

Keperawatan Kesehatan Anak Berbasis Teori dan Riset

Editor :

Ns. Arif Munandar, S. Kep., M. Kep



Dr. Hamdan Firmansyah, MMPd, MH
Umi Hanik Fetriyah, Ns., M.Kep
Nova Ari Pangesti, S.Kep., Ns. M.Kep.
Dr. Atik Badi'ah, S.Pd, S.Kp, M.Kes
Any Zahrotul Widniah, S.Kep.,Ns., M.Kep
Ns. Tiara Lani, M.Kep
Dewi Irianti, M. Kep., Ns. Sp. Kep. An
Dwi Agustiana Sari., S.Kep., Ns., M.Kep.
Dra. Ni Ketut Mendri, S.Kep.Ns, M.Sc
Freny Ravika Mbaloto, S.Kep.,Ns., M.Kep
Ns. I Gusti Ayu Putu Satya Laksmi, M.Kep
Yosefina Nelista, S.Kep.,Ns., M.Kep
Ns. Andi Nur Indah Sari, M.Kep
Jennifa, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Malisa Ariani, M.Kep

BOOK CHAPTER

**KEPERAWATAN KESEHATAN ANAK
BERBASIS TEORI DAN RISET**

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

KEPERAWATAN KESEHATAN ANAK BERBASIS TEORI DAN RISET

Dr. Hamdan Firmansyah, MMPd, MH
Umi Hanik Fetriyah, Ns., M.Kep
Nova Ari Pangesti, S.Kep., Ns. M.Kep.
Dr. Atik Badi'ah, S.Pd, S.Kp, M.Kes
Any Zahrotul Widniah, S.Kep.,Ns., M.Kep
Ns. Tiara Lani, M.Kep
Dewi Irianti, M. Kep., Ns. Sp. Kep. An
Dwi Agustiana Sari., S.Kep., Ns., M.Kep.
Dra. Ni Ketut Mendri, S.Kep.Ns, M.Sc
Freny Ravika Mbaloto, S.Kep.,Ns., M.Kep
Ns. I Gusti Ayu Putu Satya Laksmi, M.Kep
Yosefina Nelista, S.Kep.,Ns., M.Kep
Ns. Andi Nur Indah Sari, M.Kep
Jennifa, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Malisa Ariani, M.Kep

Editor:

Ns. Arif Munandar, S. Kep., M. Kep

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

KEPERAWATAN KESEHATAN ANAK BERBASIS TEORI DAN RISET

Dr. Hamdan Firmansyah, MMPd, MH
Umi Hanik Fetriyah, Ns., M.Kep
Nova Ari Pangesti, S.Kep., Ns. M.Kep.
Dr. Atik Badi'ah, S.Pd, S.Kp, M.Kes
Any Zahrotul Widniah, S.Kep.,Ns., M.Kep
Ns. Tiara Lani, M.Kep
Dewi Irianti, M. Kep., Ns. Sp. Kep. An
Dwi Agustiana Sari., S.Kep., Ns., M.Kep.
Dra. Ni Ketut Mendri, S.Kep.Ns, M.Sc
Freny Ravika Mbaloto, S.Kep.,Ns., M.Kep
Ns. I Gusti Ayu Putu Satya Laksmi, M.Kep
Yosefina Nelista, S.Kep.,Ns., M.Kep
Ns. Andi Nur Indah Sari, M.Kep
Jennifa, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Malisa Ariani, M.Kep

Editor :

Ns. Arif Munandar, S. Kep., M. Kep

Tata Letak :

Mega Restiana Zendrato

Desain Cover :

Rintho R. Rerung

Ukuran :

A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman :

vii, 276

ISBN :

978-623-362-254-7

Terbit Pada :

Desember 2021

Hak Cipta 2021 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

Hak cipta dilindungi Undang-Undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)

Melong Asih Regency B40 - Cijerah

Kota Bandung - Jawa Barat

www.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk book chapter dapat dipublikasikan dan dapat sampai dihadapan pembaca. Book cahpter ini disusun oleh sejumlah akademisi dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan Keperawatan Kesehatan Anak Berbasis Teori dan Riset.

Sistematika buku Keperawatan Kesehatan Anak Berbasis Teori dan Riset ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapan. Oleh karena itu diharapkan book chapter ini dapat menjawab tantangan dan persoalan dalam sistem pengajaran keperawatan anak di perguruan tinggi.

Kami menyadari bahwa tulisan ini jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat banyak kekurangan, sejatinya kesempurnaan itu hanya milik Yang Kuasa. Oleh sebab itu, kami tentu menerima masukan dan saran dari pembaca demi penyempurnaan lebih lanjut.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada Penerbit Media Sains Indonesia sebagai insiator book chapter ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Bandung, 13 November 2021

Editor.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
1 PENGANTAR KEPERAWATAN ANAK	1
Tinjauan Tentang Anak.....	1
Tinjauan Tentang Perawat	2
Konsep Keperawatan Anak	6
Paradigma Keperawatan Anak	7
Prinsip Prinsip Keperawatan Anak.....	10
Peran Perawat Anak.....	13
2 KEPERAWATAN ANAK BERBASIS TEORI	21
Definisi Teori.....	21
Definisi Keperawatan	21
Definisi Keperawatan Anak Berbasis Teori	22
Pentingnya Aplikasi Keperawatan Anak Berbasis Teori	23
Beberapa Teori yang Menjadi Dasar dalam Keperawatan Anak.....	24
3 KEPERAWATAN ANAK BERBASIS RISET	39
Konsep Keperawatan Anak Sehat.....	39
Konsep Keperawatan Anak Sakit	47
4 KEPERAWATAN ANAK DENGAN BERKEBUTUHAN KHUSUS	63
Anak Berkebutuhan Khusus.....	63
Retardasi Mental (RM).....	66
<i>Down Syndrome (DS)</i>	69
Autis (Autisme)	72

	<i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)/</i>	
	Gangguan Pemusatan Perhatian Hiperaktifitas	
	(GPPH)	74
	Tuna Rungu (Gangguan Pendengaran).....	77
	Tuna Netra.....	78
5	KEPERAWATAN ANAK DENGAN MASALAH SOSIAL	
	83
	Pengertian Perkembangan Sosial Pada Anak.....	83
	Tingkat Perkembangan Sosial Pada Anak	84
	Bentuk-Bentuk Perilaku Sosial Pada Anak	85
	Faktor yang Mempengaruhi Perkembangan Sosial	
	Pada Anak	87
	Permasalahan Sosial Pada Anak	88
	Karakteristik Masalah Sosial	90
	Permasalahan Perilaku Sosial pada Anak	91
	Penanganan Orang Tua Dengan Pada Anak dengan	
	Masalah Sosial.....	93
	Peran Perawat Pada Anak dengan Masalah Sosial	95
6	KEPERAWATAN ANAK DENGAN MASALAH	
	KEJIWAAN.....	99
	Pertumbuhan dan Perkembangan Anak	99
	Kesehatan Jiwa.....	101
	Masalah Kesehatan Jiwa	102
	Kesehatan Mental Pada Anak	104
	Stres Pada Anak	107
7	KEPERAWATAN ANAK DENGAN MASALAH	
	KEBUTUHAN DASAR.....	111
	Pendahuluan	111
	Pengertian Kebutuhan Dasar	112

	Jenis - Jenis Kebutuhan Dasar.....	113
	Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Dasar Anak.....	118
8	ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN PENYAKIT TROPIS	129
	Pengantar	129
	Macam Penyakit Tropis.....	130
9	KEPERAWATAN ANAK DENGAN HOSPITALISASI	149
	Konsep Hospitalisasi.....	149
	Stressor pada Anak yang Dirawat di Rumah Sakit	151
	Hospitalisasi pada Anak Usia Prasekolah.....	153
	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Reaksi Anak Usia Prasekolah terhadap Hospitalisasi	155
	Reaksi Anak Usia Prasekolah terhadap Stres Akibat Sakit dan Dirawat di Rumah Sakit.....	156
	Pencegahan Hospitalisasi.....	160
	Penanganan Dampak Hospitalisasi	162
10	PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK... 167	
	Pendahuluan	167
	Pengertian Pertumbuhan dan Perkembangan	167
	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang.....	168
	Gangguan Tumbuh Kembang	177
	Deteksi Dini Tumbuh Kembang	179
	Kesimpulan.....	185
11	SISTEM PERLINDUNGAN ANAK DAN UNDANG-UNDANG PERLINDUNGAN ANAK.....	187

	Pengantar	187
	Konsep Perlindungan Anak.....	189
	Undang-Undang Perlindungan Anak.....	196
12	KOMUNIKASI PADA ANAK DAN ORANG TUA.....	205
	Aspek Penting Komunikasi Pada Anak dan Orang Tua	205
	Bentuk Komunikasi Pada Anak	208
	Teknik Komunikasi Pada Anak	210
	Teknik Komunikasi dengan Bayi dan Anak.....	215
	Perkembangan Komunikasi Pada Bayi, Toddler, Prasekolah, Sekolah dan Remaja	216
	Penerapan Komunikasi Terapeutik Pada Anak di Setiap Proses Keperawatan	218
13	IMUNISASI DAN NUTRISI PADA ANAK.....	223
	Imunisasi.....	223
	Nutrisi Pada Anak.....	230
14	MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT (MTBS).241	
	Definisi Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).....	241
	Perkembangan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).....	242
	Tujuan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)	243
	Strategi Pelaksanaan MTBS	243
	Langkah-Langkah Pelaksanaan MTBS	244
	Klasifikasi Manajemen Terpadu Balita Sakit	245
15	MANAJEMEN POLA ASAH, ASIH, DAN ASUH PADA ANAK	261
	Definisi Asah, Asih dan Asuh.....	261

Pentingnya Pola Asah, Asih dan Asuh Pada Anak	262
Faktor yang Mempengaruhi Pola Asah, Asih dan Asuh Orang Tua.....	264
Kebutuhan Pola Asah, Asih dan Asuh Pada Anak	267
Cara Menerapkan Pola Asah, Asih dan Asuh yang Efektif	269

PENGANTAR KEPERAWATAN ANAK

Dr. Hamdan Firmansyah, MMPd, MH

Lembaga Pendidikan dan Dakwah Pesantren Cendekia

Tinjauan Tentang Anak

Anak menurut bahasa adalah keturunan kedua sebagai hasil antara hubungan pria dan wanita (Anton, Moeliono, dkk, 1990). Dalam konsideran Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang perlindungan anak, dikatakan bahwa anak adalah amanah dan karunia Allah, yang dalam dirinya melekat harkat dan martabat sebagai manusia seutuhnya (Djamil, 2013). Lebih lanjut dikatakan bahwa anak adalah tunas, potensi, dan generasi muda penerus cita-cita perjuangan bangsa, memiliki peran strategis dan mempunyai ciri dan sifat khusus yang menjamin kelangsungan eksistensi bangsa dan negara pada masa depan. Oleh karena itu agar setiap anak kelak mampu memikul tanggung jawab tersebut, maka ia perlu mendapat kesempatan yang seluas-luasnya untuk tumbuh dan berkembang secara optimal, baik fisik, mental maupun sosial, dan berakhlak mulia, perlu dilakukan upaya perlindungan serta untuk mewujudkan kesejahteraan anak dengan memberikan jaminan terhadap pemenuhan hak-haknya serta adanya perlakuan tanpa diskriminasi (Lutfiyah, 2016).

Anak sebagai generasi penerus sekaligus aset terbesar untuk masa depan. Anak merupakan bentuk investasi yang menjadi indikator keberhasilan suatu bangsa dalam melaksanakan pembangunan. Keberhasilan pembangunan anak akan menentukan kualitas sumber daya manusia di masa yang akan datang, serta merupakan generasi yang akan menjadi penerus bangsa sehingga mereka harus dipersiapkan dan diarahkan sejak dini agar dapat tumbuh dan berkembang menjadi anak yang sehat jasmani dan rohani, maju, mandiri dan sejahtera menjadi sumber daya yang berkualitas dan dapat menghadapi tantangan di masa datang. Oleh karena itu upaya pembangunan anak harus dimulai sedini mungkin mulai dari kandungan hingga tahap-tahap tumbuh kembang selanjutnya (Solehuddin, 2013).

Tinjauan Tentang Perawat

Perawat adalah orang yang telah lulus dari pendidikan perawat, baik di dalam maupun di luar negeri, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Definisi perawat ini masih belum mempunyai batasan yang tegas karena hanya didasarkan pada telah lulusnya seseorang dari pendidikan keperawatan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku (Asmadi, 2008). Perawat (*nurse*) berasal dari bahasa latin yaitu kata *nutrix* yang berarti merawat atau memelihara. Menurut Kusnanto (2003), perawat adalah seseorang (seorang profesional) yang mempunyai kemampuan, tanggung jawab dan kewenangan melaksanakan pelayanan/asuhan keperawatan pada berbagai jenjang pelayanan keperawatan.

Wardhono (1998) mendefinisikan perawat adalah orang yang telah menyelesaikan pendidikan professional keperawatan, dan diberi kewenangan untuk melaksanakan peran serta fungsinya. Perawat adalah suatu profesi yang mempunyai fungsi otonomi yang

didefinisikan sebagai fungsi profesional keperawatan. Fungsi profesional yaitu membantu mengenali dan menemukan kebutuhan pasien yang bersifat segera. Itu merupakan tanggung jawab perawat untuk mengetahui kebutuhan pasien dan membantu memenuhinya. Dalam teorinya tentang disiplin proses keperawatan mengandung elemen dasar, yaitu perilaku pasien, reaksi perawat dan tindakan perawatan yang dirancang untuk kebaikan pasien (Suwignyo, 2007).

Perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat, memiliki wewenang dalam melakukan asuhan keperawatan secara utuh berdasarkan standar asuhan keperawatan. Sebagai tenaga kesehatan yang profesional, perawat harus siap bertanggung jawab terhadap apapun yang dilakukannya. Tanggung jawab perawat bukan hanya ditujukan kepada klien dan keluarga, tetapi juga kepada masyarakat, profesi perawat itu sendiri, dan terutama bertanggung jawab kepada Allah (Asmadi, 2008). Selain itu perawat juga harus siap bertanggung gugat jika suatu saat klien atau pihak lain melakukan gugatan terkait asuhan keperawatan yang diberikan. Tanggung jawab dan tanggung gugat ini merupakan bahwa keperawatan profesi yang profesional. Oleh karena itu asuhan keperawatan yang diberikan perawat harus didasarkan pada standar dan kode etik keperawatan. Standar keperawatan tersebut merupakan ketentuan baku yang telah ditetapkan dan disahkan sebagai prosedur tetap bagi perawat dan menjalankan profesinya (Asmadi, 2008).

Hak dan kewajiban perawat di rumah sakit berdasarkan Surat Keputusan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik No. YM 00.03.2.6.956 Tahun 1997:

1. Memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya

2. Mengembangkan diri melalui kemampuan spesialisasi sesuai latar belakang pendidikannya
3. Menolak keinginan klien/pasien yang bertentangan dengan peraturan perundangan serta standar profesi dan kode etik profesi
4. Mendapatkan informasi lengkap dari klien/pasien yang tidak puas terhadap pelayanannya
5. Meningkatkan pengetahuan berdasarkan perkembangan IPTEK dalam bidang keperawatan/kebidanan/kesehatan secara terus menerus
6. Diperlakukan adil dan jujur oleh rumah sakit maupun klien/pasien dan atau keluarganya
7. Mendapatkan jaminan perlindungan terhadap risiko kerja yang berkaitan dengan tugasnya
8. Diikutsertakan dalam penyusunan/penetapan kebijakan pelayanan kesehatan di rumah sakit
9. Diperhatikan privasinya dan berhak menuntut apabila nama baiknya dicemarkan oleh klien/pasien dan atau keluarganya serta tenaga kesehatan lain
10. Menolak pihak lain yang memberi anjuran/permintaan tertulis untuk melakukan tindakan yang bertentangan dengan perundang-undangan, standar profesi dan kode etik profesi
11. Mendapatkan penghargaan imbalan yang layak dari jasa profesinya sesuai peraturan/ketentuan yang berlaku di rumah sakit
12. Memperoleh kesempatan mengembangkan karir sesuai dengan bidang profesinya.

Adapun kewajiban perawat:

1. Mematuhi semua peraturan RS dengan hubungan hukum antara perawat dan bidan dengan pihak RS
2. Mengadakan perjanjian tertulis dengan pihak rumah sakit
3. Memenuhi hal-hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuatnya
4. Memberikan pelayanan atau asuhan keperawatan atau kebidanan sesuai dengan standar profesi dan batas kewenangannya atau otonomi profesi
5. Menghormati hak-hak klien atau pasien
6. Merujuk klien atau pasien kepada perawat lain atau tenaga kesehatan lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik
7. Memberikan kesempatan kepada klien/pasien agar senantiasa dapat berhubungan dengan keluarganya dan dapat menjalankan ibadah sesuai dengan agama atau keyakinannya sepanjang tidak bertentangan dengan ketentuan pelayanan kesehatan
8. Bekerjasama dengan tenaga medis/tenaga kesehatan lain yang terkait dalam memberikan pelayanan kesehatan/asuhan kebidanan kepada klien/pasien
9. Memberikan informasi yang adekuat tentang tindakan keperawatan atau kebidanan kepada klien/pasien dan atau keluarganya sesuai dengan batas kewenangannya
10. Membuat dokumen asuhan keperawatan atau kebidanan secara akurat dan berkesinambungan
11. Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan atau kebidanan sesuai standar profesi keperawatan atau kebidanan dan kepuasan klien/pasien

12. Mengikuti IPTEK keperawatan atau kebidanan secara terus menerus
13. Melakukan pertolongan darurat sebagai tugas perikemanusiaan sesuai dengan batas kewenangannya
14. Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang klien/pasien bahkan juga setelah klien/pasien tersebut meninggal, kecuali jika diminta keterangannya oleh yang berwenang.

Konsep Keperawatan Anak

Keperawatan anak saat ini telah mengalami perubahan karena anak dipandang sebagai klien bukan lagi sebagai objek. Seorang anak yang menjadi klien atau individu di dalam dunia keperawatan merupakan seseorang anak yang berusia kurang dari 18 tahun (Supartini, 2012). Anak adalah seseorang yang memiliki kebutuhan yang berbeda dengan orang dewasa dan sangat spesifik. Pertumbuhan dan perkembangan anak adalah hal yang penting dalam perawatan anak, karena membutuhkan kebutuhan khusus baik kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual (Soetjiningsih, 2014).

Selama masa pertumbuhan, terkadang anak mengalami sakit sehingga perlu dirawat di rumah sakit. Hal tersebut disebabkan oleh daya tahan tubuh anak yang belum teratur dan rasa ingin tahu yang tinggi, sehingga anak mudah terkena penyakit dan rentan mengalami cedera (Wong, 2009). Anak yang dirawat di rumah sakit akan mengalami suatu krisis karena anak mencoba beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit. Keadaan ini dapat menjadi stresor bagi anak dan orang tua (Wong, 2009). Selain itu, tindakan yang akan dilakukan kepada anak juga dapat menjadi stresor dan menyebabkan perasaan cemas, gangguan tidur, rasa nyeri atau ketidaknyamanan fisik sehingga anak akan memberikan reaksi selama

dirawat di rumah sakit seperti menangis, marah, dan tidak kooperatif dengan perawat. Keadaan tersebut dapat menjadi salah satu penghambat dalam keberhasilan pelaksanaan prosedur keperawatan (Potter & Perry, 2009).

Keperawatan anak merupakan keyakinan atau pandangan yang dimiliki perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan pada anak yang berfokus pada keluarga (*family centered care*), pencegahan terhadap trauma (*atrumatic care*), dan manajemen kasus. Dalam dunia keperawatan anak, perawat perlu memahami, mengingat adanya beberapa prinsip yang berbeda dalam penerapan asuhan dikarenakan anak bukan miniatur orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik (Hidayat, 2005). Keluarga merupakan unsur penting dalam perawatan anak mengingat anak bagian dari keluarga, dalam keperawatan anak harus mengenal keluarga sebagai tempat tinggal atau sebagai konstanta tetap dalam kehidupan anak (Wong, Perry & Hockenbery, 2002).

Sebagai perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan anak, harus mampu memfasilitasi keluarga dalam berbagai bentuk pelayanan kesehatan baik berupa pemberian tindakan keperawatan langsung maupun pemberian pendidikan kesehatan pada anak. Selain itu, keperawatan anak perlu memperhatikan kehidupan sosial, budaya dan ekonomi keluarga karena tingkat sosial, budaya dan ekonomi dari keluarga dapat menentukan pola kehidupan anak selanjutnya faktor-faktor tersebut sangat menentukan perkembangan anak dalam kehidupan di masyarakat.

Paradigma Keperawatan Anak

Paradigma keperawatan anak adalah suatu landasan berpikir dalam menerapkan ilmu keperawatan anak. Paradigma keperawatan anak ini terdiri dari manusia

(anak), sehat sakit, lingkungan, dan keperawatan, dengan penjelasan sebagai berikut (Ruthmitasari, 2020):

1. Manusia (Anak): Anak adalah individu yang berumur 0-19 tahun (*World Health Organization*). Anak adalah individu yang unik dan bukan merupakan orang dewasa yang mini. Anak berhak mendapatkan pelayanan kesehatan secara individual serta masih bergantung kepada orang lain. Artinya supaya tumbuh kembang anak optimal anak membutuhkan lingkungan yang dapat menunjang dirinya untuk memenuhi kebutuhan dasarnya dan belajar mandiri (Supartini, 2012). Fase-fase perkembangan pada anak menjadi 5 tahap yaitu: Masa bayi (0-1 tahun) Masa toddler (1-3 tahun) Masa Prasekolah (3-6 tahun) Masa Sekolah (6-12 tahun) Masa Remaja (12-18 tahun) (Wong, Hockenberry, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009).

Dalam keperawatan anak, anak dapat diartikan sebagai seseorang yang usianya kurang dari delapan belas (18) tahun, masih dalam masa pertumbuhan dan perkembangan dengan kebutuhan khusus yaitu kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Dalam memberikan pelayanan keperawatan anak selalu diutamakan, karena kemampuan anak dalam mengatasi masalah belum sempurna atau masih dalam proses kematangan yang berbeda jika dibandingkan dengan orang dewasa. Karena struktur fisik anak dan dewasa berbeda dalam aspek kematangan fisik (Yuliastati, Arnis, 2016).

2. Sehat Sakit: Menurut WHO, sehat adalah keadaan keseimbangan yang sempurna baik fisik, mental, sosial, dan tidak semata-mata hanya bebas dari penyakit atau cacat. Konsep sehat dan sakit merupakan suatu spektrum yang lebar dan setiap waktu kesehatan seseorang bergeser dalam spektrum

sesuai dengan hasil interaksi yang terjadi dengan kekuatan yang mengganggunya Rentang sehat sakit dalam paradigma keperawatan anak ialah batasan yang dapat membantu pelayanan keperawatan pada anak dengan 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 dalam meningkatkan derajat kesehatannya, demikian sebaliknya jika anak dalam kondisi kritis atau meninggal maka perawat juga memberikan bantuan dan dukungan kepada keluarga yang ditinggal. Jadi batasan sehat secara umum tidak hanya dapat diartikan bebas dari penyakit dan kelemahan, tetapi suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental, maupun sosialnya (Yuliasati, Arnis, 2016).

3. Lingkungan: Lingkungan berpengaruh terhadap terjadinya suatu kondisi sehat maupun sakit serta status kesehatan. Faktor-faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan berupa lingkungan Internal dan lingkungan external. Lingkungan internal yang mempengaruhi kesehatan seperti tahap perkembangan, latar belakang intelektual, persepsi terhadap fungsi fisik, faktor emosional dan spiritual. Sedangkan lingkungan external yang mempengaruhi status kesehatan antara lain keluarga, sosial ekonomi, budaya. Dalam paradigma keperawatan anak lingkungan yang dimaksud ialah lingkungan eksternal dan internal yang berperan dalam perubahan status kesehatan anak. Lingkungan eksternal diantaranya seperti gizi buruk, peran orang tua, saudara, teman sebaya, dan masyarakat akan

mempengaruhi status kesehatan anak. Sedangkan lingkungan internal seperti saat anak lahir dengan kelainan bawaan maka di kemudian hari terdapat perubahan status kesehatan mental yang cenderung sakit (Yuliaslati, Arnis, 2016).

4. Keperawatan: Keperawatan adalah bentuk pelayanan profesional berupa pemenuhan kebutuhan dasar yang diberikan kepada individu yang sehat maupun sakit yang mengalami gangguan fisik, psikis, dan sosial agar dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal. Bentuk pemenuhan kebutuhan dasar dapat berupa meningkatkan kemampuan yang ada pada individu, mencegah, memperbaiki, dan melakukan rehabilitasi dari suatu keadaan yang dipersepsikan sakit oleh individu (Nursalam, 2008). Dalam komponen paradigma ini pelayanan keperawatan yang diberikan kepada anak dalam mencapai pertumbuhan dan perkembangan secara optimal dengan melibatkan keluarga. Upaya keterlibatan langsung pada keluarga mengingat keluarga merupakan sistem terbuka yang anggotanya dapat dirawat secara efektif dan keluarga sangat berperan dalam menentukan keberhasilan asuhan keperawatan. Peran keluarga lainnya adalah mempertahankan kelangsungan hidup bagi anak dan keluarga, menjaga keselamatan anak dan mensejahterakan anak untuk mencapai masa depan yang lebih baik, melalui interaksi tersebut dapat terwujud kesejahteraan anak (Yuliaslati, Arnis, 2016).

Prinsip Prinsip Keperawatan Anak

Menurut Hidayat (2005), ada prinsip atau dasar dalam keperawatan anak yang dijadikan sebagai pedoman dalam memahami filosofi dalam keperawatan anak. Perawat harus mampu memahaminya, mengingat ada beberapa prinsip yang berbeda dalam penerapan asuhan, diantaranya adalah:

1. Anak bukan miniatur orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik yang berarti bahwa tidak boleh memandang anak dari ukuran fisik saja sebagaimana orang dewasa melainkan anak sebagai individu yang unik yang mempunyai pola pertumbuhan dan perkembangan menuju proses kematangan
2. Anak sebagai individu yang unik dan mempunyai kebutuhan yang sesuai dengan tahap perkembangannya, kebutuhan tersebut meliputi kebutuhan fisiologis seperti nutrisi, cairan, aktivitas, eliminasi, istirahat, tidur dan lain-lain. Dan kebutuhan psikologis, seperti sosial dan spiritual
3. Pelayanan keperawatan anak berorientasi pada upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan, bukan hanya mengobati orang yang sakit
4. Keperawatan anak merupakan disiplin ilmu kesehatan yang berfokus pada kesejahteraan anak sehingga perawat bertanggung jawab secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan anak
5. Praktik keperawatan anak mencakup kontrak dengan anak dan keluarga untuk mencegah, mengkaji, mengintervensi, dan meningkatkan kesejahteraan hidup dengan menggunakan proses keperawatan yang sesuai dengan aspek moral dan aspek hukum.
6. Tujuan keperawatan anak dan remaja adalah untuk meningkatkan maturasi atau kematangan yang sehat bagi anak dan remaja sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual dalam konteks keluarga dan masyarakat.
7. Pada masa yang akan datang kecenderungan keperawatan anak berfokus pada ilmu tumbuh

kembang karena akan mempelajari aspek kehidupan anak (Abiyoga, 2014).

Dalam memberikan asuhan keperawatan kepada anak tentu saja berbeda dengan orang dewasa. Perawat harus memperhatikan beberapa prinsip dalam menerapkan asuhan keperawatan anak yang terdiri dari (Yuliastati, Arnis, 2016):

1. Anak bukan miniatur orang dewasa, tidak boleh memandang anak hanya dari segi fisik melainkan sebagai individu unik yang memiliki pola pertumbuhan dan perkembangan menuju proses kematangan
2. Sebagai individu yang unik, anak memiliki kebutuhan yang berbeda sesuai tumbuh kembangnya. Kebutuhan fisiologis seperti nutrisi dan cairan, aktivitas, eliminasi, tidur, dan lain-lain. Sedangkan kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual akan terlihat sesuai tumbuh kembangnya
3. Mengingat anak adalah generasi selanjutnya maka pelayanan keperawatan anak fokus berorientasi pada upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan anak
4. Keperawatan anak berfokus pada kesejahteraan anak, sehingga dalam hal ini perawat bertanggung jawab secara utuh dalam memberikan asuhan keperawatan anak, serta selalu melibatkan keluarga
5. Praktik keperawatan anak harus sesuai dengan aspek moral (etik) dan aspek hukum (legal)
6. Tujuan keperawatan anak dan keluarga adalah untuk mendewasakan. Upaya mendewasakan anak adalah dengan selalu memperhatikan lingkungan anak baik itu lingkungan internal maupun eksternal

7. Pada masa yang akan datang keperawatan anak akan cenderung berfokus pada ilmu tumbuh kembang, karena mempelajari banyak aspek kehidupan anak.

Peran Perawat Anak

Peran dapat diartikan sebagai perangkat perilaku yang diharapkan oleh individu sesuai dengan status sosialnya. Jika ia seorang perawat, peran yang diharapkan adalah peran sebagai perawat (Asmadi, 2008). Berdasarkan konsorsium ilmu kesehatan dari hasil lokakarya keperawatan tahun 1983, terdapat empat peran perawat, yaitu:

1. Peran perawat sebagai pelaksana pelayanan: Keperawatan peran ini dikenal dengan peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara langsung atau tidak langsung kepada klien sebagai individu, keluarga, dan masyarakat, dengan metoda pendekatan pemecahan masalah yang disebut proses keperawatan.
2. Peran perawat sebagai pendidik dalam keperawatan: Sebagai pendidik, perawat berperan dalam mendidik individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat serta tenaga kesehatan yang berada di bawah tanggung jawabnya. Peran ini berupa penyuluhan kepada klien, maupun bentuk desiminasi ilmu kepada peserta didik keperawatan.
3. Peran perawat sebagai pengelolah pelayanan keperawatan: Dalam hal ini perawat mempunyai peran dan tanggung jawab dalam mengelola pelayanan maupun pendidikan keperawatan sesuai dengan manajemen keperawatan dalam kerangka paradigma keperawatan. Sebagai pengelola, perawat melakukan pemantauan dan menjamin kualitas asuhan atau pelayanan keperawatan serta mengorganisasikan dan mengendalikan sistem

pelayanan keperawatan. Secara umum, pengetahuan perawat tentang fungsi, posisi, lingkup kewenangan, dan tanggung jawab sebagai pelaksana belum maksimal.

4. Peran perawat sebagai peneliti dan pengembang pelayanan keperawatan: Sebagai peneliti dan pengembangan di bidang keperawatan, perawat diharapkan mampu mengidentifikasi masalah penelitian, menerapkan prinsip dan metode penelitian, serta memanfaatkan hasil penelitian untuk meningkatkan mutu asuhan atau pelayanan dan pendidikan keperawatan. Penelitian di dalam bidang keperawatan berperan dalam mengurangi kesenjangan penguasaan teknologi di bidang kesehatan, karena temuan penelitian lebih memungkinkan terjadinya transformasi ilmu pengetahuan dan teknologi, selain itu penting dalam memperkuat upaya menetapkan dan memajukan profesi keperawatan (Purba, 2016).

Peran perawat anak dalam proses asuhan keperawatan yaitu dengan cara mendengarkan keluhan anak dan keluarga, perawat dapat bertukar pikiran dan pendapat tentang masalah anak dan keluarga, serta membantu mencari pemecah masalah alternatif. Perawat juga harus bisa melakukan koordinasi atau kolaborasi selain sesama perawat, perawat juga harus melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan tim kesehatan dan keluarga yang berperan sebagai mitra perawat, oleh karena itu kerjasama harus terbina dengan baik tidak hanya pada saat membutuhkan informasi saja. Dan perawat juga harus mampu menjadi peneliti, pada peran ini diperlukan kemampuan perawat dalam berpikir kritis untuk melihat fenomena sehari-hari yang sedang terjadi dalam layanan asuhan keperawatan anak (Yuliastati, Arnis, 2016).

Merawat pasien anak dan orang dewasa memiliki sedikit perbedaan, yang dimana anak mudah bosan, gampang sekali merasa cemas, rewel, takut dengan kehadiran tenaga medis, serta susah untuk diatur. Anak yang cemas akan mengalami kelelahan karena menangis terus, tidak mau berinteraksi dengan perawat, rewel, merengek minta pulang, menolak makan sehingga memperlambat proses penyembuhan, menurunnya semangat untuk sembuh, dan tidak kooperatif dengan perawatan (Sari, Batubara, 2017). Kecemasan anak saat di rumah sakit disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya perpisahan, hilang kendali, cedera tubuh, dan nyeri. Anak mengalami perpisahan dengan tempat tinggal dan teman bermain. Anak juga harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru di rumah sakit dan berbagai tindakan di rumah sakit.

Daftar Pustaka

- Abiyoga, Aries (2014) *Kajian Ibu Dalam Merawat Anak Yang Mengalami Diare Pada Anak Usia Balita di Rumah Sakit Perseroan Terbatas Perkebunan Nusantara VIII Subang Tahun 2014*. Cimahi: Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jenderal Achmad Yani
- Asmadi (2008) *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC
- _____ (2008) *Tehnik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika
- Djamil, M. Nasir (2013) *Anak Bukan Untuk Dihukum*. Jakarta: Sinar Grafika
- Hidayat (2005) *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak I*. Jakarta: Salemba Medika
- Kusnanto (2003) *Profesi dan Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: EGC
- Lutfiyah, Umi (2016) *Studi Komparasi Tentang Sanksi Penelantaran Anak Dalam Perspektif Pengadilan Negeri Kudus Menurut Hukum Islam dan Undang Undang No. 35 Tahun 2014 Tentang Perlindungan Anak*. Sekolah Tinggi Agama Islam Negeri Kudus
- Potter & Perry (2009) *Fundamental Keperawatan*. Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika
- Purba, Lorensia (2016) *Hubungan Antara Kemampuan Berempati Dengan Kualitas Pelayanan Pada Perawat di Rumah Sakit Umum Deli Serdang Lubukpakam*. Medan: Fakultas Psikologi Universitas Medan Area
- Anton M; Moeliono, dkk (1990) *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Cetakan ke-3. Jakarta: Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, dan Balai Pustaka
- Nursalam (2008) *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika

- Ruthmitasari, Ade Nopy (2020) *Pengalaman Perawat Dalam Menangani Anak Dengan Covid-19*. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Malang
- Sari, Febriana Sartika; Batubara, Intan Maharani (2017) Kecemasan Anak Saat Hospitalisasi. *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada* Vol. 8 No. 2
- Soetjningsih (2014) *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Solehuddin (2013) *Pelaksanaan Perlindungan Hukum Terhadap Pekerja Anak yang Bekerja di Bidang Konstruksi (Studi di Proyek Pembangunan CV. Karya Sejati Kabupaten Sampang)*. Malang: Jurnal Universitas Brawijaya
- Suwignyo (2007) *Pengaruh Manajemen Asuhan Keperawatan dan Motivasi Berprestasi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Supartini, Yupi (2012). *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC
- Wardhono, S (1998) *Menuju Keperawatan Profesional*. Semarang: Akper Depkes
- Wong, Donna L (2009) *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Volume 2. Jakarta: EGC
- Wong, D.L; Perry, S.E; Hockenberry, M.J. (2002). *Maternal Child Nursing Care*. Second Edition. USA: Mosby.Inc
- Wong. D.L. Hockenbery. M, wilson. D, Wikelstein. M. L, Schwartz. P. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. volume 1. Jakarta: EGC.
- Supartini, Yupi (2004) *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC
- Yuliaswati; Arnis, Amelia (2016) *Keperawatan Anak*. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan

Profil Penulis



Dr. Hamdan Firmansyah, SHI, SH, MMPd, MH

Lahir di Sukabumi tanggal 02 Agustus 1981 dari pasangan Ibu Suaebah seorang pendidik dan Bapak Fajar Hidayat seorang jurnalis. Penulis menikahi wanita yang lahir dari pasangan Ibu Emi Ratnawati dan Bapak Mardjuki bernama Putri Ema Swandayani, S.Kep dan Alhamdulillah baru dikaruniai lima orang anak: Hizqil Hilqiya, Yusya Alyasa, Asmatuha Fariha Yaumia, Muhammad Arasya Muntaha dan Muhammad Irsyad Rasyid. Sekarang penulis bersama keluarga merintis Lembaga Pendidikan dan Dakwah Pesantren Cendekia di Kota Sukabumi.

