsi untuk membangun dan memperbaiki jaringan, karbohidrat dan lemak berfungsi sebagai sumber energi, dan vitamin dan mineral berperan dalam menjaga kesehatan tubuh secara keseluruhan.

Nutrisi adalah faktor yang sangat penting dalam mendukung tumbuh kembang anak, untuk memastikan anak mendapatkan nutrisi yang cukup, orangtua harus memperhatikan komposisi makanan yang diberikan pada anak. Sebaiknya, orangtua memberikan makanan yang seimbang dan mengandung berbagai nutrisi yang dibutuhkan anak. Anak yang mengonsumsi makanan yang seimbang akan lebih mudah mencapai kebutuhan nutrisi harian mereka, yang dapat membantu mendukung tumbuh kembang mereka secara optimal. Namun, tidak hanya seimbang, asupan nutrisi juga harus cukup. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan dan perkembangan, seperti keterlambatan pertumbuhan, kelemahan otot, dan gangguan kognitif. Oleh karena itu, orangtua harus memastikan anak mendapatkan asupan nutrisi yang cukup setiap hari.

2. Nutrisi dan Dampaknya pada Tumbuh Kembang Anak

a. Nutrisi

Nutrisi adalah proses pemasukan dan pengolahan zat makanan oleh tubuh yang bertujuan menghasilkan energi dan digunakan dalam beraktivitas. Sedangkan nutrisi merupakan zat gizi yang terdapat dalam makanan yang dibutuhkan oleh tubuh untuk tumbuh dan berkembang. Nutrisi terdiri dari dua jenis yaitu makronutrien dan mikronutrien. Makronutrien adalah nutrisi yang dibutuhkan dalam jumlah besar, seperti karbohidrat, protein, dan lemak. Sedangkan mikronutrien adalah nutrisi yang dibutuhkan dalam jumlah kecil, seperti vitamin dan mineral. Asupan nutrisi yang seimbang dan cukup sangat penting untuk menjaga kesehatan dan mendukung fungsi-fungsi tubuh yang optimal. Setiap nutrisi memiliki peran penting dalam tubuh, misalnya protein berfungsi untuk membangun dan memperbaiki jaringan, karbohidrat dan lemak berfungsi sebagai sumber energi, dan vitamin dan mineral berperan dalam menjaga kesehatan tubuh secara keseluruhan.

Untuk memastikan anak mendapatkan nutrisi yang cukup, orangtua harus memperhatikan komposisi makanan yang diberikan pada anak. Sebaiknya, orangtua memberikan makanan yang seimbang dan mengandung berbagai nutrisi yang dibutuhkan anak. Anak yang mengonsumsi makanan yang seimbang akan lebih mudah mencapai kebutuhan nutrisi harian mereka, yang dapat membantu mendukung tumbuh kembang mereka secara optimal. Namun, tidak hanya seimbang, asupan nutrisi juga harus cukup. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan dan

perkembangan, seperti keterlambatan pertumbuhan, kelemahan otot, dan gangguan kognitif. Oleh karena itu, orangtua harus memastikan anak mendapatkan asupan nutrisi yang cukup setiap hari.

Anak adalah individu yang berusia antara 0 sampai 18 tahun, yang sedang dalam proses tumbuh dan kembang, mempunyai kebutuhan yang spesifik (fisik, psikologis, sosial, dan spiritual) yang berbeda dengan orang dewasa.. Berdasarkan pengelompokan usia terdiri atas: neonatus (usia 0-28 hari), bayi (1 bulan-1 tahun), toddler (1-3 tahun), prasekolah (3-5 tahun), sekolah (6-12 tahun) dan remaja (13-18 tahun). Setiap anak mempunyai kebutuhan nutrisi yang berbeda dan karakteristik yang khas dalam mengkonsumsi makanan

b. Dampak Nutrisi pada Tumbuh Kembang Anak

Nutrisi yang seimbang dan cukup memiliki dampak yang signifikan pada tumbuh kembang anak, baik secara fisik maupun mental/psikologis.

1) Dampak Fisiologis

Dampak nutrisi pada aspek fisiologi anak sangatlah penting karena nutrisi yang cukup dan seimbang dapat memberikan pengaruh positif pada kesehatan tubuh dan organ anak. Beberapa dampak nutrisi pada aspek fisiologi anak:

- a) **Pertumbuhan dan perkembangan.** Nutrisi yang cukup dan seimbang sangat penting untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak secara optimal. Asupan nutrisi yang mencukupi, seperti protein,

karbohidrat, lemak, vitamin, dan mineral, dapat membantu meningkatkan tinggi dan berat badan, memperkuat sistem kekebalan tubuh, memperkuat tulang dan gigi, serta memperbaiki kualitas kulit dan rambut.

- b) **Sistem pencernaan.** Nutrisi yang baik juga dapat membantu menjaga kesehatan sistem pencernaan anak. Asupan serat yang cukup dapat membantu mengurangi risiko sembelit dan menjaga kesehatan saluran pencernaan anak.
- c) **Kesehatan organ tubuh.** Nutrisi yang cukup dan seimbang dapat membantu menjaga kesehatan organ tubuh anak, seperti jantung, paru-paru, ginjal, hati, dan lainnya. Misalnya, asupan lemak sehat, seperti omega-3, dapat membantu meningkatkan fungsi otak dan memperkuat jantung.
- d) **Energi dan vitalitas.** Nutrisi yang baik juga dapat membantu meningkatkan energi dan vitalitas anak sehingga anak menjadi lebih aktif dan produktif. Asupan karbohidrat yang cukup dan seimbang dapat membantu meningkatkan energi dan vitalitas anak sehingga anak dapat beraktivitas dengan lebih optimal.

2) Dampak Psikologis

Dampak nutrisi pada aspek psikologis anak juga sangat penting karena nutrisi yang cukup dan seimbang dapat memberikan pengaruh positif pada kesehatan mental dan emosional anak. Dampak nutrisi pada aspek psikologis mencakup 3 aspek : 1) Psikodinamik 2) Psikososial 3) Maturasi Organik

a. Psikodinamik (Freud)

- (a) Pemenuhan kebutuhan utama usia bayi adalah kebutuhan dasar melalui oral. Pada fase oral akan berhasil dilalui jika bayi mendapat kepuasan dalam pemenuhan kebutuhan oral saat makan dan minum.
- (b) Dampak psikodinamik yang diperoleh bayi adalah kepuasan karena terpenuhinya kebutuhan dasar dan kehangatan saat pemenuhan kebutuhan dasar tersebut.
- (c) Dampak psikodinamik dari nutrisi yang tidak memadai pada anak dapat menyebabkan masalah psikologis dan sosial, seperti gangguan kognitif dan mental, masalah emosi dan perilaku, kurangnya keterampilan sosial, dan masalah perilaku lainnya. Anak yang mengalami kekurangan nutrisi juga dapat menjadi lebih sulit berkonsentrasi dan belajar, serta memiliki tingkat stres yang lebih tinggi.

b. Psikososial (Erikson)

- (a) Dampak psikososial yang diperoleh adalah tercapainya rasa percaya dan tidak percaya sebagai kegagalan dalam pemenuhan kebutuhan tersebut.
- (b) Makanan dapat merupakan stimulus yang dapat meringankan rasa lapar anak, dan pemuasan yang konsisten terhadap rasa lapar dapat mempengaruhi kepercayaan anak pada lingkungannya, terutama keluarga.
- (c) Beberapa nutrisi yang berperan dalam hal ini antara lain zat besi, magnesium, dan zinc. Kekurangan nutrisi ini dapat menyebabkan masalah seperti

perilaku impulsif, hiperaktif, dan masalah perilaku lainnya

c. **Maturasi Organik (Piaget)**

- (a) Perkembangan organik yang dialami anak melalui makanan adalah pengalaman mendapatkan beberapa sensoris, seperti rasa atau pengecapan, penciuman, pergerakan dan perabaan.
- (b) Dengan makanan anak akan dapat meningkatkan ketrampilan motorik halus, seperti memegang botol susu, memegang cangkir, sendok dan ketrampilan koordinasi gerak, seperti menyuap dan menyendok makanan.
- (c) Beberapa nutrisi yang berperan dalam hal ini antara lain kalsium dan vitamin D yang penting dalam pertumbuhan dan perkembangan tulang, serta zat besi yang dibutuhkan dalam pembentukan sel darah merah. Kekurangan nutrisi ini dapat menyebabkan masalah seperti anemia, pertumbuhan tulang yang terhambat, dan masalah kesehatan lainnya.

3. Kebutuhan Nutrien atau Zat Gizi pada Anak

Nutrien adalah senyawa kimia yang diperlukan oleh tubuh anak untuk menjalankan berbagai fungsi penting, seperti pertumbuhan, perkembangan sel-sel tubuh, dan menjaga fungsi tubuh yang optimal. Nutrien pada anak dibutuhkan dalam jumlah yang bervariasi, mulai dari mikronutrien (nutrien yang dibutuhkan dalam jumlah kecil) seperti vitamin dan mineral, hingga

makronutrien (nutrien yang dibutuhkan dalam jumlah besar) seperti protein, karbohidrat, dan lemak. Nutrien yang cukup dan tercukupi pada anak sangat penting untuk membantu menjaga kesehatan tubuh dan mencegah terjadinya berbagai masalah kesehatan yang disebabkan oleh kekurangan nutrien. Kebutuhan nutrien antara satu anak dengan anak yang lainnya berbeda tergantung pada usia, jenis kelamin, tingkat aktivitas fisik, dan kondisi kesehatan.

Kebutuhan nutrisi pada anak terdiri dari makronutrien dan mikronutrien yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan metabolisme dan pertumbuhan. Zat nutrisi makronutrien yang penting untuk anak adalah:

a. Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber zat gizi utama dalam tubuh. Karbohidrat memberi rasa manis bagi makanan, dimana di dalam karbohidrat mengandung unsur gula yaitu monosakarida, disakarida, pengatur metabolisme lemak tak sempurna. Karbohidrat bermanfaat untuk memberikan energi pada tubuh terutama pada sistem saraf dan otak. Selain sebagai sumber energi, nutrisi ini juga membantu tubuh melawan berbagai macam penyakit. Makanan yang mengandung karbohidrat di antaranya adalah gandum utuh, nasi, kacang-kacangan, dan buah.

b. Protein

Protein berfungsi untuk pertumbuhan serta pemeliharaan jaringan, pembentukan hormone dan enzim, pembentuk antibody serta mengangkut zat zat gizi dalam metabolisme. Anak membutuhkan protein dalam jumlah yang cukup setiap hari Protein hewani dapat bersumber dari ayam, ikan, telur

udang, daging dan protein nabati dapat diperoleh dari tempe, tahu, maupun kacang-kacangan.

c. Lemak

Lemak adalah sumber energi penting untuk tubuh, dan juga berfungsi sebagai cadangan energi untuk digunakan saat dibutuhkan. Lemak juga membantu dalam penyerapan vitamin dan nutrisi lainnya. Sumber lemak yang baik untuk anak antara lain minyak zaitun, alpukat, kacang-kacangan, ikan, dan produk susu rendah lemak.

Zat nutrisi mikronutrien yang penting untuk anak adalah:

a. Vitamin:

Vitamin adalah zat nutrisi yang diperlukan dalam jumlah kecil untuk menjaga kesehatan tubuh dan berbagai fungsi fisiologis. Beberapa vitamin penting untuk anak antara lain vitamin A, vitamin C, vitamin D, dan vitamin E. Vitamin A membantu menjaga kesehatan mata dan kulit, vitamin C membantu menjaga sistem kekebalan tubuh, vitamin D membantu dalam penyerapan kalsium dan pembentukan tulang yang sehat, dan vitamin E berfungsi sebagai antioksidan untuk melindungi sel-sel tubuh dari kerusakan. Vitamin dapat ditemukan dalam berbagai jenis makanan, seperti buah-buahan, sayuran, daging, ikan, dan produk susu.

b. Mineral

Mineral adalah zat nutrisi yang penting untuk menjaga kesehatan tubuh dan fungsi fisiologis. Beberapa mineral yang penting untuk anak antara lain kalsium, zat besi, seng, dan magnesium. Kalsium dibutuhkan untuk pembentukan tulang

yang sehat, sementara zat besi penting untuk membantu pembentukan sel darah merah dan seng penting untuk menjaga fungsi kekebalan tubuh. Magnesium juga penting untuk menjaga fungsi otot dan sistem saraf. Mineral dapat ditemukan dalam makanan seperti susu dan produk olahannya, sayuran hijau, kacang-kacangan, dan daging.

c. Air

Air tidak termasuk dalam kategori mikronutrien, tetapi sangat penting untuk menjaga kesehatan tubuh anak. Anak membutuhkan air untuk menjaga fungsi organ tubuh yang optimal, membantu pencernaan, dan menjaga suhu tubuh yang stabil. Anak-anak memerlukan asupan air yang cukup setiap hari untuk menjaga keseimbangan cairan tubuh. Disarankan untuk memberikan air putih sebagai minuman utama bagi anak dan menghindari minuman berkafein dan berkarbonasi

TABEL ANGKA KECUKUPAN GIZI

Tabel 4.1

Angka Kecukupan Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat, Serat,
dan Air yang dianjurkan (per orang per hari)

Kelompok Umur	Berat Badan (kg)	Tinggi Badan (cm)	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)			Karbohidrat (g)	Serat (g)	Air (ml)
					Total	Omega 3	Omega 6			
Bayi /Anak										
0 – 5 bulan ¹	6	60	550	9	31	0.5	4.4	59	0	700
6 – 11 bulan	9	72	800	15	35	0.5	4.4	105	11	900
1 – 3 tahun	13	92	1350	20	45	0.7	7	215	19	1150
4 – 6 tahun	19	113	1400	25	50	0.9	10	220	20	1450
7 – 9 tahun	27	130	1650	40	55	0.9	10	250	23	1650
Laki-laki										

10 – 12 tahun	36	145	2000	50	65	1.2	12	300	28	1850
13 – 15 tahun	50	163	2400	70	80	1.6	16	350	34	2100
16 – 18 tahun	60	168	2650	75	85	1.6	16	400	37	2300
Perempuan										
10 – 12 tahun	38	147	1900	55	65	1.0	10	280	27	1850
13 – 15 tahun	48	156	2050	65	70	1.1	11	300	29	2100
16 – 18 tahun	52	159	2100	65	70	1.1	11	300	29	2150

¹ Pemenuhan kebutuhan gizi bayi 0-5 bulan bersumber dari pemberian ASI Eksklusif

² Energi untuk aktifitas fisik dihitung menggunakan faktor aktifitas fisik untuk masing-masing kelompok umur yaitu 1.1 bagi anak hingga umur 1 tahun, 1.14 bagi anak 1-3 tahun, dan 1.26 bagi anak dan dewasa 4-64 tahun, serta 1,12 bagi usia lanjut

Tabel 4.2 Angka Kecukupan Vitamin yang Dianjurkan (per orang per hari)

Kelompok Umur	Vit A (RE)	Vit D (mcg)	Vit E (mcg)	Vit K (mcg)	Vit B1 (mg)	Vit B2 (mg)	Vit B3 (mg)	Vit B5 (Pantotenat)	Vit B6 (mg)	Folat (mcg)	Vit B12 (mcg)	Biotin (mcg)	Kolin (mg)	Vit C (mg)
Bayi /Anak														
0 – 5 bulan ¹	375	0	4	5	0.2	0.3	2	1.7	0.1	80	0.4		25	0
6 – 11 bulan	400	0	5	10	0.3	0.4	4	1.8	0.3	80	1.5		50	0
1 – 3 tahun	400	5	6	15	0.5	0.5	6	2.0	0.5	160	1.5		100	0
4 – 6 tahun	450	5	7	20	0.6	0.6	8	3.0	0.6	200	1.5	2	50	5
7 – 9 tahun	500	5	8	25	0.9	0.9	10	4.0	1.0	300	2.0	2	75	5
Laki-laki														
10 – 12 tahun	600	5	10	25	0.8	0.8	10	5.0	0.3	400	2.5	5	75	10
13 – 15 tahun	600	5	10	25	0.8	0.8	10	5.0	0.3	400	2.5	5	75	10

16 – 18 tahun	00	5	5	5	.2	.3	6	5.0	.3	400	.0	0	50	0
Perempuan														
10 – 12 tahun	00	5	5	5	.0	.0	2	5.0	.2	400	.5	0	75	0
13 – 15 tahun	00	5	5	5	.1	0		5.0	.2	400	.0	5	00	5
16 – 18 tahun	00	5	5	5	.1	.0	4	5.0	.2	400	.0	0	25	5

1 Pemenuhan kebutuhan gizi bayi 0-5 bulan bersumber dari pemberian ASI Eksklusif

Tabel 4.3

Angka Kecukupan Mineral yang dianjurkan (per orang per hari)

Kelompok Umur	Kalsium (mg)	Fosfor (mg)	Magnesium (mg)	Besi ² (mg)	Iodium (mcg)	Zink ³ (mg)	Selenium (mcg)	Mangan (mg)	Fluor (mg)	Kromium (mcg)	Kalsium (mg)	Natrium (mg)	Klor (mg)	Tembaga (mcg)
Bayi /Anak														
0 –5 bulan ¹	200	100	30	0.3	90	1.1	7	0.003	0.01	0.2	400	120	80	200
6 – 11 bulan	270	275	55	11	120	3	10	0.7	0.5	6	700	370	70	220
1 – 3 tahun	650	460	65	7	90	3	18	1.2	0.7	14	2600	800	200	340
4 – 6 tahun	1000	500	95	10	120	5	21	1.5	1.0	16	2700	900	300	440
7 – 9 tahun	1000	500	135	10	120	5	22	1.7	1.4	21	3200	1000	500	570
Laki-laki														

10 – 12 tahun	1200	1250	160	8	120	8	22	1.9	1.8	28	3900	300	900	700
13 – 15 tahun	1200	1250	225	11	150	11	30	2.2	2.5	36	4800	500	300	795
16 – 18 tahun	1200	1250	270	11	150	11	36	2.3	4.0	41	5300	700	500	890
Perempuan														
10 – 12 tahun	1200	1250	170	8	120	8	19	1.6	1.9	26	4400	400	100	700
13 – 15 tahun	1200	1250	220	15	150	9	24	1.6	2.4	27	4800	500	300	795
16 – 18 tahun	1200	1250	230	15	150	9	26	1.8	3.0	29	5000	600	400	890

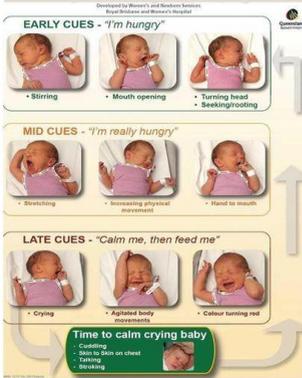
- 1 Pemenuhan kebutuhan gizi bayi 0-5 bulan bersumber dari pemberian ASI Eksklusif
- 2 Diasumsikan 75% besi adalah dari sumber besi heme. Buah, sayuran, dan makanan yang difortifikasi besi adalah sumber besi non-heme, daging dan unggas adalah sumber besi heme;
- 3 Diasumsikan sumber seng berasal dari sumber dengan bioavailability tinggi dan sedang

4. Kebutuhan Nutrisi sesuai Tahap Tumbuh Kembang

a. Kebutuhan Nutrisi Pada Bayi

- 1) Bayi 0-6 bulan : nutrisi yang paling tepat diberikan adalah ASI saja tanpa tambahan minuman atau makanan lainnya yang disebut ASI Eksklusif
- 2) ASI Eksklusif adalah ASI yang diberikan ibu sejak usia 0 hari sampai 6 bulan tanpa makanan atau minuman lain.
- 3) Dalam enam bulan pertama bayi hanya membutuhkan ASI, karena ASI mengandung seluruh cairan yang dibutuhkan bayi, bahkan dalam cuaca yang panas. Sebaiknya jangan berikan apapun selain ASI (bahkan air putih sekalipun) kepada bayi selama enam bulan pertama. Memberikan air putih dan cairan lain akan membuat bayi kenyang, sehingga jarang menyusu, akhirnya produksi ASI berkurang.
- 4) Beberapa hari pertama, kebanyakan bayi ingin menyusu 8 - 12 kali sehari. Ketika pemberian ASI sudah mantap, susui bayi 8 kali atau lebih, agar produksi ASI ibu tetap banyak. Pemberian ASI yang sering dilakukan (dengan pelekatan yang baik) maka produksi ASI semakin banyak.
- 5) Kecukupan pemberian ASI dapat di lihat dari kenaikan BB, jumlah urine yang keluar dan tanda kepuasan ketika selesai menyusu.
- 6) Tanda-tanda awal bayi lapar adalah :

Lapar Mama...!!



Tanda-Tanda Bayi Lapar/Haus:

- Tidurnya mulai gelisah, meregangkan tubuh, bergerak-gerak
- Nafas menjadi tidak teratur (pendek-pendek)
- Membuka mulut dan menjilat atau memasukkan tangannya
- Membuka mulut jika bibinnya disentuh
- Menunjukkan gerakan-gerakan menghisap dengan mulut dan lidahnya
- mencari payudara
- Mengeluarkan suara, *rapid eye movement*
- Menangis adalah gejala akhir
- Perasaan payudara penuh

- 7) Teruskan pemberian ASI sampai anak berusia 2 tahun atau lebih. ASI memberikan cukup banyak energi dan gizi selama periode pemberian makanan tambahan atau membantu melindungi anak dari penyakit. Teruskan memberikan ASI ketika bayi atau ibu sakit, berikan ASI lebih sering sewaktu bayi sakit.
- 8) Pada usia 6 bulan, ASI saja sudah tidak dapat mencukupi kebutuhan nutrisi bayi, hal ini umumnya terjadi pada saat bayi berusia antara 4-6 bulan. World Health Organization (WHO) dan ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) merekomendasikan pemberian MPASI saat bayi berusia 6 bulan. Pada rentang usia 6-8 bulan komposisinya adalah 70% ASI (dan/atau susu formula) dan 30% MPASI, sedangkan 9-11 bulan perbandingan komposisi nya adalah 50% untuk masing-masing MPASI dan ASI (dan/atau susu

formula). Pada usia 12-23 bulan komposisinya adalah 70% MPASI dan 30% nya adalah ASI/susu formula.

b. Kebutuhan nutrisi pada anak usia toddler

Anak usia toddler, yaitu usia 1-3 tahun, merupakan masa penting dalam perkembangan nutrisi dan kesehatan anak. Karakteristik terkait pemenuhan kebutuhan nutrisi pada anak usia toddler yang perlu diperhatikan:

- 1) **Kebutuhan Energi yang Tinggi.** Anak usia toddler membutuhkan banyak energi untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan fisik dan mental mereka. Kebutuhan energi pada anak toddler berkisar antara 1000-1400 kalori per hari atau 1350 kkal (Menurut Angka Kecukupan Gizi/AKG) tergantung pada aktivitas fisik dan laju pertumbuhan anak.
- 2) **Asupan Protein yang Cukup.** Protein dibutuhkan untuk membangun jaringan tubuh dan meningkatkan pertumbuhan otot pada anak. Anak usia toddler memerlukan asupan protein 20 g (Menurut Angka Kecukupan Gizi/AKG) . Sumber protein yang baik untuk anak adalah daging, ikan, telur, kacang-kacangan, dan susu.
- 3) **Asupan Lemak yang Tepat.** Lemak diperlukan oleh tubuh untuk membantu dalam penyerapan vitamin dan mineral, serta sebagai sumber energi cadangan. Anak usia toddler memerlukan asupan lemak sekitar 30-40% dari total asupan energi mereka atau 45 g. (Menurut Angka Kecukupan Gizi/AKG). Sumber lemak yang baik untuk anak adalah minyak sayur, kacang-kacangan, ikan, dan alpukat.

- 4) **Asupan Karbohidrat yang Seimbang.** Karbohidrat adalah sumber energi utama bagi anak. Anak usia toddler memerlukan asupan karbohidrat sekitar 45-65% dari total asupan energi mereka. Sumber karbohidrat yang baik untuk anak adalah roti, nasi, pasta, buah-buahan, dan sayuran.
- 5) **Asupan Serat yang Cukup.** Serat membantu menjaga kesehatan saluran pencernaan dan mengatur kadar gula darah pada anak. Anak usia toddler memerlukan asupan serat sekitar 19 gram per hari. Sumber serat yang baik untuk anak adalah buah-buahan, sayuran, kacang-kacangan, dan biji-bijian.
- 6) **Asupan Vitamin dan Mineral yang Cukup.** Vitamin dan mineral penting untuk menjaga kesehatan dan fungsi tubuh yang optimal. Anak usia toddler memerlukan asupan vitamin dan mineral yang cukup seperti vitamin A, vitamin C, vitamin D, kalsium, dan zat besi. Sumber vitamin dan mineral yang baik untuk anak adalah buah-buahan, sayuran, susu, daging, ikan, dan sereal.
- 7) **Menjaga Asupan Cairan yang Cukup.** Anak usia toddler cenderung lebih mudah mengalami dehidrasi karena kebutuhan cairan tubuh yang lebih tinggi dan kurangnya kemampuan mereka untuk mengatur suhu tubuh mereka. Anak usia toddler memerlukan asupan cairan sekitar 1,3-1,7 liter per hari. Cairan yang baik untuk anak adalah air putih, jus buah segar, susu, dan air kelapa.

c. **Kebutuhan nutrisi pada anak usia prasekolah :**

Anak usia prasekolah merupakan periode yang kritis dalam perkembangan dan pertumbuhan anak. Pada masa ini, anak membutuhkan nutrisi yang adekuat untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan fisik, mental, dan emosional yang optimal.

Karakteristik terkait pemenuhan kebutuhan nutrisi yang perlu diperhatikan pada anak usia prasekolah:

- 1) **Kebutuhan energi yang tinggi.** Anak usia prasekolah memiliki kebutuhan energi yang relatif tinggi dibandingkan dengan anak-anak yang lebih muda. Hal ini disebabkan oleh aktivitas fisik dan mental yang semakin meningkat pada usia ini. Kebutuhan energi pada anak usia prasekolah adalah sekitar 1000-1400 kalori per hari tergantung pada jenis kelamin, tinggi badan, dan tingkat aktivitas fisik.
- 2) **Kebutuhan protein yang cukup.** Protein penting bagi pertumbuhan dan perkembangan otot dan jaringan tubuh lainnya. Kebutuhan protein pada anak usia prasekolah adalah sekitar 13-19 gram per hari tergantung pada usia dan jenis kelamin.
- 3) **Kebutuhan lemak yang tepat.** Lemak penting untuk pembentukan sel dan perkembangan otak. Namun, jumlah lemak yang dikonsumsi harus dijaga agar tidak berlebihan karena dapat menyebabkan obesitas. Anak usia prasekolah disarankan untuk mengonsumsi lemak sekitar 30% dari total asupan kalori mereka.
- 4) **Kebutuhan karbohidrat yang cukup.** Karbohidrat adalah sumber energi utama bagi tubuh. Anak usia prasekolah

disarankan untuk mengonsumsi karbohidrat sekitar 45-65% dari total asupan kalori mereka.

- 5) **Kebutuhan serat yang cukup.** Serat penting untuk pencernaan yang sehat dan mencegah sembelit. Anak usia prasekolah disarankan untuk mengonsumsi sekitar 19 gram serat per hari.
- 6) **Kebutuhan vitamin dan mineral.** Anak usia prasekolah membutuhkan vitamin dan mineral yang cukup untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan yang optimal. Beberapa nutrisi penting yang perlu diperhatikan pada anak usia prasekolah antara lain vitamin A, vitamin C, vitamin D, kalsium, zat besi, dan seng.
- 7) **Porsi makanan yang tepat.** Anak usia prasekolah disarankan untuk makan tiga kali sehari dengan dua kali snack di antara waktu makan. Porsi makanan yang diberikan harus disesuaikan dengan usia, jenis kelamin, dan tingkat aktivitas fisik anak.
- 8) **Variasi makanan yang adekuat.** Penting bagi anak untuk mengonsumsi makanan dari berbagai kelompok makanan untuk memastikan asupan nutrisi yang seimbang dan cukup.

d. Kebutuhan nutrisi anak usia sekolah :

Anak usia sekolah memiliki karakteristik perkembangan fisik dan mental yang memerlukan asupan nutrisi yang tepat untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan mereka. Berikut adalah beberapa karakteristik terkait pemenuhan kebutuhan nutrisi yang perlu diperhatikan pada anak usia sekolah:

- 1) **Kebutuhan energi.** Anak usia sekolah memerlukan energi yang cukup untuk mendukung aktivitas fisik dan mental mereka sepanjang hari. AKG energi pada anak usia 7-9 tahun adalah sekitar 1600-2000 kalori per hari, sedangkan pada anak usia 10-12 tahun adalah sekitar 1800-2200 kalori per hari.
- 2) **Kebutuhan protein.** Protein sangat penting untuk membantu membangun dan memperbaiki jaringan tubuh, termasuk otot, tulang, dan kulit. Anak usia sekolah memerlukan sekitar 1 gram protein per kilogram berat badan per hari.
- 3) **Kebutuhan lemak.** Lemak adalah sumber energi yang penting untuk anak usia sekolah, tetapi sebaiknya diambil dalam jumlah yang tepat dan dari sumber yang sehat, seperti minyak zaitun, alpukat, dan ikan berlemak. Lemak sebaiknya tidak melebihi 30% dari total asupan kalori sehari-hari.
- 4) **Kebutuhan karbohidrat.** Karbohidrat adalah sumber energi utama bagi tubuh dan sangat penting untuk aktivitas fisik dan mental anak usia sekolah. Anak usia sekolah sebaiknya mengonsumsi karbohidrat kompleks, seperti nasi, roti, dan pasta, yang memberikan energi yang lebih stabil.
- 5) **Kebutuhan vitamin dan mineral.** Vitamin dan mineral sangat penting untuk mempertahankan kesehatan tubuh dan mendukung fungsi otak dan sistem kekebalan tubuh. Anak usia sekolah sebaiknya mengonsumsi makanan yang kaya akan vitamin A, C, D, E, K, serta mineral seperti kalsium, besi, dan seng.

- 6) **Kebutuhan air.** Anak usia sekolah sebaiknya minum air yang cukup untuk menjaga keseimbangan cairan dalam tubuh. Anak usia sekolah sebaiknya minum 6-8 gelas air per hari atau lebih, tergantung pada suhu lingkungan dan aktivitas fisik mereka.
- 7) **Kebutuhan serat.** Serat sangat penting untuk menjaga kesehatan pencernaan anak dan mempromosikan rasa kenyang yang lebih lama. Anak usia sekolah sebaiknya mengonsumsi makanan yang kaya serat, seperti buah-buahan, sayuran, dan biji-bijian.

e. Kebutuhan nutrisi anak usia remaja

Besarnya pengaruh kelompok atau geng akan mempengaruhi pola kebiasaan makan, anak sering kali tidak sempat makan karena banyak aktivitas di luar rumah (olahraga, pramuka dan les lainnya), karena perubahan aktivitas yg lebih banyak memakan waktu di luar rumah, biasanya anak lebih menyukai makanan ringan. Anak mulai memperhatikan bentuk badannya; takut kegemukan. Karakteristik terkait pemenuhan kebutuhan nutrisi pada anak usia remaja yang perlu diperhatikan adalah sebagai berikut:

- 1) **Kebutuhan energi yang meningkat.** Anak remaja membutuhkan lebih banyak energi untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan mereka yang cepat. Namun, kebanyakan remaja mengalami peningkatan konsumsi makanan yang tidak sehat dan kurang aktivitas fisik yang dapat menyebabkan kelebihan berat badan.
- 2) **Kebutuhan protein yang lebih tinggi.** Protein sangat penting bagi pertumbuhan dan perkembangan tubuh, termasuk otot, tulang, dan jaringan tubuh lainnya. Anak

remaja membutuhkan jumlah protein yang lebih tinggi daripada anak-anak yang lebih muda atau orang dewasa.

- 3) **Kebutuhan kalsium yang tinggi.** Kalsium sangat penting untuk pertumbuhan tulang dan pencegahan osteoporosis di masa dewasa. Anak remaja perlu mengonsumsi makanan yang kaya akan kalsium, seperti susu, yoghurt, dan keju.
 - 4) **Kebutuhan zat besi yang lebih tinggi.** Zat besi sangat penting untuk membentuk sel darah merah dan mencegah anemia. Remaja perempuan memiliki kebutuhan zat besi yang lebih tinggi daripada remaja laki-laki karena mereka mengalami menstruasi.
 - 5) **Kebutuhan vitamin dan mineral yang cukup.** Remaja membutuhkan vitamin dan mineral yang cukup untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan tubuh mereka. Mereka harus mengonsumsi makanan yang kaya akan vitamin dan mineral, seperti buah-buahan, sayuran, dan biji-bijian.
5. **Pengkajian pada Anak yang Mengalami Gangguan Nutrisi**
- Pengkajian pada anak yang mengalami gangguan nutrisi harus dilakukan secara holistik dan terintegrasi dengan melibatkan keluarga dan tim kesehatan. Berikut adalah beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pengkajian anak yang mengalami gangguan nutrisi:
- a. **Status gizi.** Meliputi pengukuran antropometri, seperti berat badan, tinggi badan, dan lingkar lengan atas, serta penilaian tanda-tanda klinis seperti kulit kering, kerontokan rambut, dan bibir pecah-pecah. Dari pengukuran ini dapat ditentukan status gizi anak dan seberapa besar kebutuhan nutrisi yang perlu dipenuhi.

- b. **Asupan makanan.** Meliputi jenis makanan yang dikonsumsi, jumlah dan frekuensi makan, serta kebiasaan makan seperti pemilihan makanan dan kebiasaan makan cepat. Hal ini dapat memberikan informasi tentang pola makan anak dan kualitas makanan yang dikonsumsinya.
- c. **Riwayat medis dan kesehatan keluarga.** Penting untuk mengetahui riwayat penyakit dan kondisi medis yang dialami oleh anak dan anggota keluarga, serta obat-obatan yang mungkin sedang dikonsumsi. Hal ini dapat mempengaruhi kebutuhan nutrisi anak.
- d. **Faktor lingkungan dan psikososial.** Meliputi aspek lingkungan tempat tinggal anak, ketersediaan makanan di lingkungan sekitar, kebiasaan keluarga dalam memasak dan menyajikan makanan, serta aspek psikososial seperti stres, kecemasan, dan depresi. Hal ini dapat mempengaruhi nafsu makan anak dan kualitas asupan makanannya.
- e. **Perkembangan anak.** Perkembangan fisik, sosial, dan psikologis anak juga harus diperhatikan dalam pengkajian nutrisi. Hal ini dapat mempengaruhi kebutuhan nutrisi anak.

Setelah pengkajian dilakukan, perlu dilakukan penilaian dan perencanaan tindakan yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan nutrisi anak. Dalam hal ini, kerjasama antara orang tua dan tim kesehatan sangat penting untuk memberikan perawatan yang optimal bagi anak.