Pendidikan yang ditempuh adalah Madrasah Ibtidaiyah (1993), Madrasah Diniyah Awwaliyah (1994), Taman Pendidikan Al-Quran (1995), Sekolah Menengah Pertama (1996) di kota Sukabumi, Pada pertengahan tahun 1996 Masuk Pondok Modern Gontor kemudian ditempatkan di Kulliyatu-l-Mu'alimin Al-Islamiyah Pondok Modern Arrisalah (1999/2000) di Ponorogo, penulis melanjutkan ke Institut Studi Islam Darussalam Pondok Modern Gontor Jurusan Manajemen Lembaga Keuangan Islam tamat tahun 2004, Institut Agama Islam Riyadlotul Mujahidin Pondok Pesantren Wali Songo Ponorogo Jurusan Mu'amalat (Hukum Ekonomi Syariah) tamat tahun 2004 dan Program Akta IV Tarbiyah Jurusan Pendidikan Agama Islam di tempat yang sama. Pada tahun 2005-2006 mendapat beasiswa dari Zakariyya Islamic University Lenasia South Africa untuk Program Studi Islam. Pada tahun 2006, penulis melanjutkan studi di Program Pascasarjana Magister Manajemen Pendidikan Sekolah Tinggi Manajemen IMNI Jakarta hingga selesai tahun 2007. Kemudian melanjutkan studi pada Program Pascasarjana Magister Hukum Ekonomi Syariah Universitas Islam Negeri Sunan Gunung Djati Bandung dengan berhasil meraih predikat Cum Laude. Dan saat ini telah menyelesaikan Program Pascasarjana Doktor Hukum Islam Konsentrasi Hukum Ekonomi Syariah di almamater yang sama yaitu Universitas Islam Negeri Sunan Gunung Djati Bandung dengan meraih predikat Cum Laude. Pengalaman Penulis selain aktif sebagai peneliti sekaligus penulis baik berupa buku maupun berupa jurnal nasional dan internasional juga sebagai nara sumber pada seminar dan loka karya, tutor pada pelatihan dan sebagai tenaga edukatif dimulai sejak tahun 1998 sampai sekarang yaitu menjadi Guru TPA, RA/TK, MI/SD, MTs/SMP, MA/SMA, KMI, dan Dosen perguruan tinggi dari Program

Diploma, Sarjana hingga Pascasarjana. Penulis pernah mendapat kehormatan menjadi Guru Agama Masyarakat Indonesia atas permintaan Kedutaan Besar Republik Indonesia dan Guru Agama Masyarakat Malaysia atas permintaan Suruhanjaya Tinggi Malaysia di Republik Afrika Selatan.

Email Penulis: abihilqi@gmail.com

KEPERAWATAN ANAK BERBASIS TEORI

Umi Hanik Fetriyah, Ns., M.Kep

Universitas Sari Mulia Banjarmasin

Definisi Teori

Teori merupakan seperangkat konsep yang saling berkaitan terbentuk berdasarkan ide kreatif yang menggambarkan pandangan tentatif, sistematis dan terarah terhadap sebuah fenomena sehingga dapat dijelaskan dan diprediksi alasan mengapa terjadi fenomena tersebut. Sebuah teori sangat penting bagi para praktisi, peneliti serta berkembangnya ilmu pengetahuan karena dapat memfasilitasi pengembangan *body of knowledge* (batang tubuh pengetahuan) dan metode yang efisien, mampu menyediakan kerangka kerja untuk dianalisis, serta dapat diaplikasikan secara praktis dalam menyelesaikan permasalahan dunia nyata atau fenomena yang terjadi.

Definisi Keperawatan

Keperawatan sebagai sebuah profesi memiliki batang tubuh pengetahuan (*body of knowledge*) yang jelas, berbeda dengan profesi lainnya karena memilikiciri khas dan cara unik dalam melakukan asuhan keperawatan dan teori keperawatan sebagai kerangka kerja keperawatan. Teori keperawatan sebagai kerangka kerja seorang

perawat dalam berpikir, bertindak dan bersikap. Keperawatan merupakan pemberian perawatan secara otonom dan kolaboratif yang diberikan pada individu pada semua usia mulai dari janin sampai lansia, keluarga, kelompok dan masyarakat, dalam keadaan sakit atau sehat dan diberikan di semua pengaturan tatanan pelayanan kesehatan.

Definisi Keperawatan Anak Berbasis Teori

Merupakan proses pemberian asuhan keperawatan oleh perawat pada anak mulai dari usia 0-18 tahun atau mulai dari janin sampai dengan remaja akhir, keluarga, kelompok anak dan masyarakat baik dalam keadaan sehat maupun sakit di semua pelayanan kesehatan berlandaskan teori baik dari teori keperawatan maupun teori lainnya yang mendasari aplikasi proses pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif meliputi aspek bio-psiko-sosio- spiritual dan kultural sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarganya sehingga status kesehatan anak meningkat dengan lebih efektif dan efisien. Asuhan keperawatan anak meliputi beberapa upaya kesehatan seperti promosi kesehatan, pencegahan penyakit, perawatan pada baik pada anak, keluarga, kelompok dan masyarakat yang sakit, cacat dan sekarat. Peran keperawatan anak yang penting diantaranya melakukan upaya peningkatan peran keluarga dalam perawatan pada anak, advokasi pada pasien dan keluarga, promosi lingkungan yang aman dan nyaman bagi anak, mampu melakukan teknik pengelolaan atau manajemen pasien dan keluarga dalam sistem pelayanan kesehatan, memberikan pendidikan kesehatan secara kontinu/berkelanjutan serta berperan aktif melakukan penelitian.

Keperawatan anak berbasis teori dengan berpartisipasi aktif dalam melakukan penelitian dengan

mengidentifikasi konsep teoritis yang telah diaplikasikan dalam asuhan keperawatan pada anak baik di unit rawat inap maupun rawat jalan dengan melakukan penilaian apakah fenomena yang ditemukan pada pasien anak dan keluarga sesuai dengan teori atau apakah ada perbedaan antara fenomena dengan konsep teori, sehingga harapannya hasil penelitian tersebut dapat membantu mengembangkan teori dan konsep, penemuan teori baru, dan memberi masukan dalam pengambilan kebijakan kesehatan yang akhirnya berkontribusi dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan anak dan keluarga.

Pentingnya Aplikasi Keperawatan Anak Berbasis Teori

Kemajuan profesi keperawatan sebagai suatu disiplin ilmu yang berbeda dengan profesi lainnya merupakan hasil dari kontribusi, hubungan timbal balik dan siklus antara teori, penelitian, dan praktik. Perawat anak wajib mampu mengaplikasikan teori yang esensial diketahui dan dikuasai, menganalisis teori yang diaplikasikan tersebut dengan pemeriksaan ulang teori-teori keperawatan yang berkelanjutan sangat diperlukan dengan tujuan untuk memperjelas dan mempertegas domain atau ruang lingkup keperawatan, memberi arahan dan pengembangan ilmu, kiat dan praktik keperawatan, serta mengomunikasikan kontribusi ilmu keperawatan yang unik dan esensial tersebut sebagai upaya peningkatan kualitas ilmu pengetahuan dalam penelitian kesehatan dan perawatan kesehatan pada anak dan keluarganya.

Keperawatan anak berbasis teori dapat diterapkan dalam praktik perawatan sehari-hari, maka perawat dapat menemukan dan menentukan tujuan dan arah asuhan keperawatan yang konsisten dengan nilai-nilai dasar keperawatan, oleh karena itu hubungan antara teori dan praktik bersifat saling mempengaruhi atau timbal balik. Tujuan utama keperawatan anak berlandaskan teori

dalam profesi keperawatan adalah untuk meningkatkan praktik dengan memberikan pengaruh positif pada status kesehatan dan kualitas hidup pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat

Beberapa Teori yang Menjadi Dasar dalam Keperawatan Anak

Teori dapat menjadi kerangka kerja keperawatan yang mempengaruhi efektivitas biaya perawatan anak sakit sehingga biaya lebih efisien, kemajuan penelitian keperawatan, pengakuan serta penghargaan atas professional kesehatan, peningkatan komunikasi dan pendidikan. Berdasarkan sumber yang berasal dari para ahli dalam bidang keperawatan anak dan hasil penelitian menunjukkan beberapa teori yang menjadi dasar atau landasan dalam penerapan proses asuhan keperawatan pada anak dan keluarganya sebagai berikut :

1. Teori Keluarga

Dewasa ini, istilah keluarga didefinisikan dalam beberapa persepsi dan cara yang berbeda sesuai dengan kerangka acuan, nilai, atau disiplin seseorang/individu tersebut. Definisi keluarga sebelumnya menekankan bahwa anggota keluarga terikat oleh adanya ikatan darah atau hubungan genetik, ikatan secara hukum dan tinggal dalam satu rumah tangga yang sama dan memiliki peran tertentu. Beberapa ahli juga memperluas definisi keluarga untuk mencerminkan adanya perubahan struktural dan fungsional dalam sebuah keluarga. Sebuah keluarga dapat didefinisikan sebagai suatu institusi di mana masing-masing individu didalamnya terkait secara biologi atau adanya komitmen, yang terdiri dari beberapa generasi dan jenis kelamin yang sama atau berbeda, adanya pengasuhan, hubungan emosional masing-masing individu dan komitmen yang

disepakati, berpartisipasi sesuai perannya dan hubungan timbal balik secara sosial.

Aplikasi pemberian asuhan keperawatan pada bayi dan anak sangat erat kaitannya dengan cara dan pola pengasuhan dan interaksi anak dan keluarga. Struktur dan dinamika keluarga dapat memiliki pengaruh baik positif dan negatif yang dapat bertahan lama pada seorang anak, sehingga mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan anak dan keluarganya. Hasil penelitian selama tiga dekade menunjukkan bahwa struktur keluarga berdampak pada status kesehatan dan kesejahteraan anak-anak dan keluarga. Anak yang tinggal bersama orang tua kandung mereka yang telah menikah dan mampu menjaga dan mempertahankan secara konsisten pernikahan tersebut menjadi sebuah keluarga yang utuh maka memiliki kesejahteraan yang lebih baik dari aspek fisik, psikologis- emosional, sosial, ekonomi, spiritual, pandangan tentang perilaku seksual dan prestasi akademik.

Dampak orang tua yang tidak dapat mempertahankan ikatan pernikahan atau bercerai berdampak kesehatan dan kesehatan orang tua dan anggota keluarga lainnya. Oleh karena itu perawat yang melakukan asuhan pada anak baik sehat maupun sakit harus mempromosikan struktur keluarga yang utuh pada keluarga karena keluarga yang utuh dalam sebuah pernikahan memiliki peluang terbaik untuk menghasilkan anak yang sehat kecuali pada anak yang memiliki orang tua (bapak atau ibunya) menghadapi kekerasan perkawinan yang tidak dapat diselesaikan. Perawat berperan sebagai pemberi perawatan (*care giver*) pada pasien anak melakukan anamnesa pada keluarga atau pasien anak yang datang ke pelayanan kesehatan tentang struktur dan

fungsi keluarga, hal ini penting dikaji karena dengan menyadari jenis struktur keluarga pasien, fungsi keluarga pasien, dan memahami teori keperawatan atau teori disiplin lainnya yang menjadi dasar pemahaman bahwa perubahan struktur dan fungsi keluarga tersebut berdampak pada perubahan status kesehatan pasien anaknya, oleh karena itu perawat mempromosikan dan mendukung pernikahan yang sehat pada keluarga pasien dan untuk mencegah terjadinya perceraian, mampu menetapkan intervensi keperawatan terbaik bagi kebutuhan pasien dan keluarganya dan berfokus dalam upaya peningkatan peran serta orang tua sebagai pemberi perawatan utama bagi anaknya.

Sebagian perawat menggunakan kombinasi teori saat melaksanakan proses asuhan keperawatan pada anak dan keluarga. Teori yang umum digunakan dalam proses asuhan keperawatan anak berdasarkan teori keluarga diantaranya yakni teori sistem keluarga, teori stres keluarga, teori perkembangan dan mengarahkan berorientasi keluarga atau yang biasa dikenal dengan *Family-Centered Care* (FCC).

a. Teori Sistem Keluarga

Keluarga sebagai suatu sistem terbuka dan tertutup yang terus menerus saling berinteraksi dengan anggota keluarga dengan lingkungannya. Adanya perubahan status kesehatan salah satu anggota keluarga menciptakan perubahan pada anggota keluarga yang lain sehingga terjadi masalah atau disfungsi pada jenis interaksi yang digunakan keluarga tersebut. Ketika sistem keluarga terganggu, perubahan dapat terjadi kapan saja dalam sistem interaksi antar anggota dan lingkungannya. Perawat harus menilai kemampuan keluarga untuk menerima

ide/gagasan, informasi, sumber daya, dan peluang baru serta merencanakan strategi terbaik bagi kebutuhan keluarga. Keluarga yang tertutup dengan lingkungan luar maka perawat perlu lebih peka dan terampil untuk mendapatkan kepercayaan dan penerimaan dari keluarga tersebut.

b. Teori Stres Keluarga

Menerangkan bagaimana keluarga bereaksi terhadap peristiwa stress, ketahanan stres keluarga, penyesuaian, cara beradaptasi terhadap stress dengan melakukan perubahan struktur atau interaksi keluarga. Keluarga menghadapi stresor (peristiwa yang menyebabkan ketegangan/stres dan berpotensi mempengaruhi perubahan sistem sosial keluarga), misalnya stressor dapat diprediksi yakni menjadi istri) dan misal stressor yang tidak dapat diprediksi yakni penyakit. Peristiwa stres yang terjadi dalam waktu yang relatif singkat (biasanya 1 tahun) dapat mempengaruhi kemampuan keluarga untuk mengatasi masalah tersebut, beresiko gangguan atau masalah kesehatan fisik dan emosional di antara anggotanya, dan memicu krisis.

c. Teori Perkembangan

Membahas perubahan tugas perkembangan keluarga dari waktu ke waktu sebagai penanda transisi tahapan keluargamenggunakan tahapan siklus hidup keluarga menurut Duvall. Tugas perkembangan ini berdasarkan perubahan yang dapat diprediksi dan diantisipasi oleh keluarga dalam fungsi, peran keluarga, dan struktur berdasarkan dengan usia anak sulung (pertama). Kelahiran anak pertama menandai peralihan dari

tahap I (keluarga baru menikah) ke tahap II (Keluarga dengan Bayi) dan seterusnya sampai tahap ke delapan yakni keluarga lansia. Keluarga harus mampu menghadapi tugas perkembangan tertentu dan juga mencapai tugas perkembangan individu sebagai bagian dari setiap tahap siklus hidup keluarga

- d. Teori Perawatan berorientasi Keluarga (*Family-Centered Care*) Merupakan perspektif perawatan anak yang melihat bahwa anak terintegrasi dalam sebuah keluarga baik pada keadaan sehat maupun sakit. *Family-centred care* (FCC) dipromosikan dan diperdebatkan sebagai model atau teori untuk perawatan kesehatan anak pada semua bidang pendidikan, kebijakan, manajemen dan praktik asuhan keperawatan anak. Keluarga sebagai orang terdekat anak perlu pendekatan dalam lingkup perawatan dengan menjalin kemitraan dan kerjasama dalam perawatan anak antara keluarga dan tenaga kesehatan hasilnya peningkatan kualitas perawatan dan hasil kesehatan pada anak dengan penyakit kronis, cacat fisik, dan berkebutuhan khusus. FCC mengadopsi sembilan prinsip utama: pengakuan keluarga sebagai konstanta yang terus berada dalam kehidupan anak; menghormati keragaman ras, etnis, budaya dan sosial ekonomi keluarga; mengenali dan mengetahui kekuatan masing-masing keluarga, menghormati metode coping yang berbeda ; memenuhi kebutuhan perkembangan anak dan keluarga; mengadopsi kebijakan dan praktik pemberian dukungan emosional dan keuangan keluarga; menetapkan perencanaan perawatan kesehatan yang fleksibel dengan memperhatikan aspek budaya dan

responsif/tanggap terhadap kebutuhan keluarga; kontinu berbagi informasi lengkap dan tidak bias dengan keluarga; memfasilitasi kolaborasi antara orang tua dan tenaga kesehatan di semua tingkat layanan kesehatan; dorongan, fasilitasi keluarga dan dukungan jaringan. Aplikasi FCC diharapkan adanya peningkatan kepuasan dan kenyamanan pasien dan keluarga terhadap layanan kesehatan dengan memperhatikan faktor dari perawat meliputi : pengalaman kerja, usia, budaya, status perkawinan dan memiliki/tidak memiliki anak. Hasil penelitian juga menyebutkan kegagalan FCC karena kurangnya perhatian yang diberikan perawat pada aspek sosial, budaya, sosial dan politik. Pandemi Covid 19 menyebabkan beberapa kendala dan tantangan aplikasi FCC oleh tim perawatan kesehatan memberikan perawatan yang berpusat pada anak dan keluarga. Pembatasan Covid-19 berdampak pada pemberian hak bagi keluarga dapat ikut serta menemani anaknya yang sakit, memberikan perawatan dan mengasuh anaknya dapat menstimulasi tumbuh kembang terbatas pada anak meskipun sedang sakit. Rekomendasi pentingnya implementasi fasilitasi proses pengasuhan yang berpusat pada anak dan keluarga berkelanjutan saat anak sakit karena penting untuk memelihara dan meningkatkan kesejahteraan fisik maupun psikologis anak. Alasan lainnya FCC penting diterapkan karena partisipasi dan kehadiran keluarga dalam masa perawatan pada anak sakit memiliki lebih banyak manfaat yang dirasakan daripada risikonya bagi kesehatan anak, keluarganya, dan juga tim perawatan kesehatan.

2. Teori Kepedulian Watson (*Watson's Caring Theory*)

Teori ini mengajarkan tentang kepedulian sebagai manusia, penuh perhatian, sadar melakukan tindakan dan sengaja melakukannya. Peduli merupakan konsep penting dalam perawatan sehingga esensial dan fokus utama keperawatan termasuk dalam pemberian asuhan pada anak melalui perilaku yang konkrit tentang kepedulian saat merawat anak sakit. Peran perawat dalam merawat anak meliputi kebaikan, empati, kepedulian, dan cinta untuk diri sendiri dan orang lain. Perawat perlu memperhatikan nilai/kepercayaan, pengalaman, budaya yang dianut anak dan keluarganya. Asuhan keperawatan untuk anak-anak harus disesuaikan dengan usia dan kebutuhan anak dan keluarga untuk membantu mereka membuat penyesuaian yang diperlukan selama perawatan baik rawat jalan maupun rawat inap. Hal tersebut akan membantu anak kooperatif dan dapat bekerja sama lebih baik selama tindakan perawatan dan tindakan medis sehingga mempercepat dan meningkatkan pemulihan status kesehatannya. Perawat harus memahami dengan baik tentang apa perilaku caring terhadap anak yang dirawat di rumah sakit, hal ini akan membekali perawat tentang bagaimana memenuhi kebutuhan pasien tersebut. Sepuluh perilaku caring yakni menghibur, jujur, sabar, mendengarkan dengan penuh perhatian, tanggung jawab, sentuhan, kepekaan, hormat, memanggil pasien dengan nama, memberikan informasi sehingga pasien dapat membuat keputusan. Perawat harus lebih peka terhadap respon anak; memberi bantuan dan kepercayaan pada anak; mengekspresikan perasaan positif/negative secara asertif; mengajarkan sesuatu; mampu menciptakan lingkungan yang mendukung tumbuh kembang, melindungi; memahami dan

memberikan bantuan optimal bagi anak dan keluarga; memberikan dukungan spiritual sesuai agama/kepercayaan.

3. Teori Mercer tentang Pencapaian Peran Ibu (*Mercer's Theory of Maternal Role Attainment*)

Teori ini membahas tentang pencapaian peran orang tua yang memiliki anak, khususnya pada ibu karena menjadi seorang ibu berarti seorang Wanita akan mengalami pertumbuhan dan perubahan yang berkelanjutan seumur hidup dalam menjalankan peran keibuannya. Ibu juga umumnya menjadi pemberi perawatan utama pada anak saat sakit. Peran ibu dapat dianggap tercapai saat ibu merasakan keselarasan dalam dirinya antara peran dan harapannya, misalnya pada ibu yang baru saja melahirkan bayi. Tanggapan perilakunya terhadap harapan peran menjadi ibu muda yang memiliki bayi tersebut adalah refleksi dari diri ibu dan dapat terlihat dari sikap perhatian dan kompetensi ibu dalam merawat bayinya, kesenangannya, cinta dan kasih sayang pada bayinya, dan penerimaan diri ibu terhadap tanggung jawab yang ditimbulkan oleh peran tersebut. Ibu juga merasa aman dalam identitasnya sebagai ibu secara emosional, berkomitmen untuk bayinya dan merasakan harmoni, kepuasan, dan kompetensi dalam perannya sebagai ibu. Jika tidak sesuai dengan peran ibu, maka perawat harus mampu menggali permasalahan yang kompleks dengan melibatkan sistem pendukung utama ibu yang paling berpengaruh pada pencapaian peran keibuannya meliputi ibunya, bayinya, suami/pasangannya, dan hubungan intim dengan anggota keluarganya, maka perlu keterlibatan tim kesehatan lainnya karena banyak faktor dan proses yang mempengaruhi pencapaiannya. Apabila tidak cepat ditangani dapat

menimbulkan stress pada ibu yang juga berdampak stress pada bayi dan mengganggu tumbuh kembang bayi, status kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak.

4. Teori Orem tentang Self Care Defisit (*Orem's Self-Care Deficit Theory*) dan Teori Sistem Keperawatan (*Theory of Nursing Systems*)

Perawat anak memberikan asuhan keperawatan karena ketidakmampuan melakukan perawatan diri akibat adanya keterbatasan. Perawat melakukan proses keperawatan untuk membantu individu baik pasien anak, keluarga maupun masyarakat untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri mereka dan meningkatkan kemampuan perawatan diri mereka disesuaikan dengan usia, kecerdasan, keterampilan, kemauan dan kebutuhan pasien. Proses dimulai dengan perawat membina hubungan dengan pasien anak dan keluarga lalu mengidentifikasi dan mendiskusikan mengenai tuntutan perawatan diri terapeutik saat inidibutuhkan diberikan secara penuh oleh perawat atau sebagian kebutuhanperawatan diri dibantu oleh perawatan dan keluarga atau pasien dapat melakukan secara mandiri perawatan dirinya. Perawat anak dapat memberikan pembelajaran dengan memberikan bimbingan pada anak dan keluarga dalam melakukan perawatan diri, meningkatkan perasaan sejahtera, dan merangsang minat, motivasi anak dan keluarga dalam perawatan diri.

5. Model Sistem Neuman (*Neuman Systems Model*)

Model Neuman menerangkan istilah "klien" sebagai individu (pasien mulai dari bayi-lansia), kelompok, keluarga, masyarakat. Setiap klien berinteraksi secara sinergis dan kontinu dalam hubungannya satu sama

lain dan hubungan timbal balik dengan lingkungan internal dan eksternal ditempat mereka tinggal Perawat membantu memenuhi lima variabel yang kebutuhan klien yakni fisiologis, psikologis, perkembangan, sosiokultural, dan kebutuhan spiritual. Tingkat kesehatan klien dapat dipertahankan, meningkat, atau menurun saat klien stres bereaksi terhadap stresor Stabilitas sistem klien secara signifikan dipengaruhi oleh persepsi klien. Perawat harus mengkaji persepsi klien mengenai sakitnya, stresor aktual atau potensial yang dialami klien, variabel klien seperti karakteristik klien. Perawat melihat klien sebagai satu kesatuan saling terkait 5 variabel yang berbeda antara yang satu dengan lainnya, menentukan perspektif klien sebelum melakukan analisa data terutama data subyektif klien dan menetapkan intervensi keperawatan dengan memperhatikan kekuatan, kelemahan, sumber daya klien miliki karena memiliki efek yang signifikan pada peningkatan atau penurunan energi mereka untuk melakukan upaya kesehatan, mempengaruhi resistensi dan respon dan klien terhadap stressor. Perawat memberi asuhan keperawatan dengan melakukan promosi kesehatan, stabilitas sistem melalui tindakan pencegahan primer, sekunder, atau tersier.

6. Teori Proses Keperawatan Orlando (Orlando's *Nursing Process Theory*)

Teori proses keperawatan ini menjelaskan tentang tugas dan fungsi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan. Lima konsep yang mendasari teori yakni fungsi perawat sebagai professional sehingga dalam bekerja harus terorganisir dan dapat dipertanggung jawabkan, mampu berkomunikasi dengan baik dalam menggalai masalah dan perilaku yang dihadapi pasien,

memberikan respon segera pada pasien dan tanggap terhadap respon internal dirinya saat berhadapan dengan pasien anak, melakukan pengkajian refleksi pada anak dan keluarga sehingga ada upaya perbaikan diri lebih baik bagi pasien, melakukan upaya resolusi kesehatan yang lebih sehat bagi pasien anak dan keluarganya sehingga mengurangi, menghilangkan penderitaan langsung pada anak dan keluarga, serta meningkatkan kesejahteraannya.

Literatur terbaru menyatakan perlunya model yang lebih integratif, dalam perawatan mempertimbangkan tidak hanya keluarga, tetapi juga anak dan anggota tim kesehatan yang efektif. Salah satu upaya peningkatan pengambilan keputusan berdasarkan pengumpulan informasi dan analisis data maka perlu intervensi keperawatan dengan kolaborasi professional kesehatan (*Interprofesional Collaboration/IPC*). IPC dapat diajarkan sejak menjadi siswa melalui *interprofessional education/IPE*. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan pengalaman siswa yang pernah mengikuti pembelajaran lintas profesi dan memiliki pengalaman berorganisasi dengan kesiapan terhadap IPE. Rekomendasi pendidikan kesehatan dalam persiapan pelaksanaan IPE sejak dini pada siswa guna meningkatkan kemampuan kerjasama, komunikasi, kepercayaan sesama tenaga kesehatan dan mampu memberikan asuhan berfokus pada pasien dalam lingkungan kerja sama tim yang kolaboratif.

Daftar Pustaka

- Alligood, M. R. (2013). *Nusing theory: utilization & application*. Fifth edition. Mosby: Elsevier Inc : USA.
- Alligood, M.R., Tomey, A. M. (2021). *Nursing Theorists and Their Work*, Ninth Edition.: Missouri: Elsevier Inc: USA.
- Al-Motlaq, M., Neill, S., Foster, M. J., *et al.* (2021). Position statement of the international network for child and family centered care: Child and family centred care during the COVID19 pandemic. *Journal of Pediatric Nursing*, Volume 61, Pages 140-143, ISSN 0882-5963. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.05.002>.
- Anderson J. (2014). The impact of family structure on the health of children: Effects of divorce. *The Linacre quarterly*, 81(4), 378–387. <https://doi.org/10.1179/0024363914Z.00000000087>
- Arora, Smriti. (2015). Integration of nursing theories in practice. *International Journal of Nursing Science Practice and Research*, 1. 8-12.
- Chinn, P.L., Kramer, M.K. (2018). *Knowledge development in nursing: theory and process*. 10th ed. Missouri: Elsevier Inc: USA.
- Elbahnasawy, Hanan T., Lawend, Josephin, Mohammed, EntsarKamel. (2016). Application of Watson Caring Theory for Nurses in Pediatric Critical Care Unit. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, Volume 5, Issue 4 Ver. IV: PP 56-67, e-ISSN: 2320–1959.p- ISSN: 2320–1940. DOI: 10.9790/1959-0504045667.
- Fetriyah, Umi H., Ariani, M., Rahman, F. (2021). perception of interprofessional education (IPE) at health students in the Banjarmasin City. Manuscript submitted for publication.
- Hockenberry, Marilyn J., Wilson, D., Rodgers, Cheryl C. (2017). *Hockenberry: Wong's Essentials of Pediatric Nursing*, Tenth Edition. ISBN: 978-0-323-35316-8, Missouri: Elsevier Inc : USA.
-

-
- ICN. Nursing Definition. Tersedia:
<https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>. (diakses 10 Oktober 2021).
- Jairath, N. N., Peden-McAlpine, C. J., Sullivan, M. C., Vessey, J. A., & Henly, S. J. (2018). Theory and Theorizing in Nursing Science: Commentary from the Nursing Research Special Issue Editorial Team. *Nursing research*, 67(2), 188–195. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000273>
- Loureiro, F.M., Antunes, A.V.R.A., Charepe, Z.B. (2021). Theoretical nursing conceptions in hospitalized child care: scoping review. *Rev Bras Enferm*, 74(3): e20200265. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0265>
- Marudhar, Mr. & Bashir, J. (2019). Nursing Theories. Tersedia: https://www.researchgate.net/publication/333022822_nursing_theories. (diakses 15 Oktober 2021).
- McEwen, M., Wills, EveM. (2019). Theoretical basis for nursing. Fifth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Phiri, Patrick G.M.C., Chan, Carmen W.H., Wong, Cho Lee, Choi, Kai Chow, Ng, Marques S.N. 2021. Discrepancies between nurses' current and perceived necessary practices of family-centred care for hospitalised children and their families: A cross-sectional study. *Journal of Pediatric Nursing*, ISSN 0882-5963, <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.06.021>.
- Randall, D.C. & Munns, A., Shields, L. (2013). Neonatal, paediatric and child health nursing journal. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*, 16. 15-19.

Profil Penulis



Umi Hanik Fetriyah

Penulis kelahiran Surakarta, 11 Maret 1982. Telah menyelesaikan Pendidikan S-1 Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2004 dan 2006 serta Pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Gadjah Mada Tahun 2015.

Sejak tahun 2009 mengajar di Program Studi Sarjana Keperawatan di STIKES Sari Mulia Banjarmasin dan mulai tahun 2019 mengajar di Universitas Sari Mulia Banjarmasin. Penulis setelah lulus jenjang

pendidikan magister keperawatan dengan program peminatan keperawatan anak di tahun 2015, maka penulis mulai mendalami dan mengajar mata kuliah keperawatan anak hingga sekarang. Demi mewujudkan karir sebagai dosen profesional, tuntutan tri darma perguruan tinggi maka penulis pun aktif melakukan pendidikan, pengabdian kepada masyarakat dan penelitian dibidang keparakannya tersebut. Beberapa penelitian telah dihasilkan oleh penulis dan dipublikasikan dalam bentuk jurnal nasional terindeks SINTA maupun jurnal internasional, proceeding nasional maupun international. Menulis book chapter ini merupakan pengalaman baru dan pertama kalinya bagi penulis yang harapannya dapat memberikan sumbangsih informasi ilmu pengetahuan khususnya di bidang Keperawatan Anak. Semoga kedepannya bisa lebih aktif dalam menulis dan berkarya sehingga bisa dijadikan sumber referensi untuk para pembaca.

Email Penulis: 2uqinaf@gmail.com

KEPERAWATAN ANAK BERBASIS RISET

Nova Ari Pangesti, S.Kep., Ns. M.Kep.

AKPER Pemkab Purworejo

Konsep Keperawatan Anak Sehat

Keperawatan anak menjadi suatu bidang ilmu yang focus memberikan asuhan keperawatan pada anak baik pada anak sehat, anak sakit dan bayi resiko tinggi. Konsep dasar keperawatan anak merupakan sesuatu yang menjadi *basic* dalam melakukan asuhan keperawatan anak melingkupi konsep *Family Centered Care*, dan *Atraumatic Care*.

1. *Atraumatic Care*

a. Pengertian

Atraumatic Care merupakan tindakan perawatan terapeutik yang disuguhkan oleh perawat dengan susunan pelayanan kesehatan anak menggunakan tindakan guna meminimalisir distress psikologis ataupun fisik yang bisa terjadi pada anak ataupun orangtua (Supartini, 2014). *Atraumatic care* adalah pemberian asuhan keperawatan yang menyediakan tindakan terapeutik dengan intervensi focus untuk mengurangi distress fisik, maupun psikologis

yang dialami oleh anak-anak maupun keluarganya dalam suatu pelayanan kesehatan.

b. Prinsip-Prinsip *Atraumatic Care*

Prinsip-prinsip *atraumatic care* antara lain: Menurunkan atau mencegah dampak perpisahan dari keluarga, Meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan pada anak, Mencegah dan mengurangi cedera (*injury*) dan nyeri (dampak psikologis), Tidak melakukan kekerasan pada anak dan memodifikasi lingkungan.

c. Intervensi *Atraumatic Care*

Beberapa intervensi yang dapat digunakan oleh perawat dalam memberikan *Atraumatic care* berbasis riset antara lain dengan menggunakan terapi *holding* (terapi dekapan). Terapi *holding* bertujuan untuk mengurangi rasa sakit, cemas, dan ketakutan pada anak misalnya saat anak dilakukan tindakan pemasangan infus, injeksi, pengambilan darah vena, dan imunisasi.