6. Tindakan Keperawatan untuk Mengatasi Permasalahan terkait Nutrisi

Tindakan keperawatan untuk mengatasi permasalahan terkait nutrisi pada anak bergantung pada kondisi dan penyebab

masalah nutrisi yang dialami. Tindakan keperawatan dapat dilakukan oleh perawat dengan melakukan tindakan kolaborasi dengan dokter dan tim medis lainnya Berikut adalah beberapa tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi permasalahan terkait nutrisi pada anak:

a. Menentukan kebutuhan nutrisi pasien

Berdasarkan pengkajian, perawat harus menentukan kebutuhan nutrisi pasien dan menyesuaikan asupan makanan dengan kebutuhan tersebut. Kebutuhan nutrisi dapat berbeda-beda tergantung pada kondisi kesehatan pasien.

b. Pemberian makanan yang tepat

Tindakan pertama yang dapat dilakukan adalah memberikan makanan yang tepat sesuai dengan kebutuhan nutrisi anak. Hal ini dapat dilakukan dengan mengkonsultasikan kebutuhan nutrisi anak kepada ahli gizi atau dokter anak.

c. Pemberian makanan tambahan

Jika anak mengalami kekurangan nutrisi tertentu, maka diperlukan pemberian makanan tambahan yang mengandung nutrisi yang dibutuhkan. Misalnya, jika anak mengalami anemia karena kekurangan zat besi, maka dapat diberikan suplemen zat besi.

d. Edukasi kepada orang tua

Orang tua perlu diberikan edukasi terkait pentingnya nutrisi bagi anak dan cara memberikan makanan yang tepat. Hal ini dapat dilakukan oleh perawat atau ahli gizi dengan memberikan informasi mengenai jenis makanan yang baik untuk dikonsumsi anak dan cara mempersiapkan makanan yang sehat.

e. Monitoring status nutrisi anak secara berkala

Perawat dapat melakukan monitoring status nutrisi anak secara berkala untuk memastikan bahwa kebutuhan nutrisi anak tercukupi dan tidak mengalami masalah nutrisi lainnya. Monitoring ini dapat dilakukan dengan memeriksa berat badan, tinggi badan, dan lingkar lengan atas anak.

f. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain

Perawat perlu berkolaborasi dengan tim kesehatan lain, seperti dokter anak atau ahli gizi, untuk memberikan perawatan yang tepat dan optimal bagi anak yang mengalami masalah nutrisi.

g. Pemberian dukungan psikososial

Anak yang mengalami masalah nutrisi dapat mengalami dampak psikososial yang negatif, seperti stres, kecemasan, dan depresi. Oleh karena itu, perawat dapat memberikan dukungan psikososial kepada anak dan keluarganya untuk membantu mengatasi permasalahan ini

h. Pemberian terapi nutrisi

Jika anak mengalami masalah nutrisi yang berat, seperti anoreksia atau malnutrisi yang berat, maka dapat diberikan terapi nutrisi, seperti nutrisi enteral atau parenteral, untuk memenuhi kebutuhan nutrisi anak secara maksimal.

i. Menciptakan lingkungan yang nyaman

Lingkungan yang nyaman dapat membantu pasien merasa lebih nyaman dan tenang saat makan. Perawat dapat menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman dengan mengatur pencahayaan, suhu ruangan, dan memberikan hiburan ringan seperti televisi atau buku.

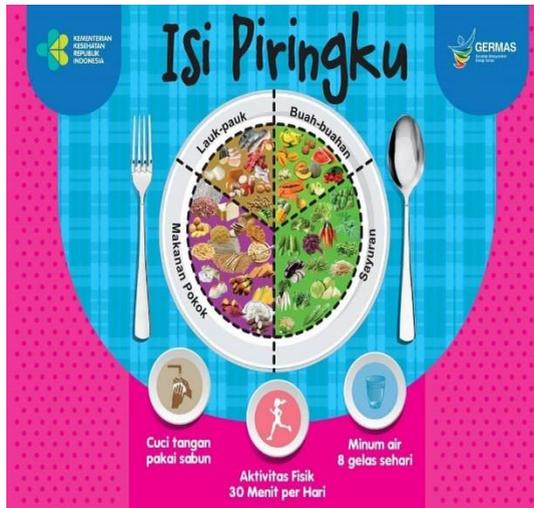
C. Rangkuman

- Kebutuhan nutrisi pada anak sangat penting dalam mendukung pertumbuhan dan perkembangan yang optimal. Nutrisi yang diperlukan terdiri dari makronutrien dan mikronutrien, yang harus dipenuhi dalam jumlah yang tepat sesuai dengan usia anak. Nutrisi makro seperti karbohidrat, protein, dan lemak, serta mikro seperti vitamin dan mineral sangat penting dalam kebutuhan nutrisi anak.
- Kebutuhan nutrisi anak dapat bervariasi berdasarkan usia dan tahapan perkembangan anak.
- Pada usia bayi, pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan sangat disarankan, karena ASI mengandung nutrisi yang lengkap dan dapat menurunkan risiko infeksi serta alergi pada bayi. Setelah 6 bulan, anak dapat diperkenalkan pada makanan pendamping ASI yang seimbang dan mudah dicerna.
- Pada usia prasekolah, anak cenderung memilih makanan tertentu yang kurang sehat, sehingga peran orang tua sangat penting dalam memastikan nutrisi yang cukup dan seimbang. Anak juga memerlukan asupan vitamin D dan kalsium yang cukup untuk memperkuat tulang dan gigi.
- Pada usia sekolah, anak memerlukan nutrisi yang tepat agar bisa fokus dan berkonsentrasi di sekolah. Asupan protein juga penting untuk memperbaiki jaringan tubuh yang rusak akibat aktivitas fisik.
- Sementara pada usia remaja, kecenderungan untuk mengonsumsi makanan yang tidak sehat seperti makanan cepat saji atau junk food dapat meningkatkan risiko obesitas dan masalah kesehatan lainnya. Anak remaja memerlukan nutrisi yang lebih banyak, terutama protein dan zat besi, untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan tubuh yang optimal.

- Tindakan keperawatan yang tepat dapat membantu mengatasi masalah nutrisi pada anak, seperti dengan melakukan pengkajian nutrisi dan memberikan tindakan keperawatan yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan nutrisi anak.
- Dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi anak, peran orang tua sangat penting untuk memberikan perhatian dan dukungan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi anak dengan cara mengatur pola makan sehat dan seimbang, memilih makanan yang bervariasi dan bergizi, serta memberikan edukasi tentang kebiasaan makan yang baik. Selain itu, pemantauan dan pengawasan terhadap asupan makanan anak juga sangat penting untuk mencegah terjadinya kekurangan nutrisi atau obesitas

Tugas

1. Jelaskan tentang empat pilar gizi seimbang dan 10 pesan gizi seimbang?
2. Apakah yang dipahami tentang gambar dibawah ini ?



Daftar Pustaka

Auckland District Health Board. (2010, April). Newborn Services Clinical Guideline, ADHB New Zealand. Retrieved January 21, 2016, from Newborn Services Clinical Guideline: <http://www.adhb.govt.nz/newborn/guidelines/nutrition/Enter alFeeding.htm>

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

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). St. Louis: Mosby, Inc.

Jones, A. D., Ickes, S. B., Smith, L. E., Mbuya, M. N. N., Chasekwa, B., & Heidkamp, R. A. (2014). World Health Organization infant and young child feeding indicators and their associations with child anthropometry: a synthesis of recent findings. *Maternal & Child Nutrition*, 10(1), 1-17.

Kyle, T., & Carman, S. (2013). *Essentials of Pediatric Nursing* (2nd ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Kememkes RI, (2015) Buku Saku Pemantauan Status Gizi Tahun 2017, diperoleh dari www.kesmas.kemkes.go.id

Permenkes RI, (2019) Angka kecukupan gizi yang dianjurkan untuk masyarakat indonesia

United Nations Children's Fund. (2013). *Improving Child Nutrition: The Achievable Imperative for Global Progress*. United Nations Children's Fund.

World Health Organization. (2016). *Infant and Young Child Feeding: Model Chapter for Textbooks for Medical Students and Allied Health Professionals*. World

BAB V DDST II

(Kusmini Suprihatin, M.Kep.Ns.Sp.Kep.An)

A. Tujuan Pembelajaran

1. Menggunakan proses keperawatan dalam menyelesaikan masalah klien anak pada berbagai tingkat usia dalam konteks keluarga di tatanan klinik
2. Mengintegrasikan hasil-hasil penelitian ke dalam penerapan intervensi keperawatan dalam mengatasi masalah sistem persarafan.

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Setelah mempelajari pokok bahasan ini mahasiswa diharapkan dapat memahami tentang deteksi dini tumbuh kembang anak menggunakan DDST II, khususnya mampu:

- a. Melakukan simulasi deteksi dini tumbuh kembang anak dengan menggunakan DDST II dengan memperhatikan aspek legal dan etis.
- b. Melakukan simulasi pendidikan kesehatan terkait deteksi dini tumbuh kembang anak menggunakan DDST Kit dengan memperhatikan aspek legal dan etis.

- c. Mendemonstrasikan cara melakukan deteksi dini tumbuh kembang anak menggunakan DDST II pada anak sesuai dengan standar yang berlaku dengan berpikir kreatif dan inovatif sehingga menghasilkan pelayanan yang efisien dan efektif pada klien.
- d. Mendemonstrasikan keterampilan teknis keperawatan yang sesuai dengan standar yang berlaku atau secara kreatif dan inovatif agar pelayanan yang diberikan efisien dan efektif pada klien.

B. Materi

1. Pengertian DDST II

Denver Developmental Screening Test (DDST) adalah salah satu metode skrining terhadap kelainan perkembangan anak atau metode pengkajian yang digunakan secara luas untuk menilai kemajuan perkembangan anak usia 0 – 6 tahun. Pelaksanaan DDST tergolong cepat dan mudah, serta mempunyai validitas yang tinggi. Denver Developmental Screening Test (DDST) sendiri adalah bukan untuk mendiagnosis dan atau tes kecerdasan Intelegensi Quotient (IQ) (Azwardi, Hanna & Imelda, 2021).

DDST pada mulanya diperkenalkan pada tahun 1967 oleh *Frankenburg dan Dodds*, sebagai alat bantu skrining tumbuh kembang anak pada situasi normal oleh para dokter anak.

Alat tes ini dikenal di 54 negara dan pada tahun 1992 dikeluarkan alat skrining tumbuh kembang anak yang sudah direvisi yang dikenal dengan Denver II atau Tabel Denver II.

Dalam perkembangannya, DDST mengalami beberapa kali revisi. Revisi terakhir adalah Denver II yang merupakan hasil revisi dan standardisasi dari DDST dan DDSTR

(*Revised Denver Developmental Screening Test*). Perbedaan Denver II dengan pendahulunya terletak pada item-item test, bentuk, interpretasi, dan rujukan. Aspek perkembangan yang awalnya dinilai dari 105 tugas perkembangan pada DDST yang kemudian pada DDST II dilakukan revisi menjadi 125 tugas perkembangan. Tugas yang diperiksa pada setiap kali skrining hanya berkisar 25-30 tugas. Formulir Denver Developmental Screening Test (DDST) disusun menjadi empat sektor untuk menjangring fungsi personal sosial, motorik halus, motorik kasar dan Bahasa.

Tujuan pemeriksaan DDST II adalah untuk menilai tingkat perkembangan anak sesuai kelompok seusianya, serta digunakan untuk memonitor dan memantau [perkembangan bayi](#) atau anak dengan resiko tinggi terjadinya penyimpangan perkembangan secara berkala.

2. Manfaat DDST II

Manfaat pengkajian tumbuh kembang dengan DDST II bergantung pada usia anak. Pada bayi baru lahir, tes ini dapat mendeteksi adanya masalah neurologis dan pada anak tes ini dapat membantu meringankan permasalahan akademik dan sosial, berikut adalah beberapa manfaat dilakukan tes DDST II :

- a. Menilai tingkat perkembangan anak sesuai dengan usianya
- b. Menilai tingkat perkembangan anak yang tampak yang sehat
- c. Menilai tingkat perkembangan anak yang tidak menunjukkan gejala, kemungkinan adanya kelainan perkembangan

- d. Memastikan dan memantau anak yang diduga mengalami kelainan perkembangan

3. Teknik Perhitungan umur kronologis dan umur koreksi.

a. Penentuan umur kronologis.

Penentuan usia anak ditentukan dengan menanyakan tanggal, bulan dan tahun lahir anak. Gunakan patokan 30 hari untuk satu bulan, 7 hari untuk 1 minggu dan 12 bulan untuk satu tahun. Tentukan usia anak dalam bulan. Jika usia anak 10 bulan 15 hari maka dibulatkan ke bawah menjadi 10 bulan, tapi jika usianya 10 bulan 16 hari maka dibulatkan ke atas menjadi 11 bulan.

Contoh:

Seorang anak dibawa ke Poli tumbuh kembang tanggal 25 Mei 2023. Anak lahir pada tanggal 26 Juli 2022 dengan usia kehamilan aterm. Perhitungan usia kronologis anak didapatkan.

Tanggal pemeriksaan	2023-05-25
Tanggal lahir	<u>2022-07-26</u>
	09-24

Usia anak 9 bulan 24 hari. Jika dibulatkan menjadi 10 bulan. Maka usia anak adalah 10 bulan.

b. Penentuan umur koreksi bayi prematur.

Penentuan usia koreksi dilakukan jika anak dilahirkan premature atau usia kehamilan kurang dari 37 minggu. Maka

usia koreksi harus dihitung untuk menghindari terjadinya kesalahan dalam mendeteksi tugas perkembangan yang harus dicapai oleh anak yang lahir prematur. Namun untuk perhitungan usia koreksi dilakukan sampai anak usia 2 tahun. Jika usia anak lebih dari 2 tahun maka formulir yang digunakan untuk menilai sama dengan anak yang lahir aterm.

Contoh

Seorang anak dibawa ke Poli tumbuh kembang tanggal 25 April 2023. Anak lahir pada tanggal 21 Mei 2022 dengan usia kehamilan 32 minggu. Perhitungan usia koreksi anak didapatkan.

Tanggal periksa	2023-04-25
Tanggal lahir	<u>2022-05-21</u>
	11-04

Jadi usia kronologis anak adalah 11 bulan 4 hari. Untuk menghitung usia koreksi maka dilihat usia kehamilan saat anak dilahirkan yaitu 32 minggu. Patokan dalam perhitungan ini maka aterm dihitung 40 minggu sehingga 40 dikurangi 32 sama dengan 8 minggu atau 2 bulan. Artinya usia anak harus dimundurkan 2 bulan.

Perhitungannya adalah

11-04
<u>02</u>

09-04

Jadi usia koreksi anak tersebut adalah 9 bulan 4 hari dibulatkan menjadi 9 bulan.

3. Aspek yang dinilai dalam DDST II

Menurut Badi'ah (2022) dalam buku Keperawatan Anak, menggolongkan 4 aspek yang dinilai dalam DDST II, yaitu :

a. Perilaku motorik kasar

Aspek ini berhubungan dengan kemampuan anak melakukan pergerakan dan sikap tubuh yang melibatkan otot besar, seperti berdiri, duduk, melompat, dan sebagainya.

b. Perilaku motorik halus.

Aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan gerakan yang melibatkan otot-otot kecil tetapi memerlukan koordinasi tubuh yang cermat, contohnya adalah menulis, mengambil barang kecil satu persatu, dan sebagainya.

c. Kemampuan bicara dan bahasa

Aspek ini melibatkan kemampuan anak saat memberikan respons terhadap suara, berbicara, berkomunikasi, mengikuti perintah, dan berbicara secara spontan.

d. Sosialisasi dan kemandirian

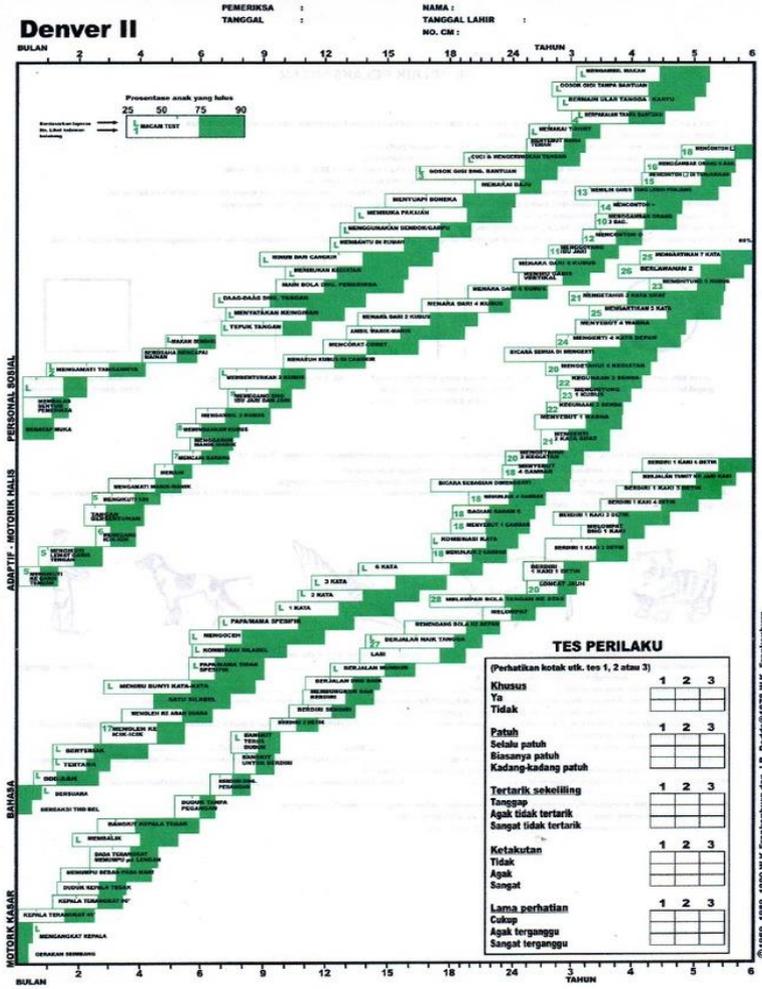
Aspek yang berhubungan dengan penyesuaian diri di masyarakat dan kebutuhan pribadi, seperti makan sendiri, berpisah dengan ibu saat di sekolah, membereskan mainannya sendiri, dan lain-lain

4. Peralatan yang dibutuhkan dalam pengukuran DDST II

Dalam buku Keperawatan Anak, Eko & Atik (2022) mengelompokkan peralatan yang digunakan untuk DDST II, yaitu:

- a. Benang wol merah
- b. Kismis atau manik-manik
- c. Peralatan makan
- d. Peralatan gosok gigi
- e. Kartu atau permainan ular tangga
- f. Kubus 8 buah, berwarna merah, biru, kuning, dan hijau masing-masing 2 buah
- g. Permainan anak bola kecil dan bola tenis
- h. Cangkir kecil dengan pegangan
- i. Kertas kosong
- j. Pensil merah
- k. Kerincingan dengan gagang kecil
- l. Botol kecil berwarna bening dengan tutup diameter 2 cm
- m. Lonceng kecil

5. Instrumen DDST II



PETUNJUK PELAKSANAAN

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



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

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

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



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

Pengamatan :

6. Prosedur penilaian DDST II

Prosedur penilaian berdasarkan DDST II yaitu :

- a. Tahap pertama, dilakukan secara periodik pada semua anak, jika tes dilakukan pada usia pra-sekolah maka langsung dimulai pada usia 4-6 tahun.
- b. Tahap kedua, dilakukan pada anak yang dicurigai adanya hambatan perkembangan pada tahap pertama, kemudian dilanjutkan dengan evaluasi yang lengkap.

7. Cara pengukuran DDST II

- a. Menentukan usia anak terlebih dahulu.

Tarik garis vertical pada lembar DDST II sesuai umur yang telah ditentukan hingga memotong kotak-kotak tugas perkembangan keempat sektor.

- b. Hal – hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan tes yaitu :
 - 1) Semua item harus diujikan sesuai prosedur pelaksanaan tes per item
 - 2) Perlu kerjasama aktif dari anak, sebab ia harus merasa tenang, aman, sehat, dan senang.
 - 3) Tersedia ruangan cukup luas, ventilasi baik, dan berikan kesan yang santai dan menyenangkan.
 - 4) Orang tua atau pendamping anak harus diberitahu bahwa ini bukan tes kepandaian / IQ, melainkan tes ini untuk melihat perkembangan anak secara keseluruhan.
 - 5) Lakukan pengukuran pada anak di tiap komponen dengan Batasan garis usia mulai dari item yang mudah boleh didahulukan, misalnya sektor personal sosial, sektor

bahasa, kemudian dilanjutkan dengan sektor motorik halus dan motorik kasar. Berikan pujian jika ia dapat menyelesaikan tugas dengan baik dan jika ia mampu menyelesaikannya tetapi kurang tepat tetap beri reinforcement positif agar anak tetap memiliki keinginan untuk mengikuti tes selanjutnya.

- 6) Pelaksanaan tes untuk semua sektor, dimulai dari item yang terletak di sebelah kiri garis umur kemudian dilanjutkan ke item di sebelah kanan garis umur.
- 7) Pemberian skor untuk tiap item
- 8) Pada tiap item, perlu dicantumkan skor di area kotak yang berwarna putih dengan ketentuan sebagai berikut :
 - a) L = Lulus / Lewat (P = Pass), artinya anak dapat melakukan item dengan baik
 - b) G = Gagal (F = Fail), artinya anak tidak dapat melakukan item dengan baik
 - c) M = menolak (R = Refusal), artinya anak menolak untuk melakukan tes untuk item tersebut
 - d) Tak = tak ada kesempatan (No = No Opportunity), artinya anak tidak memiliki kesempatan untuk melakukan item karena ada hambatan (khusus item yang bertanda L).

8. Interpretasi tes DDST II

- a. Normal, diberikan jika tidak ada skor “terlambat” dan atau maksimal 1 “peringatan”. Jika hasil ini didapat, lakukan pemeriksaan ulang pada kunjungan berikutnya.
- b. Suspek, diberikan jika terdapat 1 atau lebih skor “terlambat” dan atau 2 atau lebih peringatan. Dalam hal ini T dan P

disebabkan oleh kegagalan, bukan penolakan. Jika hasil ini didapat, lakukan uji ulang dalam 1-2 minggu mendatang untuk menghilangkan faktor-faktor sesaat, seperti rasa takut, sedih, atau kelelahan.

- c. Tidak dapat diuji, diberikan jika terdapat satu atau lebih skor “terlambat” dan atau 2 lebih “peringatan”. Dalam hal ini terlambat dan peringatan harus disebabkan oleh penolakan, bukan kegagalan. Jika hasil ini didapat, lakukan uji ulang dalam 1-2 minggu mendatang.

3. Rangkuman.

Denver Developmental Screening Test (DDST) adalah salah satu metode skrining terhadap kelainan perkembangan anak atau metode pengkajian yang digunakan secara luas untuk menilai kemajuan perkembangan anak usia 0 – 6 tahun. Penilaian pada DDST II meliputi 4 aspek yaitu motorik kasar, motorik halus, Bahasa dan personal sosial/kemandirian.

D. Tugas

1. Seorang anak dibawa ibunya ke Poli tumbuh kembang pada tanggal 20 Mei 2023. Anak lahir tanggal 2 Juni 2020. Tentukan usia kronologis anak tersebut dan lakukan penilaian tumbuh kembang menggunakan form DDST II.
2. Seorang anak dibawa ibunya ke Poli tumbuh kembang pada tanggal 28 Mei 2023. Anak lahir tanggal 21 Juni 2021 pada usia kehamilan 34 minggu. Tentukan usia koreksi anak tersebut dan lakukan penilaian tumbuh kembang menggunakan form DDST II.

Daftar Pustaka

- Azwalidi, Hanna & Imelda. (2021). *Penilaian Perkembangan anak usia dini model Denver Development Screening Test (DDST) II*. Lembaga Chakra Brahmanda Lentera: Kediri.
- Darmawan, A. C. (2019). *Pedoman praktis tumbuh kembang anak (usia 0–72 bulan)*. PT Penerbit IPB Press.
- Eko S & Atik, B. (2022). *Asuhan Keperawatan anak sehat dan kebutuhan khusus*. Pustaka Baru Press. Yogyakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta.
- Nurhidayah, I., Gunani, R. G., Ramdhanie, G. G., & Hidayati, N. (2020). Deteksi Dan Stimulasi Perkembangan Sosial Pada Anak Prasekolah: Literatur Review. *Jurnal Ilmu Keperawatan Anak*, 3(2), 42–58. <https://doi.org/10.32584/jika.v3i2.786>.
- Puspita, L., & Umar, M. Y. (2020). Perkembangan motorik kasar dan motorik halus ditinjau dari pengetahuan ibu tentang pertumbuhan dan perkembangan anak usia 4-5 tahun. *Wellness And Healthy Magazine*, 2(1), 121–126. <https://doi.org/10.30604/well.80212020>.
- Neneng. NF & Ainul M.2022. *Keperawatan Anak*. Media Sains Indonesia: Malang.

BAB VI KONSEP BERMAIN

(Ns. Winarsi Pricilya Molintao, M.Kep)

A. Tujuan pembelajaran:

Mahasiswa mampu menerapkan komunikasi yang baik dan benar terhadap anak dan mampu menerapkan konsep bermain sesuai tumbuh kembang anak

1. Konsep bermain pada anak
2. Teori tentang Bermain
3. Fungsi Bermain
4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Bermain
5. Klasifikasi Bermain
6. Prinsip Bermain di Rumah Sakit
7. Bermain Berdasarkan Usia

B.Materi

1. Konsep Bermain Pada Anak

Bermain adalah cerminan kemampuan fisik, intelektual, emosional dan sosial dan bermain merupakan media yang baik untuk belajar karena dengan bermain anak akan berkata-kata, belajar menyesuaikan diri dengan lingkungan, melakukan apa yang dapat dilakukan dan mengenal waktu, jarak, serta suara.

Bermain juga merupakan suatu aktivitas dimana anak dapat melakukan atau mempraktekkan keterampilan, memberikan ekspresi terhadap pemikiran, menjadi kreatif, serta mempersiapkan diri untuk berperan dan berperilaku dewasa (Wong, 2017).

Bermain merupakan kebutuhan yang muncul secara alami dalam diri setiap individu. Setiap manusia memiliki naluri untuk memperoleh kesenangan, kepuasan, kenikmatan, kesukaan, dan kebahagiaan hidup. Permainan adalah situasi atau kondisi tertentu saat seseorang mencari kesenangan atau kepuasan melalui suatu aktivitas atau kegiatan bermain. Permainan merupakan suatu aktivitas yang bertujuan memperoleh keterampilan tertentu dengan cara menggembirakan seseorang. Parten, dalam Dockett dan Fler, memandang kegiatan bermain sebagai sarana sosialisasi. Melalui bermain, diharapkan dapat memberikan kesempatan kepada seorang anak, siswa, dan peserta didik dalam bereksplorasi, menemukan, mengekspresikan perasaan, berkreasi, dan belajar secara menyenangkan. Menurut Battelheim, bermain adalah kegiatan yang tidak mempunyai peraturan lain, kecuali yang ditetapkan pemain sendiri, dan tidak ada hasil akhir yang dimaksudkan dalam realitas luar. (Mujib, Rahmawati, 2011).

Menurut Saripudin dan Faujiah (2018) menyatakan bahwa Melalui bermain anak memperoleh pembatasan dan memahami kehidupan karena dalam bermain anak merasakan kesenangan, bermain juga merupakan kegiatan yang memberikan kesenangan kepada individu dan dilaksanakan untuk kegiatan itu sendiri yang

lebih ditekankan pada hasil yang diperoleh dari kegiatan bermain tersebut.

Dunia anak adalah dunia bermain, jadi sudah selayaknya pembelajaran dikelola dengan cara bermain. Menurut kamus besar bahasa indonesia, bermain berasal dari kata dasar main yang berarti melakukan aktivitas atau kegiatan untuk menyenangkan hati. Jadi bermain adalah melakukan kegiatan sesuatu untuk bersenang-senang sedangkan permainannya itu sendiri alat yang digunakan dalam bermain tersebut (Fadillah, dkk, 2014).

2. Teori Bermain

a. Teori Bermain Klasik dan Modern

- 1) Teori klasik yaitu teori yang muncul dari abad ke-19 sampai perang duni 1. Teori klasik mengenai bermain dapat dikemlompokkan menjadi dua bagian yaitu teori (1) surplus energy dan rekreasi; (2) teori rekapitulasi dan praktis. Ada beberapa tokoh yang dapat dikategorikan dalam teori klasik. Mereka berusaha menjelaskan mengapa muncul perilaku bermain serta tujuan dari bermain. Bermain mempunyai fungsi untuk memulihkan tenaga seseorang setelah bekerja dan merasa jenuh. Pendapat ini dipertanyakan karena pada anak kecil yang tidak bekerja tetap melakukan kegiatan bermain.

Tabel 6.1 Teori-Teori Klasik

(Sumber Mutiah, 2010)

Teori	Tokoh	Tujuan Bermain
Surplus / Kelebihan Energi	Frederich Schiller/ Herbert Spencer	Mengeluarkan energi berlebihan
Rekreasi/Relaksasi	Moritz Lazarus	Memulihkan tenaga
Rekapitulasi	G. Stanley Hail	Memunculkan Insting
Praktis/Insting Naluri	Karl Groos	Menyempurnakan Insting

Selain teori klasik bermain, terdapat juga teori modern bermain. Sedangkan, teori modern bermain ialah teori yang muncul sesudah Perang Dunia I, perbedaan utamanya adalah teori modern memberi tekanan pada konsekuensi bermain bagi anak. Teori mengkaji tentang bermain tidak hanya menjelaskan mengapa muncul perilaku bermain, tetapi juga berusaha menjelaskan manfaat bermain bagi perkembangan anak (Mutiah, 2010).

Table 6.2

Teori-Teori Modern Bermain

Teori	Peran Bermain dalam Perkembangan Anak
Psikoanalitik	Mengatasi pengalaman traumatic, koping terhadap frustrasi
Kognitif-Piaget	Mempraktikan dan melakukan konsolidasi konsep-konsep serta ketrampilan yang sudah dipelajari sebelumnya
Kognitif – Vigotsky	Memajukan berpikir abstrak ; belajar dalam kaitan ZPD (<i>Zone of Proximal Development</i>) ; Pengaturan diri
Kognitif Bruner/Sutton-Smith	Memunculkan Fleksibilitas perilaku dan berpikir, imajinasi, narasi

Singer	Mengatur kecepatan stimulasi dari dalam dan dari luar
Arousal Modulation	Tetap membuat anak terjaga pada tingkat optimal dengan menambah stimulasi
Bateson	Memajukan kemampuan untuk memahami berbagai tingkatan makna

b. Teori Tahap Bermain

Sejalan dengan berjalannya kognitif anak, Jean Piaget mengemukakan tahapan bermain anak sebagai berikut :

1) *Sensory Motor Play* (3 Bulan – 18 Bulan)

Bermain dimulai pada periode perkembangan kognitif sensori motor, sebelum usia 3-4 bulan, Gerakan atau kegiatan anak belum dapat dikategorikan sebagai bermain. Kegiatan anak semata-mata merupakan kelanjutan kenikmatan yang diperolehnya. Berkaitan dengan kegiatan makan atau mengganti sesuatu. Kegiatan bayi hanya merupakan pengulangan dari hal-hal yang dilakukan sebelumnya, dan Piaget menamakanya *Reproductive*

Assimilation. Kegiatan tersebut merupakan cikal bakal bermain di tahap perkembangan selanjutnya.

Sejak usia 3-4 bulan, kegiatan anak lebih terkoordinasi dan dari pengalamannya anak belajar bahwa menarik mainan yang tergantung di atas tempat tidurnya, maka mainan tersebut akan bergerak dan berbunyi, kegiatan ini di ulang berkali-kali dan menimbulkan rasa senang, senang yang sifatnya fungsional dan senang karena dapat menyebabkan sesuatu terjadi. Pada usia 7-11 Bulan kegiatan anak bukan semata-mata berupa pengulangan, namun sudah disertai variasi. Sekali anak menemukan mainan dibawah selimut atau melihat wajah dibalik bantal yang disingkapkan, anak melakukan terus dengan berbagai variasinya.

Baru pada usia 18 bulan tampak adanya percobaan-percobaan aktif pada kegiatan bermain anak. Anak sudah semakin mampu memvariasikan tindakannya terhadap berbagai alat permainan. Hal ini merupakan awal dari pengenalan lingkungan.

2) *Symbolic atau Make Believe (2-7 Tahun)*

Symbolic atau *make believe play* merupakan ciri periode pra operasional yang terjadi antara 2-7 tahun yang ditandai dengan bermain khayal dan bermain pura-pura. Pada masa ini anak juga lebih banyak bertanya dan

menjawab pertanyaan, mencoba berbagai hal berkaitan dengan angka, ruang, kuantitas, dan sebagainya. Seringkali anak menanyakan sesuatu hanya sekedar bertanya, tidak memperdulikan jawaban yang diperolehnya. Walau sudah dijawab anak terus bertanya lagi, anak sudah mulai dapat menggunakan berbagai benda sebagai symbol atau representasi benda lain. Misalnya, menggunakan sapu sebagai kuda-kudaan, bermain symbolic juga berfungsi mengasimilasikan dan mengkonsolidasikan (menggabungkan) pengalaman emosional anak setiap hal yang berkesan bagi anak, akan dilakukan kembali dalam kegiatan bermainnya.

3) *Sosial Play Games* (8 – 11 Tahun)

Bermain tahap yang tertinggi, penggunaan symbol lebih banyak diwarnai oleh nalar, logika yang bersifat obyektif, sejak usia 8-11 tahun anak lebih banyak terlibat dalam kegiatan *games with rulers*. Kegiatan anak lebih banyak dikendalikan oleh aturan permainan.

4) *Games With Rules and Sport* (11 tahun ke atas)

Kegiatan bermain lain yang memiliki aturan adalah olah raga. Kegiatan bermain ini masih menyenangkan dinikmati anak-anak, meskipun aturannya jauh lebih ketat diberlakukan secara kaku dibandingkan dengan permainan yang tergolong games seperti kartu atau kasti. Anak senang melakukan berulang-ulang dan terpacu untuk mencapai presetasi sebaik-baiknya. Bila kita lihat tahapan

perkembangan bermain yang dikemukakan oleh Piaget, maka akan terlihat bahwa bermain yang tadinya dilakukan sekedar demi kesenangan maka lambat laun mengalami pergeseran. Bukan hanya rasa senang saja yang menjadi tujuan, tetapi ada suatu hasil akhir tertentu seperti ini menang, memperoleh hasil kerja yang baik.

Sedangkan menurut Teori Hurlock mengemukakan bahwa perkembangan bermain terjadi melalui empat tahapan. Empat tahapannya ialah sebagai berikut (Ardini dan Lestarinigrum, 2018):

1) Tahap Penjelajahan (*Exploartory Stage*)

Tahap ini berupa kegiatan mengenai obyek atau orang lain, mencoba menjangkau atau meraih benda disekelilingnya, lalu mengamatinya. Penjelajahan semakin luas, saat anak sudah dapat merangkak dan berjalan, sehingga anak akan mengamati setiap benda yang dapat diraihnya.

2) Tahap Mainan (*Toy Stage*)

Pada tahap ini terjadi pada usia 5-6 tahun. Antara usia 2-3 tahun anak biasanya hanya mengamati alat permainannya. Anak menganggap bahwa benda mainannya dapat makan, berbicara, merasa sakit, dan sebagainya. Biasanya ini terjadi pada usia pra sekolah, anak-anak di Taman Kanak-Kanak biasa bermain dengan boneka dan mengajaknya bercakap atau bermain seperti

layaknya teman bermainnya. Selain itu pada masa ini anak akan sangat suka meminta dibagikan mainan, kadang-kadang mereka hanya meminta saja tanpa memperdulikan kegunaannya.

3) Tahap bermain (*Play Stage*)

Biasanya terjadi bersamaan dengan mulai masuk ke sekolah dasar. Pada masa ini jenis permainan anak semakin bertambah dan bermain dengan alat permainan yang lama kelamaan berkembang menjadi games, olahraga, dan bentuk permainan yang lain yang dilakukan dengan orang dewasa.

4) Tahap melamun (*Daydream Stage*)

Tahap ini diawali Ketika anak mendekati masa pubertas, dimana anak mulai kurang berminat terhadap kegiatan bermain yang tadinya mereka sukai dan mulai menghabiskan waktu untuk melamun dan berkhayal. Biasanya khayalannya mengenai perlakuan kurang adil dari orang lain atau merasa kurang dipahami oleh orang lain

Dari penjelasan di atas, maka dapat dipahami bermain merupakan suatu kegiatan yang dilakukan oleh anak dengan spontan, dan perasaan gembira tidak memiliki tujuan ekstrinsik, melibatkan peran aktif anak, memiliki hubungan sistematis dengan hal-hal diluar bermain (seperti perkembangan kreativitas) dan merupakan interaksi anatar anak dengan lingkungannya serta memungkinkan anak untuk beradaptasi dengan lingkungannya tersebut. Masa bermain pada anak memiliki tahap-tahap yang sesuai

dengan perkembangan anak baik kognitif, afektif, maupun psikomotor dan sejalan dengan usia anak.

Bermain merupakan suatu kegiatan yang menyenangkan dan spontan sehingga hal ini memberikan rasa aman secara psikologis pada anak. Begitu pula dalam suasana bermain aktif, dimana anak memperoleh kesempatan yang luas untuk melakukan mengekspresikan gagasannya, melalui khayalan, drama, bermain konstruktif, dan sebagainya. Maka dalam hal ini memungkinkan anak untuk mengembangkan perasaan bebas secara psikologis.

3. Fungsi Bermain

Anak bermain pada dasarnya agar ia memperoleh kesenangan, sehingga tidak akan merasa jenuh. Bermain tidak sekedar mengisi waktu tetapi merupakan kebutuhan anak seperti halnya makan, perawatan dan cinta kasih. Fungsi utama bermain adalah merangsang perkembangan sensoris-motorik, perkembangan kreativitas, perkembangan kesadaran diri, perkembangan moral, dan bermain sebagai terapi. Terdapat beberapa fungsi bermain pada anak diantaranya (Damanik, 2019):

a. Membantu perkembangan sensorik dan motoric

Cara yang dapat dilakukan adalah dengan merangsang sensorik dan motoric terutama pada bayi. Rangsangan berupa taktil, audio dan visual. Anak yang sejak lahir dikenalkan atau dirangsang visualnya maka dikemudian hari kemampuan visualnya akan lebih menonjol seperti lebih cepat mengenal

sesuatu yang baru dilihatnya. Demikia juga pendengaran, apabila sejak bayi dikenalkan atau dirangsang melalui suara-suara maka daya pendengaran dikemudian hari lebih cepat berkembang dibandingkan tidak ada stimulasi sejak dini.

b. Membantu Perkembangan Kognitif

Perkembangan kognitif dapat dirangsang melalui permainan. Hal ini dapat terlihat pada saat anak sedang bermain. Anak akan mencoba melakukan komunikasi dengan bahasa anak, mampu memahami obyek permainan seperti dunia tempat tinggal, mampu membedakan khayalan dan kenyataan, mampu belajar warna, memahami bentuk ukuran dan berbagai manfaat benda yang digunakan dalam permainan. Dengan demikian maka fungsi bermain pada model demikian akan meningkatkan perkembangan kognitif selanjutnya.

c. Meningkatkan sosialisasi anak

Proses sosialisasi dapat terjadi melalui permainan. Sebagai contoh pada usia bayi ia akan rnerasakan kesenangan terhadap kehadiran orang lain dan merasakan ada teman yang dunianya sama. Pada usia toddler anak sudah mencoba bermain dengan sesamanya dan ini sudah mulai prosessosialisasi satu dengan yang lain. Padausia *toddler* anak biasanya sering bermain peran seperti berpura-pura menjadi seorang guru, menjadi seorang anak, menjadi seorang bapak, menjadi seorang ibu dan lain-lain. Kemudian pada usia prasekolah ia sudah mulai menyadari akan keberadaan teman

sebagai sehingga anak mampu melakukan sosialisasi dengan teman dan orang lain

d. Meningkatkan kreatifitas

Bermain juga dapat berfungsi dalam peningkatan kreatifitas, dimana anak mulai belajar menciptakan sesuatu dari permainan yang ada dan mampu memodifikasi objek yang akan digunakan dalam permainan sehingga anak akan lebih kreatif melalui model permainan ini, seperti bermain bongkar pasang mobil-mobilan.

e. Meningkatkan kesadaran diri

Bermain pada anak akan memberikan kemampuan pada anak untuk mengeksplorasi tubuh dan merasakan dirinya sadar akan orang lain yang merupakan bagian dari individu yang saling berhubungan. Anak belajar mengatur perilaku dan membandingkan perilakunya dengan perilaku orang lain

f. Mempunyai nilai terapeutik

Bermain dapat menjadikan diri anak lebih senang dan nyaman sehingga stress dan ketegangan dapat dihindarkan. Dengan demikian bermain dapat menghibur diri anak terhadap dunianya.

g. Mempunyai nilai moral pada anak

Bermain juga dapat memberikan nilai moral tersendiri kepada anak. Pada permainan tertentu seperti sepak bola, anak

belajar benar atau salah karena dalam permainan tersebut ada aturan-aturan yang harus ditaati dan tidak boleh dilanggar. Apabila melanggar, maka konsekuensinya akan mendapat sanksi. Anak juga belajar benar atau salah dari budaya di rumah, di sekolah dan ketika berinteraksi dengan temannya

4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Aktivitas Bermain

Permainan anak dipengaruhi oleh beberapa faktor. Menurut Elizabeth B. Hurlock (2013) ada delapan faktor yang mempengaruhi permainan anak, yaitu :

- a. Kesehatan, semakin sehat anak maka semakin banyak energinya untuk bermain aktif.
- b. Perkembangan motoric, permainan anak melibatkan koordinasi motoric. Pengendalian motoric yang baik memungkinkan anak terlibat dalam permainan aktif.
- c. Inteligensi, pada setiap usia, anak yang pandai lebih aktif dibandingkan dengan yang kurang pandai, dan permainan mereka lebih menunjukkan kecerdikan.
- d. Jenis kelamin, anak laki-laki kecenderungannya bermain lebih kasar di bandingkan anak perempuan, dan lebih menyukai permainan yang permainan yang melibatkan fisik motorik mereka.
- e. Lingkungan, anak yang berasal dari lingkungan pedesaan kurang baermain dibandingkan mereka yang berasal dari lingkungan kota
- f. Status sosial ekonomi, anak yang berasal dari kelompok sosial ekonomi yang lebih tinggi menyukai kegiatan yang

mahal dan sebaliknya mereka yang berasal dari kalangan bawah memilih kegiatan yang tidak mahal seperti bermain bola dan berenang.

- g. Jumlah waktu bebas, jumlah waktu bermain bergantung pada status ekonomi keluarga.
- h. Peralatan bermain, peralatan bermain yang dimiliki anak mempengaruhi permainannya

5. Klasifikasi Bermain

Sifat bermain pada anak yang kita tahu ada dua yaitu bersifat aktif dan bersifat pasif. Sifat demikian akan memberikan jenis permainan yang berbeda, dikatakan bermain aktif jika anak berperan aktif dalam permainan, selalu memberikan rangsangan dan melaksanakannya, sedangkan bermain pasif adalah anak memberikan respon secara pasif terhadap permainan dan orang atau lingkungan yang memberikan respon secara aktif. Melihat sifat tersebut, kita dapat mengenal macam-macam dari permainan. Ada beberapa jenis permainan, ditinjau dari isi permainan dan karakter sosialnya. Berdasarkan isi permainan ada *Social affective play, sense pleasure play, skill play, games, unoccupied behavior dan dramatic play*. Ditinjau dari karakter permainan, terdapat jenis *social onlooker play, solitary play dan parallel play* (Damanik, 2019).

a. Berdasarkan Isi Permainan

1) *Social Affective Play* (Bermain Afektif Sosial)

Bermain ini menunjukkan adanya perasaan senang dalam berhubungan dengan orang lain. Sifat dari bermain ini adalah orang lain yang berperan aktif dan anak hanya berespon terhadap stimulasi sehingga akan memberikan kesenangan dan kepuasan bagi anak. Permainan yang biasa dilakukan adalah “ciluk ba”, berbicara dan memberi tangan untuk digenggam oleh bayi sambil tersenyum/tertawa. Bayi akan mencoba berespon terhadap tingkah laku orang tuanya dengan tersenyum, tertawa atau mengecoh.



Gambar 6.1 Bermain Afektif Sosial

2) *Sense of Pleasure Play* (Bermain Bersenang-Senang)

Bermain ini hanya memberikan kesenangan pada anak melalui objek yang ada, sehingga anak merasa senang dan bergembira tanpa adanya kehadiran orang lain. Sifat bermain ini adalah bergantung pada stimulasi yang diberikan pada anak, mengingat sifat dari bermain ini hanya memberikan kesenangan pada anak tanpa

mempedulikan aspek kehadiran orang lain, misalnya dengan menggunakan pasir, anak akan membuat gunung-gunung atau benda apa saja yang dapat dibentuknya dengan pasir.



Gambar 6.2 *Sense of Pleasure Play*

3) *Skill Play* (Bermain Keterampilan)

Permainan ini akan meningkatkan keterampilan anak khususnya motorik kasar dan halus, misalnya bayi akan terampil memegang benda-benda kecil, memindahkan benda dari satu tempat ketempat lain, dan anak akan terampil naik sepeda. Keterampilan tersebut diperoleh dari pengulangan kegiatan permainan yang dilakukan. Semakin sering melakukan latihan, anak akan semakin terampil. Sifat permainan ini adalah bersifat aktif dimana anak selalu ingin mencoba kemampuan dalam keterampilan tertentu seperti bermain dalam bongkar pasang gambar.



Gambar 6.2 *Skill Play*

4) *Games* atau Permainan

Games atau permainan adalah jenis permainan yang menggunakan alat tertentu yang menggunakan perhitungan atau skor. Permainan ini bisa dilakukan oleh anak sendiri atau dengan teman sebayanya. Banyak sekali jenis permainan ini mulai dari yang tradisional maupun yang modern misalnya ular tangga, congklak, *puzzle* dan lain-lain.



Gambar 6.4 *Games*

5) *Dramatic Play* (Bermain Dramatik)

Dramatic play dapat dilakukan anak dengan mencoba melakukan berpura-pura dalam berperilaku seperti anak memerankan sebagai seorang dewasa, seorang ibu dan guru dalam kehidupan sehari-hari. Sifat dari permainan *Dramatic play* ini adalah anak dituntut aktif dalam memerankan sesuatu. Permainan dramatik ini dapat dilakukan apabila anak sudah mampu berkomunikasi dan mengenal kehidupan sosial. Permainan ini penting untuk proses identifikasi terhadap peran orang tertentu.



Gambar 6.5 *Dramatic Play*

6) *Unoccupied Behavior*

Unoccupied behavior bukanlah permainan yang umumnya kita pahami. Pada saat tertentu, anak sering terlihat mondar-mandir, tersenyum, tertawa, memainkan kursi, meja atau apa saja yang ada disekelilingnya, Jadi

sebenarnya anak tidak memainkan alat permainan tertentu. Situasi dan objek disekelilingnya yang digunakan sebagai alat permainan. Anak tampak senang, gembira, dan asyik dengan situasi serta lingkungan tersebut.



Gambat 6.6 *Unoccupied Behavior*

b. Berdasarkan Karakter Sosial

Berdasarkan karakter sosialnya, ada lima jenis permainan, yaitu *onlooker play*, *solitary play*, *parallel play*, *associative play* dan *cooperative play*.

1) *Onlooker play* (Bermain Onlooker)

Jenis permainan ini adalah dengan melihat apa yang dilakukan oleh anak lain yang sedang bermain tetapi tidak berusaha untuk bermain. Anak tersebut bersifat pasif, tetapi ada proses pengamatan terhadap permainan yang sedang dilakukan temannya.



Gambar 6.7 *Onlooker play*

2) *Solitary Play* (Bermain Soliter/Mandiri)

Solitary play merupakan jenis permainan yang dilakukan secara mandiri dan berpusat pada permainannya sendiri tanpa mempedulikan orang lain. Pada permainan ini anak tampak berada dalam kelompok permainannya, tetapi anak bermain sendiri dengan alat permainan yang dimilikinya, dan alat permainan tersebut berbeda dengan alat permainan yang digunakan temannya, tidak ada kerja sama ataupun komunikasi dengan teman sepermainannya



Gambar 6.7 *Solitary Play*

3) *Parallel Play* (Bermain Paralel)

Pada permainan ini, anak dapat menggunakan alat permainan yang sama, tetapi antara satu anak dengan anak lain tidak terjadi kontak satu sama lain sehingga tidak ada sosialisasi satu sama lain. Sifat dari permainan ini adalah anak aktif secara mandiri tetapi masih dalam satu kelompok.



Gambar 6.8 *Parallel Play*

4) *Associative Play* (Bermain Asosiatif)

Associative play melibatkan interaksi sosial dengan sedikit atau tanpa pengaturan. Tipe permainan ini adalah anak-anak kelihatan lebih tertarik pada satu sama lain dibanding pada permainan yang mereka mainkan. Bermain ini akan menumbuhkan kreativitas

anak karena stimulasi dari anak lain ada, akan tetapi belum dilatih dalam mengikuti peraturan dalam kelompok. Contohnya bermain boneka-bonekaan, hujan-hujan, dan bermain masak-masakan.



Gambar 6.9 *Associative Play*

5) *Cooperative Play* (Bermain Koperatif)

Cooperative play merupakan bermain secara bersama dengan adanya aturan yang jelas sehingga adanya perasaan dalam kebersamaan sehingga erbentuk hubungan pemimpin dan pengikut. Sifat dari bermain ini adalah aktif, anak akan selalu menumbuhkan kreativitasnya dan melatih anak pada peraturan kelompok sehingga anak dituntut selalu mengikuti peraturan. Contohnya pada permainan sepak bola, ada anak yang memimpin permainan, aturan main harus dijalankan oleh anak dan mereka harus dapat mencapai

tujuan bersama, yaitu memenangkan permainan dengan memasukkan bola ke gawang lawan mainnya.



Gambar 6.10 *Cooperative Play*

6. Prinsip Bermain di Rumah Sakit

Perawatan di rumah sakit merupakan pengalaman yang penuh dengan hal baru: lingkungan baru, orang-orang asing, kebiasaan baru, dan kegiatan baru. Selain itu beberapa kondisi juga menyebabkan ketidaknyamanan, antara lain: nyeri dan perlukaan, pembatasan aktifitas, menjalankan program terapi yang traumatik. Situasi ini mengharuskan perawat mampu melakukan pengkajian yang spesifik sebagai dampak hospitalisasi. Diagnosis keperawatan yang diidentifikasi juga seharusnya mampu mendiskripsikan dengan teliti seluruh respon yang terjadi selama proses adaptasi hospitalisasi. Beberapa tindakan telah banyak direkomendasikan untuk meminimalkan dampak hospitalisasi, namun sampai saat ini yang paling banyak digunakan dan diyakinin paling efektif adalah dengan terapi bermain. Pada saat bermain anak memiliki kesempatan untuk “memainkan” perasaan

dan permasalahannya, anak merasa menjadi orang yang paling penting, mengatur situasi dan dirinya, tidak ada kritikan. Situasi seperti ini sangat kondusif untuk anak yang sedang mengalami kecemasan, sehingga rasa amannya terpenuhi (Rohmah, 2018).

Bermain bagi anak merupakan suatu kebutuhan. Dengan bermain maka pertumbuhan dan perkembangan anak akan terstimulasi. Saat anak dalam keadaan sakit dan harus dirawat di rumah sakit, maka kebutuhan bermain harus tetap difasilitasi. Walaupun demikian tentu ada perbedaan antara bermain di rumah dan bermain di rumah sakit, karena selain untuk mendukung fase tumbuh kembang, bermain di rumah sakit juga dapat berfungsi sebagai terapi. Untuk mendukung proses pengobatan, maka bermain di rumah sakit harus memenuhi syarat-syarat yang telah ditentukan, di antaranya ialah (Damanik, 2019) :

- a) Anak tidak banyak menggunakan energi, waktu bermain lebih singkat untuk menghindari kelelahan. Alat permainan yang digunakan bersifat sederhana. Contoh permainannya: menyusun balok, membuat kerajinan tangan dan menonton televisi
- b) Relatif aman dan terhindar dari infeksi silang
- c) Sesuai dengan kelompok usia.
- d) Untuk rumah sakit yang mempunyai tempat bermain, hendaknya waktu bermain perlu dijadwalkan dan dikelompokkan sesuai dengan usia karena kebutuhan bermain berbeda antara masing- masing tahap usia.

e) Tidak bertentangan dengan terapi.

apabila program terapi mengharuskan anak untuk untuk beristirahat, maka aktivitas bermain hendaknya dilakukan di tempat tidur. Anak tidak diperbolehkan turun dari tempat tidur, meskipun kelihatannya mampu.

Keuntungan bermain di rumah sakit bagi anak :

- a) Meningkatkan hubungan antara klien (anak dan keluarga) dan perawat.
- b) Aktivitas bermain yang terprogram akan memulihkan perasaan mandiri pada anak
- c) Permainan pada anak di rumah sakit tidak hanya memberikan rasa senang pada anak, tetapi juga akan membantu anak mengekspresikan perasaan dan pikiran cemas, takut, sedih, tegang dan nyeri.
- d) Permainan yang terapeutik akan dapat meningkatkan kemampuan anak untuk mempunyai tingkah laku yang positif

7. Bermain berdasarkan Usia

Bermain harus disesuaikan berdasarkan kelompok usia, dibawah ini akan dijelaskan klasifikasinya (Damanik, 2019)

Tabel 6.3 Klasifikasi Bermain Berdasarkan Usia

No	Usia	Visual	Auditory	Kinestik Taktil
1	0-1 Bulan	<ul style="list-style-type: none"> • Tatap bayi dalam jarak dekat • Gantung benda-benda yang berwarna menyolok 20-25 cm diatas muka bayi • Letakkan bayi pada posisi yang memungkinkan • Bayi memandang sekelilingnya 	<ul style="list-style-type: none"> • Berbicara dengan bayi • Menyanyi dengan suara lembut • Boks musik • Mendengar radio, atau tape • Mendengar suara dan melihat dari TV 	<ul style="list-style-type: none"> • Dipeluk dan digendong • Diayun • Diletakan di kereta gendong
2	2-3 Bulan	<ul style="list-style-type: none"> • Beri obyek warna yang terang 	<ul style="list-style-type: none"> • Berbicara dengan bayi 	<ul style="list-style-type: none"> • Membelai waktu mandi

		<ul style="list-style-type: none"> • Tempatkan pada runag yang terang dnegan gambar-gambat dan kaca di dinding • Letakkan bayi agar dapat memandang sekitar 	<ul style="list-style-type: none"> • Memberi mainan yang berbunyi seperti lonceng atau kerincingan • Melibatkan anggota keluarga lain untuk selalu berkomunikasi dengan bayi 	<ul style="list-style-type: none"> • Menggati pakaian dan menyisir rambut dengan lembut • Ajak bayi jalan-jalan dengan kereta dorong • Latihan Gerakan seperti berenang
3	4-6 Bulan	<ul style="list-style-type: none"> • Letakkan bayi di depan cermin • Beri bayi mainan yang berwarna terang dan dapat dipegang 	<ul style="list-style-type: none"> • ajak anak berbicara dan ulangi suara-suara yang dibuatnya • senyum saat bayi tersenyum dan panggil namanya 	<ul style="list-style-type: none"> • Beri anak mainan dalam berbagai tekstur (lembut/kasar) • ajak anak bermain di dalam bak mandi

			<ul style="list-style-type: none"> • berikan mainan yg menimbulkan bunyi/ bel pada tangannya 	<ul style="list-style-type: none"> • sokong ketika anak duduk • tempatkan anak dilantai untuk merangkak
4	7-9 Bulan	<ul style="list-style-type: none"> • berikan mainan warna terang yang lebih besar, dapat bergerak dan berbunyi khas • tempatkan cermin agar anak bisa melihat dirinya • bermain ciluk...ba.... Dan muka lucu 	<ul style="list-style-type: none"> • panggil nama anak • ajarkan kata-kata simpel : “mama...”, “papa....”, “dada....”. • bicara anak dengan kata-kata yang jelas 	<ul style="list-style-type: none"> • meraba bahan berbagai tekstur • bermain air mengalir • berdiri untuk belajar menahan berat badan • meletakkan mainan agak jauh dan perintahkan

			<ul style="list-style-type: none"> • ajarkan nama-nama bagian-bagian tubuh • beritahukan apa yang dilakukan ibunya • beri perintah yang sederhana 	anak mengambilnya.
5	10-12 Bulan	<ul style="list-style-type: none"> • perlihatkan gambar-gambar dalam buku, bawa anak ke tempat lain seperti kebun binatang, shopping center • ajarkan anak membuat menara 2 balok 	<ul style="list-style-type: none"> • kenalkan suarasuara binatang • tunjukkan bagian-bagian tubuh 	<ul style="list-style-type: none"> • kenalkan benda dingin dan hangat • berikan mainan yang dapat ditarik dan didorong
6	2-3 Tahun	<ul style="list-style-type: none"> • Pararel play • Memanjat, berlari dan memainkan sesuatu di tangannya 		

		<ul style="list-style-type: none"> • Berikan mainan imitasi sesuai dengan perbedaan seks, boneka, alat memasak, furnitur mini • Ajarkan untuk berbicara saat bermain, main telpon-telponan, boneka yang bisa berbicara • Boneka tangan • Cerita bergambar • Water toys, busa sabun, boks pasir
7	4-5 Tahun	<ul style="list-style-type: none"> • Associative play, dramatic play, dan skill play • Melompat, berbicara dan mengingat, bermain sepeda dan bermain dalam kelompok
8	6-12 Tahun	<ul style="list-style-type: none"> • Cooperative play • Belajar untuk independent, kooperatif, bersaing dan menerima orang lain • Anak laki-laki: mekanikal ; anak perempuan: mothers role
9	13-18 Tahun	<ul style="list-style-type: none"> • bermain dalam kelompok • sepak bola, badminton, drama dan buku-buku

4. Tugas

Untuk memperdalam pemahaman anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut! Sebagai latihan untuk kegiatan ini, anda diminta untuk mengidentifikasi aktifitas bermain yang dilakukan oleh anak dengan mencari beberapa aktifitas bermain yang dilakukan oleh anak-anak yang ada disekitar anda, boleh di sekitar tempat tinggal, tempat kerja, atau arena bermain.

Observasi, Catat setiap perilaku anak yang terlibat dalam permainan, gunakan kamera atau video untuk dijadikan sebagai bukti dokumentasi tugas anda, Buat Laporan Tugas yang anda lakukan dengan menulis jenis permainan yang digunakan, dan dilakukan oleh anak Usia berapa.

5. Referensi

Ardini dan Lestaringrum, 2018. Bermain dan Permainan Anak Usia Dini. Adjie Media Nusantara. Ngajuk

Damanik dan Sitorus, 2019. Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak. UKI: Jakarta.

Elizabeth B. Hurlock. Perkembangan Anak Jilid 2 Edisi Keenam. Erlangga: Jakarta

Fadillah dkk. 2014. Edutainment Pendidikan Anak Usia Dini. Jakarta : Kencana Prenamedia Group

- Fathul Mujib dan Nailur Rahmawati, 2011. Metode Permainan-Permainan Edukatif dalam Belajar Bahasa Arab. Yogyakarta: Diva Press.
- Mutiah, Diana. (2010). “Psikologi Bermain Anak Usia Dini”. Jakarta: Prenadamedia Grup
- Rohmah, 2018. Terapi Bermain. LPPM Universitas Muhammadiyah Jember.
- Saripudin, A. (2017). Strategi Pengembangan Kecerdasan Naturalis Pada Anak Usia Dini. AWLADY: Jurnal Pendidikan Anak.
- Wong, Donna L., 2012. Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Wong (6 ed.). Jakarta: EGC

BAB VII KONSEP HOSPITALISASI

(Uly Desmarnita, SKp., MKes., SpMat)

A. Tujuan pembelajaran :

Pada pembelajaran ini tujuan yang ingin dicapai adalah:

1. Mampu menjelaskan pengertian hospitalisasi
2. Mampu memahami faktor penyebab stress hospitalisasi pada anak
3. Mampu menyebutkan tanda dan gejala dari efek hospitalisasi
4. Mampu menggambarkan reaksi anak terhadap hospitalisasi sesuai usia perkembangan anak
5. Mampu menggambarkan reaksi keluarga terhadap anak dalam hospitalisasi
6. Mampu menjelaskan manfaat hospitalisasi
7. Mampu menjelaskan dampak hospitalisasi
8. Mampu mengulang peran perawat dalam hospitalisasi pada anak

B. Materi

Hospitalisasi dianggap sebagai suatu peristiwa yang dapat terjadi pada anak dan akan menimbulkan stress. Hospitalisasi merupakan pengalaman yang sangat banyak stress bagi anak-

anak. Faktor stressor banyak dialaminya, salah satunya masuk ke dalam lingkungan baru, dan rasa ketidak berdayaan dalam kondisi sakit. Anak dirawat di pelayanan kesehatan melalui proses sakit, tinggal di rumah sakit untuk mendapatkan perawatan dan pengobatan sampai pulang ke rumah. Kondisi hospitalisasi akan berdampak pada anak, antara lain kecemasan, ketakutan mengalami sakit atau cedera tubuh.

1. Pengertian

Menurut WHO, hospitalisasi adalah kondisi yang mengancam bagi anak karena stressor yang dihadapi selama di rumah sakit dapat menimbulkan perasaan tidak aman. Hospitalisasi merupakan suatu kondisi anak berubah peran menjadi pasien untuk menjalankan perawatan di rumah sakit, seperti pemeriksaan kesehatan, prosedur operasi, pembedahan, dan pemasangan infuse sampai anak pulang ke rumah (Dayani dkk, 2015). Menurut Saputro dan Fazrin. (2017) bahwa hospitalisasi merupakan suatu kondisi individu sebagai pasien yang masuk rumah sakit dengan berbagai alasan seperti pemeriksaan diagnostik, prosedur operasi, perawatan medis, pemberian obat dan pemantauan serta menstabilkan kondisi tubuh.

Pernyataan Djitowiyono & Kristiyanasari, (2011) Hospitalisasi suatu upaya pada anak untuk beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit. Situasi yang terjadi pada anak adalah situasi krisis pada anak saat sakit dan dirawat di rumah sakit. Rumah sakit merupakan lingkungan asing dan baru, sehingga kondisi tersebut menjadi faktor stresor bagi anak dan

keluarganya. Sedangkan menurut Supartini (2014). Hospitalisasi adalah kondisi tertentu atau darurat dimana seorang anak rawat nginap di rumah sakit, mendapatkan terapi perawatan sampai pemulangan ke rumah. Demikian juga Mendri & Prayogi, (2017) dalam Siahaan. E.R dan Juniah. (2022). Hospitalisasi suatu kondisi seseorang yang mengharuskannya dirawat di rumah sakit untuk perawatan dan terapi baik berencana maupun kondisi darurat.

Disimpulkan bahwa hospitalisasi pada anak merupakan keadaan tertentu, krisis atau darurat pada anak menjadi pasien, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangan kembali ke rumah. Masuk di rumah sakit perlu beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit yang baru dan atau asing. Selama proses hospitalisasi, anak dan orang tua mengalami traumatik dan penuh dengan kecemasan. Perasaan yang sering muncul pada anak yaitu cemas, marah, sedih, takut, dan rasa bersalah yang timbul karena menghadapi sesuatu yang baru, rasa tidak aman dan nyaman, perasaan kehilangan sesuatu yang biasa dialaminya, dan sesuatu yang dirasakan menyakitkan. Mendri & Prayogi, (2017) dalam Siahaan. E.R dan Juniah. (2022)

2. Faktor Penyebab Stress Hospitalisasi

a. Faktor lingkungan rumah sakit.

Persepsi anak-anak, rumah sakit suatu tempat yang menakutkan dan menimbulkan kecemasan. Suasana rumah sakit sebagai stres hospitalisasi, anak tidak mengenal wajah atau orang-orang yang baru, lingkungan tidak

familiar atau baru, mendengar suara/bunyi mesin alat kesehatan, dan bau khas yang belum pernah terhidu. Faktor ini juga bisa terjadi pada orangtua dari anak. Hasil penelitian Melindasari & Sari, (2013) dari 31 responden yang mengalami stres hospitalisasi ringan ada 19 responden (61,3%), stres hospitalisasi sedang ada 5 responden (16,1%), stres berat ada 7 responden (22,6%), berdasarkan hasil penelitian tersebut menunjukkan bila terjadi stres pada anak saat dilakukan perawatan di rumah sakit.

b. Faktor Berpisah dengan orang yang sangat berarti.

Anak yang dirawat di rumah sakit mengakibatkan berpisah dengan suasana rumah sendiri, baik secara fisik lingkungan maupun orang yang dikenal atau anggota keluarga. Lingkungan rumah anak merasakan adanya orang untuk mendapatkan kasih sayang, teman bermain. Apabila di rumah sakit anak tidak melakukan kegiatan rutinitas yang biasa dilakukannya, serta berpisah dengan orang yang dicintai. Selain itu lingkungan sekolah ada teman untuk bermain dengan bermacam permainan. Semua kegiatan dan permainan tidak dapat dilakukan. (Wulandari & Erawati, 2016).

c. Faktor kurangnya informasi

Ketika akan menjalani hospitalisasi, banyak tahapan yang dilalui dari proses hospitalisasi sampai pulang ke rumah. Hal ini tidak diketahui oleh orang tua maupun anak. Informasi yang kurang atau belum didapat antara lain;

prosedur administrasi anak berobat ke poliklinik, atau gawatdarurat, sampai masuk ruang perawatan, dan kembali pulang ke rumah. Selain itu apa penyakit yang dialami anak, tindakan apa yang akan dihadapi anak selama perawatan.

d. Faktor kehilangan kebebasan dan kemandirian.

Saat di rumah sakit, otomoni anak dan keluarga terganggu, karena ada aturan rumah sakit, ketentuan dalam tindakan. Sehingga anak dan orang tua atau keluarga tidak boleh melakukan, seperti waktu kunjungan, anak harus turun dari tempat tidur. Kehilangan kebebasan lain pada anak yang dilakukan prosedur invasive terpasang infus, tidak dapat bergerak bebas seperti biasa. Pemenuhan kebutuhan yang sudah dapat dilakukan sendiri dilakukan oleh orang lain, dimana anak dalam taraf perkembangan.

e. Faktor pengalaman

Hospitalisasi yang merupakan stressor yang menimbulkan kecemasan dan ketakutan pada anak, dimana respon anak akan berbeda. Respon tergantung usia dan pengalaman. Disamping itu tergantung pada penyakit, berapa kali, dan bentuk tindakan medis dan keperawatan di pelayanan Kesehatan. Semakin sering seorang anak berhubungan dengan rumah sakit, maka semakin kecil bentuk kecemasan atau malah sebaliknya. (Utami , 2014). Ketakutan mengalami nyeri karena prosedur pengobatan merupakan pengalaman yang paling tidak disukai anak (Pelander & Leino-Kilpi, 2010).

e. Faktor interaksi dengan petugas rumah sakit.

Anak masih dalam tumbuh kembang, memiliki keterbatasan dalam berinteraksi dengan tenaga kesehatan, khususnya perawat. Keterbatasan dalam komunikasi, bahasa, perkembangan kognitif, termasuk tahap tumbuh kembang anak. Perawat hendaknya memiliki sensitifitas dan perhatian yang tinggi pada anak. Komunikasi anak dapat juga dipengaruhi oleh perilaku, kondisi fisik dan psikologis tahapan penyakit dan respon pengobatan (Utami, 2014).

3. Tanda dan Gejala dari Efek Hospitalisasi

Tanda dan gejala hospitalisasi anak terdiri dari tiga (Cromaria 2015), yaitu:

a. Fisik,

Anak selama hospitalisasi menunjukkan beberapa tanda gejala secara fisik. ditandai dengan: perubahan tanda-tanda vital, yaitu peningkatan denyut nadi, peningkatan tekanan darah, kesulitan bernapas, sesak napas. Masalah pencernaan yaitu diare, mual muntah, maag, radang usus besar, sakit perut. Selain itu adanya gelisah, keluhan psikosomatik, sakit kepala, migran, kelelahan, sulit tidur, meningkat frekuensi buang air kecil, BB meningkat atau menurun

b. Emosional,

Tanda emosional yang tampak adalah gampang marah, luapan kemarahan, cepat marah, permusuhan, kurang minat, menarik diri, apatis,

tidak bisa bangun di pagi hari, cenderung menangis, menyalahkan orang lain, sikap mencurigakan, khawatir, depresi, sinis, sikap negatif, menutup diri dan ketidakpuasan.

c. Intelektual,

Tanda intelektual yang tampak adalah konsentrasi menurun, lambat bereaksi, kreatifitas penurunan, lambat berpikir, menolak pendapat orang lain, khawatir akan penyakitnya, sulit dalam pembelajaran, sikap yang tidak peduli, dan malas.

Tanda dan gejala diatas, salah satunya menggambarkan respon perilaku saat hospitalisasi. Menurut Saputra, (2012) respon perilaku pada anak, berdasarkan tahapan hospitalisasi adalah:

a. Tahap protes.

Pada tahap ini perilaku anak terjadi beberapa jam dan sampai beberapa hari. Perilaku peningkatan stress karena ada yang belum dikenalnya, merasakan perpisahan dengan orang tua. Perilaku yang ditunjukkan adalah: tidak mau kontak mata dengan orang lain, menangis dan berteriak, anak akan berhenti apabila merasakan lelah. Selain itu mencari dan memanggil orangtua mereka, memegang/menarik orangtuanya agar tidak jauh dari dirinya, tidak mau menerima perhatian dari orang lain, dan kesedihan anak tidak dapat ditenangkan. Tahap protes, emosional anak-

anak sangat tinggi dengan reaksi secara agresif, seperti menendang-nendang

b. Tahap putus asa.

Tahap kedua terjadi setelah melewati puncak tahap protes. Kejadiannya akan berlangsung bervariasi, tergantung kondisi anak dan orang tua. Anak akan berhenti menangis dan muncul depresi. Perilaku yang ditunjukkan anak antara lain; tidak aktif, menarik diri dengan orang lain, depresi/sedih, tidak tertarik dengan lingkungan, tidak mau makan, tidak komunikatif, diam, dan terjadi kondisi regresi atau mundur ke perilaku awal antara lain: mengompol, mengisap ibu jari.

c. Tahap pelepasan.

Tahap ini terjadi setelah terjadi penyesuaian pada tahap protes dan putus asa. Adanya proses perpisahan dengan orangtua dalam waktu lama, dan atau kehilangan lingkungan. Anak akhirnya menyesuaikan diri dengan lingkungan. Disamping itu anak menunjukkan ketertarikan dengan lingkungan sekitar, ada respon dari stimulasi lingkungan, bermain dengan orang lain, termasuk pasien yang ada disekelilingannya atau dilingkungannya, berinteraksi dengan orang asing atau orang yang memberi pelayanan dan tampak membina hubungan baru dengan orang lain, terjadi komunikasi, tampak senang, dan bahagia.