Terapi *holding* merupakan gabungan berbagai kegiatan restrain dan penentuan letak nyaman apabila diberikan perlakuan invasive serta mempunyai pengaruh pada sensasi nyaman pada anak dan mengantisipasi distress dinamakan dengan terapi *holding* (dekapan). Pemberian terapi ini berfungsi untuk membuat anak merasa nyaman dan senang apabila berinteraksi dengan orangtua.

Tujuan lain dari dilakukannya terapi ini agar anak bisa terkontrol, nyaman, cukup imobilisasinya, mudah diajak bekerja sama, sehingga tenang saat diberikan perawatan. Terapi dekapan juga sejalan

dengan prinsip keperawatan anak lainnya yaitu memberdayakan keluarga dalam intervensi yang diberikan (*family centered care*) (Hedden et al., 2013).

Penelitian yang telah dilakukan oleh Wijayanti et al., (2021) dengan menggunakan *independent t-test* menunjukkan bahwa ada perbedaan rata-rata nyeri antara kelompok kontrol dan intervensi dengan p value 0,0001. Hal ini membuktikan bahwa terapi dekapan oleh ibu efektif dalam menurunkan intensitas nyeri pada bayi yang menjalani imunisasi. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Sari, 2019) dijelaskan terdapat skala nyeri dengan pengukuran *face score* yang berbeda antara kelompok intervensi dengan kontrol dan kelompok sebesar 1,059 dan skor perilaku kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebesar 0,941. Berdasarkan hasil uji dapat disimpulkan bahwa adanya perbedaan skor distress antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi diruang rawatan anak RSUD Dr. Adnan Wd Payakumbuh Tahun 2019 dengan nilai p value 0,000 (face) 0,000 (perilaku).

Terapi *holding* dapat dilaksanakan dengan cara meletakkan badan anak mengarah ke badan ibu. Terapi dekapan ini dapat membuat rasa aman, nyaman yang memberikaj kontak fisik dengan orang tua serta mengantisipasi perpisahan yang dapat terjadi pada anak dan ibu juga dapat meminimalkan distress yang dapat muncul karena hospitalisasi (Yin et al., 2017; Hockenberry & Wilson, 2009). Strategi non farmakologis untuk manajemen nyeri, seperti bedung yang dikombinasikan dengan posisi, *holding the infant* (menahan bayi dalam posisi tertekuk dengan

lengan dekat dengan tubuh) dengan atau tanpa bantuan orang tua telah menunjukkan efektivitas variabel dalam mengurangi nyeri (Aap Committee on Fetus and Newborn and Section on Anesthesiology And Pain Medicine, 2016).

Selain terapi holding terdapat terapi lain yang dapat digunakan untuk dalam *atraumatic care* yaitu *medical play*. *Medical play* adalah *Medical play* merupakan salah satu terapi bermain yang dapat diberikan pada anak (Nabors, et al, 2013). Tehnik *Medical play* termasuk metode bermain aktif dengan konsep (*Exploratory Play*), Melalui *medical play* anak diberi kesempatan untuk bermain dan mengeksplorasi peralatan medis seperti stetoskop, penlight, termometer, dan lain-lainnya dengan boneka terhadap tindakan yang mereka alami selama dirumah sakit (Jessee, 2012).

Hasil penelitian (Nurmashitah & Purnama, 2018) menunjukkan terjadi penurunan skore kecemasan setelah diberikan intervensi *medical play* pada anak yang dirawat dari 50,346 menjadi 47,3846. Hasil uji dengan *paired sample t-test* didapatkan nilai p-value = <0,05 pada skor ZSAS yang berarti pada alpha 5% terlihat bahwa *medical play* efektif dalam menurunkan kecemasan anak pra sekolah yang mengalami hospitalisasi.

2. *Anticipatory Guidance*

Selama dalam batas rentang sehat maka upaya perawat untuk meningkatkan derajat kesehatan sampai mencapai taraf kesejahteraan baik fisik, sosial maupun spiritual. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah meberikan *Anticipatory Guidance* untuk menghindari atau meminimalkan terjadinya

kecelakaan dan hal-hal yang tidak diinginkan pada anak, maka perawat perlu membekali orang tua dengan bimbingan petunjuk antisipasi agar masa emas (golden age) ini dapat berlangsung dengan baik dan tidak ada penyesalan orang tua di kemudian hari.

3. Konsep *anticipatory guidance* (keamanan dan pencegahan kecelakaan pada anak)

a. Pengertian bimbingan antisipasi (*Guidance Anticipatory*)

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

Anticipatory guidance merupakan sebuah panduan yang memberikan arahan untuk orangtua agar dapat memberikan bimbingan kepada anaknya dengan cara benar dan bijaksana. Hal ini dapat meningkatkan tumbuh kembang sesuai dengan berbagai kebutuhan umurnya. Pemberian bimbingan ini dapat menjadi pengantisipasi atas berbagai hal yang bisa terjadi karena mobilitas fisik meningkat pada anak dan memenuhi rasa aman bagi anak (Handriana (2016; Senja, dkk. (2020))

b. Pencegahan kecelakaan pada anak sesuai tahap usia

Pada masa toddler, anak-anak sangat berpotensi mengalami kecelakaan yang bisa menyebabkan efek parah hingga menghilangkan nyawanya. Beberapa keadaan yang mungkin bisa terjadi antara lain tenggelam, jatuh, keracunan, luka bakar, serta ditabrak mobil atau motor. Ada berbagai faktor pemicu terjadinya kecelakaan yaitu jenis kelamin (laki-laki lebih sering mengalami kecelakaan karena lebih aktif), usia (untuk kemampuan kognitif dan fisik maka semakin besar dapat lebih tahu yang lebih berbahaya), serta lingkungan (contohnya adanya pengasuh) (Handriana, 2016).

Namun keadaan ini dapat dicegah apabila orangtua paham dan mengerti tentang pertumbuhan dan perkembangan anak di usia ini. Apabila orangtua paham pada perkembangan anak maka selayaknya orangtua paham pula tentang antisipasi yang diberikan dalam bentuk bimbingan terhadap berbagai bahaya dapat terjadi pada setiap langkah yang diambil anak. Orangtua memiliki peran penting dalam pemenuhan keperluan anak, serta sadar akan ciri khas tindakan anak yang bisa memicu kecelakaan, serta perlunya waspada pada faktor lingkungan yang berbahaya bagi keamanan anak. Di masa ini pula anak harus diberikan pemahaman mengenai cara perlindungan dirinya sendiri serta akibat dari perbuatan yang dilakukannya. Pemberian pemahaman pada anak harus menggunakan bahasa yang mudah dipahami dan dimengerti oleh anak (Supartini, 2004).

c. *Anticipatory guidance* kekerasan seksual pada anak

Kekerasan seksual yaitu suatu tindakan disengaja berupa penyiksaan pada anak. Hal ini dilakukan oleh orang remaja atau dewasa yang memiliki usia lebih tua dari anak, mendapatkan rangsangan seksual dengan menggunakan anak sehingga bisa membuat anak di posisi berbahaya ataupun trauma baik secara emosional maupun fisik (Wahyuningsih, 2016).

Kekerasan seksual yang terjadi pada anak dapat memberikan beberapa efek antara lain trauma yang bisa mempengaruhi aspek sosial, aspek psikis, maupun aspek fisiknya (Zuraidah, 2019). Guna mengantisipasi terjadinya kekerasan seksual pada anak, maka orangtua perlu diberikan pengertian bahwa anak harus diberi perlindungan dan keamanan. Panduan yang diberikan pada anak guna mengatasi hal-hal yang bersangkutan pada perkembangan anak terlebih lagi kekerasan seksual dinamakan dengan *anticipatory guidance* (Wilujeng, dkk.,2020).

Anticipatory guidance kekerasan seksual yang bisa dialami oleh anak perlu diberikan pada orangtua guna mengerti bagaimana langkah yang tepat guna memberikan anak perlindungan guna menghindari kemungkinan kekerasan seksual (Pangesti & Wahidin, 2021).

Menurut (Hornor, 2011) *Anticipatory guidance* kekerasan seksual pada anak dapat dilakukan dengan cara berikut ini:

- 1) Seringkali bukan orang asing yang melecehkan anak secara seksual.

- 2) Resiko yang lebih besar kekerasan seksual pada anak didapatkan dari orang yang mereka kenal, cinta, dan percayai.
- 3) Tidak meninggalkan anak ke orang yang belum terlalu dikenal.
- 4) Tidak meninggalkan anak pada orang dengan riwayat pelecehan seksual terhadap anak lain.
- 5) Resiko yang lebih tinggi terjadi pada orang yang sudah pernah melakukan pelecehan seksual.
- 6) Seringkali orang pedofil memiliki penampilan yang sehat dan terlihat seperti orang pada normalnya.
- 7) Selalu memperhatikan orang dewasa yang seringkali lama bersama anak hanya berdua.
- 8) Anak korban pelecehan seksual tidak memiliki tanda fisik yang jelas walaupun diperiksa oleh tenaga medis.
- 9) Menyelidiki secepatnya apabila ada rasa khawatir anak akan terserang pelecehan seksual serta berkonsultasi dengan layanan perlindungan anak, konselor, guru, ataupun dokter dan perawat.
- 10) Apabila anak menceritakan tentang pelecehan seksual yang didapatnya maka harus langsung dilaporkan pada pelayanan perlindungan anak.
- 11) Orangtua merupakan tempat paling baik guna melindungi anak dari kekerasan dan pelecehan seksual.

Berdasarkan hasil riset yang telah dilakukan oleh (Pangesti & Wahidin, 2021) terdapat sebuah

aplikasi yang dapat digunakan oleh orang tua dalam mencegah terjadinya kekerasan seksual pada anak yang diberi nama Aplikasi SETTING atau aplikasi *sex education parenting*. Aplikasi ini merupakan suatu aplikasi berbasis smarthphone yang dibuat sebagai *anticipatory guidance* dengan kata lain panduan pendidikan seks untuk orang tua dalam mengantisipasi adanya kekerasan seksual anak. Aplikasi SETTING dirancang dengan aplikasi apk (Pangesti & Wahidin, 2021). Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa penggunaan aplikasi *sex education parenting efektif* dalam meningkatkan pengetahuan orang tua yang memiliki anak usia 1-18 tahun tentang pencegahan kekerasan seksual pada anak khususnya pada masa pandemic ini dimana terdapat peningkatan skore pengetahuan setelah orang tua diberikan sex education dengan menggunakan aplikasi SETTING.

Konsep Keperawatan Anak Sakit

1. Masalah Keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif
 - a. Masalah Keperawatan

Bersihan jalan nafas yang tidak efektif adalah adanya suatu benda asing di saluran pernapasan sehingga jalan napas akan tersumbat. Adanya penumpukan secret di saluran napas bisa membuat obstruksi sehingga tidak cukupnya ventilasi. Dengan adanya hal ini sangat dibutuhkan perawatan yang pas guna pengeluaran tumpukan sputum atau secret. Hal ini bisa dilakukan menggunakan fisioterapi dada (Tahir, 2019).

b. Intervensi

1) Fisioterapi dada

a) Pengertian fisioterapi dada

Fisioterapi adalah suatu ilmu yang focus guna memperbaiki dan membuat stabil berbagai gangguan dan keabnormalan yang terjadi pada fungsi tubuh (alat gerak) diiringi tahapan dan langkah kerja terapi gerak. Fisioterapi dada bisa disebut juga dengan *chest physiotherapy*, dapat dilaksanakan pada bayi atau anak yang batuk dan pilek guna melakukan pembersihan di bagian saluran napas juga melakukan perbaikan pergantian udara. Berbagai contoh dari fisioterapi dada adalah postural drainage, vibrasi, *clapping*, dan nebulizer atau inhalasi (Sudarsini, 2017).

Fisioterapi dada merupakan terapi non farmakologis yang dapat dipilih guna menanggulangi permasalahan keperawatan untuk bersihan jalan napas pada pasien penderita penyakit saluran pernafasan (Pangesti & Setyaningrum, 2020). Fisioterapi dada merupakan kegiatan mengeluarkan secret (lendir) sehingga tidak akan terjadi secret yang menumpuk dan jalan napas akan tetap lancar tanpa terhambat, selain itu juga agar tidak terjadi komplikasi dari penyakit lainnya yang bisa muncul. Pemberian fisioterapi dada pada anak dilakukan jika anak atau bayi mempunyai ronchi yang cukup banyak (Ain, 2019). Aryanuni &

Siregar (2015) mendefinisikan fisioterapi dada sebagai gabungan kegiatan mengeluarkan sputum yang dapat dilakukan dengan cara mandiri ataupun campuran guna mengatasi sputum tidak tertumpuk yang bisa berakibat terhadap jalan napas terhambat.

b) Tujuan fisioterapi dada

Menurut Ain (2019), fisioterapi yang dilakukan memiliki beberapa tujuan, yakni: Membuat ventilasi tubuh tetap baik dan terjaga sehingga bisa mengantisipasi terjadinya infeksi pada bagian rongga dada untuk penderita yang sukar melakukan mobilisasi, Memicu kegiatan batuk dan menjaga peredaran darah tetap lancar, dan Mengantisipasi paru-paru mengalami kolap yang dipicu oleh penumpukan secret sehingga tidak dapat dikeluarkan.

Sedangkan menurut Rakhman, dkk. (2014), beberapa tujuan dari dilakukannya fisioterapi dada adalah dapat membuat efisiensi otot-otot pernapasan menjadi meningkat, ventilasi yang disfungsi bisa diperbaiki, serta membuat sekresi bronkial menjadi terbuang keluar. Sejalan dengan yang dijabarkan Soegijanto (2016), yaitu fisioterapi dada dilakukan guna mengatasi jalan napas yang tersumbat. Jika sumbatan yang terjadi parah perlu dilakukannya intubasi dan pelepasan otot, menghisap endotrakeal, serta melakukan perkusi dada, dan juga

selanjutnya jika terdapat mekoneum yang terkandung di dalam secret maka perawatan harus dilanjutkan. Namun jika muncul iritasi, hipoksemia, dan rasa gelisah pada bayi, maka perawatan harus dihentikan segera. Jika bayi memiliki tanda-tanda hipertensi pulmonal persiten maka sangat tidak disarankan untuk dilakukan kegiatan fisioterapi dada.

Menurut penelitian yang dilakukan Hidayatin (2019) menyebutkan jika anak balita penderita penyakit pernapasan (pneumonia) yang melakukan fisioterapi dada mengalami dampak yang sangat besar pada hasil bersihan jalan nafas dibandingkan sebelum melakukan fisioterapi dada. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pangesti et al. (2020) bahwa fisioterapi dada dapat memeberikan efek besar pada pembersihan saluran napas anak yang memiliki penyakit pernapasan. Anak yang memiliki penyakit pernapasan kerap kali mengalami peningkatan produksi lendir yang sangat banyak dan bisa di bagian paru-parunya. Disisi lain fisioterapi pula dapat mengurangi senasi sesak pada anak penderita asma. Fisioterapi dada efektif guna mengeluarkan dahak atau secret pada penderita gangguan pernapasan serta membuat frekuensi napas menjadi normal rentangnya (Hanafi & Arniyanti, 2020).

c) Teknik fisioterapi dada

- Perkusi

Perkusi dengan kata lain *clapping* merupakan kegiatan memukul atau menepuk di bagian dinding dada pasien dengan cara memebentuk telapak tangan layaknya mangkuk serta melakukan gerakan dengan irama pada atas segmen paru yang diarahkan. Manfaat dari kegiatan perkusi ini antara lain membuat secret yang menempel dan menumpuk di dinding bronkiolus dan bronkus akan terlepas dan bisa dikeluarkan dari paru-paru (Rakhman, dkk., 2014).

- Vibrasi

Vibrasi merupakan kegiatan mengkomprosi dan menggetarkan dengan secara kuat secara berseri menggunakan tangan yang diposisikan datar di dinding dada pasien pada tahapan pernapasan (ekshalasi). Waktu setelah kegiatan perkusi sangat baik jika dilakukan vibrasi agar terjadinya peningkatan turbulensi udara espirasi dan memicu pelepasan mucus yang kental yang sebelumnya menempel dengan kuat di bronkiolus dan bronkus. Kegiatan perkusi dan vibrasi secara bergantian dapat dilaksanakan (Rakhman, dkk., 2014).

Sudarsini (2017), menjabarkan intervensi untuk fisioterapi dimulai dengan mengetahui kondisi klinis yang akan diterapi menggunakan berbagai pemeriksaan pendukung. Kegiatan ini dilakukan oleh dokter lalu diteruskan pada ahli fisioterapi. Ahli fisioterapi akan memberikan intervensi yang disesuaikan dengan tujuan fisioterapinya, dengan pertama-tama meninjau ulang hasil diagnosis dan rekam medis pasien seperti riwayat pengobatan dan riwayat penyakit. Kerap kali jenis fisioterapi yang diberikan bisa merupakan perpaduan beberapa teknik dan diharapkan bisa memberi manfaat yang lebih besar dan dominan untuk pasien.

Sedangkan menurut Pangesti et al. (2020), intervensi yang dapat dilakukan guna fisioterapi pada anak-anak yaitu bisa dilakukan secara mandiri dan harus dengan hati-hati disebabkan anak-anak memiliki organ yang masih berada di fase tumbuh. Pada awalnya perawat akan melaksanakan auskultasi sebelum dilaksanakannya fisioterapi dada, hal ini dilakukan guna dapat mendengar suara napas dari klien serta mengetahui apakah ada sputum yang menumpuk di saluran pernapasan. Dengan diketahuinya hal-hal tersebut maka perawat bisa meletakkan pasien dengan letak yang tepat. Apabila letak pasien sudah tepat barulah

dilakukannya perkusi dan vibrasi. Perkusi dilaksanakan menggunakan 3 atau 4 jari di satu tangan yang dilakukan perapatan hingga menjadi 1, selanjutnya menepuk daerah dada hingga punggung secara perlahan dari arah bawah ke atas. Selanjutnya melaksanakan gerakan vibrasi memakai 3 atau 4 jari lalu menggetarkannya secara lambat dimulai bagian bawah menuju atas. Apabila sudah selesai melakukan gerakan perkusi dan vibrasi, langkah terakhir yang bisa dilakukan yaitu mencondongkan badan pasien ke arah depan dari bentuk semifowler guna membuat pasien mengeluarkan sputum dari saluran napasnya. Setelah itu perlu memposisikan 2 jari di bagian bawah *procexus xipoides* serta mendorong udara menggunakan jari. Pasien selama 3 – 5 detik diminta menahan napas lalu menghembuskan napasnya secara pelan-pelan dengan menggunakan mulut.

2) Batuk efektif

Batuk efektif yaitu cara pertahanan dari tubuh yang memiliki manfaat guna membuat benda asing dan sekresi pada saluran napas akan keluar. Metode yang dikerjakan penderita penyakit saluran pernapasan menghemat energinya yang membuat tidak gampang lelah serta secara maksimal mengeluarkan secret. Guna melakukan gerakan ini dimulai dengan cara

mengeluarkan udara yang ada disalurkan nafas ataupun paru-paru (Putri & Soemarmo, 2013).

3) *Postural drainase*

Postural drainase merupakan cara mengatur letak tertentu guna mengarahkan aliran sekresi pulmonary di suatu lokasi di lobus paru menggunakan efek gravitasi. Apabila menggunakan teknik ini harus menggunakan banyak variasi letak tubuh agar tujuan dari kegiatan ini bisa dilakukan. Berbagai posisi tubuh dapat melakukan pengaliran dari daerah special pohon trakeobronkial-bidang paru bawah ke arah dalam trakea, tengah, atas. Setelah itu secret bisa dikeluarkan dari trakea menggunakan teknik hisap dan kegiatan batuk (Rakhman, dkk., 2014). Sedangkan menurut Ningrum, dkk. (2019), *postural drainase* bertujuan guna mengeluarkan secret menggunakan langkah memposisikan klien dala keadaan bertolak belakang dari posisi segmen paru yang tersumbat dalam 5 menit hingga keluarganya secret pun lebih mudah.

2. Covid-19

a. Tanda dan gejala Covid-19

Gejala dan tanda-tanda yang terlihat pada penderita Covid-19 antara lain mengalami batuk dan pilek bisa diiringi dengan demam, saluran pernapasan akan terganggu (terjadinya radang paru atau pneumonia), dan bernapas secara cepat serta merasa sesak.

b. Pencegahan Covid-19 pada anak

Beberapa cara yang dapat dilakukan guna mencegah terjangkitnya Covid-19, seperti berikut ini :

- 1) Memberi pemahaman anak bahwa perlunya beraktivitas seperti bermain serta belajar di rumah saja terlebih dahulu.
- 2) Menanamkan kebiasaan mencuci tangan menggunakan air bersih serta sabun dalam waktu minimal 40 sampai 60 detik.
- 3) Lebih baik mencuci tangan menggunakan air mengalir dan sabun, namun bisa pula menggunakan hand sanitizer dalam waktu 20 sampai 40 detik.
- 4) Memberikan arah untuk tidak memegang mulut, hidung, dan mata.
- 5) Saat keluar rumah dan sakit perlu menggunakan masker.
- 6) Apabila baru saja pergi keluar, saat sampai rumah perlu segera keramas, mandi, dan mengganti pakaian.
- 7) Menggunakan antiseptik untuk benda-benda yang kerap kali dipegang.
- 8) Physical distancing atau menjaga jarak aman dengan orang lain.
- 9) Menjauhi tempat yang banyak terdapat orang.
- 10) Memberikan ASI eksklusif untuk bayi dengan umur 0 sampai 6 bulan, dan memberikan tambahan nutrisi bagi bayi yang berumur 6 bulan – 2 tahun.

- 11) Anak harus diberikan makanan sehat dan bergizi.
- 12) Memberikan contoh bagaimana cara bersin dan batuk yang tepat.
- 13) Apabila anak sakit maka bisa diminta istirahat namun jika dirasa mulai parah maka harus dibawa ke dokter.

c. Manajemen penatalaksanaan anak dengan covid

Penatalaksanaan Covid-19 dilakukan sesuai standar prosedur yang ada. Apabila ada anak yang terjangkit Covid-19 maka perlu ditangani menurut keadaan anak. Sebaiknya anak yang terserang Covid-19 dapat diisolasi dalam satu ruangan sendiri, namun apabila kondisi anak sudah kritis maka perlu dimasukkan di ruang intensif. Asuhan keperawatan yang dilakukan pun sesuai pada diagnose keperawatan anak dan selalu memprioritaskan masalah keperawatan yang terjadi. Diagnosa keperawatan ini terfokuskan di system pernapasan. Anak yang tidak mengalami gejala harus melakukan isoman dalam durasi 14 hari dan tetap selalu dipantau, dan di cek lagi hasilnya setelah 14 hari karantina. Namun apabila anak mengalami gejala ringan maka harus tetap isoman selama 14 hari serta meminum obat seperti paracetamol dan obat antiviral serta vitamin. Jika anak mengalami gejala berat maka harus segera diisolasi di Rumah Sakit Darurat Covid-19 (Susanti et al., 2021).

d. Faktor-faktor berpengaruh terhadap kepatuhan protokol Covid pada anak

Perilaku tidak patuh pada protokol kesehatan akan memberikan efek luasnya penularan covid-

19. Rasa patuh seseorang bisa muncul karena reaksi dari peraturan yang diberikan. Ada banyak faktor yang memicu terjadinya peristiwa patuh, antara lain sikap, pengetahuan, pekerjaan, umur, dan Pendidikan untuk faktor predisposisi, sedangkan untuk faktor lingkungan adalah lingkungan fisik serta jauhnya menuju tempat pelayanan kesehatan. Sedangkan faktor yang sangat berpengaruh adalah pengetahuan (Pangesti & Purnamaningsih, 2021).

- e. Dampak apabila tidak menjalankan protokol Kesehatan

Dampak yang dapat terjadi apabila tidak menjalankan protokol Kesehatan adalah mudahnya anak tertular covid-19, anak sebagai media penularan covid-19 kepada anak lainnya, menimbulkan efek rumah sakit yang membludak, serta membuat tenaga kesehatan menjadi keteteran (Pangesti, 2020).

Daftar Pustaka

- Ain, H. (2019). *Buku Saku Standar Operasional Prosedur Tindakan Keperawatan Anak*. Penerbit Media Sahabat Cendekia.
- Aryanuni, Chella & Siregar, T. (2015). Pengaruh Fisioterapi Dada terhadap Pengeluaran Sputum pada Anak dengan Penyakit Gangguan Pernafasan di Poli Anak RSUD Kota Depok. *Jurnal Keperawatan Widya Gantari*, 2(2).
- Hanafi, P. C. M. M., & Arniyanti, A. (2020). Penerapan Fisioterapi Dada Untuk Mengeluarkan Dahak Pada Anak Yang Mengalami Jalan Napas Tidak Efektif. *Jurnal Keperawatan Profesional*, 1(1), 44–50. <https://doi.org/10.36590/kepo.v1i1.84>
- Handriana, I. (2016). *Keperawatan Anak* (Cetakan I). LovRinz Publishing.
- Hidayatin, T. (2019). Pengaruh Pemberian Fisioterapi Dada dan Pursed Lips Breathing (Tiupan Lidah) terhadap Bersihan Jalan Nafas pada Anak Balita dengan Pneumonia. *Jurnal STIKes Muhammadiyah Indramayu*, 11(1).
- Hornor, G. (2011). Medical Evaluation for Child Sexual Abuse. *Journal of Pediatric*, 25, 250–256.
- Jessee, P.O., Wilson, H. & Morgan, D. Medical Play For Young Children. *Childhood Education*, 76:4, 215-218;2012
- Nabors, L, Bartz, J., Kichler, J., Sievers, R., Elkins, R, & Pangallo, J. Play as a mechanism of working throught medical trauma for children with medical illnesses and their siblings. *Issue in Comprehensive Pediatric Nursing*. 36(3), 212-224; 201312.
- Ningrum, dkk. (2019). Penerapan Fisioterapi Dada terhadap Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas pada Pasien Bronkitis Usia Pra Sekolah. *Profesi (Profesional Islam) : Media Publikasi Penelitian*, 1–8.

- Nurmashitah, & Purnama, A. (2018). Medical play dalam menurunkan respon kecemasan anak usia prasekolah yang mengalami hospitalisasi di ruang rawat inap anak. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*, 8(4), 516–521.
- Pangesti, N.A. & Purnamaningsih, E. R. (2021). Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Protokol Kesehatan Pencegahan Covid-19 pada keluarga dengan Tahap Perkembangan Anak Usia Pra Sekolah. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 4(3), 623–632.
- Pangesti & Wahidin. (2021). *Anticipatory Guidance Kekerasan Seksual pada Anak*. AKPER Pemkab Purworejo.
- Pangesti, N. A. (2020). *Pencegahan Covid-19 Pada Anak di Masa Pandemi*. AKPER Pemkab Purworejo.
- Pangesti, N. A., & Setyaningrum, R. (2020). Penerapan Teknik Fisioterapi Dada terhadap Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas pada Anak dengan Penyakit Sistem Pernafasan. *Motorik Journal Kesehatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Klaten*, 15(2), 55–60.
- Putri, H & Soemarmo, S. (2013). Perbedaan Postural Drainage dan Latihan Batuk Efektif pada Intervensi pada Asma Bronchiale Anak Usia 3-5 Tahun. *Jurnal Fisioterapi*, 13(1).
- Rakhman, Arif, dkk. (2014). *Buku Panduan Praktek Laboratorium Ketrampilan Dasar Keperawatan 2 (KDDK 2)* (Edisi 1). Deepublish.
- Sari, I. Y. (2019). Pengaruh Parental Holding Terhadap Distres Anak Selama Prosedur Insertion Intra Vena (IV) Diruang Rawat Inap Anak RSUD Dr . Adnan Wd Payakumbuh Tahun 2019. *Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang, Iv*.
- Senja, Amalia, dkk. (2020). *Keperawatan Pediatri* (Cetakan I). Bumi Medika.

- Soegijanto, S. (2016). *Kumpulan Makalah Penyakit Tropis dan Infeksi di Indonesia* (Cetakan I). Airlangga University Press.
- Sudarsini. (2017). *Fisioterapi* (Cetakan I). Penerbit Gunung Samudera.
- Supartini, Y. (2004). *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak* (Cetakan I). EGC.
- Supartini, Y. (2014). *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. EGC.
- Susanti, S., Rachmalia, & Mayasari, P. (2021). Advances in Community and Disaster Nursing. In *Pencegahan dan Penatalaksanaan Keperawatan COVID-19* (Edisi I). Syiah Kuala University Press.
- Tahir, dkk. (2019). Fisioterapi Dada dan Batuk Efektif sebagai Penatalaksanaan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas pada Pasien TB Paru di RSUD Kota Kediri. *Health Information : Jurnal Penelitian*, 11(1), 20–26.
- Tambunan, E.S. & Ningsih, R. (2018). *Tumbuh Kembang Optimal Anak Stimulasi dan Antisipasi*. Wineka Media.
- Wahyuningsih, S. (2016). Penyebab Kekerasan Seksual. *Jurnal Raudhah*, IV(2).
- Wijayanti et al. (2021). Efektifitas terapi dekapan ibu terhadap penurunan intensitas nyeri pada bayi yang menjalani imunisasi. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat STIKES Cendekia Utama Kudus*, 10(1), 51–58.
- Wilujeng, dkk. (2020). Pengaruh Anticipatory Guidance terhadap Pertumbuhan dan Perkembangan Bayi Usia 0-6 Bulan. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 5(1), 11–18.
- Yin, H., Cheng, S., Yang, C., Chiu, Y., & Weng, Y. (2017). *Comparative Survey of Holding Positions for Reducing Vaccination Pain in Young Infants*. Pain Res Malang. <https://doi.org/10.1155/2017/3273171>
- Zuraidah, A. A. (2019). *Posttraumatic Growth pada Wanita*.

Profil Penulis



Nova Ari Pangesti, S. Kep Ners. M. Kep lulus Sarjana Keperawatan dari STIKES Muhammadiyah Gombong pada tahun 2012. Lulus S2 keperawatan pada tahun 2019 di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dengan predikat Cumlaude. Saat ini merupakan dosen tetap di Akademi Keperawatan Pemerintah Kab. Purworejo. Mengampu mata kuliah keperawatan anak dan hobi dalam bidang travelling serta interest terhadap anti kekerasan seksual pada anak. Aktif menulis di jurnal nasional terkreditasi dan pernah menjadi oral presenter dalam *International Confrence* secara online di Padang, Indonesia.

KEPERAWATAN ANAK DENGAN BERKEBUTUHAN KHUSUS

Dr. Atik Badi'ah, S.Pd, S.Kp, M.Kes

Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta

Anak Berkebutuhan Khusus

Anak berkebutuhan khusus adalah anak yang mengalami keterbatasan atau keluarbiasaan, baik fisik, mental, intelektual, sosial, maupun emosional, yang berpengaruh dalam proses pertumbuhan dan perkembangan anak dibandingkan dengan anak-anak normal lain yang seusia dengan usianya. Masalah anak berkebutuhan khusus adalah masalah yang cukup berat dan menyeluruh bagi keluarga dan bagi masyarakat di lingkungan dan juga lingkungan sekolah. Anak berkebutuhan khusus memiliki permasalahan yang berbeda-beda dan dibutuhkan penanganan yang berbeda-beda pula. Jika anak berkebutuhan khusus mendapatkan perhatian tersendiri dan penanganan yang tepat maka akan dapat menemukan keterampilan sesuai dengan minat dan bakat yang mereka miliki dan anak akan dapat hidup lebih mandiri. Namun sebaliknya, jika anak berkebutuhan khusus tidak ditangani dengan tepat akan berdampak dengan semakin bergantungnya anak kepada orang didekatnya (keluarga atau gurunya) dan bakatnya akan semakin tenggelam dan tidak bisa dimaksimalkan.

Dalam penanganan anak berkebutuhan khusus dibutuhkan orang-orang sekitar seperti orang tua ataupun keluarga yang mampu memberikan pelayanan kepada anak berkebutuhan khusus dan tanggung jawab untuk memberikan hak yang sama kepada anak berkebutuhan khusus dengan anak normal. Pengetahuan orang tua untuk menangani dan mendamping anak berkebutuhan khusus sangat diperlukan. Contohnya: Orangtua atau keluarga berkonsultasi kepada perawat, dokter, guru atau psikiater. Anak Berkebutuhan khusus ditempatkan pada sekolah yang sesuai dengan kebutuhan anak untuk mempermudah pemberian materi pembelajaran pada anak sesuai kurikulum di Sekolah Luar Biasa (SLB). Orang tua atau keluarga tidak boleh membedakan anak berkebutuhan khusus dengan anak normal. Anak Berkebutuhan khusus diberikan kesempatan untuk mengembangkan minatnya yang akan berujung pada penemuan potensi alami pada anak berkebutuhan khusus. Anak Berkebutuhan khusus dioptimalkan dalam bersosialisasi dengan lingkungan keluarga, lingkungan sekolah dan lingkungan masyarakat sekitar. Orang tua dan keluarga harus mengetahui pertumbuhan dan perkembangan anak berkebutuhan khusus dengan rutin membawa anak berkebutuhan khusus ke dokter atau psikiater untuk berkonsultasi tentang kondisi pertumbuhan dan perkembangan anaknya.

Anak berkebutuhan khusus memiliki perilaku yang berbeda jika dibandingkan dengan anak normal pada umumnya, mulai dari perilaku, mental, psikososial dan emosi serta fisik. Perhatian dan Bimbingan Anak-anak yang memiliki kebutuhan khusus tentunya membutuhkan motivasi, perhatian, serta bimbingan yang lebih dibandingkan dengan anak-anak lainnya. Dengan perhatian dan motivasi yang besar dan intens tentunya membantu anak bisa berkembang menjadi lebih baik lagi.

Tentu butuh kesabaran yang ekstra bagi orang tua yang menangani anak-anak berkebutuhan khusus namun semua ini demi perkembangan anak yang lebih maksimal. Adaptasi dengan anak berkebutuhan khusus sangat dibutuhkan adaptasi antara pengasuh, orang tua, guru, perawat dan dokter serta anak-anak berkebutuhan khusus sendiri. Jika adaptasi tersebut tidak berjalan dengan lancar, tentu segala cara yang dilakukan tidak akan membantu perkembangan anak. Ketika proses adaptasi bisa berjalan dengan baik, tentu membuat segala proses selanjutnya berjalan dengan mudah. Adaptasi yang baik tentu akan membantu orangtua atau keluarga memahami kondisi serta potensi anak. Meningkatkan kedekatan emosional dengan anak berkebutuhan khusus menjadi salah satu bagian penting yang harus ada ketika orangtua atau keluarga menangani anak-anak berkebutuhan khusus. Kedekatan emosional ini sangat dibutuhkan agar anak-anak berkebutuhan khusus bisa percaya serta menjadi dekat dengan orang tua atau keluarga. Orangtua dan keluarga perlu menanamkan kemandirian sejak dini agar anak berkebutuhan khusus bisa bertahan di lingkungan keluarga, lingkungan sekolah dan lingkungan masyarakat sekitar. Orangtua dan keluarga perlu mengajari anak-anak berkebutuhan khusus dengan ketrampilan-ketrampilan dasar dalam kehidupan sehari-hari seperti makan, minum, mandi, keramas, gosok gigi, tidur, cuci tangan, cuci kaki, berangkat sekolah dan lainnya agar anak berkebutuhan khusus dapat hidup selayaknya seperti anak normal yang lain. Orangtua dan keluarga perlu melakukan kerjasama dengan sekolah luar biasa atau sekolah inklusi. Kerjasama dan koordinasi dengan pihak Sekolah Luar Biasa (SLB) atau sekolah inklusi menjadi hal penting yang harus diperhatikan oleh orang tua dan keluarga. Orang tua dan keluarga dianjurkan untuk bersikap proaktif serta bisa menjalin kerja sama yang baik dengan pihak sekolah luar biasa

atau sekolah inklusi sehingga orangtua atau keluarga dapat mengetahui pertumbuhan, perkembangan mental, sikap, serta karakter anak berkebutuhan khusus. Orangtua dan keluarga akan lebih mudah mengetahui cara yang tepat menangani anak-anak berkebutuhan khusus. Orangtua dan keluarga dianjurkan untuk melakukan pembiasaan mengenai sanksi dan hukuman. Anak berkebutuhan khusus juga perlu diajarkan tentang aturan dan norma yang berlaku serta kesalahan yang dilakukannya. Sehingga ketika anak melakukan sebuah kesalahan orangtua atau keluarga harus memberitahu anak jika hal tersebut merupakan perbuatan yang salah. Orangtua dan keluarga dianjurkan untuk menghindari hal-hal yang bersifat kekerasan dan memberikan pengertian kepada anak berkebutuhan khusus sehingga anak akan mudah untuk memahami hal mana yang salah dan mana yang benar. Anak berkebutuhan khusus memiliki kebutuhan dan kebiasaan yang berbeda, sehingga sebagai orang tua atau keluarga sangat penting memahami kebutuhan dan kebiasaan anak berkebutuhan khusus.

Retardasi Mental (RM)

Retardasi Mental (RM) didefinisikan sebagai suatu keadaan di mana inteligensi umum berfungsi di bawah rata-rata, bermula dari masa perkembangan, disertai gangguan tingkah laku penyesuaian. RM adalah perkembangan mental yang terhenti atau tidak lengkap, terutama ditandai dengan adanya hendaya (*impairment*) keterampilan (*skills*) selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada semua aspek inteligensi, yaitu kemampuan kognitif, bahasa, motorik dan sosial. Terdapat defisit atau gangguan fungsi adaptif pada minimal 2 area: komunikasi, perawatan diri sendiri, hidup berkeluarga, kemampuan sosial/interpersonal, kemampuan bermasyarakat, kemampuan akademik

fungsional dan pekerjaan. Disfungsi otak merupakan dasar dari retardasi mental. Penyebab RM bisa dikelompokkan sebagai berikut : (1) Selama kehamilan. Kelainan bawaan: kelainan kromosom, sindrom down, dll. Kelainan genetik (*single gene dan polygenic*), seperti penyakit-penyakit metabolik, fragile-X syndrome dll. Didapat: gangguan pertumbuhan janin di dalam kandungan, seperti infeksi, keracunan, insufisiensi placenta. (2) Perinatal: prematuritas, infeksi perinatal, asfiksia, ensefalopati hipoksik-iskemik, trauma lahir, hipoglikemia, setelah persalinan: hiperbilirubinemia, infeksi, trauma berat pada kepala atau susunan saraf pusat, neurotoksin (misalnya tembaga *lead poisoning*), CVA (*cerebrovascular accident*), anoksia serebri, keganasan susunan saraf pusat, gangguan metabolik, gizi buruk, kelainan hormonal (misalnya hipotiroid). Masalah psikososial, seperti penyakit kejiwaan atau penyakit kronis lain pada ibu, kemiskinan, malnutrisi, penyalahgunaan (abuse), penelantaran, dan lain-lain. Kebanyakan anak RM berasal dari golongan sosial ekonomi rendah. Kurangnya stimulasi dari lingkungannya secara bertahap menurunkan Intelegensi Quotient (IQ) pada saat terjadinya maturasi. Keadaan sosial ekonomi yang rendah juga berperan dalam adanya penyebab organik reterdasi mental, seperti kurang gizi.

Klasifikasi RM menurut DSM-IV: (1) RM ringan (IQ 55-70, terdidik, intensitas bantuan: intermiten). (2) RM sedang (IQ 40-54, terlatih, intensitas bantuan: terbatas). (3). RM berat (IQ 25-29, tidak terlatih, intensitas bantuan: ekstensif). (4) RM sangat berat (IQ < 25, tidak terlatih, intensitas bantuan: pervasif).

Klasifikasi lain dari RM adalah: (1). RM patologis, gangguan mental berat (IQ kurang dari 20), idiot dan imbesil (IQ 20-45), kelompok ini sering disertai dengan defisit neurologik lain. (2) RM subkultural, fisiologik atau

familial, biasanya gangguan mental tidak begitu berat, imbesil ringan atau pikiran lemah (feeble minded) dengan IQ 45-70. Orangtua dan saudara sering subnormal dengan tingkatan yang berbeda. Gejala-gejala yang ditemukan pada RM mencakup: (1). keterlambatan berbahasa (2). gangguan gerakan motorik halus dan gangguan adaptasi (toileting, kemampuan bermain) (3). keterlambatan perkembangan motorik kasar, jarang ditemui, kecuali kalau RM disertai dengan kondisi lain, seperti palsy serebral. (4) gangguan perilaku, antara lain agresi, menyakiti diri sendiri, deviasi perilaku, inatensi, hiperaktifitas, kecemasan, depresi, gangguan tidur dan gerakan stereotipik.

Kriteria diagnosis RM: (1) terdapat kendala perilaku adaptif sosial (kemampuan untuk mandiri). (2) gejala timbul pada umur yang kurang dari 18 tahun (3) fungsi intelektual kurang dari normal (IQ 40 tahun), hubungan darah/keluarga yang dekat antara suami-istri, faktor perinatal, faktor neonatal.

Penatalaksanaan anak dengan RM bersifat multi-dimensi dan sangat individual.

1. Perawatan umum

Perawatan umum antara lain : (1). Meningkatkan kesehatan dengan memberikan gizi yang baik, mengajarkan cara hidup sehat. (2). Memberikan perlindungan terhadap penyakit (imunisasi). (3). Mendeteksi penyakit sedini mungkin. (4). Diagnosis dini hipotiroid (kalau ada), untuk mencegah kerusakan lebih lanjut. (5). Koreksi defek sensoris, kemudian dilakukan stimulasi dini (stimulasi sensoris, terapi wicara)

2. Terapi medikamentosa

Terapi medikamentosa antara lain : (1). Pemberian neurotropik, vitamin masih kontroversial. (2). Pemberian prikotropik diberikan jika ditemukan komorbiditas spesifik, antara lain kelainan perkembangan pervasif (termasuk autisme), *attention deficit hyperactivity disorder*, kelainan tic, gerakan stereotipik, skizofrenia atau kelainan psikotik lain, kelainan mood, gangguan cemas, *post-traumatic stress disorder* (PTSD), kelainan obsesif-kompulsif, kelainan makan (eating disorder) serta kondisi medis umum lainnya.

Down Syndrome (DS)

Down syndrome adalah kelainan genetik yang menyebabkan anak memiliki tingkat kecerdasan yang rendah dan kelainan fisik yang khas. *Down syndrome* adalah salah satu penyakit akibat kelainan kromosom. *Down syndrome* merupakan kelainan genetik yang cukup sering terjadi. Data WHO memperkirakan 3000 hingga 5000 bayi terlahir dengan kondisi ini setiap tahunnya. Dengan penanganan yang tepat anak dapat hidup dengan sehat dan mampu menjalani aktivitas dengan mandiri, walaupun kelainan belum dapat disembuhkan. Anak dengan *down syndrome* memiliki kelainan fisik khas, yang kadang bisa dideteksi sebelum lahir, antara lain: (1) Ukuran kepala lebih, (2) Bagian belakang kepala datar. (3) Sudut mata luar naik ke atas. (4) Bentuk telinga kecil atau tidak normal. (5) Lidah pecah-pecah. Penyebab *Down syndrome* terjadi ketika ada kelainan dari kromosom nomor 21 dan 15. Kromosom atau struktur pembentuk gen normalnya berpasangan, dan diturunkan dari masing-masing orang tua. Ada beberapa faktor yang berisiko antara lain ibu sudah cukup berumur saat hamil atau memiliki penderita *down syndrome* lain dalam keluarga. Pengobatan untuk

anak *Down syndrome* dilakukan agar anak bisa menjalani aktivitas sehari-hari secara mandiri. Pengobatan itu dapat berupa: fisioterapi, terapi bicara, terapi okupasi dan terapi perilaku. *Down syndrome* memang tidak bisa diobati. Namun dengan dukungan yang baik dari keluarga, serta rutin menjalani terapi dan pemeriksaan ke dokter, penderita *Down syndrome* dapat hidup mandiri dan terhindar dari komplikasi. Anak dengan *down syndrome* memiliki kebutuhan khusus yang berbeda dari anak pada umumnya, terutama dalam aspek fisik, psikologis dan sosial. Orang tua dan keluarga harus bisa memahami kekurangan dari anak agar bisa menghadapi kondisi anak, karena peran orang tua sangat penting untuk mendorong tumbuh kembang anak *down syndrome*.

Cara penanganan anak dengan *down syndrome* :

1. Terapi fisik

Terapi fisik yang dapat dilakukan dengan aktivitas dan latihan untuk meningkatkan perkembangan motorik halus dan motorik kasar. Kemampuan fisik yang terlatih sejak dini akan membantu anak *down syndrome* dalam belajar keterampilan lainnya seperti miring kanan, miring kiri, duduk, merangkak, berdiri, berjalan, berlari dan menjangkau sesuatu benda. Terapi fisik ini juga berguna untuk membangun keterampilan motorik, meningkatkan kekuatan otot dan mengatur keseimbangan anak *down syndrome*.

2. Terapi wicara

Terapi wicara sejak dini pada anak *down syndrome* dapat meningkatkan kemampuan komunikasi, perkembangan bahasa (*language*) dan menggunakan bahasa secara efektif. Salah satu hal yang bisa dipraktikkan kepada anak dalam terapi bicara adalah latihan meniru suara. Latihan

menggunakan *Auditory Visual Terapi (AVT)* dan *Lips Reading* akan membantu anak dalam meningkatkan perkembangan bahasa.

3. Terapi kerja

Terapi kerja bisa diterapkan pada anak *down syndrome* sejak dini. Anak *down syndrome* diajarkan sejumlah keterampilan diri, antara lain cara minum dan makan secara baik dan benar, cara mandi, gosok gigi, keramas, cara berpakaian, menulis, mewarnai dll. Terapi kerja tersebut akan membuat anak *down syndrome* untuk mengenali ragam aktivitas sehari-hari dan menyesuaikan diri untuk mengerjakan aktifitas sehari-hari.

4. Terapi okupasi

Terapi okupasi pada anak *down syndrome* sangat dianjurkan untuk mengenali hobby dari anak dan minat terhadap sesuatu dan untuk mengidentifikasi karir yang ingin dijalani pada nantinya.

Orangtua juga disarankan dalam memberikan stimulasi menggunakan alat bantu atau media yang cocok bagi anak *down syndrome*. Hal ini membantu peningkatan pembelajaran anak dan penyelesaian tugas-tugas yang diberikan. Contohnya, orang tua dapat menggunakan alat mainan atau alat musik untuk melatih pergerakan fisik anak, memanfaatkan pensil khusus agar latihan menulis lebih mudah.

Pada dasarnya, anak *down syndrome* dapat berkembang optimal seperti anak lainnya jika orang tua dan lingkungan sekitar memberikan dukungan dan kasih sayang.

Autis (Autisme)

Autis (Autisme) merupakan gangguan perkembangan pada anak yang menyebabkan kemampuan komunikasi dan sosialisasi anak terganggu. Hingga kini, penyebab autisme tidak diketahui secara pasti. *Autism spectrum disorder* (ASD) atau yang lebih sering disebut autisme merupakan gangguan perkembangan saraf yang memengaruhi perkembangan bahasa dan kemampuan seorang anak untuk berkomunikasi, berinteraksi, serta berperilaku.

Faktor-faktor yang jadi pemicu autisme adalah:

1. Jenis kelamin. Anak laki-laki memiliki risiko hingga 4 kali lebih tinggi mengalami autisme dibandingkan dengan anak perempuan.
2. Faktor keturunan. Orang tua yang mengidap autisme berisiko memiliki anak dengan kelainan yang sama.
3. Penularan selama dalam kandungan. Contohnya, efek samping terhadap minuman beralkohol atau obat-obatan (terutama obat epilepsi untuk ibu hamil) selama dalam kandungan.
4. Pengaruh gangguan lainnya, seperti sindrom Down, distrofi otot, neurofibromatosis, sindrom Tourette, lumpuh otak (*cerebral palsy*).
5. Kelahiran prematur, khususnya bayi yang lahir pada masa kehamilan 26 minggu atau kurang.

Gejala autisme antara lain :

1. Kesulitan komunikasi

Masalah komunikasi yang sering dialami anak autisme, antara lain sulit bicara, menulis, membaca dan memahami bahasa isyarat, seperti menunjuk dan melambaikan tangan. Hal ini membuat sulit untuk memulai percakapan dan memahami maksud dari

suatu perkataan atau petunjuk yang diberikan orang lain.

Anak autisme mengucapkan satu kata secara berulang atau yang beberapa waktu lalu didengarnya, mengucapkan sesuatu dengan nada tertentu atau seperti sedang bersenandung, atau sering *tantrum*.

2. Gangguan dalam berhubungan sosial

Salah satu ciri-ciri anak autisme adalah sulit bersosialisasi. Anak dengan autisme sering kali terlihat asyik dengan dunianya sendiri, sehingga sulit terhubung dengan orang-orang di sekitarnya. Terkadang anak dengan autisme juga terlihat kurang responsif atau sensitif terhap perasaannya sendiri atau pun orang lain. Oleh karena itu, anak autis biasanya tidak mudah berteman, bermain dan berbagi mainan dengan teman, atau fokus terhadap suatu objek atau mata pelajaran di sekolah.

3. Gangguan perilaku

Gangguan perilaku khas yang biasanya ditunjukkan oleh anak dengan autisme: (1) Marah, menangis, atau tertawa tanpa alasan yang jelas. (2). Hanya menyukai atau mengonsumsi makanan tertentu. (3). Melakukan tindakan atau gerakan tertentu dilakukan secara berulang, seperti mengayun tangan atau memutar-mutarkan badan. (4) Hanya menyukai objek atau topik tertentu. (5) Melakukan aktivitas yang membahayakan dirinya sendiri, seperti menggigit tangan dengan kencang atau membenturkan kepala ke dinding. (6) Memiliki bahasa atau gerakan tubuh yang cenderung kaku dan (7) Sulit tidur.

Tips Berkomunikasi dengan Anak Autisme : (1) Mengajak berbicara dengan kalimat singkat dan jelas atau berbicara secara perlahan dengan jeda di antara kata. (2)

Memberikan waktu kepada anak untuk memahami perkataan laan bicara. (3) Iringi kata yang Anda ucapkan dengan gerakan tubuh yang sederhana. (4) Panggil anak selalu dengan namanya.

Cara mendampingi dan mengatasi anak autisme adalah : (1) Jangan dikucilkan dalam keluarga. (2) Lebih Sabar Menghadapinya (3) Saling Tukar Informasi Dengan Orang Tua Lain (4) Melakukan Fiksasi Pada Anak (5) Tidak Pernah Memaksakan Anak. (6) Temukan Cara Berkomunikasi Yang Efektif. (7) Gunakan Bantuan Profesional

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)/ Gangguan Pemusatan Perhatian Hiperaktifitas (GPPH)

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) atau Gangguan Pemusatan Perhatian Hiperaktifitas (GPPH) adalah salah satu gangguan kesehatan mental. ADHD, biasa disebut dengan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas, menyebabkan penderitanya kesulitan memusatkan perhatian, menjadi terlalu aktif (hiperaktif) dan cenderung bertindak tergesa-gesa tanpa berpikir panjang (impulsif). ADHD tidak dapat disembuhkan. Namun dengan perawatan yang tepat, ADHD dapat dikendalikan dan pengidapnya dapat hidup dengan normal.

Gejala ADHD sudah terlihat sejak usia dini pada usia 6-12 tahun. ADHD juga dapat muncul pada orang dewasa (*adult ADHD*). Meskipun begitu, orang dewasa dengan ADHD jarang menunjukkan perilaku hiperaktif.

Gejala ADHD didominasi perilaku hiperaktif dan impulsif, didominasi pada ketidakmampuan untuk memusatkan perhatian dan campuran dari keduanya.

Gejala ADHD :

1. Sulit untuk fokus pada tugas-tugas ataupun permainan yang dilakukan
2. Seolah tidak memperhatikan orang yang berbicara padanya
3. Tidak dapat memusatkan perhatian pada hal-hal detail
4. Kerap bersikap ceroboh dalam mengerjakan tugas sekolah.
5. Sulit membagi waktu
6. Mudah terdisktraksi
7. Melupakan tugas sehari-hari, seperti pekerjaan rumah
8. Menghindari pekerjaan yang membutuhkan konsentrasi
9. Kehilangan benda-benda penting untuk sekolah, seperti pensil
10. Sulit mengikuti instruksi
11. Tidak menyelesaikan tugas ataupun pekerjaan yang diberikan

Faktor risiko yang dapat menyebabkan gangguan *neurodevelopmental* pemicu ADHD antara lain : Faktor keturunan, Lahir prematur sebelum 37 minggu, Berat badan rendah pada saat lahir, Riwayat epilepsi, Cedera otak, Kebiasaan merokok maupun penyalahgunaan alkohol atau narkotika saat mengandung, Masalah pada otak saat masa perkembangan dan Paparan atau zat-zat kimia, seperti timah

Psikoterapi pada pengidap ADHD bertujuan untuk: Mempelajari cara mengurangi perilaku impulsive,

Mengembangkan kecerampilan untuk menghadapi dan menyelesaikan masalah, Meningkatkan cara mengatur waktu, Meningkatkan harga diri, Mengembangkan strategi untuk mengendalikan emosi, Mempelajari cara bersosialisasi dengan baik

Beberapa jenis psikoterapi yang dapat diberikan adalah sebagai berikut.

1. Psikoedukasi:

Selama menjalani psikoedukasi, pasien akan mendapat pengetahuan tentang ADHD dan dampaknya. Hal tersebut dapat membantu pasien mengatasi dampak yang mungkin terjadi dan hidup normal dengan kondisi tersebut.

2. Terapi perilaku (*behaviour therapy*):

Terapi perilaku dapat memberikan dukungan untuk pengasuh anak-anak ADHD dan mungkin melibatkan guru serta orangtua. Terapi perilaku biasanya terdiri dari manajemen perilaku, yang menggunakan sistem hadiah dan hukuman untuk mendorong anak dalam mengendalikan perilaku.

3. Pelatihan keterampilan sosial

Pelatihan keterampilan sosial melibatkan pasien untuk mengambil bagian dalam situasi permainan peran (*role play*). Pelatihan ini bertujuan untuk mengajari cara berperilaku dalam situasi sosial tertentu dan memberikan pemahaman tentang dampaknya bagi orang lain.

4. Terapi perilaku kognitif:

Terapi perilaku kognitif atau *cognitive based therapy* (CBT) adalah terapi wicara yang dapat membantu pasien mengelola masalah dengan mengubah cara berpikir dan berperilaku.

Tuna Rungu (Gangguan Pendengaran)

Anak tunarungu merupakan anak yang mempunyai gangguan pada pendengarannya sehingga tidak dapat mendengar bunyi dengan sempurna atau bahkan tidak dapat mendengar sama sekali. Tuli adalah anak yang indera pendengarannya mengalami kerusakan dalam taraf berat sehingga pendengarannya tidak berfungsi lagi. Sedangkan kurang dengar adalah anak yang indera pendengarannya mengalami kerusakan, tetapi masih dapat berfungsi untuk mendengar, baik dengan maupun tanpa menggunakan alat bantu dengar (*hearing aids*). Istilah tunarungu diambil dari kata “tuna” dan “rungu”, tuna artinya kurang dan runggu artinya pendengaran. Anak tunarungu sudah diberikan alat bantu dengar, tetap saja anak tunarungu masih memerlukan pelayanan pendidikan khusus dengan memasukkan anak di Sekolah Luar Biasa Bagian B (Tuna Rungu) atau di sekolah inklusi.

Klasifikasi Tuna Rungu adalah sebagai berikut :

1. Kelompok I : kehilangan 15-30 dB, mild hearing losses atau ketunarunguan ringan; daya tangkap terhadap suara cakapan manusia normal.
2. Kelompok II: kehilangan 31-60, moderate hearing losses atau ketunarunguan atau ketunarunguan sedang; daya tangkap terhadap suara cakapan manusia hanya sebagian.
3. Kelompok III: kehilangan 61-90 dB, severe hearing losses atau ketunarunguan berat; daya tangkap terhadap suara cakapan manusia tidak ada.
4. Kelompok IV: kehilangan 91-120 dB, profound hearing losses atau ketunarunguan sangat berat; daya tangkap terhadap suara cakapan manusia tidak ada sama sekali.

5. Kelompok V: kehilangan lebih dari 120 dB, total hearing losses atau ketunarunguan total; daya tangkap terhadap suara cakapan manusia tidak ada sama sekali.

Terapi anak Tuna Rungu :

1. Aktivitas intervensi berbahasa
2. Terapis melibatkan anak dalam kegiatan yang melatih komunikasinya lewat berbicara, menunjuk gambar, objek, atau aktivitas lain secara berulang-ulang untuk memperbaiki *skill* berbahasa anak.
3. Terapi artikulasi

Terapi artikulasi adalah latihan yang bertujuan melatih anak mengeluarkan lebih banyak kosa kata serta melatih anak melafalkan kata tersebut, misalnya terapis mencontohkan anak mengucapkan huruf 'L' dengan memperlihatkan gerakan lidahnya. Terapi ini akan disesuaikan dengan usia maupun tingkat keparahan gejala tuna wicara pada anak.

4. Terapi oral-motor

Terapi oral-motor adalah terapi fisik yang dilakukan untuk memperkuat otot di sekitar bibir, lidah, maupun rahang. Kegiatan terapi ini sangat beragam mulai dari pijat wajah hingga meminta anak mengunyah makanan tertentu.

Tuna Netra

Tunanetra merupakan gangguan pada anak yang mengalami hambatan pada indera penglihatan. Tunanetra terbagi menjadi dua yakni tunanetra total (buta total) maupun *low vision* (masih terdapat sisa penglihatan). Dengan penanganan dan layanan yang baik sejak dini, anak tunanetra mampu berkembang maksimal sesuai potensinya. Saat ini sudah banyak tunanetra

maupun orang berkebutuhan khusus yang berprestasi misal dalam tarik suara, musik, mengalunkan ayat suci Al Qur'an dan kemampuan di bidang lainnya.

Penanganan anak Tuna Netra :

1. Ajari anak tuna netra dengan menggunakan benda nyata atau miniatur

Anak tuna netra mengalami hambatan dalam penglihatan atau indera visual sehingga arah dalam mengajari anak tunanetra yakni secara kongkrit atau langsung, ia akan sangat sulit untuk menerima konsep saja. Contohnya ketika mengajarkan berhitung dengan mengambil benda seperti batu kemudian anak memindah batu ke tempat yang ditentukan sambil membilang. Selanjutnya bila batu sudah terkumpul langsung ditanya jumlah batu tadi.

2. Ajari anak suatu hal secara menyeluruh

Maksud dari mengajari anak secara menyeluruh adalah mengajarkan tentang hewan sapi. Hindari mengajari anak tunanetra per bagian misalnya saja hanya kepala sapi, atau kaki sapi. Kita bisa mengajarkan hewan tersebut menggunakan miniatur hewan sapi. Kemudian langsung dijelaskan menyeluruh kalau sapi itu ada kepalanya, ada kakinya, ada ekornya, sambil anak diarahkan meraba miniatur sapi.

3. Ajari anak belajar sambil berbuat (aktivitas)

Pembelajaran pada anak tunanetra sangat penting dalam melibatkan aktivitas dalam prosesnya. Anak diajari membilang sambil memindahkan batu, mengenal hewan sapi dengan meraba miniatur, dengan begitu selain anak tidak bosan, anak juga dapat dengan mudah memahami apa yang dipelajari.

4. Ajari anak suatu hal dengan melibatkan berbagai indera

Anak tunanetra mengalami hambatan indera penglihatan, namun karena hambatan tersebut indera lain bisa menjadi lebih sensitif. Ajarkan anak suatu hal dengan melibatkan berbagai indera misalnya ketika mengajarkan tentang ayam maka anak bisa belajar meraba untuk melatih kepekaan perabaan bagaimana bulu ayam apakah halus atau kasar, kemudian pada indera pendengaran anak diperdegarkan suara ayam, kemudian indera pengecap anak dikenalkan daging ayam, dan indera lainnya sehingga anak memahami secara menyeluruh tentang ayam.

Daftar Pustaka

- Aryo (2010). *Klasifikasi Anak Berkebutuhan Khusus*. Jakarta: Khalis Media.
- Bandi Delphie. (2006). *Pembelajaran Anak Berkebutuhan Khusus dalam Setting Pendidikan Inklusi*, Bandung: PT. Refika Aditama, 2006.
- Direktirat pendidikan luar biasa. (2004). *Menjadikan Lingkungan Inklusif, Ramah Terhadap Pembelajaran*”, (UNESCO 2004)
- Hallahan, D.P. & Kauffman, J.M. (2006). *Exceptional Learners: Introduction to Special Education* 10th ed. USA: Pearson.
- Suryani E dan Badi'ah A. (2017). *Asuhan keperawatan anak sehat & berkebutuhan khusus*. Pustaka Baru Press
- Suryaningsih A. (2010), *Strategi Pembelajaran Bagi Anak Berkebutuhan Khusus*. Jakarta: Rineka Cipta.

Profil Penulis



Dr. Atik Badi'ah, S.Pd, S.Kp, M.Kes

Lahir di Trenggalek, 30 Desember 1965. Bekerja sebagai dosen/Lektor Kepala di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta mulai 1988 s.d sekarang. Lulus Akademi Perawat Dep Kes Yogyakarta 1987, Lulus IKIP PGRI Wates Bimbingan Konseling tahun 1994, Lulus S 1 Keperawatan PSIK FK UNPAD Bandung tahun 1997, Lulus S2 Kesehatan Ibu Anak FK UGM tahun 2002 dan Lulus S3 Promosi Kesehatan Pasca Sarjana UNS Surakarta tahun 2018.

Menjadi penguji eksternal Disertasi S3 Promosi Kesehatan UNS. Menjadi Asesor Beban Kinerja Dosen (BKD). Menjadi Reviewer Internal Jurnal Caring Jurusan Keperawatan Poltekkes Yogyakarta, menjadi Reviewer Eksternal Jurnal Internasional Health Notion, Jurnal Nasional Forikes Poltekkes Surabaya, Jurnal Nasional Surya Medika Stikes Surya Global Yogyakarta, Jurnal Nasional Health Sciences and Pharmacy Journal Stikes Surya Global Yogyakarta dan Jurnal Nasional MIKKI Stikes Wira Husada Yogyakarta. Menjadi Reviewer Penelitian Eksternal Nasional dan Reviewer internal Penelitian dan reviewer internal pengabdian masyarakat tingkat Poltekkes Yogyakarta. Menjadi pembicara tingkat lokal dan nasional. Menjadi Afiliasi Reasearch Seameo Recfon. Melakukan berbagai penelitian tingkat Poltekkes, Nasional dan Internasional (Seameo Recfon) dan telah dipublikasikan dalam jurnal Internasional terindeks Scopus, jurnal nasional OJS dan Terakreditasi. Sudah menerbitkan beberapa buku keperawatan.

Email : atik.cahyo@yahoo.com

KEPERAWATAN ANAK DENGAN MASALAH SOSIAL

Any Zahrotul Widniah, S.Kep.,Ns., M.Kep

STIKES Intan Martapura

Pengertian Perkembangan Sosial Pada Anak

Perkembangan sosial adalah suatu pencapaian kematangan manusia dalam proses pembelajaran agar dapat menyesuaikan diri terhadap aturan-aturan dalam kelompok, moral, tradisi, serta dapat berkumpul, berkomunikasi dan berkerjasama dalam satu kelompok (Depkes, 2006). Karena pada hakikatnya manusia dilahirkan sebagai makhluk sosial, yang saling membutuhkan antara satu dengan yang lainnya.

Perkembangan sosial merupakan suatu proses seseorang untuk berperilaku sesuai dengan lingkungan dan tuntunan sosial. Individu diharapkan mampu menjadi seseorang yang bisa bermasyarakat, dengan melalui tiga proses yaitu, belajar berperilaku yang dapat diterima secara sosial, individu dapat bermain peran sosial sehingga diterima, dan melalui perkembangan sikap sosial, sehingga individu dapat masuk dalam lingkup pertemanan sosial di masyarakat ((Elizabeth B Hurlock, 2016) & (E B Hurlock, 1980)).

Pada anak perilaku sosial merupakan aspek yang berkaitan dengan kemampuan seorang anak untuk

mandiri, bersosialisasi dan melakukan interaksi pada lingkungan sekitarnya (Hidayat, 2014). Anak memperoleh perkembangan sosial berasal dari kematangan dan kesempatan belajar yang bersumber pada respon lingkungan yang di terima saat anak memasuki usia prasekolah, dimana anak dituntut untuk dapat belajar dan mampu menyesuaikan diri dengan berbagai orang yang ada di lingkungannya, baik keluarga, guru, ataupun teman sebaya (Abu & Munawar, 2005). Anak akan menangis jika dimarahi, dan membuat permintaan yang sederhana dengan mengekspresikannya melalui gaya tubuh, anak akan menunjukkan peningkatan kecemasan terhadap perpisahan dan begitu sebaliknya. Penilaian terhadap perkembangan anak bisa di lihat dengan melakukan wawancara tentang faktor-faktor yang dapat mempengaruhi atau menyebabkan terjadinya gangguan perkembangan sosial pada anak, kemudian dilakukan tes skrining terhadap perkembangan sosial pada anak tersebut (Hidayat, 2014).

Tingkat Perkembangan Sosial Pada Anak

Terdapat empat tingkatan perkembangan sosial pada anak menurut Abu & Munawar (2005) yaitu:

1. Tingkat Pertama

Dimulai saat seorang anak memasuki usia 3 bulan, seorang anak akan mulai memperlihatkan reaksi atau respon positif terhadap orang lain disekitarnya, dimana anak akan mulai tertawa jika melihat orang lain.

2. Tingkat Kedua

Kemampuan anak untuk dapat mengungkapkan perasaan senang, sedih akan suatu hal, yang dapat terlihat dari ekspresi wajahnya, dan hal tersebut dapat di praktikkan oleh anak secara berulang.

Seperti anak yang berebut benda atau mainan, jika menang dia akan menunjukkan ekspresi kegirangan, tingkatan ini biasanya terjadi pada anak usia dua tahun keatas.

3. Tingkat Ketiga

Jika anak berumur lebih kirang dua tahun, mulai timbul perasaan simpati (rasa setuju) dan atau rasa antisipasi (tidak setuju) kepada orang lain, nbaik yang sudah dikenalnya atau belum.

4. Tingkat Keempat

Setelah anak berusia tiga tahun awal, anak akan mulai menyadari akan pergauannya dengan anggota keluarga, anak timbul rasa ingin untuk ikut campur kedalam kegiatan yang dilakukan oleh keluarganya. Pada usia emoaat tahun, anak semakin senang berbaul dengan anak lain terutama dengan seusianya. Anak akan cenderung bermain dalam kelompok kecil yang terdiri dari 2-3 anak, karena apabila semakin banyak sahabat atau teman dalam kelompok dapat memicu perselisihan dan pertengkaran. Dan usia 5-6 tahun ketika memasuki usia sekolah, anak lebih mudah untuk memilih teman, baik dalam lingkungan tetangga atau teman sebaya yang lainnya.

Bentuk-Bentuk Perilaku Sosial Pada Anak

Bentuk-bentuk tingkah laku pada anak, saat mereka sudah bisa bergaul dengan lingkungan sekitarnya, mereka sudah bisa membina hubungan baik dengan orang tua, anggota keluarga, orang dewasa lainnya, dan teman bermainnya, yaitu (Depkes, 2006) :

1. Pembangkangan

Tingkah laku ini ditunjukkan oleh anak sebagai respon anak terdapat penerapan peraturan atau

tuntutan dari orang tua, atau lingkungan sekitarnya yang tidak disukai oleh anak.

2. Agresi

Merupakan bentuk perilaku yang menunjukkan rasa kecewa karena tidak terpenuhinya kebutuhan atau keinginannya, bentuk perilaku tersebut ditunjukkan secara fisik (*nonverbal*) maupun kata-kata (*verbal*).

3. Berselisih atau bertengkar (*Quarelling*)

Berselisih atau bertengkar sering terjadi pada anak-anak, dikarenakan anak merasa tersinggung atau terganggu terhadap perilaku dari anak yang lain.

4. Menggoda atau mengejek (*teasing*)

Perilaku menggoda ataupun mengejek merupakan salah satu bentuk dari tingkah laku agresif, menggoda merupakan bentuk dari serangan verbal sehingga dapat menimbulkan reaksi marah pada orang yang diserangnya.

5. Persaingan (*rivalry*)

Merupakan satu keinginan anak untuk dapat atau mampu melebihi orang lain

6. Kerja sama (*cooperation*)

Merupakan sikap anak yang mau ikut berkerjasama dengan kelompok lain, untuk mengerjakan suatu tujuan.

7. Tingkah laku berkuasa (*ascendant behavior*)

Merupakan bentuk dari tingkah laku untuk menguasai situasi sosial, dimana anak memiliki keinginan yang mendominasi, atau bersikap layaknya seperti pemimpin atau ketua.

8. Mementingkan diri sendiri (*selfishness*)

Merupakan sikap egosnetris dalam memenuhi keinginannya.

9. Simpati

Merupakan sikap emosional, yang mendorong anak untuk menaruh perhatian terhadap orang lain mau mendekati atau berkerjasama dengan baik bersama teman sebayanya.