4. Reaksi Anak Terhadap Hospitalisasi

Penyakit dan hospitalisasi merupakan stressor pada anak. Gambaran akibat stressor adalah cemas karena perpisahan, kehilangan kendali, cedera tubuh dan nyeri (Supartini, 2014). Kondisi ini membuat anak-anak cemas karena adanya perubahan fisik karena penyakit, perubahan lingkungan dan keterbatasan dalam menyelesaikan masalah atau mekanisme koping. Reaksi anak berbeda berdasarkan usia tumbuh kembang, (Damanik S.M dan Sitorus E, 2019) yaitu:

a. Bayi (0-1 tahun)

Pada usia ini adanya pembentukan trust atau rasa percaya dan kasih sayang. Apabila hospitalisasi dihadapi, bayi tentunya berpisah dengan orang tua. Reaksi yang diresponkan oleh bayi 0-6 bulan belum dapat dinilai karena belum dapat mengungkapkannya. Bagi bayi usia lebih 6 bulan sudah mulai dapat menunjukkan perubahan. Bayi usia 8 bulan atau lebih sudah dapat membedakan dirinya, ibu dengan orang lain. Hal ini disebut *Stranger Anxiety* dimana bayi cemas dengan orang yang tidak dikenal dan terjadi penolakan. Reaksi perilaku bayi dengan menangis, marah dan pergerakan menolak. Pada usis tersebut, telah terbentuk rasa memiliki ibu, jika hospitalisasi terjadi, akan timbul cemas adanya perpisahan yang disebut *Separation Anxiety*, contohnya reaksi perilaku bayi menangis sekuat-kuatnya

b. *Toddler* (1-3 tahun)

Pada usia *toddler* adanya kedekatan berkelanjutan setelah fase usia 8 bulan dengan ibu dan lingkungannya. Perpisahan dan rasa kehilangan dengan ibu dan lingkungan akan menimbulkan rasa tidak aman dan rasa cemas. Pada usia ini perkembangan dalam berkomunikasi belum maksimal, yang mudah memahami adalah ibu, sehingga sulit menyampaikan hal yang dirasakan. Secara umum, anak *toddler* bereaksi dengan kemarahan emosional yang kuat dan resistensi fisik terhadap pengalaman nyeri yang dirasakan. Jika merasakan nyeri ditunjukkan antara lain, meringis kesakitan, mengatupkan gigi dan atau bibir, membuka mata lebar-lebar, mengguncang-guncang, menggosok-gosok, dan bertindak agresif, seperti menggigit, menendang, memukul, atau melarikan diri. Biasanya anak mampu menunjukkan area yang sakit.

c. Pra Sekolah (3-6 tahun)

Anak prasekolah dalam hospitalisasi merupakan suatu hukuman, dipisahkan, merasa tidak aman dan kemandiriannya terhalangi, serta pembatasan aktifitas sehari-hari. biasanya reaksi anak adanya perasaan cemas, bersalah, takut, dan malu. Anak usia pra sekolah sangat memperhatikan penampilan dan fungsi tubuh. Anak merasa cemas, takut bila mengalami perlukaan, tindakan invasive. Kecemasan pada anak yang menjalani hospitalisasi terjadi beberapa hal, yaitu disuntik, pemasangan infus, akan ditinggal sendiri, dan cemas tubuhnya akan luka (Susanti & Safitri, 2017). Anak menganggap bahwa tindakan dan prosedur sebagai sumber

kerusakan terhadap integritas tubuhnya. Anak menerima prosedur tindakan yang lebih menyakitkan, mereka masih menganggap prosedur yang bersifat “tusukan” sebagai prosedur tindakan yang paling menyakitkan (Kozlowski, Lori, & Monitto, 2013).

Anak usia prasekolah menerima perpisahan dengan orang tuanya dan dapat membentuk rasa percaya dengan orang lain, namun masih membutuhkan dukungan keluarga. Akibat perpisahan akan menimbulkan reaksi seperti: menolak makan, menangis pelan-pelan, sering bertanya misalnya: kapan orang tuanya berkunjug, tidak kooperatif terhadap aktifitas sehari-hari.

d. Sekolah (6-12 tahun)

Anak membutuhkan rasa aman dan perlindungan dari orang tua namun tidak memerlukan selalu ditemani oleh orang tuanya. Anak usia sekolah lebih dekat dengan teman sebayanya. Anak jika dirawat merasa sepi sendiri, khawatir akan perpisahan dengan sekolah dan teman sebayanya, takut kehilangan ketrampilan. Akibat hospitalisasi menyebabkan perasaan kehilangan kontrol dan kekuatan, karena perubahan dalam peran, kelemahan fisik, takut mati dan kehilangan kegiatan dalam kelompok serta tindakan seperti bedrest, penggunaan pispot, kurangnya privacy, terpasang infus. Ketika anak mendapatkan pelayanan seperti disuntik anak mampu bertoleransi terhadap rasa nyeri. Anak berusaha mengontrol tingkah laku dengan menutup muka dengan bantal atau mengepal tangannya, dan tetap mengamati

tindakan yang dilakukan pada dirinya. Pada usia ini anak berusaha independen dan produktif

e. Remaja (12-18 tahun)

Reaksi yang akan timbul pada anak remaja saat dirawat adanya kebebasan yang terancam, yaitu terhadap identitas diri, perkembangan dan kemampuan anak. Perilaku yang ditampilkan adalah tidak kooperatif, menarik diri, marah atau frustrasi. Anak merasa tidak takut atau cemas berpisah dengan orang tua, tetapi takut kehilangan status dan hubungan dengan teman sekelompok, serta perpisahan dengan teman-teman sebaya dan kelompok. Kecemasan lain timbul akibat penyakit fisik, kecacatan serta kurangnya "privacy". Remaja ketika sakit, adanya perubahan dalam body image dapat menimbulkan stress atau perasaan tidak aman. Remaja akan beraksi atau respon dengan menarik diri, menolak orang lain dan banyak bertanya terkait yang dialaminya

5. Reaksi Keluarga Terhadap Hospitalisasi

Kondisi penyakit anak baik akut, serius atau kronis, akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain (Damanik S.M dan Sitorus E, 2019)

a. Reaksi orang tua

Apabila anak sakit dan dirawat di rumah sakit, orang tua akan mengalami stress. Hospitalisasi sebagai faktor stress cemas atau sebagai stressornya. Orang tua akan mengalami kecemasan yang tinggi apabila tidak mengetahui tentang prosedur atau tindakan dan pengobatan anaknya. Selain itu dapat muncul ketidak

percayaan akibat penyakit anaknya yang mendadak dengan kondisi serius, termasuk penyakit yang akan berdampak pada kehidupan keseharian dan masa depan anak. Tahapan yang terjadi setelah menyadari tentang keadaan anak, orang tua bereaksi marah dan merasa bersalah, sering menyalahkan diri. Hal ini muncul karena tidak mampu merawat anak sehingga anak menjadi sakit

b. Reaksi Sibling

Apabila ada diantara anak yang sakit dalam satu keluarga, akan muncul reaksi sibling. Hal ini dikarenakan orang tua lebih memperhatikan anak yang sakit dari pada anak yang dalam keadaan sehat. Reaksi sibling akan muncul pada anak yang sehat, yaitu perasaan menolak, tidak suka, marah, benci, dan cemburu terhadap anak yang sakit dan menjalankan hospitalisasi

6. Manfaat Hospitalisasi

Hospitalisasi menyebabkan stress pada anak dan orang tua. Hospitalisasi bernilai manfaat, dalam menangani masalah kesehatan anak antara lain, memberi kesempatan mengatasi stress, memperkuat coping keluarga dan timbulnya strategi coping baru bagi keluarga. Disamping itu dapat menyembuhkan anak, pengalaman bersosialisasi dan meningkatkan kemampuan hubungan interpersonal. Manfaat hospitalisasi dapat ditingkatkan dengan melakukan cara, (Saputro dan Fazrin, 2017) diantaranya adalah:

- a. Membantu mengembangkan hubungan orang tua dengan anak

Hubungan orang tua dengan anak dipastikan ada ikatan talikasih. Hubungan tersebut dapat dilihat saat anak di rawat di rumah sakit. Anak dalam menjalankan hospitalisasi dapat menyadarkan dan memberikan kesempatan kepada orang tua untuk memahami anak-anak yang bereaksi terhadap stress. Hal ini orang tua dapat memberikan support dukungan kepada anak dalam menghadapi pelayanan di rumah sakit dan mendampingi anak setelah pulang dari rumah sakit

- b. Meningkatkan penguasaan diri

Selama hospitalisasi, anak mendapat peluang untuk meningkatkan mengontrol emosi diri. Standard pelayanan kesehatan yang diberikan dengan penuh kasih sayang dan perhatian oleh pemberi pelayanan. Apabila hal ini telah dilalui oleh anak, anak akan menilai, selama hospitalisasi anak merasakan dirinya dijaga, dirawat, diobati, dicintai, disayang dengan penuh empati, dan merasakan bahwa mereka tidak diabaikan, ditinggal, dan disakiti. Penguasaan dan pengontrol diri mereka sesuai dengan tumbuh kembang anak. Biasanya anak merasa bangga dengan pengalaman hospitalisasi, terutama anak pada anak usia sekolah atau lebih tua.

- c. Menyediakan kesempatan belajar

Anak dan orang tua mendapat kesempatan belajar selama hospitalisasi terkait dengan penyakit, tubuh anak,

dan profesi kesehatan. Biasanya akan sangat tepat pada anak yang sudah besar dapat belajar tentang penyakit dan memberikan pengalaman terhadap profesional Kesehatan. Pengalaman yang dilalui menjadi point untuk menentukan pekerjaannya. Orang tua dapat belajar tentang kebutuhan anak untuk kemandirian, kenormalan dan kondisi yang terbatas. Anak dan orang tua, akan menemukan sistem support yang baru dari tenaga kesehatan

d. Menyediakan lingkungan sosialisasi

Anak dan orang tua mendapat kesempatan bersosialisasi walau dalam kondisi kritis saat hospitalisasi. Mereka melihat ada orang lain yang merasakan sama-sama kondisi kritis. Mereka akan menemukan kelompok social baru yang mempunyai masalah atau sakit yang sama. Mereka akan berinteraksi, bersosialisasi, berbagi perasaan, pengalaman, dan berdiskusi tentang keprihatinan serta mendorong orang tua untuk membantu dan mendukung kesembuhan anaknya

7. Dampak Hospitalisasi

Faktor pelayanan keperawatan selama hospitalisasi berdampak pada perkembangan anak. Apabila pelayanan yang diberikan baik akan mempengaruhi intelektual anak menjadi baik. Hal ini saling berhubungan dengan karakter anak, kondisi selama perawatan dan keluarga. Selain itu dampak psikologis anak akan mengalami

kecemasan dan ketakutan (Saputro dan Fazrin, 2017). Anak sakit mendapatkan pengalaman yang tidak menyenangkan, mengganggu, menakutkan dan menimbulkan kecemasan selama di rawat yang dirawat di rumah sakit (Köse & Arıkan, 2020). Kecemasan muncul dari faktor yang tidak jelas dan merupakan pengalaman subyektif berupa perasaan tidak nyaman (Safari & Azhar, 2019). Timbulnya kecemasan tersebut karena beberapa hal seperti tindakan invasive pemasangan infus, akan disuntik, tinggal sendirian dikamar, tubuh yang akan terluka (Susanti & Safitri, 2017). Hal ini sering menjadi efek dari hospitalisasi pada pasien usia prasekolah (Wahyuningsih & Febriana, 2011)

Dampak jangka pendek dari kecemasan dan ketakutan akan terjadi penolakan terhadap tindakan perawatan dan pengobatan yang akan diberikan. Hal ini berdampak terhadap lamanya hari rawat, memperberat keadaan anak dan dapat menghadapi kematian. Dampak jangka panjang akan timbul kesulitan membaca, memiliki gangguan bahasa dan perkembangan kognitif, kemampuan sosial, intelektual dan fungsi imun menurun (Saputro dan Fazrin, 2017). Berikut ini adalah dampak hospitalisasi terhadap anak usia prasekolah menurut Hidayat, (2012) sebagai berikut:

a. Cemas disebabkan perpisahan

Anak-anak di usia pertengahan hingga prasekolah mengalami kecemasan akan perpisahan hampir sepanjang waktu. Karena hubungan anak dan ibu sangat erat, maka

rasa perpisahan dengan orang terdekat akan menimbulkan perasaan kehilangan pada anak. Selain itu, berada di area yang tidak dikenal akan membuat anak merasa tidak nyaman dan cemas

b. Kehilangan kontrol

Anak-anak yang mengalami hospitalisasi biasanya menjadi tidak terkendali. Hal ini terlihat dari perilaku anak-anak dalam hal kemampuan motorik, bermain, berinteraksi dengan orang lain, melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari, dan berkomunikasi. Anak akan kehilangan kebebasan pandangan ego dalam membangun otonominya akibat sakit dan dirawat di rumah sakit. Karakteristik anak saat sakit ditandai dengan ketergantungan. Ketergantungan akan menyebabkan anak bereaksi dengan cara negatif; mereka akan gelisah dan lebih agresif. Jika ketergantungan berlanjut dalam waktu lama (karena penyakit kronis), anak tersebut pada akhirnya akan kehilangan kemandiriannya dan berhenti berinteraksi dengan orang lain.

c. Rasa sakit dan luka pada tubuh

Pada anak-anak, khususnya pada usia prasekolah sedang berkembang tentang citra tubuh, khususnya pengertian body boundaries atau perlindungan tubuh. Hal ini berdasarkan observasi, bahwa anak juga mengalami cemas apabila dilakukan tindakan yang tidak menyakitkan, seperti pemeriksaan telinga, mulut atau suhu pada rektal. Pada tindakan yang menyakitkan anak akan bereaksi dengan menangis, menendang

mengatupkan gigi, menggigit bibir, , memukul atau berlari keluar.

- d. Dampak negatif dari hospitalisasi lainnya pada usia anak prasekolah karena adanya traumatik. Kondisi ini akan berdampak adanya gangguan fisik, psikis, sosial dan adaptasi terhadap lingkungan

Mengurangi ketakutan anak akan prosedur yang tidak menyenangkan dapat dilakukan dengan persiapan sebelumnya. Persiapan harus dilakukan sesuai dengan tahapan usia anak. Kekhawatiran anak saat dilakukan prosedur perawatan dapat dikurangi dengan terapi bermain. Bermain seharusnya dilakukan saat anak menerima terapi dan harus disesuaikan dengan kondisi penyakit anak (Wilson, et al., 2010). Terdapat 14 responden (46,7%) dari 30 responden terkait perilaku kurang baik. Ketika anak-anak menjalani prosedur yang menyakitkan, mereka sering menunjukkan reaksi perilaku negatif, seperti menjadi lebih agresif, dan bermusuhan. Jika perilaku ini terus berlanjut, perkembangannya akan terganggu dan sulit untuk melakukan prosedur medis, seperti infus. Anak-anak mungkin merespons secara negatif dengan menendang, menjerit, atau melakukan perlawanan hingga dilakukan pengendalian fisik oleh beberapa orang (Langthasa, Yeluri, Jain, & Munshi, 2012).

8. Peran Perawat Dalam Hospitalisasi Pada Anak

Perawat merupakan individu utama dalam asuhan anak yang dihospitalisasi. Perawat cenderung lebih banyak waktu bersama keluarga, anak-anak, dan pasien lainnya. Perawat harus memberikan hak anak dan berupaya mengurangi distress anak, sehingga anak yang rawat inap dirumah sakit akan memiliki pengalaman yang menyenangkan. Perawat dalam merencanakan perawatan anak di rumah sakit, harus mengkaji efek hospitalisasi, yaitu perkembangan anak untuk memahami reaksi anak serta keluarga terhadap hospitalisasi dan faktor yang mempengaruhi reaksinya (Deswita & Nursiam, 2023).

Banyak elemen, termasuk pengetahuan dan sikap untuk memainkan peran penting, yang dapat memengaruhi seberapa baik seorang perawat melakukan tugasnya dalam memberikan layanan kesehatan. Kondisi pasien, budaya, bahasa yang digunakan sehari-hari, dan kemampuan pasien dan keluarga untuk memahami semua informasi yang diberikan oleh perawat merupakan aspek lain yang mempengaruhi peran perawat (P. Lestari, 2020). Menurut Dharma Putra et al., (2022) perawat memiliki peran sebagai berikut:

a. Pemberi asuhan

Tindakan yang atraumatic merupakan peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan pada anak dimana perawat harus memberikan layanan penuh dalam bentuk upaya stimulus (asah), perhatian dan kasih sayang (asih), serta pemeliharaan (asuh). Contoh; perawat mengalihkan perhatian anak dengan bermain untuk

menghindarkan rasa takut (E. Lestari et al., 2022). Perawat memainkan peran penting dalam mendukung orang tua dari anak-anak yang dirawat di rumah sakit melalui dukungan emosional. Perawat sebagai profesional kesehatan yang paling sering berinteraksi dengan anak dan keluarga diharapkan mampu, untuk mengurangi kecemasan, dan membantu mereka mengembangkan mekanisme koping yang sehat (Maulidia et al., 2016).

Menurut penelitian Dewi (2016), peran perawat dalam pemenuhan kebutuhan dasar mempengaruhi tingkat kepuasan keluarga pasien, yaitu perawat yang mampu melindungi pasien dinilai perannya baik. Perawat menjaga, melindungi pasien dari tindakan medis, menjelaskan tentang prosedur pengobatan, mendengarkan keluhan keluarga, berkerja sama dengan keluarga selama masa pengobatan, melibatkan keluarga dalam pemberian tindakan keperawatan, saling bertukar pikiran dengan keluarga, serta menyelesaikan masalah selama hospitalisasi, dapat berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain

b. Pembela pasien (Advokat)

Pendapat Puspita (2017), bahwa salah satu profesi yang berperan penting dalam pelaksanaan upaya untuk menjaga mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah

perawat. Ketika anak-anak atau keluarganya membutuhkan dukungan atau tidak mampu membuat keputusan sendiri, perawat harus bertindak sebagai advokat. Perawat juga harus meyakinkan keluarga untuk menyadari pelayanan yang tersedia, perawatan, dan prosedur yang dapat diakses dengan melibatkan keluarga (Lilipory, 2020).

c. Pendidik

Perawat memiliki peran sebagai edukator atau pendidik untuk membantu klien mengenal kesehatan dan prosedur asuhan keperawatan yang perlu dilakukan untuk memulihkan kesehatannya (Kozier & Berman, 2016). Dalam hal ini, perawat dituntut untuk memberikan informasi dan menjadi narasumber bagi keluarga dan pasien yang berkepentingan. Informasi diberikan dapat meningkatkan pengetahuan dan mengurangi kecemasan yang dialami pasien dan keluarga (Hidayat, 2012). Menurut penelitian Dharma Putra et al., (2022) menunjukkan, ada hubungan peran perawat dengan mengurangi kecemasan orang tua akibat hospitalisasi anak di ruang rawat. Mengubah perilaku klien, perawat berperan sebagai edukator dengan membantu responden dalam meningkatkan tingkat pengetahuan melalui pendidikan kesehatan mengenai pengetahuan kesehatan, gejala penyakit, bahkan tindakan yang dilakukan

d. Kolaborator

Peran sebagai kolaborator menurut (Yupi, 2010 dalam Noviana & Ekawati, 2021) bahwa memberikan

kesempatan keluarga untuk terlibat secara aktif dalam pengasuhan anak, seperti mengizinkan orang tua untuk tinggal bersama anak mereka selama 24 jam, merupakan salah satu langkah signifikan yang dapat diambil untuk mengurangi dampak rawat inap. Hal tersebut salah satu aspek dari layanan *Family Centered Care*. Peran keluarga yang dipaparkan oleh Chen (2005) dalam Noviana & Ekawati, (2021) menjelaskan bahwa terjalannya kolaborasi antara keluarga dan tenaga medis, serta kehadiran keluarga, dapat membantu anak merasa lebih nyaman selama berada di rumah sakit. Melibatkan keluarga dalam perawatan, memberikan dukungan emosional kepada anak, melibatkan dalam tugas yang ringan, menjelaskan kondisi anak kepada anak, dan memenuhi kebutuhan anak saat menerima perawatan adalah contoh bagaimana keluarga dan profesional kesehatan dapat bekerja sama.

Perawat yang dapat melibatkan orang tua, yaitu perawat yang memberikan kesempatan, pengalaman, dan pengetahuan untuk belajar bagaimana merawat anak selama sakit dan dirawat di rumah sakit, Hal inilah yang menyebabkan peningkatan peran orang tua saat anak sakit dan dirawat. Oleh karena itu, perawat harus lebih mengetahui tentang perawatan yang berpusat pada keluarga (*family centered care*) sehingga pasien dan keluarganya mengetahui komponen-komponen tersebut.

Hal ini sesuai dengan teori menurut Potts & Mandleco, (2012) Anak-anak berkembang cukup baik ketika perawat dan orang tua bekerja sama untuk memenuhi kebutuhan fisik, psikologis dan sosial mereka. Untuk memaksimalkan hasil perawatan, perawat harus memperhatikan kebutuhan anak dan orang tua (Noviana & Ekawati, 2021).

e. Konsultan

Berdasarkan hasil penelitian Sofyannur (2018), peran perawat yang meliputi konseling dapat membantu keluarga agar tidak terlalu cemas, karena perawat mampu mendengarkan dan mengatasi semua keluhan pasien, memberikan informasi tentang situasi dan rencana tindakan, serta membuat masyarakat merasa lebih nyaman dengan perawatan yang diterimanya sehingga tingkat kecemasannya menurun (Dharma Putra et al., 2022).

f. Pembaharu

Anak sering mengalami ketakutan dan kekhawatiran saat menjalani prosedur medis invasif, yang dapat membuat mereka kurang kooperatif dengan perawat. Situasi ini akan membuat anak cemas dan takut, sehingga memungkinkannya terjadi kegagalan saat dilakukan perawatan. Pernyataan Putri et al., (2016) salah satu cara untuk meredakan ketegangan emosi yang dialami anak adalah terapi bermain. Terapi bermain dengan boneka tangan membantu anak-anak berkomunikasi dengan lebih baik dan memberi mereka

cara untuk mengekspresikan emosinya saat berada di rumah sakit. Saat menerima perawatan medis, anak-anak seringkali tidak memiliki keberanian untuk menyuarkan emosinya. Tujuan penggunaan boneka tangan pada anak-anak adalah untuk mengungkap kekhawatiran dan kesalahpahaman mereka tentang apa yang sedang terjadi

Menurut penelitian Putri et al., (2016) menyatakan ada efektifitas terapi permainan boneka tangan untuk menurunkan ketakutan anak hospitalisasi usia prasekolah (3-6 tahun). Anak-anak dapat bernalar dan mengembangkan konsep tentang semua hal yang berkaitan dengan barang, termasuk ukuran, bentuk, berat, dan penerapannya dengan bantuan media boneka tangan. Anak-anak juga mendapatkan pengalaman, menganalisis cerita boneka tangan, serta termotivasi dan penasaran dengan alur cerita boneka tangan berkat cerita boneka tangan yang diceritakan kepada mereka. Boneka tangan membantu anak-anak memahami informasi dengan lebih efektif dan mengklarifikasi kesulitan yang mereka hadapi selama di rumah sakit. Selain itu, dengan menggunakan boneka tangan, anak-anak dapat mengomunikasikan emosinya.

C. Rangkuman

Anak yang dirawat di rumah sakit menjadi peran sebagai pasien, baik dalam keadaan tertentu maupun keadaan darurat atau kritis untuk menjalani terapi dan perawatan sampai

pemulangan kembali ke rumah. Proses yang dilalui selama masuk sampai pulang dari rumah sakit banyak stressor yang dihadapi. Hal ini anak termasuk orang tua mengalami traumatik, kecemasan sehingga perlu beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit yang asing dan atau asing. Ada faktor penyebab stress, antara lain faktor lingkungan rumah sakit, berpisah dengan orang yang sangat berarti, kurangnya informasi, kehilangan kebebasan dan kemandirian, pengalaman, serta interaksi dengan petugas rumah sakit. Yang dapat ditunjukkan atau respon tanda gejala dari efek hospitalisasi secara fisik seperti peningkatan denyut nadi, diare, mual, muntah, lalu pada emosional ditemui gejala mudah marah, menutup diri, dan apatis, secara intelektual ditandai dengan konsentrasi yang menurun serta lambat dalam berpikir.

Reaksi anak terhadap hospitalisasi adalah timbul rasa cemas, rasa tidak aman, malu, tidak kooperatif, dan menarik diri. Hal tersebut muncul karena anak tidak dapat mengekspresikan perasannya. Reaksi keluarga terhadap anak dalam hospitalisasi yaitu sering kali orang tua merasa bersalah, menyalahkan diri sendiri, serta muncul perasaan cemburu pada saudara kandung. Kondisi krisis yang dilalui oleh anak dan orang tua juga manfaat yang dapat dirasakan seperti membantu mengembangkan hubungan orang tua dengan anak, meningkatkan penguasaan diri, menyediakan kesempatan belajar, menyediakan lingkungan sosialisasi, dan tentunya ada dampak antaralain: gangguan fisik, psikis, sosial dan adaptasi terhadap lingkungan. Dalam layanan hospitalisasi peran perawat dalam pelayanan sebagai pemberi

asuhan, advokat, edukator, konseling, kolaborator, dan pembaharu.

D. Tugas

1. Faktor-Faktor dibawah ini merupakan faktor penyebab stres hospitalisasi pada anak kecuali...
 - A. Kehilangan kebebasan dan kemandirian
 - B. Berpisah dengan orang yang berarti
 - C. Lingkungan rumah sakit
 - D. Kurangnya informasi
 - E. Jenis kelamin

2. Hal ini dimana bayi cemas dengan orang yang tidak dikenal dan terjadi penolakan.
 - A. *Stranger Anxiety*
 - B. Regresi reaksi agresif
 - C. Terpengaruh kelompok sebayanya
 - D. Gangguan peran orangtua dan keluarga
 - E. Regresi terhadap keterampilan yang lama

3. Reaksi hospitalisasi pada anak adanya perasaan cemas, bersalah, takut, dan malu adalah reaksi diusia:
 - A. Reaksi anak pra sekolah
 - B. Reaksi anak usia sekolah
 - C. Reaksi toddler
 - D. Reaksi remaja
 - E. Reaksi dewasa

4. Hospitalisasi menurut WHO adalah...
 - A. Asuhan keperawatan traumatik
 - B. Proses keperawatan yang efektif
 - C. Asuhan keperawatan pada anak yang dirawat dirumah sakit
 - D. Suatu proses yang karena suatu alasan yang berencana atau darurat, mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit
 - E. Kondisi yang mengancam bagi anak karena stressor yang dihadapi selama di rumah sakit dapat menimbulkan perasaan tidak aman penerapan proses perawatan

5. Reaksi anak usia 3-6 tahun pada hospitalisi adalah
 - A. Regresi reaksi agresif
 - B. Terjadi *stranger anxiety*
 - C. Terpengaruh kelompok sebayanya
 - D. Gangguan peran orangtua dan keluarga
 - E. Regresi terhadap keterampilan yang lama

6. Peran perawat dalam perawatan anak dalam rumah sakit, kecuali
 - A. *Care giver*
 - B. *Advocator*
 - C. *Family center care*
 - D. *Konselor*
 - E. *Educator*

7. Selama hospitalisasi, anak mendapat peluang untuk meningkatkan mengontrol emosi diri merupakan bagian dari manfaat hospitalisasi yaitu
- A. Meningkatkan hubungan orang tua dan anak
 - B. Menyediakan lingkungan sosialisasi
 - C. Meningkatkan penguasaan diri
 - D. Memberikan kesempatan belajar
 - E. Memberikan pengalaman
8. Hal-hal yang dapat dikaji pada anak dengan hospitalisasi adalah
- A. Usia
 - B. Pola asuh
 - C. Gangguan peran orang tua
 - D. Kecemasan karena perpisahan
 - E. Pengalaman dirawat di rumah sakit
9. Berikut dampak psikososial hospitalisasi pada anak, kecuali
- A. Teman
 - B. Keluarga lain
 - C. Perasaan takut
 - D. Berpisah dengan orang tua
 - E. Perubahan peran/gambar diri
10. Salah satu intervensi untuk menghilangkan atraumatic care adalah

- A. Menyediakan alat-alat bermain sesuai usia anak
- B. Menyediakan ruang bermain untuk teman-temannya
- C. Menganjurkan anak membawa mainan yang disukai
- D. Menganjurkan orang tua terlibat dalam perawatan
- E. Menyediakan ruang untuk orang tua tinggal sekamarsengan anak

E. Referensi

Damanik S.M dan Sitorus E, (2019). Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak. BMP.UKI: SDM.ES-29-KA-PK-2019

Dayani E, dkk. (2015). Terapi Bermain Clay Terhadap Kecemasan Pada Anak Usia Prasekolah (3-6 Tahun) Yang Menjalani Hospitalisasi di RSUD Banjarbaru. Jurnal Keperawatan dan Kesehatan. Banjarmasin. Program Studi Ilmu Keperawatan. Fakultas Kedokteran. Universitas Lambung Mangkurat Banjarmasin. DK Vol.3/No.2/September/2015.

Deswita, & Nursiam, Y. (2023). *Kenali Kecemasan Anak Usia Sekolah Yang Mengalami Hospitalisasi dan Perawatannya* (N. Duniawati (ed.)). Adab.

Dharma Putra, I. D. K., Dwijayanto, I. M. R., & Ernawati, N. L. A. K. (2022). Peran Perawat dalam Meminimalkan Kecemasan Orang Tua akibat Hospitalisasi Anak di RSU

Negara. *Pustaka Kesehatan*, 10(2), 126.
<https://doi.org/10.19184/pk.v10i2.13071>

Djitowiyono, S., & Kristiyanasari, W. (2011). *Asuhan Keperawatan Neonatus dan Anak* (D. Arijadi (ed.); 2nd ed.). Nuha Medika.

Fatmawati, L., Syaiful, Y., & Ratnawati, D. (2019). Pengaruh Audiovisual Menonton Film Kartun Terhadap Tingkat Kecemasan Saat Prosedur Injeksi Pada Anak Prasekolah. *Journal of Health Sciences*, 12(02), 15–29.
<https://doi.org/10.33086/jhs.v12i02.996>

Hidayat, A. A. (2012). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak* (2nd ed.). Salemba Medika.

Hockenberry, Wilson, and Rodgers. (2017). *Wong's Essensial of Pediatric Nursing*. Mosby Elsevier

Kartika, L. (2021). *Keperawatan Anak Dasar*. Medan: Yayasan Kita Menulis

Köse, S., & Arıkan, D. (2020). The Effects of Cartoon Assisted Endoscopy Preparation Package on Children's Fear and Anxiety Levels and Parental Satisfaction in Turkey. *Journal of Pediatric Nursing*, 53(xxxx), e72–e79.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.02.010>

- Kozlowski, Lori ,& Monitto, (2013). *The Oxford Handbook Of Organizational Psychology, Volume I*. Oxford University Pers
- Kozier, E., & Berman, S. (2016). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, & Praktik*. EGC.
- Kyle, T., & Carman, S. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Pediatri (1st ed.)*. EGC
- Langthasa, M., Yeluri, R., Jain, A., & Munshi, A. (2012). Comparison of the pain perception in children using comfort control syringe and a conventional injection technique during pediatric dental procedures. *Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 30(4), 323-8.
doi:<http://dx.doi.org/10.4103/0970-4388.108931>
- Lestari, E., Munir, Z., & Rahman, H. F. (2022). Pengaruh Penerapan Family Centered Care terhadap Kejadian Trauma Pemasangan Infuse pada Anak. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 4(4), 1159–1168.
- Lestari, P. (2020). Hubungan Peran Perawat Sebagai Edukator dengan Tingkat Stres Hospitalisasi Anak Pra Sekolah di Ruang Delima RSUD. Dr Hardjono Ponorogo. *Jurnal Delima Harapan*, 7(September), 107–112.

Lilipory, M. (2020). Pengetahuan dan Sikap Perawat berhubungan dengan Ketrampilan Perawat dalam Meminimalkan Kecemasan Akibat Hospitalisasi pada Anak. *Moluccas Health Journal*, 2(3).

Maulidia, R., Ugrasena, D. I. D. G., & Sufyanti, Y. (2016). Penurunan Kecemasan dan Koping Orang Tua dalam Merawat Anak yang Mengalami Hospitalisasi melalui Penerapan Caring Swanson di RS Mardi Waluyo Blitar. *Jurnal Hesti Wira Sakti*, 4(1), 58–73. <https://jurnal.poltekkes-soepraoen.ac.id/index.php/HWS/article/view/123>

Melindasari, & Sari, D. I. (2013). Tingkat Stres Hospitalisasi Pada Anak Berhubungan Dengan Peran Perawat Di Rumah Sakit Baptis Kediri. *Jurnal STIKES RS Baptis Kediri*, 6(2). <https://jurnal.stikesbaptis.ac.id/index.php/STIKES/article/view/204>

Noviana, U., & Ekawati, H. (2021). Hubungan Peran Perawat Dalam Empowering dan Enabling dengan Peran Orang Tua Dalam Perawatan Anak Sakit Usia 4-6 Tahun. *Jurnal Nursing Update*, 12(1), 73–83.

Pelander, T., & Leino-Kilpi, H. (2010). Children's Best And Worst Best And Worst Experiences During

Hospitalization. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 726±733.

Poernomo. D.I.S dan Mahanani. Y.S. (2015). Manifestasi Klinis Stres Hospitalisasi Pada Pasien Anak Usia Prasekolah. *Jurnal Penelitian Keperawatan* Vol 1. (2) Agustus 2015 ISSN. 2407-7232

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

Putri, B. H. D., Kapti, R. E., & Handayani, T. (2016). *Efektifitas Permainan Boneka Tangan Terhadap Penurunan Ketakutan Anak Hospitalisasi pada Usia Prasekolah (3-6 Tahun) di RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban*. 3(3), 128–136.

Rukmana Intan., Ema A. R., dan Indra M. (2022) Peran Orang Tua Dalam Meminimal kan Dampak Hospitalisasi Pada Anak Prasekolah: Studi Literatur. *Malahayati Nursing Journal* Vol 4, No 5 (2022).
Doi:[10.33024/mnj.v4i5.6199](https://doi.org/10.33024/mnj.v4i5.6199)

Siahaan. E.R dan Juniah. (2022). Pengaruh Terapi Bermain Mewarnai Terhadap Kecemasan Pada Anak Usia Prasekolah Akibat Hospitalisasi. *Jurnal Keperawatan Bunda Delima*. Vol 4, No. 2 Agustus 2022 Hal. 14 – 19

Saputro, H., & Fazrin, I. (2017). Penurunan Tingkat Kecemasan Anak Akibat Hospitalisasi dengan Penerapan Terapi Bermain. *JKI (Jurnal Konseling Indonesia)*, 3(1), 9–12. <https://doi.org/10.21067/jki.v3i1.1972>

Saputro. H & Fazrin. (2017). Anak Sakit Wajib bermain Di Rumah Sakit. Sukorejo: Forikes

Supartini, Y. (2014). Konsep dasar keperawatan anak. Jakarta. EGC

Utami Juli. (2014) Dampak Hospitalisasi terhadap perkembangan Anak. *Jurnal Ilmiah Widya*
Volume 2 Nomor 2 Mei-Juli 2014

Wulandari, D., & Erawati, M. (2016). Buku ajar keperawatan anak. Pustaka Pelajar. http://ucs.sulselib.net//index.php?p=show_detail&id=134730

F. Kunci Jawaban:

No	Jawaban	No	Jawaban
1	E	6	B
2	A	7	C
3	A	8	D
4	E	9	C
5	E	10	D

BAB VIII BIMBINGAN ANTISIPASI (ANTICIPATORY GUIDANCE) DAN PENCEGAHAN KECELAKAAN PADA ANAK

(NS.Hendrawati,M.KES)

A. Tujuan pembelajaran :

Mahasiswa mampu :

1. Memahami pengertian anticipatory guidance
2. Memahami pengertian pencegahan kecelakaan pada anak
3. Memahami tujuan anticipatory guidance dan pencegahan kecelakaan pada anak
4. Mengoptimalkan hubungan orang tua dengan anak dan mendorong kepada berbagai perilaku yang sehat dan baik bagi anak usia remaja.
5. Membantu orang tua untuk dapat memahami perilaku anak usia remaja.
6. Mengantisipasi kemampuan perilaku dan masalah yang biasa muncul pada usia remaja.

B. Materi

1. Pengertian

Anticipatory guidance merupakan petunjuk-petunjuk yang perlu diketahui terlebih dahulu orang tua dapat mengarahkan dan anaknya secara bijaksana, sehingga anak dapat bertumbuh dan

berkembang secara normal. Dengan demikian, dalam upaya untuk memberikan bimbingan dan arahan pada masalah-masalah yang kemungkinan timbul pada setiap fase pertumbuhan dan perkembangan anak, ada petunjuk yang perlu dipahami oleh orang tua. Orang tua dapat membantu untuk mengatasi masalah anak pada setiap fase pertumbuhan dan perkembangannya dengan cara yang benar dan wajar (Nursalam, Susilaningrum, dan Utami, 2013).