Faktor yang Mempengaruhi Perkembangan Sosial Pada Anak

Perkembangan sosial merupakan suatu proses tahapan yang harus di lewati oleh seorang anak, dalam prosesnya terdapat faktor-faktor yang dapat menghambat proses tahapan perkembangan tersebut. Kurangnya perhatian orang tua terhadap anak dikarenakan orang tua terlalu sibuk, kemudian kurang harmonisnya hubungan antara anak dengan orang tua, atau orang tua yang memiliki banyak anak menjadikan anak kurang mendapatkan perhatian, merupakan faktor yang dapat menghambat perkembangan sosial pada anak (Mukharis et al., 2019).

Sedangkan Menurut Hijriati (2019) terdapat lima faktor yang dapat mempengaruhi perkembangan sosial pada anak yaitu:

1. Keluarga

Lingkungan pertama yang memberikan pengaruh besar terhadap anak adalah keluarga, lingkungan keluarga yang kondusif dapat mempengaruhi aspek perkembangan sosial pada anak.

2. Kematangan

Kematangan fisik dan psikis merupakan sesuatu yang diperlukan seorang anak dalam bersosialisasi, karena dalam proses bersosialisasi anak melakukan

mempertimbangkan mengenai tindakan yang dilakukan terhadap lingkungan dan orang di sekitar, anak harus bisa memberi dan menerima pendapat atau masukan dari orang di sekitar.

3. Status sosial ekonomi

Menjalani kehidupan sosial sedikit banyak dipengaruhi oleh status kehidupan keluarga dalam lingkungan masyarakat. Karena dalam kehidupan anak akan menjaga status sosial anak dan ekonominya. Menjaga status sosial.

4. Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu proses sosialisasi pada anak, pendidikan memiliki pengertian yang luas karena pendidikan diartikan bahwa perkembangan anak dipengaruhi oleh kehidupan keluarga, masyarakat dan kelembagaan.

5. Kepastian mental emosi dan intelegensi

Kemampuan intelegensi atau kecerdasan memiliki pengaruh besar terhadap perkembangan sosial, karena anak yang memiliki intelegensi lebih baik biasanya akan mudah untuk melakukan pemecahan masalah dan baik dalam berbahasa. Hal ini terkadang yang membuat anak dengan intelegensi baik akan berbaur dengan anak yang usianya lebih dewasa, mereka merasa memiliki satu pemahaman yang sama dengan kelompok usia dewasa, namun terkadang mereka tetap dianggap seorang anak-anak oleh kelompok usia dewasa, ini yang cenderung akan menimbulkan konflik (*bullying*).

Permasalahan Sosial Pada Anak

Manusia pada hakikatnya di ciptakan sebagai makhluk sosial yang hidup perdampingan. Memiliki keterikatan antara individu maupun kelompok, yang menciptakan

adanya komunikasi dan interaksi di dalamnya. Tak jarang hal tersebut menyebabkan timbulnya masalah-masalah sosial yang erat kaitannya dengan aturan-aturan yang bersifat sosial.

Masalah sosial terdiri dari dua kata yaitu masalah yang mengacu pada kondisi, situasi, perilaku yang diinginkan, bertentangan, aneh tidak benar dan sulit. Sedang kata sosial mengacu pada masyarakat, hubungan sosial, struktur sosial dan organisasi sosial. Terdapat dua elemen penting yang terkait tentang masalah sosial, yaitu; pertama elemen objektif, sesuatu yang berhubungan dengan kondisi sosial, seperti pengalaman hidup, media pendidikan, berita peperangan, kemiskinan dan *human trafficking* atau pandangan manusia tentang sesuatu objek yang sering kita baca di media cetak maupun elektronik. Kedua adalah elemen subjektif, masalah sosial yang menyangkut keyakinan yang menyatakan pada kondisi tertentu membahayakan bagi individu atau masyarakat dan harus diatasi. Kejahatan, penyalahgunaan obat-obatan, dan polusi merupakan bentuk dari masalah sosial yang dianggap sebagai kondisi yang dapat mengurangi kualitas hidup manusia (Priyanto & Sahar, 2017).

Berdasarkan penjelasan tersebut dapat diartikan masalah sosial merupakan suatu permasalahan atau persoalan yang harus diselesaikan yang berhubungan dengan nilai-nilai sosial dan lembaga-lembaga masyarakat. Masalah sosial dipandang oleh sejumlah orang dalam masyarakat sebagai suatu kondisi yang tidak diharapkan (Kurniasih & Ikhsan, 2019).

Masalah-masalah sosial sering kali kita temui dalam kehidupan sehari-hari yang sangat erat hubungan dalam suatu kelompok masyarakat. Berikut karakteristik masalah yang sering ditemui dalam masalah sosial dan permasalahan perilaku sosial pada anak;

Karakteristik Masalah Sosial

Karakteristik masalah sosial yang sering kita temui di masyarakat, yaitu:

1. Kondisi yang dirasakan banyak orang

Merupakan suatu masalah yang dirasakan oleh semua orang yang berada di dalam maupun di luar lingkungan tersebut, tidak ada batasan mengenai seberapa besar seseorang terlibat dalam suatu masalah. Karena jika terdapat masalah yang melibatkan beberapa orang dan orang lain menjadi perhatian terhadap masalah tersebut, maka masalah tersebut merupakan masalah sosial.

2. Kondisi yang dinilai tidak menyenangkan

Merupakan suatu perilaku seseorang yang akan mengulang dan menghindari sesuatu yang tidak menyenangkan. Karena kebanyakan dari orang selalu menghindari masalah, penilaian masyarakat sangat menentukan suatu masalah dapat dikatakan sebagai masalah sosial.

3. Kondisi yang menuntut pemecahan masalah sosial

Merupakan bentuk masalah sosial dengan kondisi tidak menyenangkan dan menuntut pemecahan, pada umumnya suatu masalah sosial dianggap perlu di pecahkan jika masyarakat masyarakat tersebut perlu dilakukannya pemecahan masalah.

4. Pemecahan masalah tersebut harus diselesaikan melalui aksi secara kolektif

Permasalahan individu dan permasalahan sosial berbeda, karena masalah individu dapat diatasi secara individual, tetapi masalah sosial hanya dapat diatasi melalui rekayasa sosial seperti aksi sosial, kebijakan sosial atau perencanaan sosial, hal ini

dikarenakan penyebab dan akibat yang ditimbulkan bersifat multidimensional dan menyangkut banyak orang.

Permasalahan Perilaku Sosial pada Anak

Permasalahan perilaku sosial pada anak yaitu (Kurniasih & Ikhsan, 2019):

1. Maladjustment

Merupakan penyesuaan diri seorang anak yg tidak baik atau anak yang nakal dan bermasalah, terdiri menjadi 2 jenis yaitu;

- a. Anak puas terhadap tingkah lakunya tetapi masyarakat tidak dapat menerimanya
- b. Tingkah laku diterima lingkungan sosial

Berikut adalah ciri-ciri yang muncul pada anak bermasalah:

- a. Menunjukkan kekhawatiran dan kecemasan yang berlebihan
 - b. Sering tampak depresi dan jarang tersenyum dan bercanda
 - c. Suka mencuri benda-benda kecil walaupun sering dihukum
 - d. Sering tenggelam dalam lamunan
 - e. Sering bertengkar dengan anak yang lebih kecil
 - f. Merasa dipermalukan tidak adil
 - g. Sangat cemas terhadap penampilan diri
 - h. Tidak mampu mengubah tingkah laku yang salah
 - i. Suka berbohong
 - j. Sulit mengambil keputusan
 - k. Melawan setiap bentuk otoritas
-

- l. Ngompol yang berkelanjutan
 - m. Berkata atau mengancam mau bunuh diri
 - n. Sering merusak
 - o. Membadut untuk menarik perhatian
 - p. Menyalahkan orang lain atau mencari alasan untuk ditegur
 - q. Suka mengadu untuk mendapat perhatian orang dewasa
 - r. Mencegah timbulnya maladjustment adalah usaha meningkatkan pengenalan diri dan lebih realistis terhadap kemauan sendiri.
2. Egosentris

Merupakan sikap yang lebih mengutamakan diri sendiri dibandingkan orang lain, seperti:

- a. Anak merasa menjadi superior, dimana anak berperan sebagai pemimpin dalam sebuah kelompok.
- b. Anak merasa introfer, dimana anak akan merasa peran dirinya dalam kelompok tidak berharga, biasanya anak akan menjadi minder dan lebih pendiam.
- c. Egosentris dimana anak merasa menjadi korban dalam kelompok, karena adanya perlakuan tidak adil dalam kelompok tersebut,
- d. Anak Terisolasi

Anak yang terisolasi atau anak yang merasa dikucilkan oleh kelompok, hal ini berhubungan dengan penerimaan kelompok terhadap seseorang. Elizabeth B Hurlock (2016) dalam bukunya terdapat bentuk-bentuk penerimaan anak pada lingkungan sosial, seperti;

- a. *Star*, dimana anak merasa merasa disenangi di lingkungan kelompok tersebut, karena anak memiliki sifat yang menonjol.
- b. *Accepted*, anak yang di sukai oleh sebagian besar anggota kelompok, karena dianggap populer.
- c. *Isolate*, anak tidak memiliki teman atau sahabat dalam lingkungannya, *isolate* terbagi menjadi dua, yaitu *voluntary Isolate* merupakan perilaku menarik diri karen kurang minat terhadap kelompok, dan *involuntary Isolate* merupakan bentuk penolakan dari kelompok terhadap seorang anak.
- d. *Fringer*, merupakan anak yang berada pada posisi takut untuk mendapat penolakan dari kelompok.
- e. *Climber*, adalah posisi anak yang diterima oleh kelompok dengan anak yang harus mentaati peraturan dalam kelompok tersebut.
- f. *Neglectee*, anak yang diabaikan dari lingkungan atau kelompok karen anak memiliki sifat pemalu, pendiam, dan tidak termasuk dalam kategori pertemanan dalam kelompok tertentu.

Penanganan Orang Tua Dengan Pada Anak dengan Masalah Sosial

Keluarga merupakan lingkungan pertama untuk seorang anak bisa belajar mengenai perkembangan social, dimana orang tua menjadi pembentuk karakter seorang anak dalam melakukan hubungan social baik terhadap lingkungan maupun kelompok. Banyak faktor yang membuat anak mengalami permasalahan dalam perkembangan social, berikut bentuk penanganan orang tua terhadap anak dengan masalah social (Ulfa, 2013);

1. Anak dengan perilaku pemalu

Pada anak yang memiliki sifat pemalu orang tua harus berusaha untuk membiasakan anak berada di lingkungan yang ramai, seperti mengajak anak untuk pergi ke acara keluarga, ke taman bermain, mengajari anak untuk berkenalan dengan teman sebaya, sehingga anak dapat berbaur dalam lingkungan dan kelompok.

2. Anak dengan Perilaku Agresif

Penanganan orangtua terhadap anak yang berperilaku agresif, adalah dengan memberikan teguran-teguran secara perlahan, menerapkan hukuman yang telah di sepakati dengan anak jika anak melanggar atau bersikap tidak baik.

3. Anak dengan Perilaku Manja

Terdapat beberapa faktor yang menyebabkan seorang anak menjadi manja, seperti orang tua yang selalu mengabdikan keinginan anak akan suatu hal. Perilaku seperti ini yang membuat anak menjadi ketergantungan. Sehingga orang tua sebaiknya membiasakan untuk tidak mengikuti semua keinginan anak, dan mengikut sertakan anak dalam kegiatan sehari di rumah, seperti anak di ajak untuk bisa menggunakan baju sendiri, mandi sendiri, membersihkan tempat tidur sendiri, dan lain-lain, diharapkan dengan cara seperti itu anak dapat berperilaku mandiri dan dapat diterima oleh kelompok atau lingkungan.

4. Anak dengan Perilaku Negativisme

Penanganan orang tua dengan anak yang berperilaku negativisme adalah dengan sering mendampingi dan menenangkan anak saat anak merasa emosi, merasa gelisah, dan memberikan pujian yang lebut ketika

anak berhasil dalam melakukan suatu hal yang baik, sehingga nanti saat anak berada dalam kelompok dan lingkungan yang berbeda anak bisa diterima dengan baik.

5. Anak dengan Perilaku Berkuasa

Penanganan orang tua pada anak yang berperilaku berkuasa adalah dengan menegur anak ketika menyuruh dan meminta anggota keluarga lain untuk mengerjakan sesuatu yang dia inginkan, dan orangtua mengajarkan dan membiasakan anak untuk mengambil dan memenuhi kebutuhannya sendiri.

Peran Perawat Pada Anak dengan Masalah Sosial

Pemberian keperawatan anak memiliki tujuan agar anak dapat mencapai pertumbuhan dan perkembangan secara optimal dengan melibatkan peran serta orang tua dan atau anggota keluarga. Mengingat keluarga memiliki peranan yang sangat penting dalam perlindungan, pemenuhan kebutuhan anak, mempertahankan kelangsungan hidup bagi anak, menjaga keselamatan dan mensejahterakan anak untuk mencapai masa depan anak yang lebih baik (Wong, 2009).

Peran perawat yaitu dengan memberikan pelayanan kesehatan dengan melibatkan, tim kesehatan dan keluarga terutama dalam membantu memecahkan masalah yang berkaitan dengan keperawatan anak (Danamik & Sitorus, 2019). Peran perawat pada anak dengan masalah social yaitu:

1. Sebagai *Educator*

Perawat berperan sebagai pendidik dengan memberikan pendidikan kesehatan mengenai perkembangan, terutama perkembangan social, pemahaman tentang bagaimana cara merawat anak dengan masalah sosial, sehingga orang tua dan

keluarga bisa memahami tahapan perkembangan dan cara perawatan di rumah anak dengan masalah social.

2. Sebagai Konselor

Perawat berperan sebagai pendengar, pendamping, dan pendukung saat anak dan keluarga memerlukan bantuan. Terkadang anak dengan masalah social membutuhkan perawatan yang khusus, tak jarang orang tua membutuhkan tempat untuk berbagai mengenai masalah yang dialami oleh anak, maka perawat disini berperan sebagai konselor untuk membantu memecahkan masalah.

3. Sebagai Koordinator atau kolaborator

Perawat melalui pendekatan interdisipliner melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan tim kesehatan yang lain, hal ini bertujuan agar telaksannya asuhan keperawatan yang holistik dan komperhensif.

4. Sebagai Pembuat Keputusan Etik

Peran perawat sebagai pembuat keputusan etik yang berdasarkan nilai dan norma yang di yakini, perawat sebagai orang yang paling mengetahui keadaan anak dan keluarganya agar bisa melindungi dan mengambil keputusan untuk yang tepat demi peningkatan kualitas layanan kesehatan pada anak.

5. Sebagai Peneliti

Perawat berperan sebagai peneliti untuk upaya menemukan pemecahan masalah kepada anak dengan masalah social, sehingga hasil yang didapat dari penelitian bisa diterapkan dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas praktik keperawatan pada anak.

Daftar Pustaka

- Abu, A., & Munawar, S. (2005). Psikologi perkembangan. *Rineka Cipta*.
- Danamik & Sitorus, 2020. (2019). Modul & bahan ajar Keperawatan Anak. *Modul Keperawatan Anak*, 26–127.
- Depkes, R. I. (2006). Pedoman pelaksanaan stimulasi, deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang anak di tingkat pelayanan kesehatan dasar. *Jakarta: Depkes RI*, 7–49.
- Hidayat, A. A. (2014). *Metodologi Penelitian Kebidanan & Teknik Analisis Data Contoh Aplikasi Studi Kasus*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hijriati. (2019). Faktor dan Kondisi yang Mempengaruhi Perkembangan Sosial Emosional Anak Usia Dini. *Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*, V(2), 94–102.
- Hurlock, E B. (1980). *Psychology Child Development: An Approach Throughout Range Life* (Istiwidayanti, Soedjarwo, Trans.; Silabat, R, M, Eds.). *Jakarta, Indonesia: Erlangga*.
- Hurlock, Elizabeth B. (2016). *Psikologi Perkembangan: Suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan*.
- Kurniasih, N. F., & Ikhsan, F. K. (2019). Masalah Sosial Anak Usia Dasar. *At-Ta'lim: Media Informasi Pendidikan Islam*, 18(1), 111. <https://doi.org/10.29300/attalim.v18i1.1616>
- Mukharis, A., Aniroh, U., & Setyoningrum, U. (2019). Kemampuan Sosialisasi Anak Prasekolah: Sebuah Studi Pentingnya Peran Orang Tua Dalam Memberikan Stimulasi Sosialisasi Pada Anak. *Jurnal Keperawatan*, 03(01), 21–29.
- Priyanto, S., & Sahar, J. (2017). Pengaruh senam kaki terhadap sensitivitas kaki dan kadar gula darah pada agregat lansia diabetes melitus di magelang. *PROSIDING SEMINAR NASIONAL & INTERNASIONAL*.

- Ulfa, S. & M. (2013). Studi Tentang Permasalahan Sosial Dan Penanganannya STUDI TENTANG PERMASALAHAN SOSIAL DAN PENANGANANNYA PADA ANAK USIA DINI KELOMPOK A DI DESA TORJUN KABUPATEN SAMPANG. *Jurnal BK Unesa*, 4(1), 10–15.
- Wong, D. L. (2009). *Buku ajar keperawatan pediatrik vol 1 wong*.

Profil Penulis



Any Zahrotul Widniah

Penulis lahir di Kotabaru, pada tanggal 27 Januari 1991. Merupakan anak ke-2 dari tiga bersaudara. Penulis lulus di Diploma Tiga Keperawatan Intan Martapura pada tahun 2012, lulus S1 di Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat pada tahun 2017, dan lulus S2 di program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga pada tahun 2019. Saat ini penulis sebagai dosen tetap di Program Studi Diploma Tiga Keperawatan STIKES Intan Martapura. Penulis menyadari masih banyak kekurangan dan keterbatasan dalam penulisan buku ini karena ini merupakan karya pertama dalam penulisan buku. Penulis juga melakukan beberapa penelitian di bidang keperawatan, dan aktif dalam pengabdian masyarakat. Kegiatan penulisan buku, penelitian dan pengabdian masyarakat yang dilakukan merupakan langkah pertama penulis untuk menjadi seorang dosen professional. Besar harapan penulis agar buku ini dapat bermanfaat bagi teman sejawat perawat maupun mahasiswa(i) dalam melakukan asuhan keperawatan atau sebagai bahan tambahan sebagai referensi dalam melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat.

Email Penulis: anyzahrotul91@gmail.com

KEPERAWATAN ANAK DENGAN MASALAH KEJIWAAN

Ns. Tiara Lani, M.Kep

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Intan Martapura

Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Manusia mengalami pertumbuhan dan perkembangan dimulai sejak dari lahir hingga meninggal dunia, setiap manusia memiliki tahapan dalam hidupnya di mulai dari titik kritis dalam hidup pada setiap perkembangan dan pertumbuhan, pada manusia saat pada titik kritis manusia berhubungan erat dengan tingkat keberhasilan dalam hidup dan kemampuan manusia dalam bertahan hidup, pada fase ini manusia dapat ditentukan saat perkembangan anak maju secara cepat atau berhenti berkembang, dalam masa kritis ini manusia melalui beberapa tahapan yang dilewati dalam kehidupan, berikut tahap dasar yang akan dilalui seorang anak (Yusuf A, Rizky Fitryasari PK, Hanik Endang Nihayati, 2015) :

1. Dasar kepercayaan (*basic trust*) vs ketidakpercayaan (*mistrust*)

Pada tahap ini anak berusia 0 sampai usia 1,5 tahun, bayi baru lahir sangat bergantung bagaimana lingkungannya, rasa aman dan nyaman seorang bayi didapatkan dari anggota keluarga terutama ibunya, jika hubungan bayi dengan ibu berjalan dengan baik

maka rasa percaya (*trust*) didapatkan seorang bayi kepada ibu dan lingkungannya, pada tahap ini gangguan yang mungkin muncul adanya rasa cemas dan ketakutan terhadap lingkungan sehingga hanya ingin melekat kepada ibunya, tingkat ketergantungan yang kuat dapat di katakan kurang berkembangnya dasar kepercayaan (*basic trust*) hal ini dapat menjadi faktor predisposisi gangguan jiwa seperti depresi, skizofrenia, dan adiksi.

2. Otonomi (*autonomy*) vs malu dan ragu (*shame and doubt*)

Pada tahap ini anak berusia 1,5 tahun dengan dukungan penuh dari lingkungan anak bergerak dan tumbuh sesuai dengan kemauannya, dapat menolak dan menerima segala yang diinginkan anak tanpa mempengaruhi lingkungan disekitarnya, hal ini merupakan tahapan penting dalam membangun keyakinan yang kuat dan harga diri seorang anak dikemudian hari.

Lingkungan yang kurang mendukung pada tahap ini dapat membentuk kepribadian anak yang pemalu, ragu-ragu dan cenderung pengekanan pada diri sendiri, gangguan jiwa yang mungkin muncul pada tahapan ini adalah keras kepala, menentang, agrasi, enkopersis, enuresis, obsesi kompulsif, dan paranoid.

3. Inisiatif (*initiative*) vs rasa bersalah (*guilt*)

Pada tahap ini anak berusia 3-5 tahun pada usia ini kemampuan anak bertambah mulai dari mengutarakan isi pikirannya, ide, gagasan dan mudah dalam mengutarakan pendapat dengan optimis, selain itu anak mulai membentuk peran sesuai dengan jenis kelamin, berlatih bertanggung jawab, dengan teman sebaya atau kepada saudara.

Gangguan yang mungkin muncul pada tahap ini adalah kesulitan dalam belajar, pergaulan, anak menjadi pasif dan mungkin menjadi neurosis.

4. Kerja keras (*industry*) vs inferioritas (*inferiority*)

Pada tahap ini anak berusia 7-11 tahun anak mulai mengenal lingkungan sekolah, dituntut untuk menyelesaikan tugas, memiliki sikap kompetitif atau sikap bersaing dalam kehidupan, sikap memberi dan menerima, persahabatan dengan teman sebaya, pergaulan dengan lingkungan, pada tahap ini gangguan yang mungkin muncul adalah kurang percaya pada diri sendiri, merasa tidak mampu dalam kompetisi atau merasa tidak bisa bersaing dalam kegiatan atau kompetisis sesuai dengan usianya.

5. Indentitas (*identity*) vs difusi peran (*role diffusion*)

Pada tahap ini anak berusia 12-18 tahun anak mulai banyak terjadi perubahan secara fisik, pertumbuhan secara pesat namun hal ini bukan bearti memiliki hak dan kemampuan seperti orang dewasa, pada tahap ini anak mencari jati dirinya dalam hal seksual, jenis kegiatan yang dapat anak lakukan, pada tahap ini lingkungan berpengaruh dalam pembentukan jiwa anak, kedekatan orang tua terkadang berkurang karena anak lebih banyak mendapatkan sesatu dari lingkungan luar seperti lingkungan sekolah dan teman-teman.

Kesehatan Jiwa

Kesehatan jiwa pada manusia merupakan wujud diri manusia yang bearti memiliki kemampuan dalam menjalani kehidupan, terhadap diri sendiri, keluarga dan lingkungan. Menurut *World Health Organization* (WHO) sehat jiwa merupakan keadaan dimana sehat fisik, mental dan sosial. Manusia adalah mahluk *holistic* yang

bearti tidak bisa dipisahkan antara ketiganya, hal ini dapat dilihat pada pasien dengan sakit fisik mempengaruhi mental, kecemasan dan lain lain (Azizah, Lilik Ma'rifatul Zainuri, Imam Akbar, Amar, 2016).

Sehat merupakan kata yang sulit untuk diartikan, seseorang yang sehat fisik dapat dikatakan sehat, namun seseorang yang terlihat sehat namun memiliki keluhan maka dianggap tidak sehat, kata sehat bisa dilihat dari subjektif dan objektif orang-orang yang menilainya, kata sehat dapat dirumuskan dengan arti kata yang luas, sehat fisik, jiwa, sosial dan terbebas dari penyakit dan cacat.

Masalah Kesehatan Jiwa

Gangguan kesehatan jiwa yang lebih menonjol adalah gangguan psikis, namun yang memiliki gangguan atau menderita tetaplah manusia yang utuh. Dalam masalah kesehatan jiwa ada beberapa faktor yang mempengaruhinya, yaitu anak (Yusuf A, Rizky Fitriyasaki PK, Hanik Endang Nihayati, 2015) :

1. Faktor Somatik, merupakan gangguan pada neuroanatomi, neurofisiologi dan neurokimia, ikuti dengan faktor lainnya yakni faktor pranatal dan perinatal.
2. Faktor Psikologik, merupakan faktor yang berkaitan hubungan antara ibu dan anak, peranan ayah, hubungan antara saudara (persaingan antar saudara kandung) serta hubungan antara keluarga yang lainnya, namun faktor ini tidak hanya diperoleh dari keluarga tapi juga dari lingkungan terkait perkembangan emosional individu, hubungan bersosial baik didalam keluarga atau lingkungan konsep diri dan pola adaptasi dapat mempengaruhi kemampuan individu dalam menanggapi masalah, jika kemampuan ini kurang baik maka dapat

mengakibatkan timbulnya depresi, kecemasan, rasa malu dan rasa bersalah yang berlebihan.

3. Faktor Sosial Budaya, merupakan faktor yang melibatkan kestabilan keluarga, pola asuh orang tua terhadap anak, tingkat ekonomi dalam keluarga serta fasilitas yang ada dilalam keluarga yang dapat meningkatkan kesejahteraan anggota keluarga.

Masalah kesehatan jiwa yang sering terjadi pada anak meliputi gangguan emosi dan perilaku, pada umumnya anak dengan gangguan emosi dan perilaku sulit untuk beradaptasi terhadap lingkungan serta sulit untuk menyesuaikan dengan aturan aturan yang berlaku didalam kelompok, lingkung maupun masyarakat pada umunya, sehingga perlu adanya perhatian khusus dari segi pendidikan. Masalah kesehatan jiwa dalam pendidikan menjadi perhatian karena dapat mengganggu proses belajar sehingga terjadi penurunan pencapaian prestasi belajar, tidak hanya itu gangguan kesehatan jiwa pada anak juga dapat menimbulkan depresi karena ketidakmampuan anak dalam bergaul dan berperilaku yang sesuai, dalam hal ini upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi masalah kesehatan jiwa pada anak adalah dengan melibatkan orang tuanya (Wirastuti W, Agus Setyo Otomo, 2013).

Dalam hal ini perilaku dan yang lainnya untuk kesejahteraan anak ataupun sekitarnya. Mahabatti 2006 dikutip dalam (Hapsari, 2018) gangguan perilaku dapat dikatakan jika memiliki satu atau beberapa karakteristik yang berlangsung lama, seperti :

1. ketidakmampuan belajar bukan karna kurangnya kecerdasan dalam belajar atau karena faktor kesehatan.

2. Ketidakmampuan untuk membangun atau memelihara pertemanan dengan teman sebaya atau pendidikan.
3. Tidak sesuai antara perilaku dengan perasaan dalam keadaan normal.
4. Susana hati yang berubah-ubah
5. Mengembangkan simptom-simptom fisik atau ketakutan yang dihubungkan dengan permasalahan pribadi atau sekolah. Simptom gangguan emosi terbagi menjadi dua yaitu *externalizing behavior* dan *internalizing behavior*.

Externalizing behavior merupakan gangguan yang memiliki dampak langsung ataupun tidak langsung seperti perilaku agresif, membangkang, berbohong dan tidak dapat mengendalikan diri, sedangkan *internalizing behavior* merupakan gangguan seperti kecemasan, depresi, menarik diri dan dan hal-hal yang dapat dapat mengakibatkan bunuh diri.

Kesehatan Mental Pada Anak

Kesehatan mental merupakan kondisi yang melibatkan emosi, pemikiran dan perilaku yang menghubungkan ketiganya, kesehatan mental juga merupakan sutau hubungan emosi dalam bersosialisasi (*American Psychiatric Association, 2018*). Perkembangan mental setiap individu satu dengan yang lainnya berbeda meskipun ada kemiripan antara satu dengan yang lainnya namun secara garis besar perkembangan manusia terdiri dari biologis, kognitif dan dan emosional, dalam perkembangan pada anak ketiganya muncul secara bersamaan dalam satu diri individu.

Pada anak kesehatan mental dapat mempengaruhi dirinya dan keluarga, maka dari itu kita harus mengenali faktor apa saja yang dapat membahayakan kesehatan mental

pada anak (*risk factor*) dan faktor yang melindungi kesehatan mental anak (*protective factor*), yang mana dari kedua faktor tersebut saling berkaitan *risk factor* merupakan kerentanan dan *protective factor* merupakan kekuatan yang ada didalam diri anak, sehingga semakin banyak *protective factor* yang ada dialam diri anak makan terhindar dari gangguan, sebaliknya jika semakin banyak *risk factor* yang ada didalam diri anak tersebut maka rentan terhadap gangguan atau timbulnya distress yang bearti tidak dapat menyesuaikan pada hal-hal yang dapat menekan, seperti adanya kekerasan dalam keluarga dan memiliki trauma terhadap kondisi-kondisi tertentu. Oleh karena itu penting untuk mengetahui permasalahan kesehatan mental pada anak, gangguan kesehatan mental pada anak dapat dilihat dari perkembangannya, sebagai berikut:

1. Proses Biologis

Proses biologis pada anak terjadi perubahan fisik (Santrock, 2014), perubahan fisik diikuti dengan perkembangan perilaku yang dipengaruhi oleh fungsi seksual pada anak, agar perkembangan anak dan pertumbuhan fisik dapat berkembang dengan baik maka anak perlu mendapatkan asupan nutrisi yang baik, contohnya pertumbuhan fisik tinggi badan, berat badan, dan pertumbuhan lainnya sesuai dengan usia perkembangannya. Perkembangan anak yang baik adalah dengan melakukan aktivitas sesuai dengan usianya contohnya bermain dan belajar bersama dengan teman-temannya, anak yang sehat mental dapat melakukan aktivitas secara produktif dengan lingkungannya.

2. Proses Kognitif

Proses Kognitif merupakan proses berpikir individu dan intelektual seseorang (Santrock, 2014), kognitif

merupakan domain yang sangat penting dalam terbentuknya tindakan seseorang, anak yang sehat mental dapat mengembangkan kemampuan proses berpikirnya dengan mempelajari hal-hal yang baru, menstimulasi otak dengan aktivitas sesuai dengan tingkat perkembangannya, dapat memecahkan masalah, mengambil keputusan dan mengendalikan diri, karna pada usia-usia tertentu anak menunjukkan perkembangan motorik, verbal, dan keterampilan social secara progresif, karna pada masa tersebut anak memiliki antusiasme yang tinggi dan energi yang besar untuk belajar dan menggali banyak hal yang baru bagi dirinya.

3. Proses Sosial- emosional

Proses Sosial- emosional melibatkan perubahan emosi, kepribadian dan hubungan social dengan orang lain (Santrock, 2014), ketika usia anak bertambah mereka menjadi lebih peka terhadap perasaan diri sendiri dan orang lain, anak diharapkan dapat mengekspresikan emosinya dengan tepat, dalam perkembangan emosi perlu adanya keterlibatan orang tua dengan pengasuhan emosi yang bertujuan agar anak memiliki kemampuan yang stabil dan konsisten dalam berinteraksi dengan lingkungan agar menciptakan rasa aman dan nyaman, anak yang sehat mental dapat menciptakan kedekatan dan hubungan lingkungan yang aman. Gangguan emosi merupakan ketidakmampuan perasaan dan pikiran sesuai dengan usianya, anak dengan gangguan emosi ditandai dengan perilaku banyak bergerak, suka melawan dan pada waktu tertentu bisa menyendiri.

Kesehatan mental anak sangatlah penting dengan melihat faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan mentalnya, yang dapat dilihat dari diri anak, keluarga dan lingkungan yang sangat mempengaruhi perkembangan anak, dalam keluarga meliputi pola asuh diantaranya pengasuhan fisik, pengasuhan emosi dan pengasuhan sosial (Hastuti, D, 2008). Pengasuhan fisik mencakup segala aktivitas yang bertujuan agar anak dapat memenuhi kebutuhan dasarnya, pengasuhan emosi mengajarkan menghargai terhadap sesuatu hal, rasa dicintai, kesempatan dalam memilih dengan mengetahui segala risikonya, mempunyai kemampuan yang stabil dan konsisten terhadap lingkungannya dan pengasuhan sosial bertujuan anak tidak merasa asing terhadap lingkungan sosialnya yang akan berpengaruh terhadap perkembangan anak pada masa-masa berikutnya, pengasuhan sosial penting untuk anak karena akan membentuk karakter diri sendiri dan lingkungannya.

Stres Pada Anak

Stres pada anak berasal dari tuntutan lingkungan sekitar anak seperti sekolah, lingkungan keluarga ataupun sosial, tidak hanya itu stress pada anak dapat timbul karena adanya perbedaan kemampuan diri anak dengan kemampuan yang dimilikinya, dari semua sumber stress pada anak dapat berdampak buruk jika tidak di atasi dengan segera (Pujaningsih, 2010). Stress pada anak umumnya timbul dalam proses perkembangan belajar anak saat disekolah, berikut gejala stress pada anak secara umum dikelompokkan sebagai berikut:

1. Gejala fisik

Gejala yang terlihat seperti penurunan nafsu makan atau sebaliknya peningkatan nafsu makan yang tidak sesuai atau berlebih, gangguan tidur, sakit kepala, berbicara gagap atau terbata-bata.

2. Gejala Emosi

Anak merasa bosan dengan lingkungan, tidak ada keinginan untuk ikut berpartisipasi dalam setiap kegiatan atau aktivitas di rumah, sekolah maupun lingkungan sosialnya, berperilaku yang buruk seperti berbohong, memberontak terhadap aturan-aturan, penampilan dalam sekolah berubah, sikap yang berlebihan, penurunan semangat belajar, penolakan belajar dan penurunan prestasi disekolah.

3. Gejala kognitif

Ketidakmampuan anak dalam berkonsentrasi atau menyelesaikan pekerjaan sekolah, lebih suka menyendiri dalam waktu yang lama, dan tidak ada ketertarikan berteman dengan teman sebaya.

4. Gejala tingkah laku

Tingkah laku stress dapat terlihat dari ketidakmampuan anak dalam mengontrol emosi, bersikap kasar, keras kepala, temperamental, gangguan pola tidur, dan munculnya kebiasaan baru yang jelas terlihat seperti menghisap jempol, menggertakan gigi, dan tingkah laku yang buruk dengan orang sekitar diantaranya melawan atau membantah guru, berkelahi dengan teman, sampai akhirnya tidak mau bersekolah dengan mencari berbagai alasan agar tidak pergi kesekolah.