Anticipatory guidance adalah memberitahukan/upaya bimbingan kepada orang tua tentang tahapan perkembangan sehingga orang tua sadar akan apa yang terjadi dan dapat memenuhi kebutuhan sesuai dengan usia anak, upaya yang dilakukan oleh perawat dalam membimbing orang tua tentang tahapan perkembangan anak sehingga orang tua sadar akan apa yang terjadi dan mengetahui apa yang harus dilakukan untuk memenuhi kebutuhan sesuai dengan tahapan usia anak. Bimbingan antisipasi bagi orang tua akan berbeda untuk setiap tahap usia anak karena disesuaikan dengan karakteristiknya.

Usia anak-anak dapat mengalami trauma disetiap tahap perkembangan mereka, misalnya ketakutan yang tidak jelas pada anak-anak usia prasekolah yang dapat menimbulkan dampak negatif bagi perkembangan anak. Dalam upaya untuk memberikan bimbingan dan arahan pada masalah-masalah yang kemungkinan timbul pada setiap fase pertumbuhan dan perkembangan anak, ada petunjuk-petunjuk yang perlu dipahami oleh orang tua. Orang tua dapat membantu untuk mengatasi masalah anak pada setiap fase

pertumbuhan dan perkembangannya dengan cara yang benar dan wajar (Hasinuddin & Fitriah, 2010).

2. Faktor penyebab kecelakaan anak sesuai umur

Menurut Rahmi (2008), faktor penyebab kecelakaan meliputi :

- a. Adanya benda atau bahan yang berbahaya misalnya botol berisi obat, bak air, tangga ke lantai 2.
- b. Adanya calon korban misalnya balita.
- c. Kondisi lingkungan yang mendukung misalnya botol obat yang tutupnya tidak childproof,
- d. Tangga yang tidak diberi penghalang, bak berisi air yang tingginya lebih dari 2 inci dan kurangnya kewaspadaan orang tua.
- e. Kecelakaan sering terjadi karena kebanyakan orang tua yang tidak menyadari apa yang bisa dilakukan anak usia toddler. Pada usia ini toddler sudah berjalan, berlari, memanjat, melompat dan mencoba segala sesuatu. Semua hal yang baru yang mereka temukan bisa menjadi sesuatu yang berbahaya untuk mereka. Ini adalah tanggung jawab orang tua untuk melindungi anaknya dari kecelakaan. Contohnya mengawasi kondisi rumah dari perseptif anak-anak yaitu menghindari furniture atau perabot-perabot lainnya yang beruncing lancip dan tajam serta menjauhi pengharum ruangan atau obat nyamuk yang mengandung racun. Peran orang tua (terutama ibu) yang terpenting adalah untuk menghindari kecelakaan pada anak adalah dengan memberikan pengawasan dan perhatian penuh dalam proses bermain dan belajar anak. Tidak

adanya pengawasan dari orang tua pada bermain anak merupakan penyebab terjadinya kecelakaan (World Book's, 2006).

Petunjuk Bimbingan :

a. Usia bayi

Usia bayi 6 bulan pertama :

- 1) Ajarkan perawatan bayi dan bantu orang tua untuk memahami kebutuhan dan respons bayi
- 2) Bantu orang tua untuk memenuhi kebutuhan stimulasi bayi
- 3) Tekankan kebutuhan imunisasi
- 4) Persiapkan untuk pengenalan makanan padat

Usia bayi 6 bulan kedua :

- 1) Siapkan orang tua akan respons stranger anxiety (anak takut pada orang asing).
- 2) Bimbing orang tua mengenai disiplin karena peningkatan mobilitas bayi.
- 3) Ajarkan pencegahan cedera karena peningkatan keterampilan motorik anak dan rasa keingintahuannya.

b. Anak Usia Toddler (1-3 tahun):

Anak Usia 12-18 bulan :

- 1) Menyiapkan orang tua untuk mengantisipasi adanya perubahan tingkah laku dari toddler khususnya negativisme.

- 2) Dorong orang tua untuk melakukan penyapihan secara bertahap dan peningkatan pemberian makanan padat.
- 3) Adanya jadwal waktu makan yang rutin.
- 4) Pencegahan bahaya kecelakaan yang potensial terjadi terutama di rumah, kendaraan bermotor, keracunan, jatuh.
- 5). Perlunya ketentuan-ketentuan/peraturan/aturan disiplin dengan lembut dan cara-cara untuk mengatasi negatifistik dan temper tantrum yang sering terjadi pada toddler.
- 6). Perlunya mainan baru untuk mengembangkan motorik, bahasa, pengetahuan dan keterampilan sosial.

Anak Usia 18-24 bulan :

- 1) Menekankan pentingnya persahabatan sebaya dalam bermain.
- 2) Menekankan pentingnya persiapan anak untuk kehadiran bayi baru dan kemungkinan terjadinya persaingan dengan saudara kandung (sibling rivalry). Persaingan dengan saudara kandung adalah perasaan cemburu dan benci yang biasanya dialami oleh anak karena kehadiran / kelahiran saudara kandungnya. Hal ini terjadi bukan karena rasa benci tetapi lebih karena perubahan situasi. Libatkan anak dalam perawatan adik barunya seperti mengambilkan baju, popok, susu dan sebagainya.
- 3) Mendiskusikan kesiapan fisik dan psikologis anak untuk toilet training. Toilet training adalah suatu usaha untuk melatih anak agar mampu mengontrol dalam melakukan buang air kecil atau buang air besar. Toilet training secara umum dapat dilaksanakan pada setiap anak yang sudah

mulai memasuki fase kemandirian. Fase ini biasanya terjadi pada anak usia 18 -24 bulan.

- 4) Dalam melakukan toilet training ini, anak membutuhkan persiapan fisik, psikologis maupun intelektualnya. Dari persiapan tersebut anak dapat mengontrol buang air besar dan buang air kecil secara mandiri (Hidayat, 2005).
- 5) Perawat bertanggung jawab dalam membantu orang tua mengidentifikasi kesiapan anak untuk toilet training. Latihan miksi biasanya dicapai sebelum defikasi karena merupakan aktifitas regular yang dapat diduga. Sedangkan defikasi merupakan sensasi yang lebih besar daripada miksi yang dapat menimbulkan perhatian dari anak.
- 6) Mendiskusikan berkembangnya rasa takut seperti pada kegelapan atau suara keras.
- 7) Menyiapkan orang tua akan adanya tanda-tanda regresi pada waktu anak mengalami stress (misalnya anak yang tadinya sudah tidak mengompol tiba - tiba menjadi sering mengompol).

Anak Usia 24-36 bulan :

- 1) Mendiskusikan kebutuhan anak untuk dilibatkan dalam kegiatan dengan cara meniru.
- 2) Mendiskusikan pendekatan yang dilakukan dalam toilet training dan sikap menghadapi keadaan seperti mengompol atau buang air besar (BAB) dicelana.
- 3) Menekankan keunikan dari proses berfikir toddler misalnya: melalui bahasa yang digunakan,

ketidakmampuan melihat kejadian dari perspektif yang lain.

- 4) Menekankan disiplin harus tetap berstruktur dengan benar dan nyata,
- 5) Ajukan alasan yang rasional, hindari kebingungan dan salah pengertian
- 6) Menyiapkan orang tua untuk meningkatkan minat anak dalam hubungan yang luas.
- 7) Menganjurkan orang tua untuk mendaftarkan anak ke tamankanak-kak
- 8) Menekankan pentingnya batas-batas/tata cara/peraturan-peraturan.
- 9) Menyiapkan orang tua untuk mengantisipasi tingkah laku yang berlebihan dalam hal ini akan menurunkan ketegangan (*tension*).

c. Anak Usia prasekolah .

Bimbingan terhadap orang tua selama usia prasekolah di antaranya adalah:

Anak Usia 3 tahun

- 1) Menganjurkan orang tua untuk meningkatkan minat anak dalam hubungan yang luas.
- 2) Menekankan pentingnya batas-batas/peraturan-peraturan.
- 3) Mengantisipasi perubahan perilaku yang agresif (menurunkan ketegangan/*tension*).

- 4) Menganjurkan orang tua untuk menawarkan kepada anaknya alternatif alternatif pilihan pada saat anak bimbang.
- 5) Perlunya perhatian ekstra.

Anak Usia 4 tahun

- 1) Perilaku lebih agresif termasuk aktivitas motorik dan bahasa.
- 2) Menyiapkan meningkatnya rasa ingin tahu tentang seksual,
- 3) Menekankan pentingnya batas-batas yang realistis dari tingkah lakunya
- 4) Menyiapkan orang tua terhadap perilaku anak yang agresif termasuk aktivitas motorik dan bahasa yang mengejutkan.
- 5) Menyiapkan orang tua menghadapi perlawanan anak terhadap kekuasaan orang tua.
- 6) Kaji perasaan orang tua sehubungan dengan tingkah laku anak.
- 7) Menganjurkan beberapa macam istirahat dari pengasuh utama seperti menempatkan anak pada taman kanak-kanak untuk sebagian harinya.
- 8) Menyiapkan meningkatkan rasa ingin tahu seksual
- 9) Menekankan batas-batas yang realistis dari tingkah laku.

Usia 5 tahun

- 1) Menyiapkan anak memasuki lingkungan sekolah.
- 2) Meyakinkan bahwa usia tersebut merupakan periode tenang pada anak.
- 3) Memberikan pengertian bahwa usia lima tahun merupakan periode tenang dibanding masa sebelumnya.
- 4) Menyiapkan dan membantu anak-anak untuk memasuki lingkungan sekolah.
- 5) Mengingatnkan imunisasi yang lengkap sebelum masuk sekolah.

d. Anak Usia sekolah

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

Anak Usia 6 tahun

- 1) Bantu orang tua untuk memahami kebutuhan sosialisasi dengan cara mendorong anak berinteraksi dengan temannya.
- 2) Ajarkan pencegahan kecelakaan dan keamanan terutama naik sepeda.
- 3) Siapkan orang tua akan peningkatan ketertarikan anak keluar rumah.
- 4) Dorong orang tua untuk menghargai kebutuhan anak akan privacy dan menyiapkan kamar tidur yang berbeda.

Anak Usia 7-10 tahun

- 1) Menekankan untuk mendorong kebutuhan akan kemandirian.

- 2) Tertarik untuk beraktivitas di luar rumah.
- 3) Siapkan orang tua untuk menghadapi anak terutama anak perempuan memasuki prapubertas.

Anak Usia 11-12 tahun

- 1) Bantu orang tua untuk menyiapkan anak tentang perubahan tubuh saat pubertas.
- 2) Anak wanita mengalami pertumbuhan cepat.
- 3) Pendidikan seks (Sex education) yang adekuat dan informasi yang akurat.

e. Usia remaja

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

3. Pencegahan kecelakaan pada anak

Kecelakaan adalah kejadian yang dialami anak dan dapat melukai bahkan menyebabkan kematian. Orang tua merupakan orang yang bertanggung jawab terhadap kebutuhan dan keselamatan anak, sehingga orangtua harus memahami karakteristik dan perilaku anak serta menyadari potensi bahaya yang dapat menimbulkan kecelakaan. Anak laki-laki biasanya banyak mengalami kecelakaan terutama bermain dibandingkan anak perempuan karena anak laki-laki lebih aktif dan banyak menggunakan keterampilan motorik kasar seperti berlari, melompat, memanjat, bermain sepeda dan sebagainya. Sedangkan anak perempuan cenderung menggunakan keterampilan motorik halus seperti bermain boneka, masak-masakan, bermain peran dan sebagainya. Kejadian kecelakaan pada anak dicegah dan diminimalisir dengan melakukan berbagai upaya

di antaranya adalah : memodifikasi lingkungan agar aman bagi anak.

Di bawah ini adalah upaya pencegahan kecelakaan yang dapat dilakukan sesuai dengan tahapan usia anak (Wong, 2004):

a. Masa bayi

Resiko kecelakaan yang terjadi adalah : aspirasi benda asing (terutama benda kecil seperti kancing, kacang kacangan, biji buah, bedak dan sebagainya), terjatuh (terutama dari tempat ganti popok dan alat gendong depan) . luka bakar (tersiram air panas atau minyak panas), keracunan dan kekurangan oksigen.

Pencegahan:

- 1) Jangan pernah meninggalkan bayi tanpa pengawasan pada permukaan yang tinggi.
Pasang pengaman ketika anak digendong.
- 2) Bila mungkin, minta obat yang tutupnya tidak bisa dibuka anak (child-proof caps).
Simpan obat-obatan jauh dari jangkauan anak-anak.
- 3) Menghindari aspirasi : Simpan pada tempat yang aman dan tidak terjangkau atau buang benda-benda yang berpotensi menyebabkan aspirasi seperti bedak, kancing, permen, biji-bijian dan sebagainya. Gendong bayi saat memberi makan dan menyusui.
- 4) Kekurangan oksigen : jauhkan dan jangan biarkan anak bermain plastik, sarung bantal atau benda-benda yang berpotensi membuat anak kekurangan oksigen. Jangan pernah meninggalkan bayi sendirian di kamar bayi atau kamar mandi.
- 5) Jatuh : beri pengaman tempat tidur saat bayi/anak sedang tidur, usahakan anak duduk di kursi khusus atau tidak memakai kursi tinggi, usahakan ujung benda seperti meja dan kursi tidak tajam. Jangan pernah meninggalkan bayi pada tempat yang tinggi dan bila ragu tempatkan bayi di lantai dengan pengalas.
- 6) Luka bakar : cek air mandi sebelum dipakai, simpan air panas di tempat yang aman dan tidak terjangkau oleh anak. Jangan merokok di dalam rumah atau dekat dengan bayi.
- 7) Tempatkan peralatan listrik jauh dari jangkauan bayi dan gunakan pengaman.

- 8) Keracunan : simpan bahan toxic dilernari/tempat yang aman.
Buang bahan-bahan yang mengandung zat kimia yang tidak terpakai seperti baterai ke tempat yang jauh dari jangkauan bayi.
- 9) Balita bisa menjatuhkan makanan panas dari meja rendah.
Jadi, begitu ia mulai merambat perabotan di ruang keluarga, ‘bersihkan’ seluruh permukaan. Awasi setiap kali anak berada di sekitar air: bak mandi, ember, kolam kecil.

b. Masa Toddler

Resiko kecelakaan yang sering terjadi adalah :

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

Pencegahan :

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

9) Awasi anak pada saat memanjat, lari, lompat.

c. Anak Pra Sekolah

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

Pencegahannya adalah :

1) Mengontrol lingkungan.

2) Mendidik anak terhadap keamanan dan potensial bahaya.

Jauhkan korek api dari jangkauan anak, mengamankan tempat yang secara potensial dapat membahayakan anak dan mendidik anak cara menyeberang jalan, serta arti rambu-rambu lalu lintas.

d. Anak Usia Sekolah

1) Anak biasanya sudah berpikir sebelum bertindak.

2) Aktif dalam kegiatan: mengendarai sepeda, mendaki gunung, berenang.

Pencegahan :

1) Berikan pendidikan tentang Aturan lalu-lintas pada anak.

2) Apabila anak suka berenang, ajakan aturan yang aman dalam berenang.

3) Awasi anak saat menggunakan alat berbahaya seperti gergaji, alat listrik.

4) Ajarkan anak untuk tidak menggunakan alat yang bisa meledak/terbakar.

e. Anak Remaja

Resiko kecelakaan yang terjadi adalah :

- 1) Kecelakaan lalu lintas terutama kendaraan bermotor yang dapat mengakibatkan fraktur, cedera kepala.
- 2) Kecelakaan karena olah raga.

Pencegahan :

Perlu diberikan pemahaman kepada remaja tentang :

- 1) petunjuk dalam penggunaan kendaraan bermotor, ada negosiasi antara orang tua dengan remaja.
- 2) Penggunaan alat pengaman yang sesuai seperti helm sesuai standar, penggunaan sabuk keselamatan.
- 3) Melakukan latihan fisik yang sesuai sebelum melakukan olah raga

Pedoman Orang Tua dalam membimbing anak usia remaja :

- 1) Bagi peran pembuat keputusan Remaja kerap mengeluarkan ide cemerlang.
- 2) Jaga konsistensi : Orang tua tak seharusnya menuruti mood gampang berubah
- 3) Miliki prinsip tegas : Pendidikan yang berhasil membentuk remaja bergantung pada lingkungan keluarga yang menawarkan kebebasan dan kelenturan.

C. Rangkuman

Masa anak adalah masa dimana mereka aktif mengeksplorasi lingkungan sekitar. Rasa keingintahuannya yang tinggi kadang-

kadang membuat mereka tidak memahami bahaya yang dapat ditimbulkan dari apa yang mereka lakukan. Oleh karena itu maka kewajiban orang tua dan keluarga untuk menjaga dan melindungi anak agar tetap terjaga kesehatan dan keamanannya terutama dari bahaya lingkungan yang tidak bisa dimodifikasi dan dimanipulasi. Peran perawat dalam hal ini adalah membimbing dan memotivasi orang tua dan keluarga dalam upaya meminimalkan dan menghindari kejadian kecelakaan pada anak dengan cara memberikan alternatif pencegahan yang dapat dilakukan sesuai dengan tahap usia anak.

D. Referensi :

Hidayat, A.A.A. (2014). *Kebutuhan Dasar Manusia* . Buku Saku Pratikum. Jakarta:EGC

Wong D.L.(2009). *Buku ajar keperawatan pediatrik*. Edisi 6.Volume 1. Jakarta: EGC

WHO. (2010). *Pelayanan Kesehatan Anak di rumah Sakit*. Jakarta: WHO

Sri Melfa Damanik, Erita Sitorus, (2019) : *Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak* ,SDM.ES-29-KA-PK-2019, ISBN 978-623-7256-79-3

Fika Nur Indriasari, Safariah Angraini, *Buku ajar keperawatan anak (2021) Cetakan ke 2*, Penerbit : Yudha English Gallery, ISBN:970-623-5765-22-8

Beiler, J.S., Schaefer, E.W., Alleman, N., & Paul I.M. (2013). Newborn anticipatory guidance delivered at office-based vs. home nurse visits. *Journal Community Medicine Health Education*, 3(5):228.

Cameron, J.R., Rice, D.C., Sparkman, G., & Neville, H.F., (2013). Childhood temperament-based anticipatory guidance in an hmo setting: a longitudinal study. *Journal of Community Psychology*, 41(2): 236-248.

Chaulagain, S., Soujanya, P.U., Moras, S.M., Aranha, P.R., & Shetty, A.P. (2016). A study on knowledge regarding sibling rivalry in children among mother in selected hospital at Mangaluru. *Journal of Scientific and Innovative Research*, 5(4): 122- 124.

Hidayati, A.N. (2015). Pengaruh Anticipatory Guidance terhadap Praktik Orang Tua dalam Toilet Training pada Anak Usia Toddler. Skripsi. Yogyakarta: STIKES‘Aisiyiah Yogyakarta.

BAB IX ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM HEMATOLOGI

(Siti Zulva .,S.Kep Ners.,M.Kep)

A. Konsep Dasar Demam Berdarah *Dengue*

1. Definisi Demam Berdarah *Dengue*

Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus *dengue* yang tergolong *Arthtopod-Bone Virus, genus Flavivirus, dan famili Flaviviridae*. DBD ditularkan melalui gigitan nyamuk dari *genus Aedes* terutama *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus*. Penyakit ini dapat muncul sepanjang tahun dan dapat menyerang seluruh kelompok umur. Penyakit ini berkaitan dengan kondisi lingkungan dan perilaku masyarakat (Kemenkes RI, 2016).

Demam berdarah *dengue* di bagi menjadi dua yaitu, *Dengue berat* ditandai dengan gejala nyeri perut berat, muntah terus-menerus, pernafasan cepat, gusi berdarah, kelelahan, gelisah, muntah darah. Mengalami syok hipovolemik (Sindrom Syok *Dengue*) yang disebabkan oleh kebocoran plasma. Demam Berdarah *Dengue* ringan sering ditandai dengan gejala flu, demam tinggi, sakit kepala, nyeri dibelakang mata, nyeri otot dan persendian, mual, muntah, kelenjar bengkak atau ruam. (Permatasari, 2021).

Definisi diatas dapat disimpulkan bahwa Demam Berdarah *Dengue* adalah penyakit infeksi oleh virus yang disebabkan oleh virus *dengue* yang tergolong *Arthtopod-Bone Virus, genus Flavivirus, dan famili Flaviviridae*.

Virus ini ditularkan oleh nyamuk *aedes aegypty* atau nyamuk *aedes aegypty* melalui gigitannya.

2. Anatomi Fisiologi

1) Eritrosit (sel darah merah)

Sel darah merah berfungsi membawa oksigen ke jaringan tubuh. Gangguan sel darah merah yang sering terjadi adalah anemia. Orang yang mengalami anemia memiliki jumlah sel darah merah rendah. Pada kondisi yang ringan anemia sering tidak menyebabkan gejala, namun anemia tidak dapat dianggap enteng, karena jika tidak diatasi anemia bisa berkembang lebih berat dan menyebabkan kelelahan, pucat, dan sesak nafas. Jumlah normal sel darah merah pada dewasa laki-laki berkisar 4,5 juta-5,5 juta sel/mm³, dewasa perempuan berkisar antara 3,8 juta - 4,8 juta sel/mm³, anak-anak berumur 1 tahun berkisar 3,9 juta-5,1 juta sel/mm³, anak-anak berumur 2-12 tahun berkisar 4,0 juta-5,2 juta sel/mm³, dan bayi baru lahir berkisar 5,0 juta -7,0 juta sel/mm³ (Firani, 2018).

2) Leukosit (sel darah putih)

Sel darah putih berfungsi sebagai salah satu sistem pertahanan tubuh melawan infeksi. Gangguan yang umum mempengaruhi sel darah putih adalah karena infeksi bakteri dan virus, penyakit kronis serta leukimia atau kanker darah, dimana sel darah putih menjadi ganas dan berkembang di dalam sumsum tulang. Gangguan sel darah putih lain adalah limfoma, multiple myeloma, dan sindrom mielodisplasia. Jumlah sel darah putih normal pada orang dewasa berkisar 4.500-11.000/mm³, pada anak-anak berkisar

5.000-20.000/ mm³, dan pada bayi baru lahir berkisar 13.000-38.000/mm³ (Firani, 2018).

3) Trombosit (sel pembeku darah)

Trombosit atau keping darah, berfungsi untuk membantu proses pembekuan darah. Perubahan jumlah trombosit dapat dipengaruhi oleh berbagai hal, ketika jumlah trombosit meningkat, kondisi tersebut dikenal sebagai trombositosis, jika trombosit itu menurun dikenal dengan trombositopenia. Beberapa kondisi yang bisa mempengaruhi jumlah trombosit diantaranya adalah Demam Berdarah *Dengue* (DBD) (Firani, 2018).

Jumlah trombosit normal di dalam darah manusia adalah 150.000-400.000/ μ L. Jumlah trombosit normal menggambarkan keseimbangan antara produksi di sumsum tulang dan destruksi trombosit dalam darah, maupun sekuestrasi atau penyitaan trombosit di limpa. Trombosit berperan penting dalam proses pembekuan darah, sehingga kelainan trombosit dapat bermanifestasi pada perdarahan. Pada pasien DBD jika jumlah normal trombosit turun maka proses pembekuan darah terganggu akan mengakibatkan terjadinya perdarahan (Firani, 2018).

3. Etiologi

DHF merupakan penyakit yang disebabkan oleh DENV atau disebut juga flavivirus RNA. Flavivirus RNA berantai positif tunggal yang masuk keanggota family Flaviviridae. Virus ini mempunyai empat jenis utama (DENV-1, DENV-2, DENV-3, dan DENV-4).

Manusia dapat tertular Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) melalui gigitan nyamuk *Aedes betina* yang membawa virus DENV, termasuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Infeksi lainnya yang berhubungan dengan serotipe DENV yang berbeda dikaitkan dengan peningkatan resiko komplikasi yang parah (Wang et al, 2020).

Demam berdarah dengue ini memiliki karakteristik yang mirip dengan

jenis flavivirus lainnya. Genom virus dengue tergolong di RNA. untai tunggal yang dikelilingi oleh amplop nukleokapsid desimal dan diselimuti oleh kompleks lipid. Virus termostabil berbentuk batang ini sensitif terhadap inaktivasi oleh dietileter dan natrium deoksikolat dan stabil pada 70 °C. Diameter virus sekitar 50 nanometer. Genom flavivirus memiliki panjang 11 kb dan terdiri dari tiga protein struktural yang mengkode kodon sumbat nuklir atau protein inti, protein transmembran, protein amplop, dan tujuh gen protein nonstruktural tambahan (Indriyani & Gustawan, 2020).

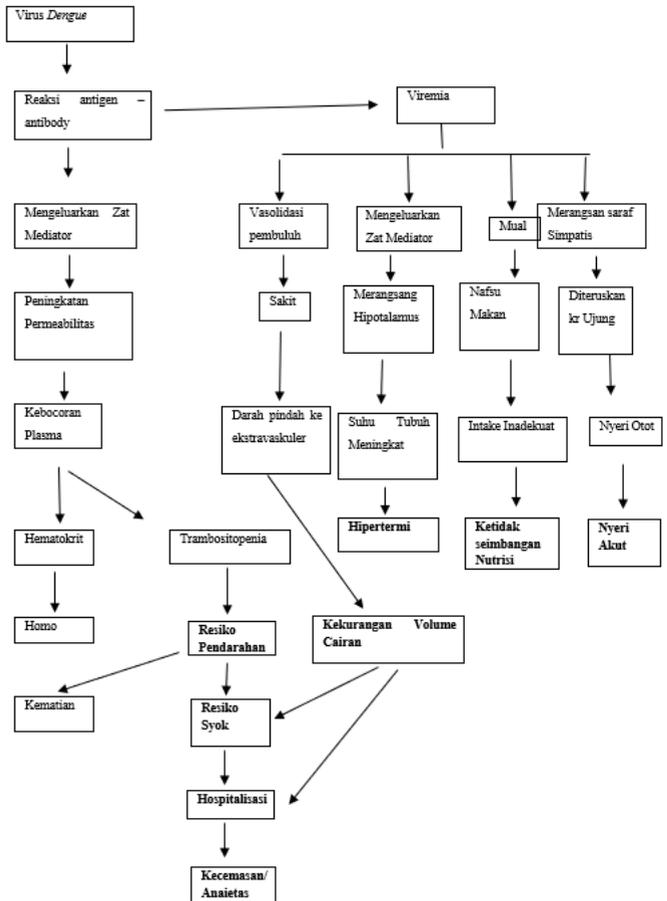
4. Patofisiologi

Virus dengue beredar dalam aliran darah kemudian masuk ke dalam tubuh dan menginfeksi virus di dalam darah. Ini menghasilkan aktivasi komplemen, menciptakan kompleks imun antivirus. Aktivasi ini akan mengarah pada pembentukan dan pelepasan zat (C3a dan C5a), yang akan mengarah pada aktivasi PGE2 (prostaglandin yang bertindak sebagai kompleks pensinyalan tetapi hanya pada sel elastis). Peningkatan dinding pembuluh darah menyebabkan kebocoran

plasma, dan akhirnya mengganggu sirkulasi sistemik, hal ini tidak teratasi dan hipoksia jaringan berkembang, perfusi jaringan menurun, dan adanya kompleks imun antibodi virus juga memicu agregasi trombosit, yang menyebabkan trombositopenia. Jika syok berlanjut, syok berkembang, jaringan kekurangan oksigen dan asidosis metabolic mungkin terjadi (Marni, 2016).

Virus *Dengue* yang masuk ke dalam tubuh manusia akan menimbulkan beberapa tanda dan gejala yang muncul seperti demam, sakit kepala, mual nyeri otot, pegal seluruh tubuh, timbulnya ruam dan kelainan yang mungkin terjadi pada sistem vaskuler. Pada penderita DBD, terdapat kerusakan yang umum pada sistem vaskuler yang mengakibatkan terjadinya peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah. Plasma dapat menembus dinding vaskuler selama proses perjalanan penyakit, dari mulai demam hingga klien mengalami renjatan berat. Volume plasma dapat menurun hingga 30% (Marni, 2016).

5. Pathway



Sumber : Vinet dan Zhedanov (2020).

6. Manifestasi Klinis

Tanda dan Gejala klinis berikut ini harus ada menurut Indriyani dan Gustawan (2020), yaitu:

- a. Demam tinggi mendadak tanpa sebab yang jelas, berlangsung terus-menerus selama 2-7 hari
- b. Terdapat Pendarahan yang ditandai dengan :
 - 1) Petekie, ekimosis dan purpura
 - 2) Perdarahan mukosa, epistaksis dan perdarahan gusi
- c. Hipertrofit jantung
- d. Syok, yang ditandai dengan nadi cepat dan lemah sampai tak teraba, penyempitan tekanan nadi (≤ 20 mmHg), hipotensi sampai tidak terukur, kaki dan tangan dingin, kulit lembab, capillary refill time memanjang (>2 detik) dan pasien tampak gelisah.

Gambaran klinis berdasarkan fase menurut Indriyani dan Gustawan (2020) meliputi:

- 1) Fase febris, biasanya demam mendadak tinggi 2-7 hari, disertai muka kemerahan, eritema kulit, nyeri seluruh tubuh, mialgia, artralgia dan sakit kepala. Pada beberapa kasus ditemukan nyeri tenggorok, injeksi farings dan konjungtiva, anoreksia, mual dan muntah. Pada fase ini dapat pula ditemukan tanda perdarahan seperti petekie, perdarahan mukosa, walaupun jarang dapat pula terjadi perdarahan pervaginam dan perdarahan gastrointestinal.
- 2) Fase kritis, terjadi pada hari 3-7 sakit dan ditandai dengan penurunan suhu tubuh disertai kenaikan permeabilitas kapiler dan timbulnya kebocoran plasma yang biasanya berlangsung selama 24-48 jam.

Kebocoran plasma sering didahului oleh lekopeni progresif disertai penurunan hitung trombosit. Pada fase ini dapat terjadi syok.

- 3) Fase pemulihan, bila fase kritis terlewati maka terjadi pengembalian cairan dari ekstravaskuler ke intravaskuler secara perlahan pada 48 - 72 jam setelahnya. Keadaan umum penderita membaik, nafsu makan pulih kembali, hemodinamik stabil dan diuresis membaik.

7. **Klasifikasi DBD**

Menurut Wang et al (2020) klasifikasi DBD ada 4 derajat, yaitu:

a. Derajat I

Demam yang berlangsung dari 2 hingga 7 hari dan gejala umum yang tidak khas. Saat ini, DBD dapat dibedakan dari penyakit serupa lainnya dengan menggunakan uji torniket (+).

b. Derajat II

Perdarahan spontan seperti epistaksis, hematosi, melene dan perdarahan gusi.

c. Derajat III

Kegagalan perdarahan otak, nadi lemah dan cepat ($<120 \times/\text{menit}$), tekanan darah menurun.

d. Derajat IV

Syok termasuk kegelisahan, kulit tampak biru, akral dingin, nadi cepat lemah, dan penyempitan tekanan nadi.

Pasien dengan DSS (*Dengue Shock Syndrome*) harus dipantau secara ketat, karena syok hipotensi dapat dengan cepat berubah menjadi gagal jantung dan henti jantung.

8. Penatalaksanaan

Menurut (Wang et al, 2020) ada 2 penatalaksanaan DBD yaitu DBD

dengan rejeatan/ DSS dan DBD tanpa rejeatan.

1) Penatalaksanaan medis

a. DBD tanpa rejeatan

- a) Tirah baring
- b) Antipiretik atau sponging untuk mengendalikan demam,
- c) Analgesik atau obat penenang ringan untuk membantu mengatasi rasa sakit,
- d) Terapi cairan atau elektrolit untuk membantu hidrasi.

b. Pada DBD dengan tanda rejeatan/ DSS

- a) Berikan larutan kristaloid isotonik, seperti saline NaCL 0,9%, laktat Ringer atau Asering dan dipertahankan selama 12-48 jam setelah rejeatan diatasi.
- b) Observasi keadaan umum tanda-tanda vital (TTV) seperti tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, nadi, dan saturasi oksigen.

2) Penatalaksanaan keperawatan

- a. Pengawasan tanda-tanda vital secara konsisten tiap jam.

Lakukan pengawasan Hb, Ht, trombosit tiap 4 jam. Observasi intake output, pada pasien DBD derajat I pasien di istirahatkan, observasi tanda-tanda vital tiap 3 jam, berikan minum banyak (1,5-2 liter/hari), beri kompres. Pada DBD derajat II: perhatikan gejala seperti nadi lemah, kecil dan cepat, tekanan darah menurun, anuria dan sakit perut, berikan infus. DBD derajat III: infus geyur, posisi semi fowler, berikan O₂, pengawasan tanda-tanda vital tiap 15 menit, pasang kateter, observasi produksi urine tiap jam, dan periksa Hb, Ht dan trombosit.

b. Resiko Perdarahan

Observasi perdarahan ptekie, epitaksis, hematomesis dan melena selanjutnya catat banyak, warna dari perdarahan dan pasang NGT pada pasien dengan perdarahan tractus gastrointestinal.

c. Peningkatan Suhu Tubuh

Untuk mencegah peningkatan suhu observasi atau ukur suhu tubuh secara periodik, beri minum banyak dan berikan kompres jika suhu tubuh panas.

9. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien demam berdarah dengue yaitu pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan radiologi (foto rontgen toraks). Pada pemeriksaan ini, terjadi penurunan

trombosit $< 100.000/ \text{mm}^3$ dan peningkatan hematokrit $>20\%$. Nilai normal hematokrit yaitu 3 kali nilai hemoglobin. Selain itu, terjadi penurunan leukosit (leukopenia) serta waktu perdarahan dan waktu protrombin memanjang. Pemeriksaan lain yang dapat digunakan untuk mengetahui adanya virus dengue yaitu *antibodi imunoglobulin M (IgM)* dan *M antibody capture enzyme-linked immunosorbent assay (MAC ELISA)*. Apabila terjadi syok, maka akan terjadi hiponatremia, hiperkalemia, protein plasma yang menurun, peningkatan transaminase serum, dan pada sediaan apusan darah tepi terdapat fragmentosit yang menandakan adanya hemolisis. Pada pemeriksaan foto rontgen toraks biasanya didapatkan efusi pleura (Marni, 2016).

10. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada anak yang mengalami demam berdarah dengue yaitu perdarahan masif dan *dengue shock syndrome (DSS)* atau *sindrom syok dengue (SSD)*. Syok sering terjadi pada anak berusia kurang dari 10 tahun. Syok ditandai dengan nadi yang lemah dan cepat sampai tidak teraba; tekanan nadi menurun menjadi 20 mmHg atau sampai nol; tekanan darah menurun di bawah 80 mmHg atau sampai nol; terjadi penurunan kesadaran; sianosis di sekitar mulut dan kulit ujung jari; hidung, telinga, dan kaki teraba dingin dan lembap pucat dan oliguria atau anuria (Marni, 2016).

B. Konsep Dasar Anak Usia Prasekolah

1. Konsep Anak Usia Prasekolah

Usia anak pra sekolah berada pada rentang usia 3 sampai 6 tahun. Pada usia ini pertumbuhan fisik anak terjadi perlambatan namun terjadi peningkatan pada perkembangan psikososial serta kognitif. Di usia ini juga seorang anak mulai mengembangkan rasa ingin tahunya, dan telah mampu berkomunikasi dengan lebih baik (Mansur, 2019). Pada usia pra sekolah sering dikatakan telah masuk masa keemasan (Lestari, Mudhawaroh & Ratnawati, 2020). Masa dimana anak memiliki kemampuan penyerapan informasi yang pesat dan rasa ingin tahu yang sangat tinggi (Jazariyah, 2017). Rasa ingin tahu yang ditunjukkan anak dapat terlihat dari anak sering bertanya, serta mencari tahu berbagai jawaban yang mereka inginkan dengan bereksplorasi (Raharja, Wibhawa & Lukas, 2018).

2. Konsep Tumbuh Kembang

Tumbuh kembang adalah suatu proses berkelanjutan mulai dari konsepsi sampai dengan maturitas yang dipengaruhi faktor lingkungan dan faktor bawaan. Tumbuh kembang balita akan optimal jika lingkungan memberikan dukungan yang positif atau sebaliknya. Dalam proses perkembangan anak terdapat masa-masa kritis. Dimana pada masa tersebut di perlukan suatu stimulasi yang berfungsi agar potensi anak berkembang (Cynthia, Dea & Hari, 2019).

a. Pertumbuhan

Pertumbuhan ialah perubahan yang bersifat kuantitatif (yang dapat diukur) berupa perubahan ukuran pada tubuh dan beberapa bagian seperti

peningkatan jumlah sel, jaringan, struktur, dan sistem. Sebagaimana dapat dicontohkan pertumbuhan fisik seseorang dengan bertambahnya tinggi badan, berat badan, kepadatan tulang, dan struktur gigi dan polanya dapat diprediksikan. Tahap pertumbuhan yang paling cepat terjadi pada usia prenatal, bayi dan usia (Mansur, 2019).

1) Aspek fisik

Tubuh anak pada usia prasekolah akan tumbuh 6,5 cm hingga 7,8 cm per tahun. Tinggi rata – rata pada anak usia 3 tahun adalah 96,2 cm, anak-anak usia 4 tahun adalah 103,7 cm dan rata-rata anak usia 5 tahun adalah 118,5 cm dan berat badan selama periode usia prasekolah sekitar 2,3 kg per tahun. Rata-rata berat badan anak usia 3 tahun ialah 14,5 kg dan akan bertambah menjadi 18,6 kg pada usia 5 tahun. Tulang akan tumbuh sekitar 5 hingga 7,5 cm per tahun (Mansur, 2019).

2) Aspek pematangan sistem organ

Pematangan sistem organ Pada usia prasekolah menurut (Mansur, 2019).

- a) Pernapasan
- b) Jantung
- c) Gigi
- d) Usus
- e) Uretra
- f) Kandung kemih
- g) Tulang dan otot
- h) Sistem otot

b. Perkembangan Anak Prasekolah

1) Perkembangan psikoseksual (Sigmund Fred)

Perkembangan Psikoseksual pada usia prasekolah merupakan tahap falik merupakan tentang perkembangan kepuasan pada anak terletak pada rangsangan autoerobic yaitu dengan meraba-raba, merasakan kenikmatan dari beberapa daerah erogennya dan suka pada lawan jenis (Wulandari & Erawati, 2016).

2) Perkembangan psikososial (Erikson)

Pada tahap ini anak usia Prasekolah memiliki rasa Insisiatf dan dan berlawanan dengan rasa bersalah (*inisiative vs Guilty*) perkembangan inisiatif diperoleh dengan cara mengkaji lingkungan melalui kemampuan indranya. Anak akan memulai rasa inisiatif dalam belajar mencari pengalaman baru secara aktif dalam melakukan aktivitasnya, ketika pada tahap ini anak dilarang atau dicegah oleh orang tua, maka akan tumbuh perasaan bersalah pada diri anak. Persaan bersalah timbul karena anak merasa tidak mampu menunjukkan prestasi sehingga merasa tidak puas atas perkembangan yang telah di capai (Wulandari & Erawati, 2016).

3) Perkembangan kognitif (Piaget)

Pada Masa usia prasekolah adalah periode perkembangan kognitif pada tahap ini perkembangan anak masih bersifat *egosentrik*,

anak mulai mengembangkan sebab akibat dan menginterpretasikan benda atau kejadian, menyiapkan diri untuk memasuki dunia sekolah. Anak sering menggunakan satu istilah untuk beberapa orang yang mempunyai ciri yang sama, misalnya nenek untuk perempuan tua (Wulandari & Erawati, 2016).

4) Perkembangan moral (Kohlberg)

Pada perkembangan ini anak mulai mengenal baik dan buruk, benar atau salah, kedisiplinan dan memiliki sikap dasar moralitas terhadap teman sebayanya (Wulandari & Erawati, 2016).

5) Perkembang motorik halus dan motorik kasar

(Mansur, 2019) Pada tahap ini anak usia prasekolah mengalami perkembangan motorik halus dan motorik kasar, seperti :

- a) Berdiri 1 kaki selama 6 detik
- b) Melompat – lompat satu kaki
- c) Menari
- d) Menggambar tanda silang
- e) Menggambar lingkaran
- f) Menggambar orang dengan tiga bagian tubuh
- g) Mengkancing baju atau pakian pada boneka
- h) Menyebut nama lengkap tanpa di bantu
- i) Senang menyebut kata – kata baru
- j) Senang bertanya tentang sesuatu
- k) Menjawab pertanyaan dengan kata – kata yang benar
- l) Bicara mudah dimengerti

- m) Bisa membandingkan atau membedakan sesuatu dari ukuran dan bentuknya
- n) Menyebut angka, menghitung jari
- o) Menyebut nama – nama hari
- p) Berpakaian sendiri tanpa dibantu
- q) Menggosok gigi tanpa dibantu
- r) Bereaksi tenang dan tidak rewel ketika di panggil ibu.

6) Perkembangan bahasa

Pada tahap ini anak usia prasekolah mengerti kebanyakan kata-kata abstrak, memakai semua pembicaraan termasuk kata sifat, kata keterangan, kata penghubung dan kata depan, menggunakan bahasa sebagai alat pertukaran verbal, dapat memakai kalimat majemuk dan gabungan (Wulandari & Erawati, 2016).

7) Perkembangan spiritual

Perkembangan spritual pada anak usia prasekolah berhubungan erat dengan kondisi psikologis didominasi yaitu super ego. Anak usia prasekolah mulai memahami kebutuhan sosial, norma dan harapan serta berusaha menyesuaikan dengan norma keluarga. Kebutuhan spritual ini harus di perhatikan kaeran anak sudah mulai berfikiran kongkrit. Anak kadang sulit menerima penjelasan mengenai Tuhan yang nyata, bahkan anak merasa kesulitan membedakan Tuhan dan orang tuanya (Sulistiono, et al., 2014).

c. Reaksi anak terhadap Sakit

(Saputro, Heri & Intan, 2019) menjelaskan bahwa reaksi anak dan keluarganya terhadap sakit dan ke rumah sakit baik untuk rawat inap maupun rawat jalan adalah dalam bentuk kecemasan, stres, dan perubahan perilaku. Perilaku anak untuk beradaptasi terhadap sakit dan dirawat di rumah sakit dengan cara :

1) Penolakan (*Advoidance*)

Perilaku dimana anak berusaha menghindari dari situasi yang membuat anak tertekan, anak berusaha menolak treatment yang diberikan seperti : disuntik, tidak mau dipasang infus, menolak minum obat, bersikap tidak kooperatif kepada petugas medis.

2) Mengalihkan Perhatian (*Distraction*)

Anak berusaha mengalihkan perhatian dari pikiran atau sumber yang membuatnya tertekan. Perilaku yang dilakukan anak misalnya meminta cerita saat dirumah sakit, menonton TV saat dipasang infus atau bermain mainan yang disukai.

3) Berupaya Aktif (*Active*)

Anak berusaha mencari jalan keluar dengan melakukan sesuatu secara aktif. Perilaku yang sering dilakukan misalnya menanyakan kondisi kepada tenaga medis atau orang tuanya, bersikap kooperatif pada tenaga medis, minum obat secara teratur dan beristirahat sesuai dengan peraturan yang diberikan.

4) Mencari Dukungan (*Support Seeking*)

Anak mencari dukungan dari orang lain untuk melepaskan tekanan atas penyakit yang dideritanya. Anak biasanya akan meminta dukungan pada orang yang dekat dengannya, misalnya orang tua atau saudaranya. Biasanya anak minta di temani selama di rumah sakit, didampingi saat dilakukan treatment padanya, minta dielus saat merasa kesakitan.

C. Konsep Dasar Hospitalisasi

1. Definisi Hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan suatu keadaan kritis pada anak, saat anak sakit dan dirawat di Rumah Sakit. Keadaan ini dapat terjadi salah satunya disebabkan oleh kecemasan pada anak yang menyebabkan perubahan fisiologis dan psikologis, jika anak tidak mampu beradaptasi terhadap perubahan tersebut. Dampak jangka pendek dari kecemasan dan ketakutan yang tidak segera ditangani akan membuat anak melakukan penolakan terhadap tindakan perawatan dan pengobatan yang diberikan sehingga berpengaruh terhadap lamanya hari rawat, memperberat kondisi anak dan bahkan dapat menyebabkan kematian pada anak (Saputro & Fazrin, 2017).

2. Hospitalisasi Pada Anak Prasekolah

Anak prasekolah memiliki keterampilan verbal dan perkembangan yang lebih baik untuk beradaptasi dengan berbagai situasi, tetapi penyakit hospitalisasi tetap dapat menyebabkan stress dan cemas, anak prasekolah mungkin paham bahwa berada di rumah sakit karena mereka sakit, tetapi mereka tidak memahami penyebab

penyakit mereka, anak prasekolah takut terhadap terhadap prosedur intrusif karena mereka tidak memahami integritas tubuh, pemikiran anak prasekolah yaitu *egosentrik* yaitu mereka percaya bahwa beberapa perbuatan dan pikiran personal menyebabkan mereka menjadi sakit, yang dapat memicu rasa bersalah dan malu. Secara keseluruhan, pemikiran anak prasekolah yang *konkret*, *egosentrik*, dan pemikiran magis (jenis berpikir yang memungkinkan fantasi dan kreativitas) membatasi kemampuan mereka untuk paham sehingga komunikasi dan intervensi harus dilakukan sesuai dengan tingkat pemahaman mereka.

3. Respon anak Usia Prasekolah Ketika Menjalani Hospitalisasi

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 di rawat, stress dengan adanya perubahan akan status kesehatan, lingkungan dan kebiasaan sehari-hari dan keterbatasan mekanisme koping.

Utami & Yuli (2014) Mengatakan anak akan memberikan reaksi saat sakit dan mengalami proses hospitalisasi. Reaksi tersebut dipengaruhi oleh tingkat perkembangan, pengalaman sebelumnya, support system dalam keluarga, ketrampilan koping dan berat ringannya penyakit. Berbagai perasaan merupakan respons emosional seperti:

a. Cemas akibat Perpisahan

Kecemasan yang timbul merupakan respon emosional terhadap penilaian sesuatu yang berbahaya, berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Stres utama dari masa bayi pertengahan sampai usia prasekolah, terutama untuk anak-anak usia prasekolah (3-6 tahun) adalah kecemasan akibat perpisahan yang disebut sebagai depresi anaklitik. Pada kondisi cemas akibat perpisahan anak akan memberikan respon berupa perubahan perilaku. Manifestasi kecemasan yang timbul terbagi menjadi tiga fase yaitu:

- 1) Fase protes (*phase of protest*); anak-anak bereaksi secara agresif dengan menangis dan berteriak memanggil orang tua, menarik perhatian agar orang lain tahu bahwa ia tidak ingin ditinggalkan orang tuanya serta menolak perhatian orang asing atau orang lain dan sulit ditenangkan.
- 2) Fase putus asa (*phase of despair*); dimana tangisan akan berhenti dan muncul depresi yang terlihat adalah anak kurang begitu aktif, tidak tertarik untuk bermain atau terhadap makanan dan menarik diri dari orang lain.
- 3) Fase menolak (*phase of denial*); merupakan fase terakhir yaitu fase pelepasan atau penyangkalan, dimana anak tampak mulai mampu menyesuaikan diri terhadap kehilangan, tertarik pada lingkungan sekitar, bermain dengan orang lain dan tampak membentuk hubungan baru, meskipun perilaku tersebut dilakukan

merupakan hasil dari kepasrahan dan bukan merupakan kesenangan.

b. Kehilangan Kendali

Kurangnya kendali akan mengakibatkan persepsi ancaman dan dapat mempengaruhi ketrampilan coping anak-anak. Kehilangan kendali pada anak sangat beragam dan tergantung usia serta tingkat perkembangannya seperti: Kehilangan kendali pada anak prasekolah; anak usia prasekolah menerima keadaan masuk rumah sakit dengan rasa ketakutan. Jika anak sangat ketakutan, anak dapat menampilkan perilaku agresif, dari menggigit, menendang-nendang, bahkan berlari keluar ruangan. Selain itu ada sebagian anak yang menganggapnya sebagai hukuman sehingga timbul perasaan malu dan bersalah, dipisahkan, merasa tidak aman dan kemandiriannya terhambat (Utami & Yuli, 2014).

Beberapa di antaranya akan menolak masuk rumah sakit dan secara terbuka menangis tidak mau dirawat. Ekspresi verbal yang ditampilkan seperti mengucapkan kata-kata marah, tidak mau bekerja sama dengan perawat, dan ketergantungan pada orang tua. Biasanya anak akan bertanya karena bingung dan tidak mengetahui keadaan di sekelilingnya. Selain itu, anak juga akan menangis, bingung, khususnya bila keluar darah.

4. Dampak Terhadap Hospitalisasi

Hospitalisasi menciptakan serangkaian peristiwa traumatic dan penuh stress, stressor yang dapat dialami

oleh anak dapat menghasilkan berbagai reaksi. Selain efek fisiologis masalah kesehatan, efek psikologis pada anak mencakup ansietas serta ketakutan yang berhubungan dengan keseluruhan proses dan kemungkinan cedera tubuh, bahaya fisik, dan nyeri. Selain itu anak dipisahkan dari rumah, keluarga, dan teman mereka, terjadi kehilangan kontrol dan emosi serta perilaku mereka, hasilnya dapat berupa perasaan marah dan bersalah, bertingkah rewel, menangis perlahan, sering bertanya, menolak makan, tidak kooperatif dengan tenaga kesehatan (Novitasari, 2019).

D. Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Dalam melakukan asuhan keperawatan, pengkajian merupakan dasar utama dan hal yang penting dilakukan baik saat pasien pertama kali masuk rumah sakit maupun selama pasien dirawat di rumah sakit (Widyorini et al, 2017).

a. Identitas pasien

1) Identitas klien meliputi : Nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register dan diagnostik medik.

2) Identitas penanggung jawab meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan serta status hubungan dengan pasien.

b. Keluhan utama

Keluhan yang menonjol pada pasien DBD untuk datang kerumah sakit adalah panas tinggi dan anak lemah.

- c. Riwayat penyakit sekarang
Mengkaji keluhan sedang di alami.
- d. Riwayat penyakit yang pernah diderita
Mengkaji penyakit apa saja yang pernah diderita.
- e. Riwayat kesehatan keluarga
Penyakit keturunan yang mungkin ada pada keluarga.
- f. Riwayat kehamilan

1) Prenatal

Masa prenatal adalah masa awal yang dialami manusia atau perkembangan awal. Masa ini terjadi dalam kandungan, kurang lebih 38-48 minggu, yang merupakan perkiraan rata-rata yang paling sering dialami manusia ketika berkembang di dalam kandungan (Jannah & Mirta, 2018).

2) Natal

Masa natal merupakan masa signifikan yang memiliki dampak pada periode berikutnya. Periode ini terdiri dari dua fase yang berbeda, yaitu periode sebelum kelahiran dan periode setelah kelahiran. Masa Natal dimulai pada 28 minggu dan 28 hari setelah kelahiran bayi (Jannah & Mirta, 2018).

3) Post natal

Post-natal adalah masa sesudah kelahiran atau masa dimana bayi sudah keluar dari dalam

kandungan. Setelah bayi lahir akan mengalami perkembangan.

g. Riwayat imunisasi

Apabila anak mempunyai kekebalan yang baik, maka kemungkinan akan timbulnya komplikasi dapat dihindarkan.

h. Riwayat gizi

Status gizi anak DBD dapat bervariasi. Semua akan dengan status gizi baik maupun buruk dapat beresiko, apabila terdapat faktor predisposisinya.

i. Kondisi lingkungan

Sering terjadi di daerah yang padat penduduknya dan lingkungan yang kurang bersih (seperti air yang menggenang atau gantungan baju dikamar).

j. Pola kebiasaan

1) Nutrisi dan metabolisme : frekuensi, jenis, nafsu makan berkurang dan menurun.

2) Eliminasi (buang air besar) : kadang-kadang anak yang mengalami diare atau konstipasi. sementara DBD pada grade IV sering terjadi hematuria.

3) Tidur dan istirahat : anak sering mengalami kurang tidur karena mengalami sakit atau nyeri otot dan persendian sehingga kuantitas dan kualitas tidur maupun istirahatnya berkurang.

4) Kebersihan : upaya keluarga untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan cenderung kurang terutama untuk membersihkan tempat sarang nyamuk *aedes aegypti*.

5) Perilaku dan tanggapan bila ada keluarga yang sakit serta upaya untuk menjaga kesehatan.

k. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada anak , meliputi pemeriksaan

- 1) Kesadaran : Composmetis, apatis, delirium, somnolen, spoor, semi-coma, coma
- 2) Tanda vital meliputi : Tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi
- 3) Ukuran berat badan dan tinggi badan
- 4) Perkembangan : Bertujuan untuk mengidentifikasi tingkat perkembangan saat ini dan keterampilan yang di capai.
- 5) Pemeriksaan fisik head to toe

Menurut Hestiyana, Rina & Rama (2019) pemeriksaan head to toe sebagai berikut:

a) Kepala

Amati bentuk dan kesimetrisan kepala, kebersihan kepala klien , apakah ada pembesaran kepala klien, apakah ada lesi pada kepala.

b) Wajah

Pada Bagian wajah dilakukan melihat bentuk wajah simetris atau tidak, kemudian menilai adanya pembengkakan daerah pada wajah.

c) Mata

Kaji apakah jarak mata lebar atau kecil, periksa kesimetrisan alis mata terhadap kesimetrisan dan pertumbuhan rambutnyaperiksa warna konjungtiva dan sklera lihat mata cekung atau tidak.

d) Hidung

Lakukan uji indra penciuman dengan menyeluruh, anak menutup mata dan meminta menjawab seperti bau yang benar, periksa ada nya benjolan atau lesi dan kepatenan jalan napas.

e) Telinga

Periksa kesimetrisan telinga, adanya nyeri tekan dan lesi atau tidak, periksa membrane telinga, periksa test ketajaman pendengaran meliputi pemeriksaan rinne, weber, swabach.

f) Mulut

Pemeriksaan mulut diawali dari pemeriksaan bibir seperti sianosis atau tidak, bentuk kesimetrisan bibir, adanya sputum nasal.

g) Leher

Periksa bentuk dan kesimetrisan leher, periksa kekuatan otot leher, periksa reflek menelan.

h) Abdomen

Periksa abdomen simetris atau tidak, periksa warna kulit abdomen, amati turgor kulit, lakukan auskultasi terhadap bising usus serta perkusi pada semua abdomen.

i) Punggung

Periksa kesimetrisan tulang punggung, periksa adanya kelainan pada tulang punggung, periksa adanya lesi atau tidaknya auskultasi paru.

j) Genetalia

Adanya kelainan pada genetalia, periksa benjolan atau kemerahan, periksa adanya keluhan.

- l. Penyebab : Krisis situasional, krisis tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, disfungsi system keluarga kurang terpapar informasi.
- m. Observasi respon terhadap hospitalisasi : Bertujuan untuk mengidentifikasi perilaku koping saat ini.
- n. Riwayat penyakit, hospitalisasi dan perpisahan sebelumnya, pengalaman perpisahan dengan orang tua dengan waktu yang lama, di tinggal orang tua karena bekerja, bertujuan untuk mengidentifikasi pola koping tersebut.
- o. Riwayat pengobatan : Bertujuan untuk mengidentifikasi keseriusan masalah dan pengaruh pada perkembangan kemampuan.
- p. Persepsi tentang penyakit : Bertujuan untuk mengidentifikasi tersedianya dan kesediaan keluarga untuk berpartisipasi dalam perawatan dan pemberian pendukung.
- q. Koping keluarga : Bertujuan untuk menggambarkan kemampuan keluarga apakah perilaku destruktif yang jelas atau terselubung atau juga menunjukkan adaptasi merusak.
- r. Tanda fisik
 - 1) Cemas ringan : Ketegangan otot, bernapas pendek, mudah lelah.
 - 2) Cemas sedang : Sering kaget, merasa bingung, tampak gelisah wajah merah, dan pucat.

- 3) Cemas berat : Frekuensi napas meningkat frekuensi nadi meningkat, muka tampak pucat, suara bergetar.
 - 4) Panik : sering berkemih, kontak mata buruk, sulit menelan.
- s. Pemeriksaan laboratorium
- Pada pemeriksaan darah pasien :
- 1) HB dan PVC.
 - 2) Trombositopenia.
 - 3) Leukopenia (mungkin normal atau leukositosis).
 - 4) IgD dengue positif.
 - 5) Hasil pemeriksaan kimia darah menunjukkan hipoproteinemia, hipokloremia dan hiponatremia.
 - 6) Ureum dan pH darah mungkin meningkat.
 - 7) Asidosis metabolic : pCO₂

2. **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan respon klien yang dinilai secara klinis yang berpengaruh terhadap proses kesehatan yang berlangsung aktual ataupun potensial. Diagnosa keperawatan memiliki tujuan untuk mengidentifikasi respon klien sebagai individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017). Diagnosa yang muncul, salah satunya Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan adanya cemas dan gelisah.

Menurut buku SDKI (2017) mengatakan bahwa Ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan atau perencanaan asuhan keperawatan merupakan tahap dalam asuhan keperawatan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. Intervensi keperawatan adalah fase dalam proses keperawatan yang berfungsi sebagai panduan untuk tindakan keperawatan untuk membantu pasien, memecahkan kesulitan, dan meringankan tindakan dalam memenuhi kebutuhan. Intervensi keperawatan dengan Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

Tabel 9.1 Intervensi Keperawatan Ansietas

D.0080 Ansietas			
Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman			
Kategori : Psikologis			
Subkategori : Integritas Ego			
(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)			
Tujuan dan Kriteria Hasil		Rencana Tindakan	Rasional
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam diharapkan ansietas dapat teratasi dengan kriteriteria hasil :		Terapi	1. Untuk memonitor proses kegiatan berlangsung
Indikator	Awal	Seni	2. Untuk memudahkan proses terapi
	Target	(Mewarnai gambar dengan pasir warna)	3. Untuk memberikan kesempatan waktu lamanya bermain
Perilaku gelisah		Observasi	4. Agar tercipta lingkungan yang nyaman
		1. Monitor keterlibatan selama proses pembuatan karya seni mewarnai gambar dengan pasir warna termasuk perilaku verbal dan non verbal	5. Agar tidak mengganggu jam istirahat pada pasien
Perilaku tegang			6. Untuk mengetahui hasil setelah dilakukan terapi bermain
Keterangan :		Terapeutik	
1 : Meningkatkan			
2 : Cukup meningkat			

- 3 : Sedang
 4 : Cukup menurun
 5 : Menurun

Indikator	Awal	Target
Kontak mata		
Pola tidur		

Keterangan :

- 1 : Memburuk
 2 : Cukup memburuk
 3 : Sedang
 4 : Cukup membaik
 5 : Membaik

2. Sediakan alat perlengkapan seni sesuai tingkat perkembangan dan tujuan terapi (pasir warna dan buku gambar)
3. Melakukan penerapan terapi bermain mewarnai gambar selama 15-30 menit.
4. Sediakan lingkungan tenang.
5. Batasi waktu penyelesaian.
6. Catat interpretasi pasien terhadap gambarnya.
7. Salin / dokumentasikan karya seni untuk arsip, sesuai kebutuhan
8. Diskusikan kemajuan sesuai tingkat perkembangan.
7. Agar memiliki dokumentasi tentang perkembangan pasien setelah di terapi
8. Untuk mengetahui sejauh mana perkembangan yang dialami pasien setelah dilakukan terapi bermain tersebut.

Sumber : Tim pokja SLKI DPP PPNI (2018).

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan atau implementasi keperawatan merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari status kesehatan yang di hadapi ke status kesehatan yang lebih baik. Kriteria hasil yang diharapkan, yaitu manajemen dan perwujudan tindakan keperawatan yang telah direncanakan dalam intervensi keperawatan, disebut sebagai implementasi keperawatan. Keperawatan harus dilaksanakan dengan fokus pada kebutuhan pasien (Sari, 2019).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan penilaian keperawatan, tahap ini merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan untuk melihat hasil akhir dari tindakan keperawatan yang diambil. Evaluasi melihat hasil dari kegiatan yang diambil dievaluasi untuk melihat apakah mereka memenuhi kriteria untuk hasil dan tujuan, dan jika mereka melakukannya hasilnya digunakan untuk memutuskan opsi terbaik dalam tindakan (Sari, 2019).

DAFTAR PUSTAKA

Afriani. (2021). Faktor Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecemasan Anak usia Prasekolah Yang Mendapatkan tindakan invasif Di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Ibnu Sutowo Baturaja.

Cynthia A.R., Dea A.A., Hari P.J. (2019). Jurnal Kedokteran Diponegoro. JKD : Vol. 8, No. 1, Januari : 99 - 120. : <http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/medico>

[Debily , B., & Elisa, M. \(2018\). Terapi Bermain Mewarnai Gambar Terhadap Tingkat Kecemasan Anak Usia Prasekolah Akibat Hospitalisasi Di Ruang Anak Di Rumah Sakit Advent Bandar Lampung , 4.](#)

Dinkes Kota Bandung. (2020). Profil Dinas Kesehatan Kota Bandung 2020. Jawa Barat: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.

Dwi , A., & Nedra , W. (2021). Jurnal Akademia Baiturrahim Jambi. Pengaruh Terapi Bermain Mewarnai Gambar Terhadap Kecemasan Hospitalisasi Pada Anak Prasekolah, 1, 102.

Dyna Apriany, Subki Nursa'aban, Ibrahim Bola (2020). Pengaruh Bermain

Mewarnai Lukisan Pasir Terhadap Tingkat Kecemasan Anak Usia Prasekolah Yang Mengalami Hospitalisasi Di Ruang C6 RSUD Cibabat Cimahi. Jurnal Kesehatan Kartika. Vol 15, No 3 | Desember 2020. JKK, ISSN: 1907-3879 - e-ISSN: 2477-054X.

Firani, N. K. (2018). Mengenali sel-sel darah dan kelainan darah (U. Press (ed.); 1st ed.). UB Press. <https://books.google.co.id/books?id=jMAIDwAAQBAJ&printsec=frontcover&d=seldarahmerah&hl=id&sa=X&ved2ahUKEwinSri12AhVo73MBHQaRBreQ6wF6BAgLEAU#v=onepage&q=seldarahmerah&f=false>.

Hadi Handoko (2019). Undang - Undang No.35 Tahun 2014 Perubahan Atas UU No.23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan anak.hlm.1. <https://ejurnal.stihzainulhasan.ac.id/index.php/gem/a/article/view/57>.

Harini. (2016). Jurnal Ilmiah Psikologi. Terapi Warna Untuk Mengurangi Kecemasan.

Hestiyana, Rina, & Rama. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Pasien An Di Ruang Mawar Rsud Dr. Harjono Ponogoro.

Indriyani, D. P. R., & Gustawan, I. W. (2020). Manifestasi Klinis dan Penanganan Demam Berdarah Dengue Grade 1: Sebuah Tinjauan Pustaka. Intisari Sains

Medis, 11(3), 694. <https://doi.org>

Jannah, W., & Mirta, L. (2018). Periodesasi Perkembangan Masa Prenatal Dan Post Natal. *Periodesasi Perkembangan Masa Prenatal Dan Post Natal*, 1 7.

Jazariyah. (2017). Signifikansi Brain Based Learning Pendidikan Anak Usia Dini. *Nadwa: Jurnal Pendidikan Islam*, 11(1), 01-24. <https://doi.org/10.21580/nw.2017.11.1.982>.

Jing & Ming. 2019. "Dengue Epidemiology." *Global Health Journal* 3(2): 37-45. <https://doi.org/10.1016/j.glohj.2019.06.002>.

Kemendes RI. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta : Kemendes RI.

Kemendes RI. (2017). *Pedoman Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. Jakarta: Katalog dalam terbitan.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan RI.

Lestari, R. H., Mudhawaroh, M., & Ratnawati, M. (2020). *Intelligence Optimization in the Golden Age by*

Stimulating the Right-Brain in Mojokrapak Village, Tembelang District, Jombang Regency. *Nucleus*, 1(2), 58-61.

<https://doi.org/10.37010/nuc.v1i2.166>

Madyastuti, L. (2017). Bahan Ajar Keperawatan Dasar Anak, 1-99. muflih. (2017).

pelatihan kader pemeriksaan fisik: Tanda-tanda vital di dusun demangan dan karangsari, wedomartani, sleman, yogyakarta Medika Respatt

Jurnal Ilmiah Kesehatan.

<https://doi.org/https://doi.org/10.35842/mr.v010.67>

Mansur, A. R. (2019). Tumbuh Kembang Anak Usia Prasekolah. Andalas University Pres (Vol. 1). Retrieved from

<http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/33035/1/IstiqomahAprilazFKIK.pdf>.

Marni. (2016). Asuhan Keperawatan Anak pada Penyakit Tropis (R. Astikawati (ed.); Cetakan 1). Erlangga.

Novitasari. (2019). Gambaran Peran Orang Tua Pada Anak Pra Sekolah Dengan Hospitalisasi Di Bangsal Cempaka RSUD Wates.

Permatasari, B. (2021). Kejadian Demam Berdarah Dengue (dbd) : sebuah tinjauan sistematis.

Raharja, S., Wibhawa, M. R., & Lukas, S. (2018). Mengukur Rasa Ingin Tahu Siswa [Measuring Students 'Curiosity]. *A Journal of Language, Literature, Culture and Education POLYGLOT*, 14(2), 151-164.

Saputro H. dan Fazrin I. (2017). Anak Sakit Wajib Bermain di Rumah Sakit: Penerapan Terapi Bermain Anak Sakit Proses, Manfaat dan Pelaksanaannya. Ponorogo: Forum Ilmiah Kesehatan. (FORIKES).

Sari, K. (2019). Pedoman Dalam Melaksanakan Implementasi Keperawatan. *Keperawatan*, 7.

Sulistiono, I., Ariwibowo, K., Mufid, A., & Immamudin. (2014). *Perkembangan Spiritual Anak Usia SD/MI*. Yogyakarta: UIN Sunan Kalijaga.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Edisi 1 Cetakan ke-3. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat.

Tim Pokja SIKI PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan.. Edisi 1 Cetakan ke-2. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat.

Tim Pokja SLKI PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Edisi 1 Cetakan ke-2. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat.

Vinet, L., & Zhedanov, A. (2020). Kti Asuhan Keperawatan Pada Klien Anak Dengan Dengue Hemorrhagic Fever (Dhf) Yang Di Rawat Di Rumah Sakit. *Journal of Physics A: Mathematical and Theoretical*, 44(8), 1-9.

Wang, W. H., Urbina, A. N., Chang, M. R., Assavalapsakul, W., Lu, P. L., Chen, Y. H., & Wang, S. F. (2020). Dengue Hemorrhagic Fever - A Systemic Literature Review of Current Perspectives on Pathogenesis, Prevention and Control. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.03.007>.

Widyorini et al. (2017). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : EGC.

Wijaya, Alfeus, & Kili, A. (2019). *Jurnal Penelitian Keperawatan. Strategi Penerapan Terapi Bermain Mewarnai Terhadap Stress Hospitalisasi pada anak prasekolah*.

Wulandari, D. S., & Erawati, M. S. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

World Health Organization. (2012). Global Strategy for Dengue Prevention and Control 2012-2020. Geneva: World Health Organization Press.

BAB X ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GANGGUAN PERSARAFAN

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

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar diharapkan anda mampu:

1. Menjelaskan fisiologi sistem persarafan
2. Memahami gangguan persarafan pada anak
3. Mengidentifikasi pemeriksaan diagnostik gangguan persarafan pada anak
4. Memahami asuhan keperawatan gangguan persarafan pada anak

B. Materi

1. Fisiologi Sistem Persarafan

Sistem persarafan adalah sistem pengendali dan koordinasi tubuh dalam melakukan aktivitas (Kirnantoro & Maryam, 2019). Sistem ini akan berfungsi terhadap rangsangan dari luar tubuh lalu tubuh akan bereaksi sesuai rangsangan yang ada melalui hantaran impuls saraf ke susunan saraf pusat. Rangsangan tersebut adalah stimulus dan reaksi tersebut adalah respon. Tiga komponen sistem saraf untuk menanggapi rangsangan yaitu reseptor penerima impuls, penghantar impuls, efektor yang menanggapi rangsangan.

Sistem saraf terdiri dari susunan saraf sentral dan perifer.
Sistem saraf sentral terdiri dari:

a. Otak

- 1) Otak besar, pusat proses pikiran alam sadar, intelektual, memori, kontraksi otot rangka, pengendalian kontralateral. Otak besar terdiri dari empat lobus:
 - ✓ Lobus frontalis, mengatur gerakan motorik, pneumotorik, area broca ekspresi bicara (pikiran, rencana, perilaku), sistem ekstrapiramidalis
 - ✓ Lobus parietalis, mengatur sensasi raba, visual dan pendengaran
 - ✓ Lobus oksipitalis, pusat penglihatan
 - ✓ Lobus temporalis, mengatur pendengaran, penciuman, pengecap, area wernicke (bahasa, bau, memori)
- 2) Otak kecil, pusat keseimbangan, gerak sadar dan tidak sadar, pengaturan otot dan postur tubuh.

b. Batang otak terdiri dari:

- 1) Midbrain (mesensefalon), disebut dengan otak tengah, sebagai pusat audio visual, respon motorik, kesadaran, jaras ekstrapiramidal
- 2) Pons (metensefalon), sebagai pusat motorik viseral alam bawah sadar, bawah pons pengaturan pernapasan.
- 3) Medula oblongata (mielensefalon), sebagai pusat pengaturan kardiovaskuler, pernapasan, pencernaan, muntah.

c. Diensefalon, menghubungkan otak besar ke batang otak, terdiri dari:

- 1) Talamus, mengatur informasi sensorik

- 2) Hipotalamus, mengatur kontrol emosi, produksi hormon, regulasi denyut jantung & tekanan darah, regulasi suhu tubuh, kontrol refleks.
- d. Sumsum tulang belakang (medulla spinalis), korda jaringan saraf yang terbungkus dengan kolumna vertebra memanjang dari batang otak sampai area vertebra lumbal, fungsinya yaitu mengendalikan aktivitas refleks dan transmisi impuls ke dan dari otak melalui traktus asenden dan desenden.

Lapisan Otak terdiri dari:

- a. Dura mater, lapisan paling luar menutup otak dan medula spinalis. Sifatnya: tebal & tidak elastis. Berwarna abu-abu.
- b. Arakhnoid, lapisan tengah bersifat tipis & lembut menyerupai sarang laba-laba. Berwarna putih (tidak dialiri darah). Pada dinding ada pleksus koroid sebagai penghasil cairan serebrospinal (CSS). Membran berbentuk jari disebut vili arakhnoid (absorpsi CSS).
- c. Pia mater, membran paling dalam, dinding tipis, transparan, menutupi seluruh otak. Antara arakhnoid & pia mater disebut ruang sub arakhnoid yang terdapat arteri, vena dan CSS.