Daftar Pustaka

- American Psychiatric Association (2018). What is Mental Illness.
- Azizah, Lilik Ma'rifatul Zainuri, Imam Akbar, Amar (2016). Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa, teori dan aplikasi praktik klinik. Yogyakarta: Indomedika Pustaka
- Hapsari, S. (2018). Masalah kesehatan jiwa anak usia sekolah (6-12 tahun) di wilayah binaan puskesmas padang bulan medan. Universitas sumatera utara medan.
- Hastuti, D. (2008) 'Pengasuhan: Teori, Prinsip dan Aplikasinya'. Bogor: Departemen Ilmu Keluarga dan Konsumen, Fakultas Ekologi Manusia, Institut Pertanian Bogor.
- Pujaningsih. (2010). Pengelolaan stress pada anak dengan kesulitan belajar spesifik (ABBS). Jurnal pendidikan khusus Vol 7. No 2. November 2010
- Santrock, J.W. (2014). Adolescence 15th Edition. New York: McGraw Hill.
- Yusuf, A., Fitryasari, R., & Nihayati, H. (2015). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta: Salemba Medika.

Profil Penulis



Tiara Lani

Penulis lahir di Martapura 13 April 1991, anak kedua dari tiga bersaudara, Lulus studi diploma tiga keperawatan di Akper Intan Martapura pada tahun 2012, Lulus studi Sarjana Keperawatan dan Program Ners di Universitas Lambung Mangkurat Banjarbaru tahun 2017, lulus Megister pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya tahun 2019. Saat ini penulis aktif sebagai dosen tetap di STIKes Intan Martapura prodi diploma tiga keperawatan, penulis mengampu mata kuliah keperawatan jiwa.

KEPERAWATAN ANAK DENGAN MASALAH KEBUTUHAN DASAR

Dewi Irianti, M. Kep., Ns. Sp. Kep. An

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Intan Martapura

Pendahuluan

Anak adalah seseorang yang memiliki kebutuhan berbeda dengan orang dewasa dan sangat spesifik. Pertumbuhan dan perkembangan merupakan hal yang penting diperhatikan pada keperawatan anak karena memiliki kebutuhan khusus, baik fisik, psikologis sosial, dan spiritual (Soetjiningsih, 2014). Anak mempunyai hak untuk bertumbuh dan berkembang. Bertumbuh berarti bertambahnya ukuran tubuh dan jumlah sel serta jaringan di antara sel-sel. Indikator untuk mengetahui adanya pertumbuhan adalah: adanya penambahan tinggi badan, berat badan dan lingkar kepala. Berkembang adalah bertambahnya struktur, fungsi dan kemampuan anak yang lebih kompleks. Pertumbuhan dan perkembangan pada anak terjadi secara kompleks dan sistematis. Pertumbuhan adalah proses bertambah jumlah dan ukuran sel di seluruh bagian tubuh secara kuantitatif dan dapat diukur. Perkembangan merupakan proses peningkatan kemampuan adaptasi dan kompetensi seseorang dari sederhana menjadi lebih kompleks. Pertumbuhan dan perkembangan terjadi secara bersamaan (simultan). Perkembangan merupakan hasil

interaksi kematangan susunan syaraf pusat dengan organ tubuh yang dipengaruhinya. (Hockenberry & Wilson, 2010).

Dunia anak adalah dunia bermain. Pada saat bermain anak belajar banyak hal. Otak dan emosional terlatih. Ketika anak merasakan ketidaknyamanan, seperti : anak sedang marah, benci, kesal, takut, dan cemas, bermain adalah solusi untuk menghilangkan rasa ketidaknyamanan tersebut. Selama masa pertumbuhan, anak bisa mengalami sakit dan harus dirawat di rumah sakit. Hal ini dapat disebabkan karena daya tahan tubuh anak yang belum matur serta rasa ingin tahu yang tinggi, sehingga mudah terkena penyakit dan rentan mengalami cedera (James, Nelson, & Ashwill, 2011). Pada saat anak sedang sakit dan dirawat, bermain dapat menghilangkan rasa ketidaknyamanan akibat hospitalisasi. Hospitalisasi adalah suatu proses yang mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pulang kembali ke rumah (Wilson, & Hockenberry, 2012).

Pengertian Kebutuhan Dasar

Kebutuhan adalah sesuatu yang wajib dan mendasar untuk dipenuhi sebagai upaya untuk dapat bertahan hidup dan mewujudkan kehidupan yang nyaman, senang, dan sejahtera yang dapat diperoleh secara pribadi maupun dari pihak luar (manusia dan alam). Kebutuhan dasar merupakan sesuatu yang sangat substansial dan menjadi bagian dari diri manusia sejak dilahirkan untuk memenuhi kesesuaian hidup yang normal sampai meninggal dunia. Kebutuhan dasar merupakan suatu kebutuhan yang mendorong manusia tumbuh dan berkembang untuk mengaktualisasikan diri serta menjadikan semuanya sesuai dengan apa yang dimiliki (Hockenberry & Wilson, 2010).

Kebutuhan tidak selalu berkaitan dengan hal fisiologis (fisik), tetapi juga berhubungan dengan kebutuhan psikologis (kejiwaan). Kebutuhan merupakan aspek yang harus terpenuhi dalam keberlangsungan hidup manusia. Kebutuhan dasar anak adalah kebutuhan yang harus dipenuhi untuk pemenuhan tumbuh kembang anak secara optimal. Kebutuhan dasar anak dibagi menjadi tiga, yaitu: Kebutuhan fisik-biologis (Asuh), kebutuhan kasih sayang dan emosi (Asih), dan kebutuhan stimulasi (Asah) (Ball, Bindler & Cowen, 2010).

Jenis - Jenis Kebutuhan Dasar

1. Asah (Kebutuhan Fisik-Biologis)

Pola asah merupakan upaya yang dilakukan untuk merawat anak dan bertujuan untuk mengasah dan merangsang segala kemampuan yang dimiliki anak sehingga dapat memunculkan bakat tersimpan yang terus dilakukan secara konsisten serta berkesinambungan. Dapat dilakukan dengan memberikan pola pendidikan dan pemberlajaran. Pola pendidikan dan pembelajaran yang dilakukan kepada anak terus dioptimalkan utamanya saat anak memasuki usia *toddler*. Pada usia ini akan mengalami peningkatan perkembangan otak hampir 80%.

Kebutuhan stimulasi merupakan kebutuhan yang sangat penting bagi pertumbuhan dan perkembangan anak. Anak yang diberikan stimulasi tumbuh kembang sesuai dengan tahapan usia akan mengalami perkembangan yang berkualitas. Pemberian stimulasi dapat diberikan sejak usia prenatal dan segera setelah lahir dengan cara meletakkan bayi di dada ibu untuk dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Stimulasi mental mengembangkan perkembangan mental psikososial,

kecerdasan, keterampilan, kemandirian, kreativitas, agama, kepribadian, moral & etika, dan produktivitas.

a. Nutrisi

Pemberian nutrisi harus dipenuhi sejak di dalam rahim. Nutrisi seimbang melalui konsumsi makanan yang bergizi dan menu seimbang. Nutrisi paling lengkap dan seimbang yang diberikan kepada anak adalah Air Susu Ibu (ASI) sampai usia 6 bulan dan ditambah dengan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) setelah anak berusia lebih dari 6 bulan.

b. Imunisasi

Anak perlu diberikan imunisasi dasar lengkap agar terhindar dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Pemberian imunisasi dasar dimulai dari bayi berusia kurang dari 24 jam, yaitu imunisasi Hepatitis B (HB-0), usia 1 bulan diberikan imunisasi BCG dan Polio 1, usia 2 bulan diberikan imunisasi DPT-HB-Hib 1 dan Polio 2, usia 3 bulan diberikan imunisasi DPT-HB-Hib 2 dan Polio 3, usia 4 bulan diberikan imunisasi DPT-HB-Hib 3, Polio 4 dan IPV atau polio suntik, serta usia 9 bulan diberikan imunisasi campak atau MR.

Imunisasi lanjutan bayi usia 18 bulan diberikan imunisasi DPT-HB-Hib dan Campak/MR), usia 6 tahun (kelas 1) diberikan imunisasi DT dan campak/MR, usia 7 dan 10 tahun (Kelas 2 dan 5) diberikan imunisasi TD.

c. Kebersihan

Lingkungan sekitar anak harus diupayakan selalu bersih, seperti kebersihan makanan, minuman, udara, pakaian, rumah, sekolah, tempat bermain,

dan transportasi umum untuk mencegah tertular penyakit atau kondisi lain yang membuat anak mudah terpapar dengan lingkungan yang tidak bersih.

d. Bermain, Aktivitas fisik, Tidur

Anak memiliki kebutuhan bermain karena dunia anak adalah dunia bermain, melakukan aktivitas fisik dan tidur untuk memenuhi tujuan berikut: merangsang hormone pertumbuhan, meningkatkan nafsu makan, merangsang metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein, merangsang pertumbuhan otot dan tulang, serta merangsang perkembangan.

e. Pelayanan Kesehatan

Anak perlu dipantau dan diperiksa status kesehatan secara teratur. Penimbangan berat badan anak dilakukan minimal 8 kali dalam setahun dan pemeriksaan SDIDTK (Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang) minimal 2 kali setahun. Pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi setiap bulan Februari dan Agustus. Tujuan pemantauan kesehatan yang teratur dilakukan untuk mendeteksi secara dini dan menanggulangi bila ada penyakit dan gangguan tumbuh kembang, mencegah penyakit serta memantau pertumbuhan dan perkembangan anak.

Tidak semua umur anak bisa dilakukan pendeteksian. Anak bisa dideteksi ketika menginjak umur 0 bulan, 3 bulan, 6 bulan, 9 bulan, 12 bulan, 15 bulan, 18 bulan, 21 bulan, 24 bulan, 30 bulan, 36 bulan, 42 bulan, 48 bulan, 54 bulan, 60 bulan, 66 bulan, dan

72 bulan. Usia ini adalah standar usia yang telah ditetapkan.

Jadwal atau waktu pendeteksian anak yaitu :

- 1) Anak umur 0 - 1 tahun = 1 bulan sekali
- 2) Anak umur > 1 - 3 tahun = 3 bulan sekali
- 3) Anak umur > 3 - 6 tahun = 6 bulan sekali
- 4) Jika umur anak belum menginjak usia standar pemeriksaan maka jangan dilakukan pendeteksian, namun tunggu si anak mencapai usia yang ditentukan.

Jenis kegiatan deteksi atau *skrinning* dalam SDIDTK adalah:

- 1) Deteksi dini penyimpangan pertumbuhan dengan cara mengukur Berat Badan (BB), Tinggi Badan (TB) dan Lingkar Kepala (LK).
 - 2) Deteksi dini penyimpangan perkembangan yaitu meliputi: Pendeteksian menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) dan Tes Daya Lihat (TDL).
 - 3) Deteksi dini penyimpangan mental emosional yaitu menggunakan: Kuesioner Masalah Mental Emosional (KMME), *Check List for Autism in Toddlers* (CHAT), Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH).
2. Asih (Kebutuhan Kasih Sayang dan Emosi

Pola Asih merupakan hubungan yang erat, mesra, dan selaras antara ibu atau pengganti ibu dengan anak yang dapat menjamin tumbuh kembang selaras, baik fisik, mental, maupun psikososial. Rasa aman dan nyaman bayi sangat ditentukan dari kehadiran ibu

atau pengganti ibu sedini mungkin dan dengan hubungan yang harmonis.

Ikatan emosi dan kasih sayang yang erat antara ibu atau orang tua dengan anak sangat penting karena berguna untuk menentukan perilaku anak di masa depan, merangsang perkembangan otak, serta merangsang perhatian anak terhadap dunia luar. Kondisi tersebut dimulai dari kontak fisik (kontak kulit) dan psikis (kontak mata) antara ibu dan anak sedini mungkin.

Penerapan pola asih yang baik kepada anak akan memperkuat hubungan batin antara orang tua dan anak. Hubungan batin yang kuat akan memupuk rasa kasih sayang antara anak, orang tua, dan antar sesama. Pola asih yang baik dapat dilakukan dengan cara memberikan pujian, penghargaan, kasih sayang, rasa tanggung jawab, dan kemandirian anak. Pola asih yang sesuai diberikan kepada anak akan mampu untuk memaksimalkan perkembangan kecerdasan emosi anak.

3. Asuh (Kebutuhan Stimulasi)

Pola asuh adalah kegiatan membesarkan anak yang berkaitan dengan cara merawat anak dalam kehidupan sehari-hari, baik yang berhubungan dengan asupan gizi, kebutuhan tempat tinggal yang layak, pakaian yang bersih dan nyaman serta kebutuhan kesehatan anak. Kebutuhan gizi sangat menentukan kecerdasan anak. Anak yang cerdas memerlukan energi yang cukup untuk pemenuhan kualitas gizi. Kesehatan anak diperlukan tempat tinggal dan pakaian yang bersih dan nyaman.

Pola asah, asih, dan asuh harus dikombinasikan dengan baik agar kebutuhan yang diperlukan untuk perkembangan anak dapat terpenuhi secara

sempurna. Kerja sama yang baik antara orang tua akan membuat penerapan pola asuh dapat berjalan dengan baik tanpa ada ketimpangan. Hal ini juga akan membuat orang tua menikmati proses dalam merawat dan mendidik anak dengan perasaan yang bahagia.

Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Dasar Anak

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kebutuhan dasar anak dapat dijelaskan sebagai berikut (Kyle, & Carman, 2013):

1. Genetik

Genetik adalah proses pewarisan sifat genetic (sifat biologis anak) dari ibu kepada keturunannya, termasuk beberapa perilaku atau aspek temperamen atau penyakit tertentu secara langsung terkait dengan pewarisan genetik.

2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin anak dapat mempengaruhi berbagai aspek utama, seperti kondisi fisik, karakteristik dan atribut pribadi. Beberapa penyakit yang terkait dengan jenis kelamin, misalnya: skoliosis lebih banyak terjadi pada wanita dan buta warna lebih umum terjadi pada laki-laki. Jenis kelamin juga menentukan kelangsungan hidup bayi premature, yaitu bayi premature dengan jenis kelamin perempuan memiliki tingkat kelangsungan hidup yang lebih tinggi daripada laki-laki (Lee et al., 2010).

Anak dapat berkembang secara spesifik dari sikap dan perilaku yang dipengaruhi sesuai dengan budaya. Interaksi dengan anggota keluarga dan teman sebaya serta kegiatan dan nilai-nilai sosial mempengaruhi bagaimana anak memandang diri sendiri sebagai jenis

kelamin tertentu (American Academy of Pediatrics, 2010).

3. Ras

Ras merupakan sekelompok manusia yang memiliki sifat biologis yang diturunkan melalui keturunan, memiliki ciri fisik seperti warna kulit, struktur tulang, atau golongan darah yang sama. Beberapa kondisi fisik tertentu dianggap normal pada ras tertentu tetapi dapat dianggap sebagai karakteristik pengidentifikasi gangguan pada ras yang lain, misalnya, lipatan epicanthal (lipatan vertikal kulit yang sebagian atau seluruhnya menutupi canthi bagian dalam mata) normal pada anak-anak Asia tetapi dapat menjadi gejala pada *Syndrom Down* atau agenesis ginjal pada ras lain. Selain itu, malformasi dan penyakit tertentu ditemukan pada ras tertentu. Misalnya, sel sabit anemia lebih sering terjadi pada orang Afrika-Amerika.

4. Temperament

Temperamen adalah cara anak berinteraksi dengan lingkungan. Temperamen anak akan mempengaruhi tanggapan orang lain, termasuk orang tua terhadap anak. Bayi menunjukkan perbedaan dalam perilaku dalam menanggapi rangsangan. Tanggapan ini merupakan bagian integral dari kepribadian dan individualitas bayi yang sedang berkembang. Temperamen seorang anak bersifat intrinsik dan relatif tahan terhadap perubahan (Feigelman, 2007). Anak-anak yang tidak mudah marah dan memiliki fungsi biologis yang baik, perilaku yang dapat diprediksi, dan sikap positif terhadap pengalaman baru dikategorikan sebagai anak dengan temperamen rendah. Anak-anak yang mudah tersinggung, sangat aktif, dan intens, akan bereaksi terhadap pengalaman baru dengan

menarik diri dan mudah frustrasi dikategorikan sebagai anak dengan tempramen sedang sampai tinggi.

Tempramen seorang anak dapat menyebabkan masalah pada keluarga jika tidak sesuai dengan keinginan orang tua, misalnya orang tua mengharapkan anak dapat diatur sesuai dengan keinginan tetapi tidak sesuai dengan apa yang diinginkan oleh anak. Orang tua akan menilai bahwa anak memiliki masalah. Kondisi ini dapat mempengaruhi kesehatan anak. Tindakan yang dapat dilakukan orang tua adalah mengenali kekuatan dan keterbatasan anak supaya orang tua dapat memahami karakteristik dan perilaku anak, sehingga orang tua dapat menyesuaikan pola pengasuhan.

5. Penyakit yang disebabkan karena Genetik

Keilmuan genetika pada anak yang sedang dikembangkan adalah sitogenetika dan Proyek Genom Manusia. Sitogenetika adalah ilmu yang mempelajari genetika pada tingkat kromosom. Anomali kromosom terjadi pada 0,4% dari semua kelahiran hidup dan merupakan penyebab paling umum dari gangguan kognitif dan anomali kongenital atau cacat lahir (Elias, Tsai, & Manchester, 2007); anomali kromosom banyak terjadi pada kasus aborsi spontan dan lahir meninggal. Proyek Genom Manusia adalah upaya penelitian internasional melibatkan lokalisasi, isolasi, karakterisasi gen manusia, dan penyelidikan fungsi gen yang melakukan interaksi satu sama lain. Proyek penelitian ini akan memberikan informasi tentang penyakit genetik untuk membantu mengembangkan cara-cara baru dalam mengidentifikasi, mengobati, menyembuhkan, atau bahkan mencegahnya.

Status kesehatan dan gaya hidup dapat mempengaruhi kesehatan anak. Misalnya, kelahiran bayi kembar yang meningkat karena meningkatnya penggunaan *in vitro* & teknologi reproduksi, serta perempuan menunda melahirkan sampai usia tua. Komplikasi potensial dari kelahiran bayi premature adalah prematuritas dan retardasi pertumbuhan intrauterine yang dapat menyebabkan penyakit kronis pada anak. Anak yang memiliki masalah kesehatan kronis memiliki risiko mengalami keterlambatan perkembangan, terutama keterampilan yang berhubungan dengan masalah kognisi, komunikasi, adaptasi, fungsi sosial, dan fungsi motorik. Status kesehatan awal seorang anak dapat mempengaruhi kesehatan dan perkembangan pada jangka panjang.

6. Nutrisi

Nutrisi yang cukup dapat mendukung perkembangan anak yang baik, tetapi jika anak mengalami kekurangan nutrisi dapat mengganggu perkembangan otak dan fungsi lainnya. Kebutuhan nutrisi pada anak akan berubah sesuai dengan perkembangan usia dan memiliki pengaruh besar pada pertumbuhan fisik dan perkembangan intelektual anak. Nutrisi memberikan hal penting yang diperlukan tubuh untuk menjaga kesehatan dan mencegah penyakit.

Anak yang mengalami kekurangan gizi, seperti anemia defisiensi besi dapat disebabkan karena asupan makanan yang tidak mencukupi kebutuhan, praktik pemberian makan yang mempertahankan sosial dan budaya yang tidak sehat, makanan olahan yang dapat diakses dengan mudah oleh anak, makanan yang tidak bergizi, pendidikan tentang kecukupan zat gizi yang kurang di rumah, dan penyakit yang mengganggu pencernaan serta penyerapan makanan.

Nutrisi yang tidak sesuai kebutuhan anak pada fase tumbuh kembang dapat menyebabkan terjadinya kemampuan kognitif yang lebih rendah, kesehatan emosional dan mental yang buruk, peningkatan kerentanan penyakit pada anak, peningkatan risiko kematian, dan pertumbuhan fisik terhambat (Heird, 2007). Kebiasaan anak dalam mengkonsumsi makanan cepat saji dalam jumlah yang tidak terkontrol dapat menyebabkan peningkatan terjadinya obesitas pada usia anak dan diabetes type 2.

7. Lingkungan

Lingkungan akan mempengaruhi kondisi kesehatan anak setelah lahir. Paparan polusi udara, tembakau, paparan asap rokok dan polutan lainnya, seperti radiasi atau bahan kimia dan kontaminan air atau makanan dapat mengganggu status kesehatan anak. Kondisi keselamatan anak di rumah atau komunitas dapat meningkatkan risiko terjadinya jatuh, luka bakar, tenggelam, atau kecelakaan lainnya.

Paparan lingkungan dapat memberikan dampak buruk pada anak. Pada saat anak berada di dalam rahim, kondisi kesehatan dipengaruhi oleh: gizi ibu yang buruk, penggunaan alkohol, tembakau, obat-obatan, dan infeksi yang dialami ibu. Paparan lingkungan seperti timbal merupakan keracunan umum yang dapat dicegah pada anak-anak, terutama di bawah usia 6 tahun. Paparan timbal yang bisa menyebabkan masalah pada anak diantaranya adalah: cat yang terbuat dari bahan timbal, debu yang terkontaminasi dengan timbal, dan timbal yang terkandung dalam tanah dan air. Paparan timbal dapat mengakibatkan masalah perkembangan dan perilaku, seperti kurangnya perhatian, hiperaktif, kerusakan otak permanen, dan kematian. Hal ini

disesuaikan dengan tingkat paparan yang dialami oleh anak.

8. Stress dan Koping

Anak dihadapkan pada berbagai situasi dan kejadian yang dapat menyebabkan terjadinya stres. Kondisi ini dapat menyebabkan masalah pertumbuhan dan perkembangan, misalnya memasuki kelas baru, mempelajari keterampilan baru, atau di *bully* oleh teman di kelas, masalah kemiskinan, perceraian, kekerasan, penyakit, atau trauma. Beberapa anak dapat beradaptasi dan merespons terhadap stres yang terjadi, tetapi sebagian yang lain tidak bisa. Resiliensi merupakan kualitas yang memungkinkan individu untuk mengatasi efek samping atau stres yang signifikan dan masih berfungsi secara kompeten (Lietz, 2007).

Faktor yang menentukan ketahanan dalam menghadapi stres dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi kemampuan mengambil kendali dan proaktif, bertanggung jawab atas keputusan sendiri, memahami, menerima batasan, dan kemampuan sendiri, menjadi tujuan yang diarahkan, serta mengetahui kapan harus melanjutkan atau kapan harus berhenti. Faktor eksternal meliputi hubungan kepedulian dengan anggota keluarga, lingkungan belajar yang positif dan aman di sekolah (termasuk klub dan organisasi sosial), dan pengaruh positif dalam masyarakat. Meningkatkan sistem pertahanan yang tepat dalam menghadapi stress dapat membantu anak dalam mencapai hasil perkembangan yang positif (Yates & Masten, 2004).

9. Akses Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada anak dapat dipengaruhi oleh asuransi kesehatan. Akses ke pelayanan kesehatan dapat semakin mudah jika anak sudah memiliki asuransi kesehatan. Orang tua dengan anak-anak yang tidak memiliki asuransi kesehatan sering menunda untuk membawa anak ke pelayanan kesehatan karena khawatir terhadap biaya yang akan dikeluarkan (Kaiser Commission on Key Facts, 2007). Beberapa alasan anak yang belum memiliki asuransi kesehatan adalah kurangnya kesadaran orang tua, kesulitan mengakses program, ketidakpastian cara mendaftar program, ketidaknyamanan dalam menerima bantuan pemerintah, dan ketakutan yang dapat membahayakan status migrasi dalam keluarga. Selain itu juga dapat disebabkan karena asuransi yang mulai membebankan premi, pembayaran bersama, dan biaya pendaftaran yang kurang terjangkau bagi anak-anak yang memenuhi syarat untuk mendapatkan asuransi kesehatan (Sherman, Greenstein, & Parrott, 2008).

10. Keluarga

Keluarga merupakan unit sosial dasar, kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih yang terikat dengan kelahiran, pernikahan, atau adopsi dan hidup bersama. Keluarga ditekankan pada ikatan hukum atau genetik, hubungan orang-orang yang tinggal dalam rumah tangga yang sama dengan peran tertentu. Keluarga tempat seorang anak dilahirkan sangat mempengaruhi perkembangan dan kesehatan. Anak belajar perawatan kesehatan, keyakinan kesehatan, dan nilai-nilai kesehatan dari keluarga. Struktur keluarga, peran yang diambil oleh anggota, dan perubahan sosial yang mempengaruhi kehidupan

keluarga dapat mempengaruhi anak dan kesehatannya. Anak dan keluarga itu unik, masing-masing memiliki pandangan dan kebutuhan yang berbeda.

Struktur keluarga adalah cara keluarga diatur dan berinteraksi satu sama lain secara teratur, dasar berulang dengan cara yang disetujui secara sosial. Anggota keluarga dapat diperoleh atau hilang melalui perceraian, perkawinan, kelahiran, kematian, pengabaian, dan penahanan. Persentase anak-anak yang tinggal dengan orang tua menikah menurun dari 68,7% menjadi 61%. Seorang perawat anak perlu memahami struktur keluarga pasien anak dan setiap perubahan yang terjadi pada keluarga, sehingga dapat membantu keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan yang dialami oleh anak.

Daftar Pustaka

- American Academy of Pediatrics. (2010). *Gender identity and gender confusion in children*. Healthy Children
- Ball, Bindler dan Cowen. (2010). *Child Health Nursing: Partnering With Children and Families*. Second Edition. Pearson: London.
- Elias, E. R., Tsai, A. C., & Manchester, D. K. (2007). Genetics and dysmorphology. New York: McGraw-Hill.
- Feigelman, S. (2007). *Overview and assessment variability*. Philadelphia: Saunders.
- Heird, W. C. (2007). Food insecurity, hunger, and undernutrition. Philadelphia: Saunders
- Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M.L., & Schwartz, P. (2010). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis: Mosby, Inc.
- James, S.R., Nelson, K.A., & Ashwill, J.W. (2011). *Nursing care of children: Principles & practice* (4th ed.). St. Louis: Saunders.
- Kaiser Commission on Key Facts. (2007). *Medicaid and the uninsured: Enrolling uninsured and low-income children in Medicaid and SCHIP*
- Kyle, T., & Carman, S. (2013). *Essentials of Pediatric Nursing 2nd Edition*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Lee, H. C., Green, C., Hintz, S. R., Tyson, J. E., Parikh, N. A., Langer, J., et al. (2010). Prediction of death for extremely premature infants in a population-based cohort. *Pediatrics*, 126 (3), 644–650.
- Lietz, C. A. (2007). Uncovering stories of family resilience: A mixed methods study of resilient families, part 2. *Families in Society*, 88(1), 147–156.
- Sherman, A., Greenstein, R., & Parrott, S. (2008). *Poverty and share of Americans without health insurance were higher in 2007 and median income for working-age households was lower—than at bottom of last recession*. Center on Budget & Policy Priorities.
-

- Soetjiningsih., & Ranuh. (2014). *Tumbuh kembang anak edisi 2*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Yates, T. M., & Masten A. J. (2004). *Fostering the future: Resilience theory and the practice of positive psychology*. Hoboken, NJ: John Wiley & Son.
- Wilson, D. dan Hockenberry, M., J. (2012). *Wong's Clinical Manual of Pediatric Nursing*. St. Louis Missouri: Elsevier.

Profil Penulis



Dewi Irianti

Penulis lahir di Sungai Tabuk, pada tanggal 11 Mei 1990. Merupakan anak ke-2 dari dua bersaudara. Penulis menamatkan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Lambung Mangkurat tahun 2013, kemudian melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Anak di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2017. Saat ini penulis tercatat sebagai dosen tetap di Program Studi Diploma Tiga Keperawatan STIKES Intan Martapura sejak tahun 2013. Penulis aktif melaksanakan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat di bidang keperawatan anak khususnya masalah bayi premature dan ASI. Penulis juga sudah menulis beberapa buku dan kontribusi dalam penyusunan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dalam bidang Keperawatan Anak. Penulis menyadari masih banyak kekurangan dan keterbatasan dalam penulisan *book chapter* ini karena ini merupakan pengalaman yang baru lagi bagi penulis. Penulis berharap agar buku ini dapat bermanfaat bagi para pembaca untuk dijadikan sebagai sumber referensi dalam melakukan asuhan keperawatan maupun kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat terutama di bidang Keperawatan Anak.

Email Penulis: dewiiriantii@gmail.com

ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN PENYAKIT TROPIS

Dwi Agustiana Sari., S.Kep., Ns., M.Kep.

STIKes Guna Bangsa Yogyakarta

Pengantar

Dalam ilmu kesehatan istilah penyakit tropis (tropical medicine) diberikan pada wilayah-wilayah beriklim panas seputar garis khatulistiwa. Istilah ini diperkenalkan para peneliti kesehatan dari Barat (Eropa dan Amerika) yang keadaan wilayahnya jauh berbeda dengan Indonesia. Penyakit tropis sebenarnya memiliki konotasi yang negatif yang berhubungan dengan cara hidup yang tidak sehat, hygiene yang buruk, dan penyakit yang menular.

Penyakit tropis merupakan salah satu bentuk penyakit yang sering terjadi di daerah beriklim tropis dan subtropis. Tidak hanya di Indonesia, tapi hampir di semua negara miskin dan berkembang, penyakit tropis ini dapat mewabah dengan cepat dan menjadi salah satu faktor peningkatan angka kematian. Untuk mengurangi angka kematian tersebut, perlu adanya penanggulangan guna menekan penyebarluasan penyakit tropis yang ternyata semakin lama semakin mewabah.

Macam Penyakit Tropis

1. Infeksi Virus

Dengue

a. Pengertian

Demam berdarah dengue merupakan suatu penyakit infeksi yang disebabkan virus dengue dan masuk golongan *arbovirus (arthropod-borne virus)* yang ditularkan melalui vector nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* serta penyebarannya sangat cepat.

b. Penyebab

penyakit ini disebabkan oleh salah satu dari empat virus asam ribonukleat berantai tunggal dan family *Flaviviridae* yang ditularkan oleh vector nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Masa inkubasi penyakit ini berakhir 4 – 5 hari setelah timbulnya demam.

c. Patofisiologi

Infeksi virus dengue menyebabkan aktivasi makrofag yang memfagositosis kompleks virus-antibodi non netralisasi sehingga virus bereplikasi di makrofag. Terjadinya infeksi makrofag oleh virus dengue menyebabkan aktivasi T helper dan T sitotoksik sehingga diproduksi limfokin dan interferon gamma. Interferon gamma akan mengaktivasi monosit 15 sehingga disekresi berbagai mediator inflamasi seperti TNF- α , IL-1, PAF (platelet activating factor), IL-6, dan histamin yang mengakibatkan terjadinya disfungsi endotel dan terjadi kebocoran plasma. Peningkatan C3a dan C5a terjadi melalui aktivasi oleh kompleks virusantibodi yang juga mengakibatkan terjadinya kebocoran plasma.

Trombositopenia pada infeksi dengue terjadi melalui mekanisme supresi sumsum tulang dan Destruksi dan pemendekan masa hidup trombosit. Gambaran sumsum tulang pada fase awal infeksi (5 hari) menunjukkan keadaan hiposeluler dan supresi megakariosit. Setelah keadaan nadir tercapai akan terjadi peningkatan hematopoiesis termasuk megakariopoiesis. Kadar trombopoietin dalam darah pada saat terjadi trombositopenia justru menunjukkan kenaikan. Hal ini menunjukkan terjadinya stimulasi trombopoiesis sebagai mekanisme kompensasi terhadap keadaan trombositopenia. Destruksi trombosit terjadi melalui pengikatan fragmen C3g, terdapatnya antibodi VD, konsumsi trombosit selama proses koagulopati dan sekuestrasi di perifer. Gangguan fungsi trombosit terjadi melalui mekanisme gangguan pelepasan ADP, peningkatan kadar b-tromboglobulin dan PF4 yang merupakan pertanda degranulasi trombosit. (FKUI, 2007).

d. Tanda dan Gejala

Menurut WHO (1975) dalam FKUI (2007) gejala pada pasien DBD adalah sebagai berikut:

- 1) Demam tinggi mendadak tanpa sebab yang jelas, berlangsung terus menerus selama 2-7 hari
- 2) Manifestasi perdarahan ditandai dengan: Uji tourniquet positif, Petekie, ekimosis, purpura, Perdarahan mukosa, epistaksis, perdarahan gusi , Hematemesis dan atau melena
- 3) Pembesaran hati

- 4) Renjatan ditandai nadi cepat dan lemah sampai tidak teraba, penyempitan tekanan nadi (20 mmHg), hipotensi sampai tidak terukur, kaki dan tangan dingin, kulit lembab, capillary refill time memanjang (>2 detik) dan pasien menjadi gelisah, timbul sianosis di sekira mulut.

DD/DBD	Derajat	Tanda dan gejala	Laboratorium
DD		Demam disertai minimal dengan 2 gejala : <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri Kepa • Nyeri retro-orbita • Nyeri Otot • Nyeri sendi/tulang • Ruam kulit makulopapular • Manifestasi perdarahan • Tidak ada tanda perembesan plasma 	<ul style="list-style-type: none"> • Leukopenia (jumlah leukosit ≤ 4000 sel/mm³) • Trombositopenia (jumlah trombosit <100.000 sel/mm³) • Peningkatan hematokrit (5%-10%) • Tidak ada bukti perembesan plasma
DBD	I	Demam dan manifestasi perdarahan (uji bendung positif) dan tanda perembesan plasma	Trombositopenia <100.000 sel/mm ³ ; peningkatan hematokrit $\geq 20\%$
DBD	II	Seperti derajat I ditambah perdarahan spontan	Trombositopenia <100.000 sel/mm ³ ; peningkatan hematokrit $\geq 20\%$
DBD*	III	Seperti derajat I atau II ditambah kegagalan sirkulasi (nadi lemah, tekanan nadi ≤ 20 mmHg,	Trombositopenia <100.000 sel/mm ³ ; peningkatan hematokrit $\geq 20\%$

		hipotensi, gelisah, diuresis menurun	
DBD*	IV	Syok hebat dengan tekanan darah dan nadi yang tidak terdeteksi	Trombositopenia <100.000 sel/mm ³ ; peningkatan hematokrit ≥20%

Diagnosis infeksi dengue: Gejala klinis + trombositopenia + hemokonsentrasi, dikonfirmasi dengan deteksi antigen virus dengue (NS-1) atau dan uji serologi anti dengue positif (IgM anti dengue atau IgM/IgG anti dengue positif)

Tabel 8.1. Derajat DBD berdasarkan Klasifikasi WHO 2011

e. Penatalaksanaan

- 1) Demam Dengue: Pada pasien dengan DD dapat berobat jalan, tidak perlu dirawat. Pada fase demam pasien dianjurkan:
 - a) Tirah baring, selama masih demam.
 - b) Obat antipiretik atau kompres hangat diberikan apabila diperlukan.
 - c) Untuk menurunkan suhu menjadi < 39°C, dianjurkan pemberian parasetamol. Asetosal/salisilat tidak dianjurkan (indikasi kontra) oleh karena dapat menyebabkan gastritis, perdarahan, atau asidosis.
 - d) Dianjurkan pemberian cairan danelektrolit per oral, jus buah, sirup, susu, disamping air putih, dianjurkan paling sedikit diberikan selama 2 hari.
 - e) Monitor suhu, jumlah trombosit danhematokrit sampai fase konvalesen.
- 2) Deman Berdarah Dengue
 - a) Fase Demam

Tatalaksana DBD fase demam tidak berbeda dengan tatalaksana DD, bersifat simptomatik dan suportif yaitu pemberian cairan oral untuk mencegah dehidrasi. Apabila cairan oral tidak dapat diberikan oleh karena tidak mau minum, muntah atau nyeri perut yang berlebihan, maka cairan intravena rumatan perlu diberikan. Antipiretik kadangkadang diperlukan, tetapi perlu diperhatikan bahwa antipiretik tidak dapat mengurangi lama demam pada DBD. Parasetamol direkomendasikan untuk pemberian atau dapat di sederhanakan sesuai usia.