CSS diproduksi di pleksus choroideus ventrikel serebri (utamanya ventrikel lateralis). Pleksus choroideus beratnya 2 gram. Produksi total CSS normal 21 ml/ 24 jam (504 ml/ hari). Siklus produksi 4x dalam 24 jam. CSS diabsorpsi melalui vili-vili arachnoid. Kandungan CSS menurut Irani (2009) yaitu:

- ✓ 98% mengandung air
- ✓ Warna jernih atau bening
- ✓ 15-45 mg/ dl mengandung protein
- ✓ 50-75 mg/ dl mengandung glukosa
- ✓ Elektrolit, enzim, faktor anti bakteri, sel darah putih

Sistem saraf perifer terdiri dari:

- a. Saraf somatik, saraf yang mengumpulkan informasi sensoris dari tubuh.
- b. Saraf otonom, saraf tubuh yang meliputi kelenjar, pembuluh darah, paru, lambung, usus, dan ginjal. Saraf otonom mengatur kerja jaringan dan organ baik volunteer maupun involunter. Saraf otonom terdiri dari:
 - 1) Saraf Simpatis, 25 pasang ganglion/ simpul saraf di sumsum tulang belakang. Fungsi saraf simpatis yaitu:
 - ✓ Mempercepat denyut jantung
 - ✓ Memperlebar pembuluh darah
 - ✓ Memperlebar bronkus
 - ✓ Meningkatkan tekanan darah
 - ✓ Memperlambat gerak peristaltis
 - ✓ Memperlebar pupil
 - ✓ Menghambat sekresi empedu
 - ✓ Menurunkan sekresi ludah
 - ✓ Meningkatkan sekresi adrenalin
 - 2) Saraf Parasimpatis, saraf yang berhubungan dengan ganglion yang tersebar di seluruh tubuh. Saraf ini dikendalikan oleh saraf simpatis, sehingga bekerja pada efektor yang sama, misalnya saraf simpatis mempercepat denyut jantung, sedangkan parasimpatis memperlambat denyut jantung.

2. Materi Gangguan Persarafan pada Anak

Gangguan persarafan yang dapat terjadi pada anak yaitu kejang demam, meningitis, cedera kepala, epilepsi, dan cerebral palsy.

a. Kejang Demam

Kejang yang terjadi pada saat suhu meningkat yaitu suhu rektal $> 38^{\circ}\text{C}$ (Maghfira & Namira, 2022). Penyebabnya yaitu di ekstrakranial (infeksi diluar susunan saraf pusat) misalnya: infeksi saluran pernapasan akut (70%), tonsillitis, otitis media akut, bronkitis, gangguan elektrolit (hiponatremi, hipokalemi), keracunan timbal, glomerulonephritis akut.

Kriteria kejang demam yaitu:

- ✓ Umur anak ketika kejang antara 6 bulan dan 4 tahun.
- ✓ Kejang berlangsung hanya sebentar saja, tidak lebih dari 15 menit.
- ✓ Kejang bersifat umum
- ✓ Kejang timbul dalam 16 jam pertama setelah timbulnya demam.
- ✓ Pemeriksaan saraf sebelum dan sesudah kejang normal.
- ✓ Pemeriksaan EEG yang dilakukan sedikitnya 1 minggu sesudah suhu normal dan tidak menunjukkan kelainan.
- ✓ Frekuensi bangkitan kejang dalam 1 tahun tidak melebihi 4x.

Patofisiologi kejang demam yaitu ketika anak demam terjadi perubahan keseimbangan membran sel neuron kemudian terjadi difusi ion natrium dan kalium lalu terjadi lepasnya muatan listrik lalu dihantarkan ke sel neuron yang lain secara cepat oleh neurotransmitter lalu timbul kejang.

b. Meningitis

Meningitis adalah suatu peradangan araknoid dan piamater dari otak dan medulla spinalis. Bakteri dan virus merupakan penyebab yang paling umum dari meningitis, meskipun jamur dapat juga menyebabkan meningitis bakteri paling sering terjadi.

Otak dan medulla spinalis dilindungi oleh tiga lapis meninges: duramater, araknoid dan piameter. CSS diproduksi di dalam flksus koroid ventrikel yang mengalir melalui ruang subaraknoid di dalam sistem ventrikel dan sekitar otak dan medulla spinalis. CSS diabsorpsi melalui araknoid pada lapisan araknoid dari meninges. Organisme penyebab meningitis masuk melalui sel darah merah pada *blood brain barrier*. Cara masuknya dapat terjadi akibat trauma penetrasi, prosedur pembedahan atau pecahnya abses serebral. Meningitis juga dapat terjadi apabila adanya hubungan antara cairan serebrospinal dan dunia luar.

Masuknya mikroorganisme menuju ke sasaran saraf pusat melalui ruang subarakhnoid dapat menimbulkan respon peradangan pada pia, araknoid, CSS dan ventrikel. Eksudat yang dihasilkan dapat menyebar malalui saraf kranial dan spinal sehingga menimbulkan masalah neurologi. Eksudat dapat menyumbat aliran normal cairan serebrospinal dan menimbulkan hidrosefalus.

Manifestasi klinis atau gejala yang dapat terjadi yaitu sakit kepala, demam, perubahan tingkat kesadaran: disorientasi dan gangguan memori, rigiditas nukal (kaku leher), tanda kernig & brudzinski (+), fotofobia/ fotosensitif, kejang, ruam/ lesi kulit, syok sepsis, gangguan koagulasi, bahkan kematian.

c. Cedera Kepala

Cedera kepala yaitu gangguan fungsi normal otak karena trauma baik trauma tumpul atau trauma tajam yang meliputi

trauma kulit kepala, tengkorak, dan otak. Mekanisme trauma kepala yaitu:

- ✓ Akselerasi: kepala yang diam ditabrak oleh benda yang bergerak. Contoh: tertimpa batu.
- ✓ Deselerasi: kepala yang bergerak menabrak benda yang diam. Contoh: kepala menabrak stir mobil.
- ✓ Deformasi: trauma dari kerusakan jaringan otak akibat fraktur tulang tengkorak

Manifestasi klinis cedera kepala

- a. Concussion (gegar otak) disebut cedera kepala ringan. Cedera terjadi disfungsi neurologis sementara dan dapat pulih kembali. Anak dapat hilang kesadaran sementara selama 5 menit (amnesia retrograde) dan tanpa kerusakan tulang tengkorak dan otak secara permanen. Gejalanya yaitu nyeri kepala, pusing, muntah, dan disorientasi sementara.
- b. Contusio (memar otak) disebut cedera kepala berat dan ada perdarahan serta kerusakan anatomi dan lesi saraf. Gejala khas yaitu kehilangan gerakan, nadi lemah, pernapasan dangkal, kulit dingin dan pucat, stupor. Gejala lain yaitu gangguan kesadaran lebih lama, gerakan mata abnormal, refleks patologis positif, gejala peningkatan tekanan intra kranial, lumpuh, dan konvulsi.
- c. Fraktur basis kranial (fraktur dasar tengkorak). Fraktur yang melintasi sinus paranasal (frontal) atau telinga (temporal). Gejala yang muncul yaitu hemoragi hidung, faring, telinga, bawah konjungtiva, ekimosis mastoid (tanda Battle), otorea serebrospinal (telinga), rinorea serebrospinal (hidung), tanda

halo (kombinasi cairan darah bercampur dengan cairan kekuningan di linen/ kassa balutan).

d. Epilepsi

Epilepsi adalah gangguan fungsi otak dengan berbagai etiologi dan dengan gejala tunggal yang khas, yaitu kejang berulang akibat lepasnya muatan listrik neuron otak secara berlebihan dan paroksismal (Rachmah & Aliyah, 2021). Epilepsi merupakan akibat dari gangguan otak kronis dengan serangan kejang spontan yang berulang.

Gejala epilepsi yaitu kejang parsial dan umum. Kejang parsial atau fokal yaitu otak yang mengalami gangguan hanya sebagian saja. Kejang parsial terdiri dari:

- 1) Kejang parsial simpel, yaitu kejang yang tidak disertai kehilangan kesadaran. Gejalanya yaitu anggota tubuh yang menyentak atau timbul sensasi kesemutan, pusing, dan kilatan cahaya. Bagian tubuh yang mengalami kejang tergantung pada bagian otak mana yang mengalami gangguan. Contohnya jika epilepsi mengganggu fungsi otak yang mengatur gerakan tangan atau kaki, maka kedua anggota tubuh itu saja yang akan mengalami kejang. Kejang parsial juga dapat menimbulkan perubahan secara emosi, seperti merasa gembira atau takut secara tiba-tiba.
- 2) Kejang parsial kompleks. Kejang ini dapat memengaruhi kesadaran dan membuat terlihat seperti bingung atau setengah sadar selama beberapa saat. Inilah yang dinamakan dengan kejang parsial kompleks. Gejala lainnya adalah pandangan kosong, menelan, mengunyah, atau menggosok-gosokkan tangan.

Kejang umum menyeluruh dan terjadi pada seluruh tubuh dan disebabkan oleh gangguan yang berdampak kepada seluruh bagian otak. Gejala-gejala yang muncul pada kejang umum antara lain:

- 1) Mata yang terbuka saat kejang.
- 2) Kejang tonik, yaitu tubuh yang menjadi kaku selama beberapa detik, diikuti dengan gerakan-gerakan ritmis pada lengan dan kaki atau tidak sama sekali, otot-otot pada tubuh terutama lengan, kaki, dan punggung tersentak.
- 3) Kejang atonik, yaitu otot tubuh tiba-tiba menjadi rileks dan anak bisa jatuh tanpa kendali.
- 4) Kejang klonik, yaitu gerakan menyentak ritmis yang biasanya menyerang otot leher, wajah dan lengan.
- 5) Mengeluarkan suara-suara atau berteriak saat mengalami kejang.
- 6) Anak bisa mengompol.
- 7) Kesulitan bernapas untuk beberapa saat, sehingga badan terlihat pucat atau bahkan membiru.
- 8) Dalam beberapa kasus, anak dapat benar-benar tidak sadarkan diri. Setelah sadar, anak terlihat bingung selama beberapa menit atau jam.

e.Cerebral Palcy (CP)

Penyakit ini merupakan kelainan gerakan dan postur tubuh karena kerusakan sel-sel motorik susunan saraf pusat yang sedang tumbuh atau belum selesai pertumbuhannya. Faktor penyebab CP terdiri dari faktor prenatal, kelahiran dan setelah kelahiran (Sulistiyawati & Mansur, 2019). Faktor penyebab dengan faktor prenatal penyebab kejadian CP 60% dengan kehamilan patologis berupa kehamilan dengan penyakit TORCH, tumor otak, preeklamsia, dan infeksi lain. Faktor penyebab

dengan faktor kelahiran 20% anak lahir secara SC, 5% dengan persalinan sungsang, dan 75% dengan persalinan spontan pervaginam, 20% lahir prematur, dan 80% lahir cukup bulan, berat badan lahir bayi 20% BBLR, 5% dengan cacat bawaan, dan 75% dengan berat badan lahir normal. Faktor penyebab setelah kelahiran 40% anak terinfeksi TORCH, 35% anak dengan penyakit hidrocephalus, dan 5% dengan tumor otak. Tanda gejala anak CP adalah keterlambatan dalam perkembangan seperti tengkurap duduk dan berjalan yang tidak sesuai tahapan perkembangan.

3. Materi Pemeriksaan Diagnostik Gangguan Persarafan pada Anak

Pemeriksaan diagnostik gangguan persarafan pada anak dapat dilakukan dengan pemeriksaan *compute tomography scan* (CT scan), *magnetic resonance imaging* (MRI), lumbal pungsi, dan elektroensefalografi (EEG).

a. CT Scan

Scan menghasilkan sinar X pendek yang memindai kepala dalam lapisan yang berurutan dan dapat dilakukan dengan kontras iodin atau tanpa kontras. Memberikan gambaran rinci melintang otak, struktur tulang, jaringan padat, korteks, ventrikel serebral. Hasil abnormal yaitu lesi serebral, hematoma, tumor, kista, abses, infark, edema, atropi, hidrocephalus. Prosedur pemeriksaan medis dengan menggunakan kombinasi teknologi Rontgen atau sinar-X dan sistem komputer khusus untuk melihat kondisi dalam tubuh dari berbagai sudut dan potongan.

Efek samping yaitu radiasi yang diproduksi CT scan umumnya tidak menimbulkan komplikasi. Efek radiasi CT scan

risiko terjadi kanker. Namun, kemungkinan ini sangat kecil bila dilakukan sesuai dengan indikasinya, dan pengambilan gambarnya sudah diatur agar pasien tidak terpapar radiasi dalam jumlah yang banyak. Indikasi pemeriksaan kepala yaitu untuk melihat tumor dan infeksi, atau perdarahan dan keretakan tulang tengkorak setelah cedera kepala. Indikasi pemeriksaan tulang belakang yaitu untuk melihat struktur dan celah tulang belakang, serta melihat keadaan saraf tulang belakang.

b. *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*

Pemeriksaan menggunakan medan magnetik untuk mendapatkan gambaran tubuh.

MRI sensitif untuk melihat perubahan kimia dalam sel, respon tumor terhadap pengobatan, edema, infark, dan mengidentifikasi struktur tulang, cairan, dan jaringan lunak. MRI dapat tanpa kontras atau menggunakan kontras. MRI yaitu suatu teknik penggambaran penampang tubuh berdasarkan prinsip resonansi magnetik inti atom hydrogen. Teknik penggambaran MRI relatif kompleks karena gambaran yang dihasilkan tergantung pada banyak parameter.

MRI memiliki kemampuan membuat gambaran potongan coronal, sagital, aksial dan oblik tanpa banyak memanipulasi tubuh pasien, bila pemilihan parameternya tepat, kualitas gambar detail tubuh manusia akan tampak jelas, sehingga anatomi dan patologi jaringan tubuh dapat dievaluasi secara teliti.

Indikasi pemeriksaan kepala untuk melihat kelainan pada kelenjar pituitary, lubang telinga dalam, rongga mata, sinus. Pemeriksaan otak untuk mendeteksi: stroke / infark, gambaran fungsi otak, pendarahan, infeksi, tumor, kelainan bawaan,

kelainan pembuluh darah seperti aneurisma, angioma, proses degenerasi, atrofi. Pemeriksaan tulang belakang untuk melihat proses degenerasi, tumor, infeksi, trauma, kelainan bawaan. Pemeriksaan muskuloskeletal untuk mendeteksi robekan tulang rawan, tendon, ligamen, tumor, infeksi/abses. Efek sampingnya yaitu waktu pemeriksaan yang lama, pemeriksaan MRI untuk bayi, anak, kondisi penyakit berat (gelisah), claustrophobia (ketakutan yang berlebihan terhadap ruang sempit atau tertutup) perlu pemberian sedasi atau bahkan general anestesi.

c. Lumbal Pungsi

Tindakan untuk pengeluaran cairan serebrospinal dengan memasukkan jarum ke dalam ruang subarachnoid pada lumbal antara L3 – L4 atau L4 –L5 dan dilakukan untuk pemeriksaan CSS, mengukur dan mengurangi tekanan CSS, menentukan ada tidaknya darah pada cairan serebrospinal, untuk mendeteksi adanya blok subarachnoid spinal, dan untuk memberikan antibiotik intrathekal ke dalam kanalis spinal terutama kasus infeksi (Doherty & Forbes, 2014).

Tindakan pasca lumbal pungsi yaitu anjurkan anak mempertahankan posisi tidur flat selama 6-8 jam setelah tindakan dan peningkatan pemberian intake cairan setelah prosedur. Indikasi tindakan yaitu meningitis, radang otak, tumor pada otak dan sumsum tulang belakang, perdarahan subarachnoid, multiple sclerosis. Efek samping tindakan yaitu *respiratory distress (positioning)*, terjadi herniasi, selulitis area penusukan, dan gangguan perdarahan (Sawaya & Sawaya, 2018).

d. Elektroensefalografi (EEG)

EEG untuk merekam aktivitas listrik di otak dengan meletakkan elektroda pada kulit kepala. Tepat untuk mendiagnosis epilepsi, scanning koma, salah satu indikator kematian otak, adanya tumor, lesi, perdarahan, infeksi, akan mengganggu aktivitas listrik di otak. Pemeriksaan yang sangat aman untuk dilakukan karena tidak menimbulkan rasa nyeri dan tidak melibatkan aliran listrik apapun yang dimasukan ke dalam otak. Efek samping pemeriksaan EEG yaitu gejala ringan seperti kesemutan di bibir, pusing, atau warna kemerahan pada bagian yang ditemplei oleh alat dan akan menghilang dengan sendirinya, dan dapat terjadi risiko kejang (kasus yang jarang terjadi).

4. Materi asuhan keperawatan gangguan persarafan pada anak

a. Pengkajian Keperawatan

Data subjektif meliputi riwayat penyakit anak saat ini sesuai dengan gejala tiap gangguan penyakit, riwayat kesehatan keluarga, riwayat penggunaan obat, riwayat imunisasi, riwayat kehamilan dan persalinan, riwayat pemberian makan, riwayat tumbuh kembang anak, riwayat penyakit infeksi, riwayat penyakit keganasan seperti kanker.

Data objektif meliputi pemeriksaan fisik sesuai dengan gejala penyakit, kesadaran, status neurologi, pemeriksaan saraf kranial, pemeriksaan sensorik dan motorik, pemeriksaan antropometri (berat badan, tinggi badan/ panjang badan, lingk kepala, lingk lengan atas), penilaian status gizi.

b. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada gangguan persarafan anak antara lain:

- 1) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)

- 2) Risiko cedera berhubungan dengan kejang
- 3) Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan cedera kepala
- 4) Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan penyakit kronis (cerebral palsy)

c. Perencanaan dan Pelaksanaan Keperawatan

Perencanaan dan pelaksanaan keperawatan menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019), Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018 akan dibahas untuk tiap diagnosis keperawatan.

- 1) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam termoregulasi membaik.

Kriteria hasil:

- a) Tanda-tanda vital dalam batas normal
- b) Tidak ada menggigil
- c) Tidak ada kejang
- d) Warna kulit normal kemerahan
- e) Tidak ada pucat
- f) Pengisian waktu kapiler < 3 detik
- g) Kadar glukosa darah normal
- h) Tidak ada sesak napas

Intervensi:

Manajemen Hipertermia dan Cairan

- a) Identifikasi penyebab hipertermia
- b) Monitor status hidrasi (frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah).

- c) Monitor berat badan
- d) Monitor hasil laboratorium (hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urin, BUN)
- e) Catat intake output cairan dan hitung balance cairan 24 jam
- f) Monitor suhu tubuh
- g) Monitor kadar elektrolit
- h) Monitor produksi urin
- i) Monitor komplikasi akibat hipertermia
- j) Sediakan lingkungan yang dingin
- k) Longgarkan/ lepaskan pakaian
- l) Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan
- m) Anjurkan tirah baring
- n) Hindari pemberian aspirin pada anak karena dapat memicu sindrom Reye yang bisa menyebabkan pembengkakan pada organ hati dan otak.
- o) Berikan oksigen bila perlu
- p) Berikan cairan dan elektrolit intravena jika perlu
- q) Berikan antipiretik jika perlu

2) Risiko cedera berhubungan dengan kejang

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam tingkat cedera menurun.

Kriteria hasil:

- a) Toleransi aktivitas meningkat
- b) Ketegangan otot menurun
- c) Tidak ada fraktur
- d) Tidak ada perdarahan
- e) Tidak ada ekspresi wajah kesakitan
- f) Tidak ada gangguan mobilitas
- g) Tidak ada gangguan kognitif

- h) Tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas normal
- i) Pola istirahat/ tidur normal

Intervensi:

Pencegahan dan Manajemen Kejang

- a) Monitor status neurologis
- b) Monitor tanda-tanda vital
- c) Baringkan anak agar tidak terjatuh
- d) Rendahkan ketinggian tempat tidur
- e) Pasang side-rail tempat tidur
- f) Berikan alas empuk di bawah kepala jika memungkinkan
- g) Jauhkan benda-benda berbahaya terutama benda tajam
- h) Sediakan *suction* di samping tempat tidur
- i) Ajarkan keluarga memberikan pertolongan pertama pada kejang
- j) Anjurkan keluarga menghindari memasukkan apapun ke dalam mulut anak saat kejang
- k) Anjurkan keluarga tidak menahan anak saat kejang
- l) Monitor terjadinya kejang berulang
- m) Monitor karakteristik kejang
- n) Pertahankan kepatenan jalan napas
- o) Longgarkan pakaian terutama bagian leher
- p) Catat durasi kejang
- q) Dampingi anak selama periode kejang
- r) Reorientasikan anak setelah kejang
- s) Dokumentasikan periode terjadinya kejang
- t) Pasang akses intravena jika perlu
- u) Berikan oksigen jika perlu
- v) Kolaborasi pemberian antikonvulsan jika perlu

- 3) Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan cedera kepala

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam perfusi serebral meningkat.

Kriteria hasil:

- a) Tingkat kesadaran membaik
- b) Tidak ada gangguan kognitif
- c) Tidak ada sakit kepala
- d) Tidak ada gelisah
- e) Tidak ada demam
- f) Tekanan darah normal
- g) Tidak ada gangguan refleks

Intervensi:

Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)

- a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (lesi, gangguan metabolisme, edema serebral, dll)
- b) Monitor tanda/ gejala peningkatan TIK (tekanan darah meningkat, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
- c) Monitor TIK jika tersedia alatnya
- d) Monitor MAP (*Mean Arterial Pressure*)
- e) Monitor CVP (*Central Venous Pressure*) jika perlu
- f) Monitor status pernapasan
- g) Monitor intake dan output cairan
- h) Monitor analisis cairan serebrospinal (CSS)
- i) Minimalkan stimulus dengan memberikan lingkungan yang tenang
- j) Berikan posisi semi fowler
- k) Hindari valsava maneuver
- l) Cegah terjadinya kejang

- m) Hindari penggunaan PEEP (*Positive End Expiratory Pressure*)
 - n) Hindari pemberian cairan hipotonik
 - o) Atur ventilator agar PaCO₂ optimal
 - p) Pertahankan suhu tubuh normal
 - q) Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan jika perlu
 - r) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis jika perlu
 - s) Kolaborasi pemberian pelunak feses jika perlu
- 4) Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan penyakit kronis (cerebral palsy)

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam status pertumbuhan dan perkembangan membaik.

Kriteria hasil:

- a) Berat badan sesuai umur
- b) Panjang badan/ tinggi badan sesuai umur
- c) Lingkar kepala normal
- d) Indeks massa tubuh normal
- e) Asupan nutrisi baik
- f) Perkembangan anak sesuai umur
- g) Mampu melakukan perawatan diri
- h) Respon sosial baik
- i) Pola tidur baik

Intervensi:

Manajemen Nutrisi

- a) Identifikasi status nutrisi
- b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

- c) Identifikasi makanan yang disukai anak
- d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient
- e) Identifikasi perlunya penggunaan *nasogastric tube* (NGT)
- f) Monitor asupan makanan
- g) Monitor berat badan
- h) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
- i) Lakukan *oral hygiene* jika perlu
- j) Sajikan makanan menarik dan suhu yang sesuai
- k) Berikan makanan tinggi kalori dan protein
- l) Berikan suplemen makanan jika perlu
- m) Kolaborasi ahli gizi untuk mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien

Perawatan Perkembangan

- a) Identifikasi pencapaian tugas perkembangan anak
- b) Pertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan optimal
- c) Motivasi anak berinteraksi dengan anak lain
- d) Sediakan aktivitas yang memotivasi anak untuk berinteraksi dengan anak lain
- e) Dukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif
- f) Pertahankan kenyamanan anak
- g) Fasilitasi anak melatih keterampilan pemenuhan kebutuhan secara mandiri (misalnya makan, sikat gigi, cuci tangan, memakai baju)
- h) Bernyanyi bersama anak dengan lagu yang disukai anak
- i) Bacakan cerita atau dongeng
- j) Dukung partisipasi anak di sekolah
- k) Jelaskan orang tua tentang perkembangan anak

- l) Anjurkan orang tua berinteraksi dengan anak
- m) Ajarkan anak keterampilan berinteraksi
- n) Ajarkan anak teknik asertif
- o) Anjurkan orang tua/ pengasuh untuk menstimulasi perkembangan anak sesuai umurnya
- p) Rujuk untuk konseling ke fasilitas tumbuh kembang anak

Evaluasi Keperawatan

- a) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)
Evaluasi: termoregulasi membaik
- b) Risiko cedera berhubungan dengan kejang
Evaluasi: tingkat cedera menurun
- c) Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan cedera kepala
Evaluasi: perfusi serebral meningkat
- d) Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan penyakit kronis (cerebral palsy)
Evaluasi: status pertumbuhan dan perkembangan membaik

D. Rangkuman

Sistem persarafan merupakan sistem terpenting sebagai pengendali dan koordinasi tubuh dalam melakukan aktivitas. Jika terjadi gangguan pada sistem persarafan anak, maka segala aktivitas pertumbuhan dan perkemabangan anak akan terganggu. Gangguan persarafan yang dapat terjadi pada anak yaitu kejang

demam, meningitis, cedera kepala, epilepsi, dan cerebral palsy. Asuhan keperawatan berfokus pada status neurologis dan dampak pada gangguan tumbuh kembang anak. Masalah keperawatan yang dapat muncul yaitu hipertermia, risiko cedera, risiko perfusi serebral tidak efektif, dan gangguan tumbuh kembang. Penatalaksanaan keperawatan diutamakan pada manajemen termoregulasi, nutrisi, cairan, pemantauan tekanan intrakranial, dan perawatan perkembangan anak.

E. Tugas

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan benar!

1. Jelaskan fisiologi dari sistem persarafan?
2. Sebutkan pemeriksaan diagnostik pada anak gangguan persarafan?
3. Uraikan bagaimana asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan tumbuh kembang akibat cerebral palsy?
4. Apakah tindakan perawat dalam menangani anak dengan kejang?
5. Apakah penatalaksanaan medis pada anak dengan peningkatan intrakranial pada masalah keperawatan perfusi jaringan serebral tidak efektif?

Daftar Pustaka

- Doherty, C.M. & Forbes, R.B. (2014). Diagnostic Lumbar Puncture. *Ulster Med J*, 83(2). 93-102.
- Irani, D. N. (2009). Cerebrospinal fluid in clinical practice. Philadelphia: Saunders Elsevier.

- Kirnantoro & Maryam. (2019). *Anatomi Fisiologi*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Maghfira & Namira, I. (2022). Kejang demam kompleks. *AVERROUS: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Malikussaleh*, 8(1), 71-80.
- Rachmah, S. & Aliyah, D. (2021). Asuhan keperawatan keluarga dengan anak mengalami epilepsi pada masa pandemi covid 19 di Kecamatan Dawarblandong Kabupaten Mojokerto. *Medica Majapahit*, 13(1), 53-62.
- Sawaya, C. & Sawaya, R. (2018). Central Nervous System Bleeding after a Lumbar. *American Journal of Case Report*, 19, 1103–1107.
- Sulistiyawati & Mansur, A. R. (2019). Identifikasi faktor penyebab dan tanda gejala anak dengan cerebral palsy. *Jurnal Kesehatan Karya Husada*, 7(1), 77-89.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar diagnostik keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar intervensi keperawatan Indonesia: Definisi dan tindakan keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar luaran keperawatan Indonesia: Definisi dan kriteria hasil keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.

BAB XI ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANAK DENGAN GANGGUAN KARDIOVASKULAR : PENYAKIT *TETRALOGY OF FALLOT* DAN PENYAKIT KAWASAKI

Nuraini Hakim, M.Kep.Ns.Sp.Kep.An

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari BAB ini, diharapkan pembaca mampu menjelaskan asuhan keperawatan pada pasien anak dengan penyakit *Tetralogy of Fallot* dan penyakit Kawasaki.

B. Materi

1. *Tetralogy of fallot*

a. Definisi *Tetralogy of fallot*

Tetralogy of fallot adalah kelainan jantung bawaan yang kompleks dan tipe sianotik, terdiri dari ventrikel septal defek, *overriding* aorta, stenosis pulmonal, dan hipertrofi ventrikel kanan (Wise, Asija, McElhinney, 2019 & Kulikova, Pisklova, Buchnieva, Piddubna, 2019).

b. Epidemiologi

Tetralogy of fallot adalah penyakit jantung bawaan yang paling sering terjadi pada anak (Roberta, et al, 2020). Insiden kelainan jantung bawaan di Dunia adalah berkisar 9 dari 1000 kelahiran (Gonçalves, Matias, Gonçalves, Silva, Santos, 2021). Angka kejadian penyakit jantung bawaan di Indonesia terjadi pada 32.000 anak setiap tahunnya (Djer & Madiyono, 2000).

c. Etiologi

Etiologi secara pasti tidak diketahui, namun dapat dihubungkan dengan kondisi ibu ketika hamil mengalami penyakit yang disebabkan oleh virus rubela, peminum alkohol, memiliki penyakit diabetes yang tidak diobati, pajanan terhadap sinar X, dan hamil di atas usia 40 tahun (Mancini, 2016). Penyebab lainnya adalah kelainan genetik berupa kelainan kromosom seperti trisomi 21 (Frias & Guillaume, 2022).

d. Manifestasi Klinik

Manifestasi klinik pasien dapat bervariasi dari ringan hingga berat bergantung pada tingkat obstruksi aliran darah jantung dari ventrikel kanan. Tanda dan gejala *tetralogy of fallot* menurut Frias & Guillaume (2022) dan Roberta, et al, (2020) adalah:

- 1) Kulit yang berwarna kebiruan (sianosis), saat istirahat dan atau saat menangis (*tet spells*). Sianosis terlihat pada mukosa bibir, mulut, ujung kuku tangan dan kaki.
- 2) Bunyi jantung tambahan seperti murmur
- 3) Sesak napas (dispnea)
- 4) Mudah lelah, mudah rewel
- 5) Nafsu makan kurang, refleks hisap lemah pada bayi
- 6) Pertumbuhan berat badan lambat
- 7) Jari tangan dan kaki melebar (*Clubbing finger*)
- 8) Keterlambatan pertumbuhan secara fisik



Credit: sfam_photostutterstock.com



Gambar 11.1. Tanda dan gejala *tetralogy of fallot*
(sumber: <https://www.quora.com/>)

e. Patofisiologi

Patofisiologi *tetralogy of fallot* menurut Frias & Guillaume (2022) dan Laksono, Tahalele (2022) dapat terlihat dari 4 kelainan yang dimiliki, yaitu:

1) Defek septum ventrikel

Defek septum pada ventrikel adalah adanya lubang di dinding (septum) yang memisahkan ventrikel kiri dan kanan, dengan adanya lubang tersebut mengakibatkan darah yang rendah kadar oksigen di ventrikel kanan bercampur dengan darah yang tinggi kadar oksigen di

ventrikel kiri. Hal ini menyebabkan suplai darah yang mengalir ke tubuh rendah kadar oksigen.

2) Stenosis katup pulmonal

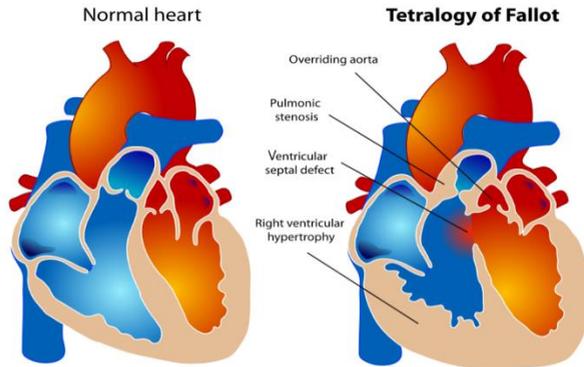
Penyempitan katup yang memisahkan antara ventrikel kanan dengan arteri pulmonalis dapat mengurangi aliran ke paru-paru. Penyempitan pada katup ini akan mempengaruhi otot-otot di bawah katup paru dan dapat menyebabkan atresia pulmonal.

3) *Overriding* aorta

Aorta pada kondisi normal bercabang dari ventrikel kiri, namun pada kasus *tetralogy of fallot*, aorta berada pada posisi yang salah, yaitu bergeser ke kanan dan terletak di atas defek septum ventrikel. Hal ini menyebabkan aorta menerima campuran darah yang tinggi kadar oksigen dan rendah oksigen dari ventrikel kanan dan kiri.

4) Hipertrofi ventrikel kanan

Kelainan pada *tetraology of fallot* dapat mempengaruhi kerja otot jantung. Pompa jantung terlalu banyak bekerja, sehingga dinding otot ventrikel kanan mengalami penebalan. Hal ini menyebabkan otot jantung menjadi kaku, melemah dan pada akhirnya gagal melakukan pompa jantung.



Gambar 11.2. Jantung normal dan kelainan jantung pada *tetralogy of fallot* (sumber: <https://upload.wikimedia.org>)

f. Komplikasi

Komplikasi *tetraology of fallot* menurut Mancini (2015) dan Frias & Guillaume (2022) diantaranya adalah anemia ringan pada bayi, peningkatan jumlah sel darah merah yang tidak normal (polisitemia) dan gangguan pembekuan darah. Komplikasi lainnya adalah sinusitis, abses otak, *patent ductus arteriosus*, sering mengalami infeksi saluran pernapasan, endokarditis, aritmia, dan gagal jantung kongestif.

g. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang dasar yang penting untuk mendiagnosis penyakit jantung bawaan adalah foto rontgen thorak, elektrokardiografi, dan pemeriksaan laboratorium darah. Pemeriksaan lanjutan yaitu ekhokardiografi dan kateterisasi jantung (Djer & Madiyono, 2000).

h. Penatalaksanaan medis

Pengobatan yang dapat dilakukan untuk penyakit *tetralogy of fallot* menurut Ribeiro (2019) dalam Gonçalves et al (2021) adalah pemberian oksigen, morfin, dan beta bloker seperti propranolol, penilefrin untuk meningkatkan aliran darah ke tubuh, atau gunakan teknik menekuk lutut ke dada bayi untuk meningkatkan aliran darah ke paru-paru (*knee squat*). Pengobatan yang efektif adalah dengan pembedahan, termasuk perbaikan intrakardiak, atau prosedur sementara dengan pembuatan *shunt* untuk meningkatkan aliran darah ke paru-paru.

2. Penyakit Kawasaki

a. Definisi

Penyakit Kawasaki didefinisikan sebagai suatu penyakit inflamasi sistemik yang menyebabkan aneurisma arteri koroner, infark miokardium, dengan kumpulan gejala inflamasi pada jaringan kulit, mukosa, dan kelenjar getah bening dan dapat menyebabkan kematian mendadak (Burns J. C & Glode, M.P., 2004, Bozdog, F & Basdas, O, 2022). Definisi lain dari penyakit Kawasaki menurut Indrarto (2015) adalah sindrom vaskulitis akut yang sebagian besar mempengaruhi arteri kecil dan menengah. Penyakit Kawasaki dikenal sebagai penyakit. Penyakit Kawasaki pertama kali ditemukan pada tahun 1967 oleh dokter anak di Jepang yaitu Tomisaku Kawasaki (Kim, D.S. (2006).

b. Epidemiologi

Penyakit Kawasaki hampir ditemui di setiap negara dengan jumlah yang bervariasi dan menyerang semua ras, terutama pada negara Jepang, Korea, dan Taiwan, yaitu sebanyak 69 hingga 218 kasus per 100.00 anak dan terjadi pada anak usia kurang dari 5 tahun (Kuo, Yang, Chang, Ger. Hsieh, 2012). Negara Asia Utara melaporkan kejadian penyakit Kawasaki 10 kali lebih besar dari Amerika, Australia, dan Eropa dan terus meningkat pada 2 dekade terakhir (Makino, et al, 2015). Di Indonesia, dapat diperkirakan terdapat sekitar 5.000 kasus baru setiap tahun, tetapi yang tercatat kurang dari 200 kasus per tahun (Advani, N. & Lukito, B., 2008).

c. Etiologi

Etiologi penyakit Kawasaki sampai saat ini belum diketahui secara pasti. Beberapa peneliti menduga penyakit ini disebabkan infeksi virus, karena umumnya menyerang anak usia 6 bulan sampai 5 tahun, kejadian meningkat pada musim dingin dan semi, gambaran klinis menyerupai infeksi virus, dan dapat disembuhkan dengan sistem imunitas tubuh (*self limiting disease*) (James, Berger, dan Elston, 2006, & Sundel, 2023). Kim (2006) menyampaikan dugaan lain dari penyebab penyakit ini yaitu dipicu oleh infeksi yang mengaktifkan respon imun tubuh untuk memberikan perlawanan pada sistem tubuh sendiri (autoimun). Dugaan lain dari penyebab terjadinya penyakit kawasaki adalah berhubungan dengan gen SLC11A1 yang banyak terjadi pada orang Jepang (Ouchuki, et al, 2003).

d. Manifestasi klinik

Tanda dan gejala dari penyakit Kawasaki menurut Kim (2006), Indrarto (2015), Mayasari, Fitriani, dan Sunarto (2019) diantaranya:

- a. Demam tinggi lebih dari 39 °C, berlangsung lebih dari 5 hari, dan tidak reda meskipun mendapat obat antipiretik dan antibiotik
- b. Mata merah (konjungtivitis) tanpa adanya sekret disebut injeksi konjungtiva
- c. Bibir berwarna merah terang dan pecah-pecah
- d. Mukosa mulut kemerahan
- e. Lidah merah dengan benjolan (papillae) (*strawberry tongue*)
- f. Telapak tangan dan kaki berwarna kemerahan
- g. Ruam kulit di tubuh (eksantema polimorfik)
- h. Pembengkakan kelenjar getah bening terutama pada satu sisi daerah leher (limfadenopati servikal unilateral)
- i. Nyeri sendi (artralgia) dan pembengkakan yang simetris
- j. Takikardi (frekuensi denyut nadi melebihi normal)
- k. Deskuamasi pada telapak tangan dan kaki (pengelupasan kulit)



Gambar 11.3. Tanda dan gejala khas penyakit Kawasaki

(sumber: *the Malaya post*)

e. Patofisiologi

Penyakit Kawasaki ini diawali dengan aktivasi reaksi sistem imun tubuh yang terdiri dari pemicu dan fase reaktif akut. Awal mulanya yaitu dengan dikeluarkannya sistem pertahanan bawaan tubuh dan dari respon imun terhadap virus dan bakteri patogen. Aktivasi sistem kekebalan bawaan harus diatur secara ketat. Jika tidak, aktivasi berlebihan dapat menyebabkan inflamasi sistemik dan kerusakan jaringan. Perjalanan penyakit pada fase akut adalah terkait dengan hiperaktivasi imun bawaan, menyertai respon imun terkait dan penghambatan yang kuat dari sebagian besar sel-T dan sel-B. Selanjutnya dari reaksi sistem imun tersebut mengakibatkan vaskulitis sistemik pada seluruh

pembuluh darah dalam tubuh terutama pada arteri ukuran sedang dengan predileksi utama pada arteri koroner jantung (Hara et al, 2016).

Gambaran klinis pada penyakit Kawasaki menurut Mayasari dkk (2019) antara lain:

a. Fase akut

Fase akut pada penyakit ini dapat diketahui dari gambaran klinis berupa demam tinggi, injeksi konjungtiva tanpa diikuti eksudat/sekret, perubahan mukosa oral dan ekstremitas, eksantema polimorfik, serta limfa-denopati servikal unilateral. Anak yang demam mengalami peningkatan suhu lebih dari 39°C, terus menerus, tidak respons terhadap antipiretik, dan umumnya mereda setelah 1-2 pekan. Terdapat juga bibir berwarna merah terang, terlihat pecah-pecah, *strawberry tongue* dan faring hiperemis.



Gambar 11.4. Ruam pada wajah, bibir berwarna merah terang dan pecah-pecah

(Sumber: emedicine inehealth)

b. Fase Sub akut

Fase subakut ini terjadi penurunan demam dan eksantema, dapat ditemukan deskuamasi periungual pada jari tangan dan/atau kaki, terutama 2-3 pekan setelah timbul demam. Pada kasus berat, deskuamasi dapat meluas ke telapak tangan dan kaki. Selama fase subakut, terjadi gangguan kardiovaskuler terutama pada pasien yang tidak mendapatkan penanganan dengan cepat. Gangguan kardiovaskuler dapat berupa aneurisma arteri koroner, efusi perikardium, dan infark miokard. Gambaran klinis lain fase subakut adalah artritis sendi besar, yaitu lutut dan pergelangan kaki.

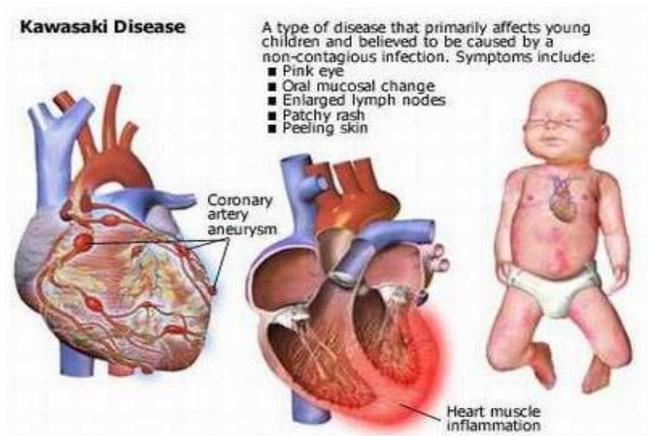


Gambar 11.5 Deskuamasi pada telapak tangan dan kaki

(sumber: *Chelsea and Westminster Hospital NHS Foundation Trust*)

c. Fase Konvalesen

Fase konvalesen sering ditemukan garis transversal sepanjang kuku yang disebut *Beau's lines*, namun gambaran ini tidak spesifik untuk penyakit Kawasaki. Anak setelah mengalami fase ini akan menunjukkan perbaikan klinis, tetapi kelainan jantung belum sembuh total. Sehingga perlu dilakukan evaluasi kondisi jantung, apabila ditemukan aneurisma, kondisi jantung akan dianalisa kembali satu tahun kemudian.



Gambar 11.6 Aneurisma arteri koroner dan inflamasi otot miokardium pada penyakit Kawasaki (Sumber: *Kawasaki Disease Foundation India*)

f. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada pasien anak yang mengalami penyakit Kawasaki menurut Yolanda (2015) dan Bayers et al (2013) dalam Mayasari (2019) diantaranya berupa aneurisma koroner, stenosis, infark miokard, hingga gagal jantung dan berujung pada kematian.

g. Pemeriksaan penunjang

Aryani dkk dalam Mayasari (2019) menyatakan hasil pemeriksaan laboratorium yang abnormal pada pasien dengan penyakit Kawasaki adalah pada fase akut, terjadi 56% anemia, 61% leukositosis, 58% trombotosis, 97% LED mengalami peningkatan, CRP meningkat 85%, peningkatan SGOT dan atau SGPT 38%, serta 70% pasien anak mengalami hipalbuminemia. Selain itu, menurut Andriani (2019), pemeriksaan elektrokardiografi dapat ditemukan disfungsi ventrikel dan aritmia, pemeriksaan ekokardiografi ditemukan perubahan arteri koroner hingga aneurisma.

h. Penatalaksanaan medis

Terapi yang diberikan untuk penyakit Kawasaki adalah pemberian imonoglobulin melalui intravena selama 10 hari setelah timbulnya demam, dan terbukti mampu menurunkan aneurisma pada arteri koroner (McCrindle, 2017).

i. Asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan kardiovaskular

1) Pengkajian

Pengkajian yang dapat dilakukan pada anak dengan gangguan kardiovaskular menurut *Children's Health Queensland Health and Hospital Service* (2020) diantaranya:

- a) Inspeksi penampilan anak, meliputi: warna kulit pink atau sianosis. Status hidrasi yaitu mukosa bibir, turgor kulit, urin *output*. Status nutrisi yaitu *intake* makanan, nafsu makan, berat badan, dan

status gizi. Kaji tingkat aktivitas: tenang, menangis, gelisah, tonus otot, kelemahan, dan kemampuan untuk ditenangkan. Palpasi ujung tangan dan kaki, periksa kondisi akral hangat atau dingin, dan periksa waktu pengisian darah kapiler (normal < 2 detik).

- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital, meliputi: suhu, frekuensi denyut jantung, palpasi kekuatan dan keteraturan denyut jantung, adanya bising jantung, frekuensi pernapasan dan pola pernapasan, serta pengukuran tekanan darah.
 - c) Pemeriksaan penunjang meliputi foto thoraks, elektrokardiografi, ekhokardiografi, dan laboratorium darah.
- 2) Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada gangguan kardiovaskular menurut PPNI (2017) antara lain:
- a) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
 - b) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, perubahan *preload* dan *afterload*
 - c) Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan, peningkatan kebutuhan metabolisme
 - d) Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik
 - e) Risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis, malnutrisi, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
 - f) Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

3) Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang dapat disusun pada gangguan kardiovaskular menurut PPNI (2018) antara lain:

- a) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan

Intervensi keperawatan:

- Latihan batuk efektif
- Manajemen jalan napas
- Pemantauan respirasi

- b) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, perubahan *preload* dan *afterload*

Intervensi keperawatan:

- Perawatan jantung
- Manajemen nyeri
- Pemantauan cairan dan elektrolit
- Pemberian obat intravena
- Terapi oksigen
- Pemantauan tanda-tanda vital

- c) Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan, peningkatan kebutuhan metabolisme

Intervensi keperawatan:

- Manajemen nutrisi
- Edukasi diet
- Konseling laktasi
- Pemantauan nutrisi

- d) Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik

Intervensi keperawatan:

- Promosi perkembangan anak
 - Edukasi nutrisi anak
 - Promosi berat badan
 - Edukasi stimulasi anak
- e) Risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis, malnutrisi, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
- Intervensi keperawatan:
- Lakukan upaya pencegahan infeksi
 - Manajemen nutrisi
 - Manajemen lingkungan
- f) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
- Intervensi keperawatan:
- Manajemen hipertermia
 - Kompres hangat
 - Manajemen cairan
 - Promosi teknik kulit ke kulit
 - Pemberian obat

C. Rangkuman

Penyakit jantung pada anak memiliki berbagai penyebab yaitu kelainan yang disebabkan oleh kongenital (bawaan) dan didapat. Penyakit kongenital (bawaan) yang paling sering terjadi pada anak adalah *tetralogy of fallot*. Penyakit Kawasaki merupakan salah satu penyakit jantung yang didapat, cukup langka pada anak, namun dapat menyebabkan permasalahan serius pada jantung anak jika tidak segera mendapatkan penanganan.

D. Tugas

Jawablah pertanyaan di bawah dengan tepat!

1. Apa kelainan yang terjadi pada anak dengan *tetralogy of fallot*?
2. Apa penyebab terjadinya *tetralogy of fallot*?
3. Jelaskan patofisiologi pada *tetralogy of fallot*!
4. Apakah manifestasi klinik pada penyakit Kawasaki?
5. Apa pengobatan yang diberikan pada pasien anak dengan penyakit Kawasaki?

E. Referensi

Advani, N. (2022). Lindungi Anak Anda dari Bahaya Penyakit Kawasaki. Retrieved from

<https://www.emc.id/id/care-plus/lindungi-anak-anda-dari-bahaya-penyakit-kawasaki>

<https://ojs.perdoski.id/index.php/mdvi/article/view/63/99>

Advani, N., Lukito, B., & Sastroasmoro, S. (2008). Epidemiology of Kawasaki disease: data in Indonesia. *Proceedings of the 9th International Kawasaki Disease Symposium. Taipei, Taiwan*

Andriani, R. (2019). Penyakit Kawasaki: Tatalaksana di Rumah Sakit dengan Fasilitas Terbatas. *CDK-278/ vol. 46 no. 8*, 516-519

BOZDAĞ, F., & BAŞDAŞ, Ö. (2022). Nursing Management In Kawasaki Disease: Case Report. *Gevher nesibe journal of medical and health sciences*, 5(7), 31–34. <https://doi.org/10.46648/gnj.78>

- Burns JC, Glodé MP. Kawasaki syndrome. (2004). *Lancet*.;364(9433):533-544. doi:10.1016/S0140-6736(04)16814-1
- Children's Health Queensland Health and Hospital Service. (2020). *Cardiovascular assessment nursing skill sheet*. Retrieved from: <https://www.childrens.health.qld.gov.au/wp-content/uploads/Paediatric-cardiovascular-assesment-nursing-skill-sheet.pdf>
- Djer, M. & Madiyono, B. (2000) Tatalaksana penyakit jantung bawaan. *Sari Pediatri*, Vol. 2, No. 3, 155 – 162
- Frias, J. D. & Guillaume, M. (2022). *Tetralogy of fallot*. NCBI Bookshelf. A service of the National Library of Medicine, National Institutes of Health. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing
- Gonçalves, SAV., Matias, GF., Gonçalves, ALR., Silva, BBE., & Santos, F. (2021). Nursing care for children with congenital heart disease: a focus on *Tetralogy of fallot*. *Glob Acad Nurs* ;2(3):e167. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200167>
- Hara, T., Nakashima, Y., Sakai, Y., Nishio, H., Motomura, Y., & Yamasaki, S. (2016). Kawasaki disease: a matter of innate immunity. *Clin Exp Immunol* 186: 134–143.

- Indrarto, F.X. Wikan. (2015). Kawasaki disease. *Berkala Ilmiah Kedokteran Duta*. Volume: 01-nomor 01 ,70-78.
- James, W.D., Burger, T.G., & Elston, D.M. (2006). *Cutaneous vascular disease*. Edisi ke-10. Philadelphia: Saunders Elseiver;. h. 815-51. Retrieved from: https://www.uptodate.com/contents/kawasaki-disease-epidemiology-and-etiology?topicRef=6417&source=see_link
- Kulikova, D. O., Pisklova, Y. V., Buchnieva, O. V., & Piddubna, I. M. (2019). Combination of *tetralogy of fallot* and hemophilia in a child: case report. *World science № 7(47), Vol.1, 40-42*. DOI: https://doi.org/10.31435/rsglobal_ws/31072019/6588
- Kim, D.S (2006).. Kawasaki disease. *Yonsei Med J*. 47(6):759-772. doi:10.3349/ymj.2006.47.6.759
- Kuo, H.C, Yang K.D, Chang, W.C, Ger L.P., & Hsieh, K.S. (2012). Kawasaki disease: an update on diagnosis and treatment. *J Pediatr Neonatol*. 53: 4-11
- Laksono, G.A.K. Tahalele, P.L. (2022). Cyanotic Heart Disease: An Overview of Tetralogy of Fallot. *Journal of Widya Medika Junior*. Vol 4. No. 2, 87-98. DOI: <https://doi.org/10.33508/jwmj.v4i2.3816>
- Makino, N., Nakamura, Y., Yashiro, M., Ae R., Tsuboi, S., Aoyama, Y., & Kojo T., et al. (2015). Descriptive epidemiology of Kawasaki disease in Japan, 2011-

2012: from the results of the 22nd nationwide survey.
J Epidemiol. 25(3):239-245.

Mancini, M.C. (2016). *Tetralogy of fallot*. Retrieved from
<https://rarediseases.org/rare-diseases/tetralogy-of-fallot/>

Mayasari, R., Fitriani., & Soenarto, K. (2019). Penyakit
Kawasaki. *MDVI. Vol. 46. Edisi 2: 99-106.*

McCrinkle, B.W., Rowley, A.H., Newburger, J.W., Burns,
J.C., Bolge,r A.F., Gewitz, M, Baker, A.L. (2017).
Diagnosis, treatment, and long-term management of
Kawasaki disease: a scientific statement for health
professionals from the American Heart Association.
Circulation.;135(17):e927-e999.

Ouchi, K., Suzuki, Y., Shirakawa, T., & Kishi, F. (2016)
Polymorphism of SLC11A1 (Formerly NRAMP1)
gene confers susceptibility to Kawasaki disease
polymorphism of SLC11A1 (Formerly NRAMP1)
gene confers susceptibility to Kawasaki disease.
2003;1. doi:10.1086/345878

PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia:
Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta:
DPP PPNI

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

Roberta, M. Sousa., Aline, de Sousa R., Marcos, A.S, B., Rosane C. M., Gonçalves, & Benedita, M.G. (2020). Nursing Assistance to Children with Fallot Tetralogy: The Blue Baby Syndrome. *International Journal of Advanced Engineering Research and Science (IJAERS) [Vol-7, Issue-10, 294-299. <https://dx.doi.org/10.22161/ijaers.710.32> ISSN: 2349-6495(P) |*

Sundel, R. (2023). *Kawasaki disease: Clinical features and diagnosis*.

Retrieved

from:

<https://www.uptodate.com/contents/kawasaki-disease-clinical-features-and-diagnosis/print>

Wise, F. L, Asija, R., & McElhinney, DB. (2019) *Tetralogy of fallot*: Everything you wanted to know but were afraid to ask. *Paediatr Anaesth*. 2019;29(5):475

Yolanda, N. (2015). Panduan Diagnosis dan Terapi Kawasaki Disease. *CDK-232/ vol. 42 no. 9, 663-667*

BAB XII ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN

(Uun Kurniasih S. Kep. Ns. M. MKes)

A. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa diharapkan mampu memahami aspek pada anak dengan gangguan system perkemihan

B. Materi

1. Fungsi dan Anatomi Sistem Perkemihan

Sistem perkemihan berfungsi untuk menyaring darah dan membuang apa yang tidak dibutuhkan tubuh. Prosesnya menghilangkan air ekstra dan garam, racun, dan produk limbah lainnya.

Berikut ini proses dan cara kerjanya:

- Darah memasuki setiap ginjal melalui banyak arteri kecil.
- Ginjal menyaring darah, memisahkan racun dari nutrisi.
- Vitamin, mineral, nutrisi dan protein kembali ke aliran darah.
- Produk limbah dan urine bergerak melalui ureter ke kandung kemih.

- Kandung kemih menyimpan urine sampai waktunya dikeluarkan.
- Urine dikeluarkan tubuh melalui uretra.

Berikut ini anatomi sistem perkemihan:

- **Ginjal.** Berjumlah dua buah, masing-masing ada di kedua sisi belakang perut, tepat di bawah tulang rusuk. Setiap ginjal kira-kira sebesar kepalan tangan.
- **Ureter.** Berupa tabung tipis di dalam panggul untuk membawa urine dari ginjal ke kandung kemih.
- **Kandung Kemih.** Berbentuk seperti kantong, dan terbuat dari otot, yang bisa mengembang saat terisi.
- **Uretra.** Berbentuk seperti tabung yang membawa urine dari kandung kemih keluar dari tubuh.

2. ETIOLOGI GANGGUAN BERKEMIH

Gangguan berkemih disebabkan oleh bermacam-macam penyebab, diantaranya adanya keterlambatan dalam pematangan dan perkembangan kandung kemih, gangguan pola tidur, psikopatologi, stres lingkungan, gangguan urodinamik, penyakit organik pada traktus urinarius, dan akhirakhir ini diketahui adanya abnormalitas sekresi dari ritme sirkadian hormon antidiuretik (ADH)

a. Keterlambatan pematangan neurofisiologi

Keterlambatan fungsi sistem saraf pusat sebagai penyebab enuresis masih diperdebatkan. Keterlambatan pematangan sistem saraf ini berhubungan dengan faktor genetik. Dari hasil penelitian terlihat bahwa sebanyak 77% anak dengan enuresis mempunyai riwayat keluarga dimana kedua orang tuanya juga mengalami enuresis, sedangkan 44% anak dengan enuresis ditemukan pada keluarga dengan riwayat enuresis pada salah satu orang tuanya. Tetapi bila

tidak ada riwayat keluarga dengan enuresis, hanya 15% anak yang mengalami enuresis. Pemeriksaan EEG menunjukkan adanya peningkatan disritmia serebral.

b. Keterlambatan perkembangan

Keterlambatan dalam perkembangan yang menyebabkan anak menjadi enuresis bukan disebabkan gangguan pematangan sistem neurofisiologi, tetapi disebabkan oleh kurangnya latihan pola buang air kemih yang baik. Hal ini sering terjadi pada golongan masyarakat sosio-ekonomi yang buruk, jumlah anggota keluarga yang besar, broken home dan stres lingkungan.

c. Hormon antidiuretik

Awal tahun 1952 ditemukan hubungan antara poliuria nokturnal sebagai faktor penyebab hubungan antara variasi normal dari ritme sirkadian dalam sekresi hormon ADH yang meningkat pada malam hari, sudah banyak penelitian yang dilakukan untuk mendukung teori ini. Volume urin yang tinggi pada malam hari menyebabkan anak mengalami enuresis. Mengapa anak tidak terbangun ketika ada rangsangan pada kandung kemih, hal ini masih belum jelas.

d. Faktor urodinamik

Dari hasil evaluasi ternyata >85% enuresis nokturnal dan >80% enuresis diurnal terjadi pada anak-anak yang mempunyai pola infantil yang persisten. Kapasitas kandung kemih yang kecil dan tidak adanya penghambat kontraksi. Terjadinya enuresis diduga akibat kurangnya inhibitor kontraksi kandung kemih dan tidak adanya koordinasi antara otot detrusor dan otot sfingter.

e. Faktor tidur yang dalam Pada tahun 1950 ditemukan adanya hubungan antara enuresis nokturnal dengan pola tidur dan ditemukan bahwa enuresis sering terjadi pada tidur yang

dalam atau saat transisi dari pola tidur berikutnya. Sedang penelitian lain membuktikan bahwa enuresis tidak hanya berhubungan dengan tidur yang dalam, tetapi dapat terjadi pada setiap tingkat dari tidur. Brooks et al. melaporkan bahwa enuresis nokturnal terjadi pada anak-anak yang mengalami obstructive sleep apnoea akibat meningkatnya produksi atrial natriuretic peptide yang meningkatkan nilai ambang rangsangan untuk bangun (arousal threshold) pada waktu tidur.

f. Faktor psikologi

Enuresis primer dapat disebabkan oleh adanya faktor stres selama periode perkembangan antara umur 2-4 tahun. Pemisahan dari keluarga, kematian orang tua, kelahiran saudara kandung, pindah rumah, pertengkaran orang tua dan child abuse merupakan keadaan yang paling sering dianggap sebagai faktor presipitasi enuresis. Enuresis yang disebabkan oleh stres biasanya intermiten dan sementara, sedangkan enuresis yang terus menerus biasanya akibat toilet training yang kurang adekuat.⁵ Enuresis primer biasanya terjadi pada anak-anak yang mempunyai latar belakang psikoneurosis dan jarang terjadi pada anak normal. Kadang-kadang enuresis dan enkopresis dapat menimbulkan kelainan emosional, sebaliknya pada anak yang mempunyai gangguan emosional dapat timbul enuresis. Pada keadaan ini sulit untuk membedakan apakah enuresis ini menimbulkan gangguan emosional atau gangguan emosional yang menimbulkan enuresis.

7. Faktor organik

a. Saluran genitourinarius

Patofisiologi Dan Patogenesis

Hampir 99% enuresis nokturnal tidak mempunyai kelainan anatomi saluran kemih. Keadaan ini sudah diteliti oleh para ahli urologi dengan melakukan pemeriksaan micturating cystourethrography (MCU), intravenous pyelography (IVP), ultrasonografi (USG). Mereka mengatakan baik pada enuresis nokturnal maupun pada enuresis diurnal tidak ditemukan kelainan anatomik, tetapi ditemukan adanya gangguan urodinamik, seperti: kapasitas kandung kemih yang kurang dan tidak sinergisnya kerja otot detrusor dengan otot sfingter. Kandung kemih yang normal secara efisien mampu menampung penambahan volume urin pada tekanan yang stabil dan meningkat dengan pelan sehingga tidak menimbulkan kontraksi dan perasaan tidak nyaman. Kapasitas kandung kemih meningkat seiring dengan bertambahnya usia pada anak yang berusia 0-8 tahun dengan estimasi kapasitas sebesar $(\text{umur}+1) \times 30 \text{ ml}$. Berkurangnya kapasitas kandung kemih (secara anatomi atau secara fungsional karena kontraksi yang tak diinginkan) akan menyebabkan berkurangnya volume penampungan dan menyebabkan sering miksi.

b. Infeksi

Pada setiap enuresis harus dicurigai adanya infeksi saluran kemih.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada 45% perempuan dengan bakteriuria timbul enuresis, sedangkan pada perempuan tanpa bakteriuria kejadian enuresis hanya 17%. Hasil penelitian lain mengatakan bahwa 15% anak sekolah dengan bakteriuria asimtomatis mengalami enuresis.

c. Sering basahnya daerah perineum merupakan predisposisi untuk terjadinya infeksi. Teori ini didukung oleh fakta

radiologi yang menemukan kelainan anatomis pada penderita enuresis yang disertai infeksi saluran kemih. Suatu penelitian memperlihatkan bahwa dengan mengobati infeksi saluran kemih dapat menyembuhkan sekitar sepertiga kasus enuresis.

- d. Faktor lain Kelainan di daerah lumbosakral mielomeningoel dapat menyebabkan enuresis. Selain itu alergi terhadap berbagai macam makanan mungkin dapat menyebabkan enuresis.^{12, 15}

3. Penyakit yang Mengintai

Banyak kondisi yang dapat memengaruhi sistem perkemihan. Infeksi, penyakit, atau masalah dapat muncul saat lahir atau berkembang seiring bertambahnya usia. Beberapa gangguan saluran kemih yang umum adalah:

a. Infeksi

Infeksi saluran kemih dan infeksi menular seksual (IMS) dapat menyebabkan masalah pada ginjal, uretra, atau kandung kemih. Infeksi ini terjadi ketika bakteri atau virus memasuki saluran kemih melalui uretra.

b. Masalah Struktural

Terkadang bayi lahir dengan cacat lahir yang memengaruhi cara sistem perkemihan mereka terbentuk. Kelainan ini dapat menyebabkan urine kembali ke ginjal dan menyebabkan infeksi.

Di kemudian hari, prolaps kandung kemih dapat terjadi setelah kehamilan atau seiring bertambahnya usia wanita. Kandung kemih yang prolaps jatuh ke dalam vagina atau menggantung keluar dari lubang vagina. Terkadang

masalah struktural memerlukan pembedahan untuk memperbaiki masalah tersebut.

c. Batu Ginjal

Batu ginjal terbentuk ketika produk limbah dalam urine menggumpal. Ini dapat menyebabkan rasa sakit yang parah dan menghalangi aliran urine.

d. Masalah Buang Air Kecil

Seperti hilangnya kontrol kandung kemih, atau inkontinensia urine, yang menyebabkan urine bocor sedikit atau banyak. Ini paling sering terjadi pada wanita, biasanya setelah kehamilan atau saat lanjut usia.

Gejalanya bisa lebih buruk ketika batuk, tertawa, bersin atau melompat. Kandung kemih yang terlalu aktif terjadi ketika kamu merasakan dorongan tiba-tiba untuk sering buang air kecil.

e. Obstruksi Saluran Kemih

Pertumbuhan atau tumor kanker di perut dapat memengaruhi aliran urine. Pada pria, pembesaran prostat (juga disebut benign prostatic hyperplasia atau BPH) dapat menyumbat ureter, sehingga lebih sulit untuk buang air kecil. Penyebab lainnya adalah masalah kehamilan dan gastrointestinal (GI) seperti penyakit Crohn.

f. Penyakit Ginjal

Penyebab paling umum dari masalah sistem perkemihan ini adalah tekanan darah tinggi dan diabetes. Kondisi genetik yang disebut penyakit ginjal polikistik menyebabkan kista berisi cairan terbentuk di dalam ginjal.

Selain itu, overdosis hampir semua obat dapat menyebabkan ginjal bekerja terlalu keras saat menyaring limbah, yang dapat menyebabkan gagal ginjal. Gagal ginjal mungkin memerlukan dialisis atau transplantasi ginjal

g. Sistitis Interstisial

Penyakit ini menyebabkan peradangan (pembengkakan dan iritasi) di kandung kemih. Obat-obatan dan terapi fisik dapat memperbaiki gejala penyakit ini.

PENGAJIAN SISTEM PERKEMIHAN

Tanda dan gejala gangguan/penyakit pada sistem perkemihan dapat dilihat atau ditanyakan langsung pada pasien, yang meliputi:

Frekwensi buang berkemih (miksi):

- Poliuri (sering miksi)
- Oliguri (jumlah urine yang keluar kurang dari normal, minimal urine keluar kurang lebih 400 cc)
- Stranguri (miksi sering tetapi sedikit-sedikit, lambat dan sakit).
- Urgensi (pasien berkeinginan untuk miksi, tetapi tidak terkontrol untuk keluar).
- Nokturi (pasien terbangun tengah malam untuk miksi).
- Pasien mengalami keraguan/kesukaran saat memulai untuk miksi. Intermitten (pasien mengalami tempo berhenti arcs urinenya selama miksi).
- Urine keluar secara menetes atau tidak memancar).
- Inkontinen urine (urine keluar dengan sendirinya tanpa disadari).

Kelainan miksi:

- Disuri (adanya rasa sakit sewaktu miksi)
- Adanya rasa papas sewaktu miksi
- Hematuri (adanya darah yang keluar bercampur dengan urine).

- Piuri (adanya nanah dalam urine, keadaan ini diketahui melalui pemeriksaan mikroskopis, disebabkan tidak semua urine menjadi keruh karena mengandung nanah.
- Lituri (urine keluar bersama bate kecil sewaktu miksi)
- Selain hal-hal di atas, dalam pengkajian pasien harus termasuk :
 - 1) identitas pasien;
 - 2) riwayat kesehatan umum meliputi berbagai gangguan/penyakit yang lalu, yang berhubungan atau yang dapat mempengaruhi penyakit perkemihan, riwayat kesehatan keluarga, dan riwayat kesehatan pasien;
 - 3) riwayat kesehatan sekarang meliputi keluhan/gangguan yang berhubungan dengan gangguan/penyakit yang dirasakan saat ini.

Tabel 12. 1 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tanda dan Gejala Mayor	Tanda dan Gejala Minor
<p>Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik. (D.0077)</p>	<p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif(mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi menngkat 5. Sulit tidur 	<p>Subjektif :</p> <p>(tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri

Gangguan Rasa Nyaman b.d gejala Penyakit (D.0074)	Subjektif : 1. Mengeluh tidaknyaman	Subjektif : 1. Mengeluh sulit tidur 2. Tidak mampu rileks 3. Mengeluh kedinginan/kepanasan
---	---	--

Tentang Penulis



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

Lahir di Jakarta, 11 April 1986. Pendidikan dimulai dari S1 dan Ners Keperawatan Universitas Indonesia lulus tahun 2009. Pada tahun 2015, penulis lulus pada Program Ners Spesialis Keperawatan Anak Universitas Indonesia. Penulis memiliki pengalaman bekerja sebagai perawat di Rumah Sakit Premier Jatinegara dari tahun 2009-2011. Tahun 2011 sampai Maret 2023 bekerja sebagai Dosen di Akademi Keperawatan Polri. April tahun 2023 sampai saat ini bekerja sebagai Dosen di Universitas MH Thamrin.



Winarsi Pricilya Molintao, S.Kep., Ns., M.Kep dilahirkan di Manado, 05 April 1992. Menyelesaikan Sarjana Keperawatan di Universitas Pembangunan Indonesia Tahun 2014, kemudian melanjutkan Pendidikan Profesi Ners dan selesai Tahun 2015, dan selanjutnya menyelesaikan Pendidikan Magister Keperawatan dengan Peminatan Anak di Fakultas Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta Tahun 2018. Sejak Tahun 2016 mengabdikan di Dunia Pendidikan sebagai Dosen Tetap di Program Studi Profesi Ners dan Penulis menjabat sebagai Ketua Program Studi Profesi Ners serta sebagai Sekretaris Dewan Pengurus Komisariat PPNI Universitas Pembangunan Indonesia Manado



Dr. Nyimas Heny Purwati, M.Kep., Ns.,sp.Kep.An. Perempuan kelahiran Jakarta, 01 Maret 1970 menyelesaikan Pendidikan Dasar di Jakarta. Lulus pendidikan Diploma III Keperawatan di AKPER RSIJ pada tahun 1992. Telah menyelesaikan Pendidikan Sarjana Keperawatan (S. Kep.) pada tahun 2003 dan Ners pada tahun 2004 di Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta. Lulus Magister Keperawatan pada tahun 2010 dan Spesialis Keperawatan Anak pada tahun 2011 serta Program Doktor Keperawatan diselesaikan pada tahun 2020 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Sebagai dosen tetap Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta sejak tahun 1993. Mengampu Mata Kuliah Keperawatan Anak. Telah mengikuti beberapa pelatihan dibidang Keperawatan dan sebagai nara sumber diberbagai kegiatan seminar/webinar, pelatihan dan workshop terkait Keperawatan Anak. Saat ini menjabat sebagai Ketua Program Studi Magister Keperawatan FIK UMJ dan diberi amanah sebagai ketua IPANI Provinsi DKI Jakarta Periode 2022-2027.



Ns. Fitri Anggraeni, S.Kep., M.Kes.

Lahir di Jakarta, 6 Juni 1986. Pendidikan dimulai dari S1 Keperawatan di STIKES Nani Hasanuddin Makassar lulus tahun 2009 dan Profesi Ners di STIKES Nani Hasanuddin Makassar lulus tahun 2011. Melanjutkan Pendidikan Magister Kesehatan di Universitas Indonesia Timur lulus tahun 2014. Penulis memiliki pengalaman bekerja sebagai pengajar di Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia Timur tahun 2011 s.d 2019. Kemudian tahun 2019 sampai sekarang bekerja sebagai staff pengajar di Akademi Keperawatan RSP TNI AU Jakarta.



KUSMINI SUPRIHATIN lahir di Banyuwangi, Jawa Timur, Indonesia 25 Maret 1971. Ia mulai pendidikan di D3 Keperawatan RS Islam Surabaya (Sekarang UNUSA), memperoleh gelar Sarjana Keperawatan dari Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia tahun 1999 dan menyelesaikan

Pendidikan S2 Keperawatan Spesialis Keperawatan Anak dari Universitas Indonesia tahun 2013. Sehari hari beliau adalah Dosen Keperawatan di Politeknik Kementerian Kesehatan Surabaya. Beliau adalah Direktur Indonesian Holistic Care Association (IHCA) yang didirikannya pada tahun 2014 dan owner Falanfi Learning Center sejak tahun 2010. Sejak tahun 2014, beliau menjadi terapis dan konsultan di Elthy Mom and Baby Care di Sidoarjo, Semarang, Blora, dan Yogyakarta. Dia adalah penulis beberapa buku keperawatan anak dan pijat untuk ibu dan anak. Minat penelitiannya meliputi bayi dengan berat badan rendah, terapi stimulasi sentuhan penuh kasih, pijat bayi, pijat laktasi serta ilmu keperawatan anak lainnya.

.....



Uly Desmarnita

Penulis memiliki profesi sebagai perawat. Proses pendidikan yang dilalui mulai dari Akademi perawat DepKes Jakarta, lulus tahun 1985. Lanjut pendidikan S1 keperawatan, dan meneruskan bidang ilmu keperawatan pada jenjang Magister/S2 Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Maternitas/SpMat. Semua pendidikan ini ditempuh di Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia. Sejak lulus dari Akper sampai Maret 2022 menjadi Dosen di Poltekkes Kemenkes Jakarta III. Mulai 1 April 2022 bekerja di Poltekkes Kemenkes Jakarta I

Banyak hal yang sudah dilalui dalam menjalankan Tridharma, mulai mengajar sebagai dosen di institusi keperawatan, sebagai narasumber/fasilitator, melaksanakan penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat. Karya yang sudah ada artikel dalam jurnal nasional, internasional, HaKI, buku. Disamping itu penulis aktif dalam organisasi sesuai bidang yang digarap, dan sebagai Asesor LAMPT-Kes saat ini.

Selain mengajar Keperawatan, juga mengajar MK PBAK (Pendidikan Budaya Anti Korupsi). Aktif, sbg anggota Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) sampai saat ini. Pernah sebagai Ketua Umum Pengurus Pusat Ikatan Perawat Nasional Indonesia (PP-IPEMI) dua periode 2010-2019, disamping itu terus aktif mengembangkan diri sebagai anggota ADPAKI

Email Penulis: ulyhanafi@yahoo.co.id



Penulis adalah dosen tetap di Universitas Cendekia Abditama sejak tahun 2019. Penulis menempuh pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Indonesia dan lulus tahun 2007. Pendidikan Magister dan Spesialis keperawatan ditempuh di Universitas Indonesia dan lulus pada tahun 2015. Penulis merupakan dosen yang fokus pada Peminatan Keperawatan anak dan tergabung dalam IPANI (Ikatan Perawat Anak Indonesia).