Rasa haus dan keadaan dehidrasi dapat timbul sebagai akibat demam tinggi, anoreksia dan muntah. Jenis minuman yang dianjurkan adalah jus buah, air teh manis, sirup, susu, serta larutan oralit. Pasien perlu diberikan minum 50 ml/kg BB dalam 4-6 jam pertama. Setelah keadaan dehidrasi dapat diatasi anak diberikan cairan rumatan 80- 100 ml/kg BB dalam 24 jam berikutnya. Bayi yang masih minum asi, tetap harus diberikan disamping larutan oralit. Bila terjadi kejang demam, disamping antipiretik diberikan antikonvulsif selama demam.

Pasien harus diawasi ketat terhadap kejadian syok yang mungkin terjadi. Periode kritis adalah waktu transisi, yaitu saat suhu turun pada umumnya hari ke 3-5 fase demam. Pemeriksaan kadar hematokrit berkala merupakan pemeriksaan laboratorium yang terbaik

untuk pengawasan hasil pemberian cairan yaitu menggambarkan derajat kebocoran plasma dan pedoman kebutuhan cairan intravena. Hemokonsentrasi pada umumnya terjadi sebelum dijumpai perubahan tekanan darah dan tekanan nadi. Hematokrit harus diperiksa minimal satu kali sejak hari sakit ketiga sampai suhu normal kembali.

b) Penggantian Volume Plasma

Kebutuhan cairan awal dihitung untuk 2-3 jam pertama, sedangkan pada kasus syok mungkin lebih sering (setiap 30-60 menit). Tetesan dalam 24-28 jam berikutnya harus selalu disesuaikan dengan tanda vital, kadar hematokrit, dan jumlah volume urin. Penggantian volume cairan harus adekuat, seminimal mungkin mencukupi kebocoran plasma. Secara umum volume yang dibutuhkan adalah jumlah cairan rumatan ditambah 5-8%.

Cairan intravena diperlukan, apabila (1) Anak terus menerus muntah, tidak mau minum, demam tinggi sehingga tidak mungkin diberikan minum per oral, ditakutkan terjadinya dehidrasi sehingga mempercepat terjadinya syok. (2) Nilai hematokrit cenderung meningkat pada pemeriksaan berkala. Jumlah cairan yang diberikan tergantung dari derajat dehidrasi dan kehilangan elektrolit, dianjurkan cairan glukosa 5% di dalam larutan NaCl 0,45%. Bila terdapat asidosis, diberikan natrium bikarbonat

7,46% 1-2 ml/kgBB intravena bolus perlahan-lahan.

Apabila terdapat hemokonsentrasi 20% atau lebih maka komposisi jenis cairan yang diberikan harus sama dengan plasma. Volume dan komposisi cairan yang diperlukan sesuai cairan untuk dehidrasi pada diare ringan sampai sedang, yaitu cairan rumatan + defisit 6% (5 sampai 8%) seperti pada tabel.8.2.

Tabel 8.2 Kebutuhan Cairan pada Dehidrasi Sedang (defisit cairan 5 – 8 %)

Berat Badan waktu masuk RS (kg)	Jumlah cairan ml/kg berat badan per hari
<7	220
7 – 11	165
12 -18	132
>18	88

Pemilihan jenis dan volume cairan yang diperlukan tergantung dari umur dan berat badan pasien serta derajat kehilangan plasma, yang sesuai dengan derajat hemokonsentrasi. Pada anak gemuk, kebutuhan cairan disesuaikan dengan berat badan ideal untuk anak umur yang sama. Kebutuhan cairan rumatan dapat diperhitungan dari tabel 8.3 berikut.

Berat badan (kg)	Jumlah Cairan (ml)
10	100 per kg BB
10 – 20	1000 + 50 x kg (di atas 10 kg)

>20	1500 + 20 x kg (di atas 20 kg)
-----	---------------------------------

Pasien harus dirawat dan segera diobati bila dijumpai tanda-tanda syok yaitu gelisah, letargi/lemah, ekstremitas dingin, bibir sianosis, oliguri, dan nadi lemah, tekanan nadi menyempit (20mmHg atau kurang) atau hipotensi, dan peningkatan mendadak dari kadar hematokrit atau kadar hematokrit meningkat terus menerus walaupun telah diberi cairan intravena. Jenis Cairan (rekomendasi WHO) adalah Kristaloid dan Koloid. Jenis cairan kristaloid seperti : Larutan ringer laktat (RL), Larutan ringer asetat (RA), Larutan garam faali (GF), Dekstrosa 5% dalam larutan ringer laktat (D5/RL), Dekstrosa 5% dalam larutan ringer asetat (D5/RA) dan Dekstrosa 5% dalam 1/2 larutan garam faali (D5/1/2LGF). (Catatan: Untuk resusitasi syok dipergunakan larutan RL atau RA tidak boleh larutan yang mengandung dekstran). Cairan koloid : Desktran 40, plasma dan albumin.

f. Pencegahan

Hingga saat ini pemberantasan nyamuk *Aedes aegypti* merupakan cara utama yang dilakukan untuk memberantas DBD, karena vaksin untuk mencegah dan obat untuk membasmi virusnya belum tersedia. Menurut Depkes (2014) Untuk menekan terjadinya KLB DBD, perlu membudayakan kembali Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) 3M Plus secara berkelanjutan

sepanjang tahun dan mewujudkan Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik (Juru Pemantau Jentik). Jumantik merupakan kader yang berasal dari masyarakat dan bertugas melakukan pemantauan dan pemeriksaan jentik di tempat-tempat penampungan air secara berkala dan terus menerus, memberikan penyuluhan serta menggerakkan masyarakat dalam melaksanakan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) DBD.

Salah satu program yang paling efektif untuk pengendalian dan pencegahan DBD adalah pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dengan upaya 3 M Plus, antara lain :

- 1) Menguras tempat penampungan air seperti bak mandi, ember, tempat penampungan air minum, dan tempat-tempat lain yang bisa tempat perkembang biakan jentik-jentik nyamuk minimal 1 minggu sekali, agar nyamuk tidak masuk dan bersarang didalamnya.
- 2) Menutup tempat penampungan air seperti tangki air, drum, dan lainnya agar nyamuk tidak masuk dan menjadikan genangan air tersebut tempat berkembang biaknya.
- 3) Mengubur atau mendaur ulang barang bekas atau sampah yang berpotensi untuk tempat perkembang biakan nyamuk penular DBD seperti kaleng, botol, ban bekas, dan lain-lain.
- 4) Menaburkan bubuk larvasida atau abate pada tempat penampungan air (TPA) yang sulit dibersihkan, dengan dosis abate 10 gram per 100 liter air dengan cara ditaburkan. Penaburan abate dapat diulang tiap 3 bulan

- 5) Menggunakan obat antinyamuk, menggunakan kelambu untuk melindungi gigitan nyamuk saat tidur.

2. Infeksi Parasit

MALARIA

a. Pengertian

Malaria merupakan infeksi parasit pada sel darah merah yang disebabkan oleh suatu protozoa spesies plasmodium yang ditularkan ke manusia melalui air liur nyamuk (Handayani wiwik, 2008). Malaria adalah penyakit infeksi parasit yang disebabkan oleh plasmodium yang menyerang eritrosit dan ditandai dengan ditemukannya bentuk aseksual didalam darah. Infeksi malaria memberikan gejala berupa demam, menggigil, anemia dan splenomegali (Harijanto, 2009). Malaria adalah suatu penyakit infeksi dengan demam berkala yang disebabkan oleh parasit Plasmodium (termasuk protozoa) dan ditularkan oleh nyamuk Anopheles betina (Zulkoni Akhsin, 2009).

b. Penyebab

Penyakit ini disebabkan oleh protozoa dari genus Plasmodium. Plasmodium Falciparum merupakan penyebab dari malaria tropika. Plasmodium jenis ini merupakan penyebab infeksi paling berat yang dapat menyebabkan kematian. Plasmodium vivax merupakan penyebab dari malaria tertian. Selain itu plasmodium Malariae merupakan penyebab dari malaria quartana, dan plasmodium ovale merupakan penyebab dari malaria ovale. Namun demikian, dapat pula dijumpai seseorang yang menderita 2 jenis plasmodium, bahkan 3 jenis,

walaupun sangat jarang. Kejadian ini dilaporkan biasanya terjadi di daerah yang angka penularannya sangat tinggi. Penyakit ini jarang menyerang bayi, Penyakit ini biasanya menyerang anak setelah berusia beberapa tahun yang dapat terserang malaria tropika yang berat, yang bisa menyebabkan kematian pada anak yang mengalami gangguan gizi (Rampengan, 2007;190).

Cara penularan malaria ada 2 cara yaitu secara alamiah dan non – alamiah. Penularan secara alamiah yaitu melalui gigitan nyamuk anopheles, sedangkan non-alamiah yaitu pertama adalah kongenital, penularan langsung dari ibu yang menderita malaria ke bayi melalui tali pusat dan dari ibu ke janin yang dikandungnya melalui plasenta; kedua yaitu dengan cara mekanik, misalnya melalui transfuse darah dan jarum suntik bekas pakai pada pasien malaria (Rampengan, 2007;190).

c. Gambaran Klinis

Penyakit ini sering ditandai dengan demam yang paroksisme, yang diselingi oleh suatu periode bebas demam (periode laten). sebelum demam, biasanya diawali dengan tanda dan gejala yaitu badan terasa lemah, nyeri kepala, tidak nafsu makan, mual dan muntah. Malaria mempunyai gambaran karakteristik demam periodik, anemia dan splenomegali. Masa inkubasi bervariasi pada masing-masing plasmodium (tabel 1). Keluhan prodromal dapat terjadi sebelum terjadinya demam berupa : kelesuhan, malaise, sakit kepala, merasa dingin di punggung, nyeri sendi dan tulang, demam ringan, anoreksia (hilang nafsu makan), perut tidak enak, diare ringan dan kadang-kadang merasa dingin. Keluhan

prodromal sering terjadi pada *Plasmodium vivax* dan *ovale*, sedang pada *plasmodium falcifarum* dan *malariae* keluhan prodromal tidak jelas bahkan gejala dapat mendadak

Gejala yang klasik yaitu terjadinya trias malaria serangan paroksimal secara berurutan : periode dingin (15-60 menit) : mulai menggigil, penderita sering membungkus diri dengan selimut atau sarung dan pada saat menggigil sering seluruh badan bergetar dan gigi-gigi saling terantuk, diikuti dengan meningkatnya temperatur, diikuti dengan periode panas : penderita muka merah, nadi cepat, dan panas badan tetap tinggi beberapa jam, diikuti dengan keadaan berkeringat ; kemudian periode berkeringat : penderita berkeringat banyak dan temperatur turun, dan penderita merasa sehat. Trias malaria lebih sering terjadi pada infeksi *plasmodium vivax*, pada *plasmodium falcifarum* menggigil dapat berlangsung berat ataupun tidak ada. Periode tidak panas berlangsung 12 jam pada *plasmodium falcifarum*, 36 jam pada *plasmodium vivax* dan *ovale*, 60 jam pada *plasmodium malariae*.

d. Patofisiologi

Melalui aliran darah, nyamuk *anopheles betina* menginokulasi sporozoit ke dalam tubuh manusia¹. Sporozoit menginfeksi sel hati², berkembang biak menjadi skizon³. Lalu pecah dan mengeluarkan merozoit (p. *Vivax*, dan p.*ovale* memiliki stadium dorman⁴ . (hipnozoit) berdiam dalam hati dan dapat kambuh kembali untuk menginvasi kembali dalam darah beberapa minggu atau satu tahun kemudian) sesudah memperbanyak diri dalam hati ini (exo-erythrocytic schizogony) A. Selanjutnya parasit

memasuki perkembang biakan secara aseksual dalam eritrosit (erythrocytic schizogony) B. Merozoit menginfeksi sel darah merah⁴. Stadium ring, trofozoit matur selanjutnya menjadi skizon, yang akan menghasilkan merozoit⁵. Beberapa parasit berubah menjadi bentuk stadium sexual erythrocytic (gametosit)⁶. Pada stadium parasit dalam darah muncul gejala klinis penyakit ini. Gametosit, jantan (mikrogametosit) dan betina (makrogametosit), masuk nyamuk dalam tubuh nyamuk anopheles melalui darah yang terhisap⁷. Dalam tubuh nyamuk, parasit memperbanyak diri dengan cara sporogonic cycle^C. Di dalam tubuh nyamuk, mikrogamet melakukan penetrasi ke makrogamet untuk mengahilkan zigot⁸. Zigot bergerak dan memanjang (ookinet) ⁹. Keluar dari dinding lambung nyamuk untuk berkembang menjadi ookista¹⁰. Ookista tumbuh, matang dan mengeluarkan sporozoit¹¹. Selanjutnya hidup berdiam dalam pada kelenjar liur nyamuk. Sporozoit siap diinokulasikan ke tubuh manusia lainnya dan kembali melangsungkan siklus hidupnya¹ (Muslim, 2009).

e. Komplikasi

Menurut Widoyono (2008) komplikasi yang dapat terjadi pada penyakit malaria sebagai berikut :

- 1) Malaria serebral (malaria otak) adalah malaria dengan penurunan kesadaran. Penilaian derajat kesadaran dilakukan berdasarkan Skala Koma Glasgow (GCS, Glasgow Coma Scale). Pada orang dewasa $GCS \leq 11$, sedangkan pada anak berdasarkan Blantyre Coma Scale ≤ 3 , atau koma >30 menit setelah serangan kejang yang tidak disebabkan oleh penyakit lain.

- 2) Anemia berat (Hb 10.000/uL. Bila anemia hipokromik mikrositik, harus dikesampingkan adanya anemia defisiensi besi, talasemia, atau hemoglobinopati lainnya.
 - 3) Gagal ginjal akut (urin < 400 mL / 24 Jam pada orang dewasa atau < 1 mL/Kg / BB / jam pada anak setelah dilakukan rehidrasi dengan kreatinin darah meningkat > 3 mg %).
 - 4) Edema paru atau acute respiratory distress syndrome (ARDS).
 - 5) Hipoglikemia : gula darah < 40 mg %
 - 6) Gagal sirkulasi atau syok : tekanan sistolik < 70 mmHg, disertai keringat dingin.
 - 7) Perdarahan spontan dari hidung, gusi, alat pencernaan dan atau disertai kelainan laboratorik adanya gangguan koagulasi intravaskuler.
 - 8) Kejang berulang >2 kali per 24 jam setelah pendinginan pada hipertermia.
 - 9) Asidemia (pH <7,5) atau Asidosis (bikarbonat plasma <15 mml / L)
- f. Pemeriksaan diagnostic

1) Pemeriksaan mikroskopis

Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan darah yang menurut teknis pembuatannya dibagi menjadi preparat darah (SDr, sediaan darah) tebal dan preparat darah tipis, untuk menentukan ada tidaknya parasit malaria dalam darah. Melalui pemeriksaan ini dapat dilihat jenis plasmodium dan stadiumnya (P. falciparum, P. vivax, P. malariae, P. ovale,

tropozoit, skizon, dan gametosit) serta kepadatan parasitnya.

- 2) Tes diagnostik cepat (RDT, rapid diagnostic test)

Metode ini mendeteksi adanya antigen malaria dalam darah dengan cara imunokromatografi. Dibandingkan uji mikroskopis, tes ini mempunyai kelebihan yaitu hasil pengujian dengan cepat dapat diperoleh, tetapi lemah dalam hal spesifisitas dan sensitivitasnya

- 3) Pemeriksaan PCR (Polymerase Chain Reaction)

Dengan menggunakan pemeriksaan PCR spesifisitas dan sensitivitasnya dapat ditingkatkan. Keunggulan tes ini walaupun jumlah parasit yang dapat dideteksi sangat sedikit dapat mengidentifikasi infeksi ringan dengan sangat tepat dan dapat dipercaya. Hal ini penting untuk studi epidemiologi dan eksperimental dan belum untuk pemeriksaan rutin.

- 4) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui kondisi umum penderita, meliputi pemeriksaan kadar hemoglobin, hematokrit, jumlah leukosit, eritrosit, dan trombosit. Bisa juga dilakukan pemeriksaan kimia darah (gula darah, SGOT, SGPT) serta pemeriksaan rontgen dan USG untuk melihat apakah terjadi pembesaran hati dan limpa dan

pemeriksaan lainya sesuai indikasi (Widoyono, 2008).

g. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Keperawatan:

1) Pemantauan tanda-tanda vital (TD, nadi, pernafasan, dan suhu).

2) Cairan dan elektrolit

Pemberian cairan merupakan bagian yang penting dalam penanganan malaria, biasanya diberikan cairan 1500-2000 cc/hari apalagi bila sudah terjadi malaria berat. Pemberian cairan yang tidak adekuat akan menyebabkan timbulnya nekrosis tubuler akut. Sebaliknya pemberian cairan yang berlebihan dapat menyebabkan edema paru. Cairan yang biasa digunakan adalah dextrose 5% untuk menghindari hipoglikemi khususnya pada pemberian kina.

3) Nutrisi

Pada pasien malaria makanan biasa atau makanan lunak. Diit lunak yang diberikan mengandung protein, energy dan zat gizi lainnya. Makanan yang diberikan dalam bentuk mudah dicerna, rendah serat dan tidak mengandung bumbu yang tajam.

4) Eliminasi

Pada pasien malaria biasanya tidak mengalami gangguan eliminasi tapi pada malaria berat terjadi gangguan eliminasi BAK yaitu hemoglobinuria dan gangguan eliminasi BAB yaitu diare.

5) Aktifitas dan istirahat

Malaria biasa tidak perlu istirahat mutlak hanya aktivitas yang dibatasi, mengatur posisi yang nyaman bagi pasien.

- 6) Bila terjadi anemia diberi tranfusi darah.

Memberikan kompres hangat pada pasien (hindari kompres alcohol dan air es) dan bila pasien menggigil berikan selimut

Daftar Pustaka

- A.J, Mc Bridge, & D.A Athanazio, (2005). Leptospirosis. *Curr.Opin. Infect*, 376–386.
- Akhsin, Z. (2011). *Parasitologi*. Nuha Medika.
- Cheng, Y. J., Tang, F. Y., Bao, C. J., Zhu, Y. F., Liang, Q., Hu, J. L., Liu, W. D., Wu, Y., Reilly, K. H., Shen, T. Q., Zhao, Y., Peng, Z. H., Yu, R. Bin, Wang, H., Shen, H. B., & Chen, F. (2013). Spatial analyses of typhoid fever in Jiangsu province, People's Republic of China. *Geospatial Health*, 7(2), 279–288. <https://doi.org/10.4081/gh.2013.86>
- Kementrian Kesehatan RI, (2017). *Petunjuk Teknis Pengendalian Leptospirosis (ke 3)*.
- Raghavana, R. K., K. M Binner, C, J. J. H., Hutchinsond, J. M. Shawn Hutchinsond., & Harkin, K. R. (2012). Neighborhood-level Socioeconomic and Urban land Use Risk Factors of Canine Leptospirosis. *Preventive Veterinary Medicine*, Elsevier.
- KEPMENKES RI No 364/MENKES/SK/V, (2006). *Pedoman Pengendalian Demam Tifoid*.
- A. W. Wekesa, C. S. (2014). intestinal helminth infections in pregnant woman attending antenatal clinic at kitale district hospital kenya. *parasitology research*.
- Handayani, S. d. (2012). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Hematologi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Johnson, T. C. (2014, Juli 5). *WebMd: Health & Pregnancy Guide (Anemia in Pregnancy)*. Retrieved September 3, 2014, from WebMd: <http://www.webmd.com/baby/guide/anemia-in-pregnancy> Sirwud. (n.d.). *Diktat parasitologi*.
- Marni. (2016) *Asuhan Keperawatan Anak pada Penyakit Tropis*. Erlangga
- Natadisastra & Agoes. 2009. *Parasitologi Kedokteran*. Jakarta: EGC

Purnomo, dkk. 2005. *Atlas Helmintologi Kedokteran*. Jakarta: Gramedia

Wilkinson, J. M., & Ahern, N. R. (2011). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan: Diagnosis NANDA, Intervensi NIC, Kriteria Hasil NOC*. Jakarta: EGC.

Profil Penulis



Dwi Agustiana Sari., S.Kep., Ns., M.Kep.

Penulis tertarik dengan dunia keperawatan dan kemudian melanjutkan sekolah di perguruan tinggi dan mengambil jurusan sarjana Keperawatan dan profesi ners pada tahun 2003 dan menyelesaikan pendidikan di tahun 2008. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke jenjang Magister pada tahun 2012 di Program Studi Magister Keperawatan UGM Yogyakarta.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Keperawatan maternitas dan Anak dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Penulis melakukan neberapa penelitian dan melakukan publikasi di jurnal nasional. Selain itu, penulis juga aktif dalam kegiatan pengabdian kepada masyarakat, baik yang diadakan oleh pihak regional ataupun dari internal dengan melibatkan mahasiswa.

Email Penulis: dwiagustianasari@gmail.com

KEPERAWATAN ANAK DENGAN HOSPITALISASI

Dra. Ni Ketut Mendri, S.Kep.Ns, M.Sc

Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta

Konsep Hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan suatu keadaan krisis pada anak pada saat anak sakit dan sedang dirawat di rumah sakit. Kondisi ini terjadi karena anak berusaha untuk beradaptasi dengan lingkungan asing dan baru yaitu rumah sakit, sehingga kondisi tersebut menjadi faktor stressor bagi anak maupun orang tua dan keluarga (Wong, 2000). Hospitalisasi merupakan suatu proses karena alasan yang mengharuskan anak untuk dirawat di rumah sakit untuk menjalani terapi dan perawatan dan merupakan masalah besar dan menimbulkan ketakutan, cemas, bagi anak (Supartini, 2004). Hospitalisasi juga dapat diartikan adanya beberapa perubahan psikis yang dapat menjadi sebab anak dirawat di rumah sakit. Hospitalisasi dapat memberikan kesempatan khusus pada anak untuk penerimaan sosial. Terkadang anak yang kesepian, asosial, dan jahat menemukan lingkungan yang simpatik di rumah sakit. Anak-anak yang mengalami deformitas fisik atau “berbeda” dari teman seusianya dapat menemukan kelompok sebaya yang bisa menerimanya (Wong, et al, 2008).

Penyakit dan hospitalisasi merupakan kesempatan yang sangat baik bagi anak dan anggota keluarga lainnya untuk lebih mempelajari tubuh mereka, satu sama lain, dan profesi kesehatan. Sebagai contoh, selama masuk rumah sakit, karena krisis diabetes, seorang anak dapat mempelajari penyakit tersebut, dan orang tua akan mempelajari kebutuhan akan kemandirian anak (Wong, et al. 2008). Menurut Supartini (2004), hospitalisasi merupakan suatu proses dimana karena alasan tertentu atau darurat mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi perawatan sampai pemulangannya kembali ke rumah. Hospitalisasi pada anak adalah suatu sindrom yang terjadi pada anak yang dirawat di rumah sakit secara terpisah dari ibunya atau pengganti peran ibu dalam kurun waktu yang lama. Kondisi ini ditandai dengan tidak adanya kegairahan, tidak responsif, kurus, pucat, nafsu makan buruk, tidur terganggu, episode demam, hilangnya kebiasaannya menghisap dan nampak tidak bahagia. Gangguan ini dapat pulih kembali dengan anak dalam waktu 2-3 minggu. (Bastaman et al, 2004). Hospitalisasi dianggap sebagai suatu peristiwa yang bisa membuat stres pada anak. Stressor yang diterima anak selama dirawat dapat berupa lingkungan rumah sakit yang asing, kondisi fisik seperti rasa sakit dan penyakit yang anak alami, prosedur perawatan dan pemeriksaan medis di rumah sakit. Stres pada anak dapat menyebabkan gangguan tidur, penurunan nafsu makan, dan gangguan perkembangan sehingga hal tersebut dapat menunda proses penyembuhan penyakit (Kazemi et al, 2012). Hospitalisasi adalah peristiwa yang umum terjadi pada anak dan dapat merupakan pengalaman traumatik bagi anak-anak yakni dapat menimbulkan ketegangan dan ketakutan serta dapat menimbulkan gangguan emosi atau tingkah laku beberapa minggu atau bulan sesudah anak keluar dari rumah sakit. (Turkel et al, 2009)

Berdasarkan pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa hospitalisasi adalah suatu proses karena alasan yang mengharuskan anak dirawat di rumah sakit untuk mendapatkan perawatan yang dapat menyebabkan beberapa perubahan psikis pada anak dan keluarga. Perubahan psikis terjadi dikarenakan adanya suatu tekanan atau krisis pada anak dan keluarga. Jika seorang anak di rawat di rumah sakit, maka anak tersebut akan mudah mengalami krisis yang disebabkan anak mengalami stres akibat perubahan baik terhadap status kesehatannya maupun lingkungannya dalam kebiasaan sehari-hari. Kondisi anak yang mempunyai sejumlah keterbatasan dalam mekanisme koping untuk mengatasi masalah maupun kejadiankejadian yang sifatnya menekan (Nursalam, et al, 2005).

Stressor pada Anak yang Dirawat di Rumah Sakit

Sakit dan dirawat di rumah sakit merupakan krisis utama pada anak (Nursalam, et al, 2005). Jika seorang anak dirawat di rumah sakit maka anak tersebut akan mudah mengalami krisis, mengalami stres akibat perubahan yang dialami oleh anak tersebut. Perubahan yang dialami anak dapat berupa perubahan status kesehatan anak, perubahan lingkungan, maupun perubahan kebiasaan sehari-hari antara lain perubahan di sekolah, di lingkungan keluarga dan lingkungan bermain di masyarakat. Anak mempunyai keterbatasan dalam mekanisme koping untuk mengatasi masalah maupun kejadian yang bersifat menekan selama anak dirawat di rumah sakit. Stresor atau pada anak yang dirawat di rumah sakit dapat berupa perubahan yang bersifat fisik, psiko-sosial, maupun spiritual. Perubahan lingkungan fisik ruangan seperti fasilitas tempat tidur yang sempit dan kurang nyaman, lingkungan rumah sakit kurang bersahabat, kebersihan kurang dan pencahayaan yang terlalu terang atau terlalu redup, suara yang gaduh dan

bising sehingga dapat membuat anak merasa terganggu, cemas dan menjadi ketakutan. Cat dinding warna putih dan korden arna putih dapat membuat anak merasa kurang nyaman, cemas dan muncul ketakutan.

Beberapa perubahan lingkungan fisik selama anak dirawat di rumah sakit dapat membuat anak merasa asing, muncul kecemasan dan ketakutan. Reaksi terhadap kecemasan dapat bersifat konstruktif dan destruktif. Konstruktif adalah motivasi seseorang untuk belajar memahami terhadap perubahan-perubahan terutama perubahan terhadap perasaan tidak nyaman dan berfokus pada kelangsungan hidup. Reaksi destruktif adalah reaksi yang dapat menimbulkan tingkah laku maladaptif serta disfungsi yang menyangkut kecemasan berat atau panik (Suliswati, 2005). Pada kecemasan ringan pada anak biasanya ditandai dengan perasaan agak tidak nyaman, gelisah, insomnia ringan akibat perubahan pola perilaku, perubahan nafsu makan ringan. Kecemasan sedang merupakan perkembangan dari kecemasan ringan. Anak akan terlihat lebih berfokus pada lingkungan, konsentrasi hanya pada tugas individu, dan jumlah waktu yang digunakan dalam mengatasi masalah yang muncul pada anak akan semakin bertambah. Kondisi ini akan ditandai dengan takipneu, takikardi, serta terjadi peningkatan ketegangan otot karena tindakan fisik yang berlebihan (Tarwoto dan Wartonah, 2004). Contoh tindakan fisik atau tindakan infasif pada anak yang sedang dirawat di rumah sakit antara lain pemasangan infus, pemberian suntikan melalui injection plug, pemasangan Naso Gastric Tube (NGT) dan lain sebagainya.

Tanda dan gejala pada kecemasan berat pada anak merupakan lanjutan dari kecemasan sedang. Biasanya anak akan mengalami perasaan terancam, terjadi perubahan pernafasan, perubahan gastrointestinal serta

perubahan kardiovaskuler. Anak yang mengalami kecemasan berat akan kehilangan kemampuan untuk berkonsentrasi (Stuart & Sundeen, 1998). Tanda dan gejala klinis dari kategori panik pada anak menurut merupakan gambaran dari kecemasan tingkat berat sekali dengan tanda hiperaktifitas atau imobilisasi berat.

Hospitalisasi pada Anak Usia Prasekolah

Anak usia prasekolah merupakan anak yang berusia antara 3 sampai 6 tahun (Supartini, 2004). Anak usia prasekolah sebagian besar sudah dapat mengerti dan mampu mengerti bahasa yang sedemikian kompleks. Anak usia pra sekolah juga mempunyai kebutuhan khusus, misalnya menyempurnakan banyak keterampilan yang telah diperolehnya contoh belajar menggunting, melukis dan mewarnai. Anak usia prasekolah membutuhkan lingkungan yang nyaman untuk proses tumbuh dan kembangnya. Anak usia prasekolah mempunyai lingkungan bermain dan teman sepermainan yang menyenangkan. Anak prasekolah belum mampu membangun suatu gambaran mental terhadap pengalaman kehidupan sebelumnya sehingga dengan demikian harus menciptakan pengalamannya sendiri (Sacharin, 1996).

Anak usia prasekolah kondisi sakit adalah sesuatu yang menakutkan dan menegangkan. Perawatan selama di rumah sakit dapat menimbulkan cemas karena anak merasa kehilangan lingkungan yang dirasakanya aman, penuh kasih sayang, dan menyenangkan. Anak usia prasekolah juga harus meninggalkan lingkungan rumah yang dikenalnya, permainan dan teman sebaya dalam bermain. Permasalahan tersebut membuat anak menjadi stres atau tertekan. Anak usia prasekolah merasa gugup dan tidak tenang, bahkan pada saat menjelang tidur.

Anak usia prasekolah sering merasa terkekang selama dirawat di rumah sakit. Penyebabnya adanya pembatasan aktivitas anak sehingga anak merasa kehilangan kekuatan diri. Perawatan di rumah sakit sering kali dipersepsikan sebagai hukuman sehingga anak prasekolah akan merasa malu, bersalah, dan cemas atau takut. Anak yang sangat cemas dapat bereaksi agresif dengan marah dan berontak. Kecemasan pada anak prasekolah biasanya muncul karena berbagai perubahan yang muncul di sekelilingnya, baik fisik maupun emosional. Dapat juga akibat kurangnya support system yang ada di sekitarnya. Gejala klinis kecemasan yang sering ditemukan pada anak usia prasekolah adalah perasaan cemas, kekhawatiran dan mudah tersinggung (Hawari, 2001). Anak usia prasekolah yang mengalami kecemasan terlihat tidak tenang, konsentrasi menurun, adanya perubahan pola tingkah laku dan gangguan pola tidur. Contohnya pada anak usia prasekolah sering terbangun pada saat tidur dan sering mengigau. Anak usia prasekolah yang mengalami kecemasan dan ketakutan akan muncul respon fisiologis, seperti perubahan pada sistem kardiovaskuler, perubahan pola nafas yang semakin cepat atau terengah-engah. Anak usia prasekolah akan mengalami perubahan pada sistem pencernaan dan neuromuskular seperti nafsu makan menurun, gugup, tremor, pusing dan insomnia. Respon fisiologis yang muncul pada kulit yaitu mengeluarkan keringat dingin dan wajah menjadi kemerahan. Anak usia prasekolah juga akan menampakkan respon perilaku, seperti gelisah, ketegangan fisik, tremor atau gemetar reaksi kaget, bicara cepat, menghindari, hingga menarik diri dari hubungan interpersonal. Respon kognitif yang muncul pada anak usia prasekolah adalah menurunnya konsentrasi dalam belajar, konsentrasi terganggu, perhatian terganggu, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, mengalami hambatan berpikir dan ketakutan.

Respon afektif yang biasa muncul adalah tidak sabar, tegang, dan waspada.

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Reaksi Anak Usia Prasekolah terhadap Hospitalisasi

Reaksi anak usia prasekolah terhadap sakit dan rawat di rumah sakit berbeda-beda pada masing-masing anak. Perkembangan usia anak prasekolah merupakan salah satu faktor utama yang dapat mempengaruhi reaksi anak terhadap sakit dan proses perawatan selama dirawat di rumah sakit. Reaksi anak terhadap sakit berbeda-beda sesuai tingkat perkembangan anak (Supartini, 2004). Pengalaman anak sebelumnya terhadap proses sakit dan dirawat sangat berpengaruh. Anak usia prasekolah yang pernah mengalami pengalaman tidak menyenangkan dirawat di rumah sakit sebelumnya akan menyebabkan anak ketakutan dan trauma. Anak usia prasekolah yang pernah dirawat di rumah sakit mendapatkan perawatan yang baik dan menyenangkan maka anak akan lebih kooperatif pada perawat dan dokter (Supartini, 2004). Sistem pendukung (*support system*) yang tersedia akan membantu anak usia prasekolah beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit selama anak dirawat. Anak usia prasekolah akan mencari dukungan yang ada dari orang lain untuk melepaskan tekanan akibat penyakit yang dideritanya. Anak usia prasekolah akan minta dukungan kepada orang terdekat dengannya misalnya orang tua, saudaranya dan kepada teman sebaya.

Perilaku ini biasanya ditandai dengan permintaan anak usia prasekolah minta ditunggu selama dirawat di rumah sakit, didampingi saat dilakukan tindakan keperawatan mandiri atau tindakan infasif, anak minta dipeluk saat merasa takut, cemas dan saat merasa kesakitan. Sistem pendukung yang mempengaruhi reaksi anak usia prasekolah selama masa perawatan di rumah sakit adalah keluarga dan pola asuh anak dalam keluarga. Keluarga

yang kurang mendapat informasi tentang kondisi kesehatan anak usia prasekolah saat dirawat di rumah sakit menjadi terlalu khawatir atau stres akan menyebabkan anak menjadi semakin stres dan takut. Pola asuh keluarga yang terlalu protektif dan selalu memanjakan anak juga dapat mempengaruhi reaksi takut dan cemas anak dirawat di rumah sakit. Keluarga yang memandirikan anak untuk aktivitas sehari-hari maka anak usia prasekolah akan lebih kooperatif apabila anak tersebut menjalani perawatan di rumah sakit. Mekanisme koping dari keluarga dalam menangani stress sangat penting bagi proses adaptasi anak selama masa perawatan. Mekanisme koping anak usia prasekolah dalam menerima kondisinya yang mengharuskan anak dirawat di rumah sakit, maka anak akan lebih kooperatif selama menjalani perawatan di rumah sakit.

Reaksi Anak Usia Prasekolah terhadap Stres Akibat Sakit dan Dirawat di Rumah Sakit

Sakit dan dirawat di rumah sakit merupakan krisis utama yang tampak pada anak. Jika anak dirawat di rumah sakit, anak akan mudah mengalami krisis karena anak stres akibat perubahan baik pada status kesehatannya maupun lingkungannya dalam kebiasaan sehari-hari, dan anak mempunyai sejumlah keterbatasan dalam mekanisme koping untuk mengatasi masalah maupun kejadian-kejadian yang bersifat menekan (Nursalam, et al, 2005). Dampak hospitalisasi akan berbeda-beda pada masing-masing anak usia prasekolah yang bersifat individual dan sangat tergantung pada tahapan perkembangan usia anak. Anak usia prasekolah menerima keadaan masuk rumah sakit dengan sedikit ketakutan dan kecemasan. Ada sebagian anak usia prasekolah menganggapnya sebagai hukuman sehingga timbul perasaan malu dan bersalah dan akan menolak masuk rumah sakit ditandai dengan anak usia prasekolah

menangis dan tidak mau dirawat sehingga anak mengajak pulang ke rumah. Anak usia prasekolah sangat ketakutan dan anak dapat menampilkan perilaku agresif, contohnya: menggigit, menendang-nendang dan berlari keluar ruangan perawatan. Ekspresi verbal dari anak usia prasekolah antara lain seperti ucapan kata-kata marah, tidak mau bekerja sama dengan perawat pada saat dilakukan tindakan keperawatan mandiri perawat atau tindakan infasif. Contoh anak usia prasekolah menolak dan menendang perawat saat perawat memberikan tindakan suntikan atau memasang infus dan tindakan infasif yang lain. Anak usia prasekolah membayangkan dirawat di rumah sakit merupakan suatu hukuman, dipisahkan, merasa tidak aman dan kemandiriannya terlambat (Wong, 2000). Anak usia prasekolah akan melontarkan beberapa pertanyaan karena bingung dan anak tidak mengetahui kondisi disekitar ruang perawatan di rumah sakit. Anak usia prasekolah akan menangis, bingung dan mengatakan nyeri pada anggota tubuh yang sakit, misalnya nyeri pada luka fraktur, nyeri perut atau nyeri kepala. Tindakan infasif atau tindakan medis dapat membuat anak semakin takut, cemas dan stres. Reaksi anak usia prasekolah terhadap perpisahan adalah kecemasan karena berpisah dengan lingkungan keluarga, lingkungan sekolah yang nyaman dan penuh kasih sayang, lingkungan bermain dengan teman sebaya, permainan dan teman bermain. Reaksi kehilangan kontrol anak merasa takut dan khawatir serta mengalami kelemahan fisik.

Reaksi anak usia prasekolah terhadap perlukaan tubuh dan nyeri dengan menggigit bibir, menggigit dan memegang sesuatu yang erat. Anak usia prasekolah dapat mengatasi berbagai sumber stress seperti rasa sakit, lingkungan rumah sakit, aturan rumah sakit serta tindakan yang diberikan. Proses perawatan selama di rumah sakit yang membutuhkan waktu lama membuat

anak berusaha mengembangkan perilaku atau strategi dalam menghadapi penyakit yang dideritanya. Perilaku ini menjadi salah satu cara yang dikembangkan anak untuk beradaptasi terhadap penyakitnya. Beberapa perilaku anak dalam upaya beradaptasi terhadap masalahnya selama dirawat di rumah sakit, antara lain anak usia prasekolah menolak diberikan tindakan keperawatan mandiri maupun infasif, anak berusaha menghindari situasi yang membuatnya tertekan dan menegangkan serta mengancam, anak bersikap tidak kooperatif terhadap dokter dan perawat, anak berusaha mengalihkan perhatian (*distraction*) dari sumber yang membuatnya tertekan dan menakutkan. Perilaku yang dilakukan anak selama anak dirawat di rumah sakit misalnya mengajak anak terapi bermain dengan membaca buku cerita, dongeng, menonton televisi, mewarnai, melukis, bermain puzzle, bermain mobil-mobilan, masak-masakan atau bermain mainan yang aman dan nyaman. Perubahan fisiologis akan muncul melalui tanda dan gejala yang dialami anak usia prasekolah selama dirawat di rumah sakit. Ada perlukaan dan rasa nyeri membuat anak usia prasekolah terganggu. Reaksi anak usia prasekolah terhadap rasa nyeri sama seperti sewaktu masih bayi. Anak usia prasekolah akan bereaksi terhadap nyeri dengan menyeringaikan wajah, menangis, mengatupkan gigi, menggigit bibir, membuka mata dengan lebar atau melakukan tindakan agresif seperti menendang dan memukul.

Stressor pada anak usia prasekolah yang dirawat di rumah sakit dapat berupa perubahan lingkungan psikososial. Anak usia prasekolah akan merasakan tekanan dan mengalami kecemasan baik kecemasan yang bersifat ringan, sedang, hingga kecemasan yang bersifat berat. Pada saat anak usia prasekolah menjalani masa perawatan di rumah sakit, anak harus berpisah dari lingkungannya yang lama serta orang-orang yang terdekat

dengannya. Anak usia prasekolah memiliki hubungan yang sangat dekat dengan ibunya, akibatnya perpisahan dengan ibu akan meninggalkan rasa kehilangan sehingga pada akhirnya akan menimbulkan perasaan tidak aman dan rasa cemas. Kondisi cemas akibat perpisahan anak usia prasekolah akan memberikan respon berupa perubahan perilaku.

Respon perilaku anak akibat perpisahan di bagi menjadi tiga tahap, yaitu tahap (1)protes (*phase of protest*), (2) tahap putus asa (*phase of despair*), dan(3) tahap menolak (*phase of denial*). Pada tahap protes, reaksi anak dimanifestasikan dengan menangis kuat-kuat, menjerit, marah, menendang-nendang, memanggil orang tuanya atau menggunakan tingkah laku agresif agar orang lain tahu bahwa anak tidak ingin ditinggalkan orang tuanya serta menolak perhatian orang asing atau petugas kesehatan (perawat atau dokter). Tahap putus asa ditunjukkan dengan perilaku anak usia prasekolah cenderung tampak tenang, tidak aktif, menarik diri, menangis berkurang, kurang minat untuk diajak bermain, tidak ada nafsu makan, sedih, dan apatis (acuh dengan lingkungan di sekitar rumah sakit). Tahap berikutnya adalah tahap menolak ditunjukkan dengan anakusia prasekolah samar-samar menerima perpisahan, membina hubungan dangkal dengan orang lain serta terlihat menyukai lingkungan yang ada di sekitar ruangan raat inap di rumah sakit. Anak usia prasekolah mulai kelihatan gembira. Fase ini biasanya terjadi setelah anak berpisah lama dengan orang tua. Selain kecemasan akibat perpisahan, anak juga mengalami cemas akibat kehilangan kendali atas dirinya. Akibat sakit dan dirawat di rumah sakit, anak usia prasekolah akan kehilangan kebebasan dalam mengembangkan otonominya. Anak akan bereaksi negatif terhadap ketergantungan yang dialaminya, terutama anak akan menjadi cepat marah

kepada perawat dan dokter serta perilaku anak yang agresif, misalnya memukul perawat menendang perawat dan melempar benda-benda yang ada di sekitar ruangan rumah sakit. Kecemasan yang muncul merupakan respon emosional terhadap penilaian sesuatu yang berbahaya, berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya (Stuart & Sundeen, 1998).

Reaksi anak terhadap hospitalisasi dimulai saat sebelum masuk rumah sakit, selama hospitalisasi dan setelah pulang dari rumah sakit. Perubahan perilaku temporer dapat terjadi selama anak dirawat di rumah sakit sampai pulang dari rumah sakit. Perubahan ini disebabkan oleh (1) perpisahan dari orang-orang terdekat, (2) hilangnya kesempatan untuk membentuk hubungan baru, dan (3) lingkungan yang asing (Wong et al, 2003).

Kekhawatiran yang paling sering dikeluhkan anak yang dirawat inap adalah (1) kecemasan karena perpisahan dari keluarga dan teman-temannya, (2) ketakutan terhadap orang dan lingkungan yang asing, (3) ketidakpastian tentang peraturan rumah sakit dan harapan, (4) persepsi sebelum hospitalisasi, (5) ketakutan terjadi mutilasi anggota tubuh atau kematian, (6) ketakutan terhadap rasa nyeri dan ketidaknyamanan, (7) pikiran bahwa hospitalisasi sebagai hukuman, (8) kehilangan kontrol emosi dan fisik, (9) persepsi tentang perubahan fisik, (10) kehilangan kemandirian dan identitas, serta (11) takut ditolak

Pencegahan Hospitalisasi

Beberapa hal yang dapat dilakukan dalam memberikan pencegahan dampak hospitalisasi pada anak, adalah :

1. Persiapan hospitalisasi

Proses persiapan hospitalisasi yang dapat dilakukan adalah dengan pemberian informasi secara verbal dan

tertulis, visite ke ruang rawat inap di rumah sakit, pertunjukan menggunakan boneka dan permainan yang menggunakan miniatur peralatan rumah sakit yang nanti akan dijumpai anak pada saat proses pengobatan. Persiapan bisa juga menggunakan buku-buku, video atau film yang menceritakan seputar kondisi di rumah sakit selama anak dirawat.

2. Mencegah dan mengurangi perpindahan

Kehadiran orang tua setiap saat selama anak dirawat di rumah sakit dapat membantu mengurangi kecemasan anak. Orang tua diharapkan terlibat dalam aktivitas pengobatan sehingga orang tua dapat berpartisipasi terhadap pengobatan. (Wong et al, 2003). Lingkungan yang akrab juga meningkatkan penyesuaian anak terhadap perpindahan. Jika orang tua tidak dapat melakukan rawat gabung, mereka harus membawa barang-barang kesukaan anak dari rumah ke rumah sakit seperti selimut, alat bermain, botol, peralatan makan, atau pakaian.

3. Mencegah kehilangan kontrol

Kehilangan kontrol dapat terjadi akibat perpindahan, restriksi fisik dan perubahan rutinitas. Kehilangan kontrol dapat dicegah dengan meningkatkan kebebasan bergerak, mempertahankan rutinitas anak, mendorong kemandirian dan meningkatkan pemahaman (Wong, et al 2003)

4. Mencegah dan mengurangi ketakutan akan cedera tubuh dan nyeri

Anak akan dihantui rasa takut akan mengalami cedera tubuh dan nyeri dalam menghadapi prosedur yang menyakitkan. Teknik manipulasi prosedural untuk setiap kelompok umur dapat mengurangi ketakutan terhadap cedera tubuh. Intervensi yang

paling mendukung adalah dengan prosedur secepat mungkin dan mempertahankan kontak orang tua dengan anak (Wong et al, 2003).

5. Penataan Ruang Rawat Inap dan Ruang Bermain di Rumah Sakit

Anak yang sakit dimungkinkan dirawat di rumah sakit khusus anak atau di rumah sakit umum yang memiliki fasilitas ruangan khusus untuk anak. Perlu mempertimbangkan kebutuhan dan perkembangan anak, dengan mempersiapkan sarana di unit perawatan anak dengan perabotan yang berwarna cerah dan sesuai dengan usia anak, dekorasi ruangan yang menarik dan familiar bagi anak, serta adanya ruang bermain yang dilengkapi berbagai macam alat bermain.

Penanganan Dampak Hospitalisasi

1. Terapi Bermain

Melalui bermain dapat mengetahui persepsi seorang anak ketika hospitalisasi. Bermain juga bagi seorang anak adalah suatu kesempatan untuk menghilangkan stres, ketika berada ditempat dimana dia merasa tidak berdaya dan cemas. Melalui bermain, terutama dengan peralatan medis, anak dapat mengembangkan rasa kontrol. Terapi bermain terdiri dari aktivitas-aktivitas yang tergantung dengan kebutuhan perkembangan anak maupun lingkungan seperti ketika dihospitalisasi, dan dapat disampaikan dalam berbagai bentuk yang di antaranya adalah pertunjukan wayang interaktif, seni ekspresi atau kreatif, permainan boneka, dan lain-lain permainan yang berorientasi pengobatan.

2. Terapi Musik

Terapi musik adalah salah satu metode yang dilakukan untuk mengurangi stres pada anak yang mengalami hospitalisasi. Berbagai penelitian telah menunjukkan efek fisiologis dan psikologis dari musik terhadap anak yang mengalami hospitalisasi.

3. Terapi Badut

Terapi Badut di bagian keperawatan anak adalah bermain dengan lemah lembut dan penuh tawa bersama anak-anak yang menderita sakit sehingga mereka dapat mengekspresikan emosinya, memenuhi rasa kontrol dan dapat berinteraksi sosial selama hospitalisasi. Terapi Badut bertujuan untuk mengurangi stres anak dan keluarga selama rawat inap dan menjalani pengobatan.

4. Penggunaan premedikasi ansiolitik dan sedatif

Tujuan premedikasi dengan sedatif adalah menurunkan kecemasan anak saat akan dilakukan induksi anestesi, terutama pada penggunaan masker. Efek premedikasi telah dipelajari baik secara tunggal maupun berkaitan dengan intervensi lain seperti kehadiran orang tua atau program persiapan. Midazolam digunakan untuk menurunkan kecemasan pada saat induksi anestesi.

Daftar Pustaka

- Hawari, Dadang. 2001. Manajemen Stres, Cemas, dan Depresi. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hurlock, Elizabeth. 2006. Perkembangan Anak. Jakarta: Erlangga.
- Kelliat. 1998. Proses Keperawatan Kesehatan jiwa. Jakarta : EGC.
- Nelson, Behrman, Kliegman, et al. 2000. Ilmu Kesehatan Anak Nelson edisi 15 vol 1. Jakarta : EGC.
- Nursalam. 2005. Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak. Jakarta : Salemba Medika.
- Soetjningsih. 2007. Tumbuh kembang anak. Jakarta: EGC.
- Suliswati, dkk, 2005. Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta : EGC
- Supartini. 2004. Buku ajar konsep dasar keperawatan anak. Jakarta. EGC.
- Wong, Donna L. 2003. Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik. Jakarta: EGC.

Profil Penulis



Dra. Ni Ketut Mendri, S.Kep. Ns, M.Sc

Lahir di Karang Asem, 5 Januari 1960. Bekerja sebagai dosen/Lektor Kepala di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta mulai 1992 s.d sekarang. Sebelumnya pernah menjadi dosen di Akademi Perawat Dep Kes Menado mulai tahun 1978 s.d tahun 1992. Lulus Akademi Perawat Dep Kes Ujung Pandang tahun 1978, Lulus IKIP Negeri Menado Fakultas MIPA Jurusan Biologi tahun 1988, Lulus S 1 Keperawatan Ners PSIK FK UGM tahun 2003, Lulus S2 Hukum Kesehatan UGM tahun 2009.

Mendapat penghargaan dari Presiden dan Menteri Kesehatan. Menjadi pembicara tingkat lokal dan nasional. Menjadi Asesor Beban Kinerja Dosen (BKD). Menjadi Peer Review dosen yang akan naik jabatan fungsional dalam pengusulan Jurnal Internasional berreputasi, Jurnal Internasional, Jurnal Nasional, buku dan HKI. Melakukan berbagai penelitian tingkat Poltekkes, Nasional dan Internasional (Seameo Recfon) dan telah dipublikasikan dalam jurnal Internasional terindeks Scopus, Jurnal Internasional, Jurnal nasional OJS dan Terakreditasi. Sudah menerbitkan beberapa buku keperawatan.

Email : mendriniketut@yahoo.com

PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK

Freny Ravika Mbaloto, S.Kep.,Ns., M.Kep

STIK Indonesia Jaya

Pendahuluan

Aspek tumbuh kembang pada anak dewasa ini adalah salah satu aspek yang menjadi perhatian oleh para pakar, karena terkait dengan proses pembentukan seseorang baik secara fisik maupun psikososial. Namun sebagian orang tua belum memahami hal tersebut, mereka menganggap selama anak tidak sakit, berarti anak tidak mengalami masalah kesehatan termasuk pertumbuhan dan perkembangan. Istilah pertumbuhan dan perkembangan seringkali digunakan seolah-olah keduanya mempunyai pengertian yang sama, karena menunjukkan adanya suatu proses perubahan tertentu yang mengarah kepada kemajuan. Padahal sesungguhnya istilah pertumbuhan dan perkembangan ini mempunyai pengertian yang berbeda. Pada bab ini, bahasan ditujukan untuk menjelaskan pengertian pertumbuhan dan perkembangan, faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang, deteksi dini tumbuh kembang.

Pengertian Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan adalah perubahan secara fisiologis sebagai hasil dari proses pematangan fungsi-fungsi fisik yang

berlangsung secara normal pada anak yang sehat dalam perjalanan waktu tertentu. Perubahan yang dimaksud meliputi perubahan dalam besar jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu, yang bisa diukur dengan berat (gram, pound, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolic (retensi kalsium dan nitrogen tubuh)(Setiyaningrum, 2017).

Perkembangan adalah bertambah nya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian (Ratnaningsih et al., 2017).

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang

1. Motivasi belajar anak

Motivasi belajar dapat ditimbulkan sejak dini, dengan memberikan lingkungan yang kondusif untuk belajar, misalnya adanya sekolah yang tidak terlalu jauh, buku-buku, suasana yang tenang serta sarana lainnya.

2. Gizi anak

Makanan memegang peranan penting dalam tumbuh kembang anak. Untuk tumbuh kembang diperlukan zat makanan yang adekuat seperti protein, karbohidrat, lemak, mineral, vitamin, dan air yang harus dikonsumsi secara seimbang dengan jumlah yang sesuai kebutuhan pada tahapan usianya. Kekurangan makanan yang bergizi akan menyebabkan retardasi pertumbuhan anak, sedangkan kelebihan makanan juga tidak baik, karena dapat menyebabkan obesitas. Kedua keadaan ini dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas anak.

Ada beberapa komponen zat gizi yang dibutuhkan pada makanan atau nutrisi, yaitu:

a. Karbohidrat

Merupakan sumber energi yang tersedia dengan mudah disetiap makanan, karbohidrat harus tersedia dalam jumlah yang cukup sebab kekurangan sekitar 15% dari kalori yang ada maka dapat menyebabkan terjadinya kelaparan dan berat badan menurun. Dalam mendapatkan jumlah karbohidrat yang cukup maka bisa didapatkan dari susu, padi-padian, umbi-umbian, ketela, kentang, jagung, buahbuahan, sukrosa, sirup dan tepung

b. Protein

Merupakan zat gizi dasar yang berguna dalam pembentukan protoplasma sel, selain itu tersedianya protein dalam jumlah yang cukup penting untuk pertumbuhan dan perbaikan sel jaringan dan sebagai larutan untuk keseimbangan osmotik. Protein ini terdiri dari 24 asam amino diantaranya 9 asam amino essensial dan selebihnya asam amino non essensial. Jumlah protein dalam tubuh harus tersedia dalam jumlah yang cukup. Apabila tersedia dalam jumlah kurang akan menyebabkan kelemahan, oedem, dapat kwashiorkor bila kekurangan protein saja, bila protein disertai kalori menyebabkan marasmus. Komponen zat gizi protein dapat diperoleh dari susu, telur, daging, ikan, unggas, keju, kedelai, kacang buncis, dan padi-padian

c. Lemak

Lemak merupakan zat gizi yang berperan dalam pengangkut vitamin A,D,E,K yang larut dalam

lemak, komponen lemak terdiri dari lemak alamiah sekitar 98% diantaranya trigliserida, dan gliserol sedangkan 2% nya adalah asam lemak bebas diantaranya monogliserida, digliserida, kolesterol dan fosfo lipid termasuk lesitin, sefalin, serebrosid. Lemak ini merupakan sumber yang kaya akan energi, sebagai pelindung organ tubuh seperti pembuluh darah saraf, organ dan lain-lain terhadap suhu tubuh, dapat membantu rasa kenyang (penundaan waktu pengosongan lambung)

d. Vitamin

Vitamin merupakan senyawa organik yang digunakan untuk mengkatalisator metabolisme sel yang berguna untuk pertumbuhan dan perkembangan serta dapat mempertahankan organisme

e. Mineral

Mineral merupakan komponen zat gizi yang tersedia dalam kelompok mikro, yang terdiri dari kalsium, klorida, chromium, kobalt, tembaga, jodium, besi, magnesium, mangan, kalium, natrium, sulfur dan seng

f. Air

Air merupakan kebutuhan nutrisi yang sangat penting, mengingat kebutuhan air pada balita relatif tinggi yaitu 75-80% dari berat badan dibandingkan dengan orang dewasa yang hanya 55-60%. Air bagi tubuh berfungsi sebagai pelarut, sebagai medium ion, transport nurien, dan produk buangan dan pengaturan suhu tubuh. Sumber zat air dapat diperoleh dari air dan semua makanan.

3. Lingkungan Pengasuhan

Pada lingkungan pengasuhan interaksi ibu dan anak sangat mempengaruhi perkembangan anak. Lingkungan atau orang tua mempunyai pengaruh lebih besar dalam kecerdasan motorik kasar anak. Lingkungan dapat meningkatkan atau menurunkan saraf kecerdasan anak terutama pada masa-masa pertama kehidupannya. Dalam mengasuh anak orang tua cenderung menggunakan pola asuh tertentu.

Terdapat 3 macam pola asuh orang tua yaitu demokratis, otoriter dan permisif:

a. Pola Asuh Demokratis (otoritatif)

Pola asuh otoritatif adalah pola asuh orang tua pada anak yang memberi kebebasan pada anak untuk berkreasi dan mengeksplorasi berbagai hal sesuai dengan sensor batasan dan pengawasan yang baik dari orang tua. Pola asuh ini cocok dan baik diterapkan pada orang tua kepada anak-anaknya. Orang tua bersikap rasional, selalu mendasari tindakannya pada rasio atau pemikiran-pemikiran. Orang tua tipe ini juga bersikap realistis terhadap kemampuan anak, tidak berharap yang berlebihan yang melampaui kemampuan anak. Suasana pola asuh demokratik yaitu pengasuh harus peka terhadap isyarat-isyarat bayi, tidak memaksakan kehendak pengasuh, penuh kasih sayang dan kegembiraan, menciptakan rasa aman dan nyaman, memberi contoh tanpa memaksa, mendorong keberanian untuk mencoba berkreasi, memberikan penghargaan atau pujian atas keberhasilan atau perilaku yang baik, memberikan koreksi bukan ancaman atau hukuman bila anak tidak dapat

melakukan sesuatu atau ketika melakukan kesalahan.

b. Pola Asuh Otoriter

Pola asuh otoriter adalah pola pengasuhan anak yang bersifat pemaksaan, keras dan kaku di mana orang tua akan membuat berbagai aturan yang harus di patuhi oleh anak-anaknya tanpa mau tahu perasaan anak. Orang tua akan emosi dan marah jika anak melakukan hal yang tidak sesuai dengan yang diinginkan oleh orang tuanya. Hukuman mental dan fisik akan sering diterima oleh anak-anak dengan alasan agar anak terus tetap patuh dan disiplin serta menghormati orang tua yang telah membesarkannya. Misalnya, kalau tidak mau makan, maka tidak akan diajak bicara. Orang tua tipe ini cenderung memaksa, memerintah dan menghukum. Apabila anak tidak mau melakukan apa yang dikatakan orang tua, maka orang tua tipe ini tidak segan menghukum anak. Orang tua tipe ini juga tidak mengenal kompromi dan dalam berkomunikasi biasanya bersifat satu arah (Ira Petranto, 2005), misalnya anaknya harus menutup pintu kamar mandi ketika mandi tanpa penjelasan, anak laki-laki tidak boleh bermain dengan anak perempuan, melarang anak bertanya kenapa dia lahir, anak dilarang bertanya tentang lawan jenisnya. Anak suka atau tidak suka, mau tidak mau harus memenuhi target yang ditetapkan orang tua. Anak adalah objek yang harus dibentuk orang tua yang merasa lebih tahu mana yang terbaik untuk anak-anaknya

c. Pola Asuh Permisif

Pola asuh permisif adalah jenis pola mengasuh anak yang cuek terhadap anak. Apapun yang mau dilakukan anak diperbolehkan seperti tidak sekolah, nakal, melakukan banyak kegiatan maksiat, pergaulan bebas negatif, atrialistis dan sebagainya. Biasanya pola pengasuh anak oleh orang tua semacam ini diakibatkan oleh orang tua yang terlalu sibuk dengan pekerjaan, kesibukan atau urusan lain yang akhirnya lupa mendidik dan mengasuh anak dengan baik. Dengan begitu anak hanya diberi materi atau harta saja dan terserah anak itu mau berkembang seperti apa. Pola asuh ini memberikan kesempatan pada anak untuk melakukan sesuatu tanpa pengawasan yang cukup darinya. Mereka cenderung tidak menegur atau memperingatkan anak apabila anak sedang dalam bahaya dan sangat sedikit bimbingan yang diberikan oleh mereka, sehingga sering kali disukai oleh anak, misalnya anak yang masuk kamar orang tua tanpa mengetuk pintu dibiarkan, telanjang dari kamar mandi dibiarkan begitu saja tanpa ditegur membiarkan anak melihat gambar yang tidak layak untuk anak kecil, dengan pertimbangan anak masih kecil. Sebenarnya, orang tua yang menerapkan pola asuh seperti ini hanya tidak ingin konflik dengan anaknya.

4. Stimulasi

Stimulasi adalah perangsangan yang datang dari lingkungan-luar anak, yang merupakan bagian dari kebutuhan anak yaitu asah atau kegiatan merangsang kemampuan dasar anak umur 0-6 tahun agar anak tumbuh dan berkembang optimal. Setiap anak perlu mendapatkan stimulasi rutin sedini

mungkin dan terus menerus pada setiap kesempatan. Beberapa tahun yang lalu, telah dikembangkan program BKB (Bina Keluarga dan Balita) dan PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini) untuk anak-anak prasekolah yang bertujuan untuk menstimulasi perkembangan anak sedini mungkin. Alat permainan edukatif (APE) adalah alat permainan yang berfungsi untuk mengembangkan berbagai aspek perkembangan anak, antara lain motorik, bahasa, kecerdasan dan sosialisasi. Program BKB merupakan program yang menunjang program-program yang sudah ada di posyandu, dalam upaya peningkatan kualitas tumbuh kembang anak. Bentuk dari stimulasi yaitu bermain, permainan, Alat Permainan Edukatif (APE) dan teman bermain.

a. Bermain

Anak bebas mengekspresikan perasaan takut, cemas, gembira atau perasaan lainnya, sehingga dengan memberikan kebebasan bermain, orang tua mengetahui suasana hati anak. Diharapkan bahwa dengan bermain, anak akan mendapatkan stimulus yang mencukupi agar dapat berkembang secara optimal

b. Permainan

Berdasarkan isinya, bermain dapat dibedakan menjadi permainan yang berhubungan dengan orang lain (*social effective play*). Permainan yang berhubungan dengan kesenangan (*sense pleasure play*), permainan yang hanya memperhatikan saja (*unocucied behavior*), dan permainan keterampilan (*skill play*). Berdasarkan karakteristik sosial, bermain merupakan interaksi antara anak dan orang dewasa yang dipengaruhi oleh usia anak. Pada tahun-tahun pertama, anak lebih suka

bermain sendiri. Tipe bermain berdasarkan karakteristik sosial diantaranya adalah permainan dengan mengamati teman-temannya bermain bersama tanpa interaksi (*parallel play*), permainan dengan bersama tanpa rujukan kelompok (*associlatif play*), dan permainan dengan permainan bersama yang tidak diorganisir (*noncooperative play*).

c. Alat Permainan Edukatif

Alat permainan edukatif yang merupakan alat permainan yang dapat mengoptimalkan perkembangan anak sesuai usia dan tingkat perkembangannya dan yang berguna untuk mengembangkan aspek fisik, bahasa, kognitif, dan social anak

d. Teman Bermain

Teman bermain diperlukan untuk mengembangkan sosialisasi anak membantu anak menghadapi perbedaan. Bila permainan dilakukan bersama orang tua maka hubungan orang tua dan anak menjadi akrab.

5. Pengetahuan Ibu

Pengetahuan ibu memegang peranan penting di dalam memberikan stimulasi kepada anak. Hal ini dikarenakan pada usia anak-anak sangat membutuhkan perhatian yang cukup untuk membantu perkembangan yang optimal. Pengetahuan dan kognitif yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt Behavior*).

6. Kesehatan anak

Kesehatan anak harus mendapatkan perhatian dari orang tua dengan cara segera membawa anaknya yang sakit ke tempat pelayanan kesehatan yang

terdekat. Anak yang sehat pada umumnya akan tumbuh dengan baik. Berbeda dengan anak yang sering sakit, biasanya akan mempengaruhi tumbuh kembangnya

7. Perumahan

Keadaan perumahan yang layak, dengan konstruksi bangunan yang tidak membahayakan penghuninya, akan menjamin keselamatan dan kesehatan penghuninya. Misalnya, rumah dengan ventilasi dan pencahayaan yang cukup, yang tidak penuh sesak dan cukup leluasa bagi anak untuk bermain serta bebas populasi akan menjamin perkembangan anak

8. Sosial ekonomi

Status sosial ekonomi dapat mempengaruhi perkembangan pada anak. Keadaan sosial ekonomi yang rendah biasanya selalu berkaitan dengan kekurangan makanan serta kesehatan lingkungan yang jelek dan ketidaktahuan. Anak dengan keluarga yang memiliki sosial ekonomi tinggi umumnya pemenuhan kebutuhannya cukup baik dibandingkan dengan anak yang sosial ekonomi rendah. Demikian juga dengan anak berpendidikan rendah, tentu akan sulit untuk menerima arahan dalam pemenuhan gizi dan mereka sering tidak mau atau tidak menyakini pentingnya pemenuhan kebutuhan gizi atau pentingnya pelayanan kesehatan lain yang menunjang dalam membantu perkembangan anak.

9. Jumlah saudara

Jumlah anak yang banyak, pada keluarga yang mampu dapat menyebabkan berkurangnya perhatian dan kasih sayang yang diterima anak.

10. Kelompok sebaya

Anak memerlukan teman sebaya untuk bersosialisasi dengan lingkungannya. Perhatian dari orang tua tetap dibutuhkan untuk memantau dengan siapa anak tersebut bergaul. Khususnya bagi remaja, harus diperhatikan teman sebayanya, Karena teman sebaya dapat mempengaruhi untuk hal-hal yang tidak baik, seperti penyalahgunaan obat-obat terlarang, alcohol, merokok, dan sebagainya

11. Keluarga

Suasana damai dan kasih sayang dalam keluarga sangat penting dalam tumbuh kembang anak. Interaksi orangtua - anak merupakan suatu proses majemuk yang dipengaruhi banyak faktor, yaitu kepribadian orang tua, sifat bawaan anak, kelahiran anak yang lain, tingkah laku setiap anggota keluarga dan pengaruh luar (Ratnaningsih et al., 2017)

Gangguan Tumbuh Kembang

Beberapa gangguan tumbuh-kembang yang sering ditemukan:

1. Gangguan bicara dan bahasa

Kemampuan berbahasa merupakan indikator seluruh perkembangan anak. Karena kemampuan berbahasa sensitif terhadap keterlambatan atau kerusakan pada sistem lainnya, sebab melibatkan kemampuan kognitif, motor, psikologis, emosi dan lingkungan sekitar anak. Kurangnya stimulasi akan dapat menyebabkan gangguan bicara dan berbahasa bahkan gangguan ini dapat menetap

2. 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

3. 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

4. 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 variasi normal, gangguan gizi, kelainan kromosom, penyakit sistemik atau karena kelainan endokrin

5. 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

6. 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

7. Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)

Merupakan gangguan dimana anak mengalami kesulitan untuk memusatkan perhatian yang seringkali disertai dengan hiperaktivitas (Kementerian Kesehatan, 2013).

Deteksi Dini Tumbuh Kembang

Ada 2 jenis deteksi dini tumbuh kembang yang dapat dikerjakan oleh tenaga kesehatan di tingkat puskesmas dan jaringannya, berupa:

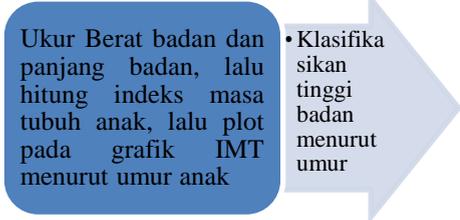
1. Deteksi dini gangguan pertumbuhan, yaitu menentukan status gizi anak apakah gemuk, normal, kurus dan sangat kurus, pendek, atau sangat pendek, makrosefali atau mikrosefali

Penentuan status gizi Anak

- a. Pengukuran status gizi anak berdasarkan Indeks Masa Tubuh menurut umur (IMT/U) untuk anak umur 60-72 bulan

Hasil pengukuran Z-score	Status Gizi (IMT/U)	Tindakan
Diatas 2 SD	Obesitas	Segera rujuk ke Rumah Sakit
>1 SD sampai dengan 2SD	Gemuk	Asupan gizi disesuaikan dengan

		kebutuhan dan aktivitas anak
-2 SD sampai dengan 1 SD	Normal	Berikan pujian kepada ibu dan anak
-3 SD sampai dengan <-2 SD	Kurus	Asupan gizi ditingkatkan dan jadwalkan kunjungan berikutnya
Dibawah -3	Sangat Kurus	Segera rujuk ke puskesmas atau rumah sakit



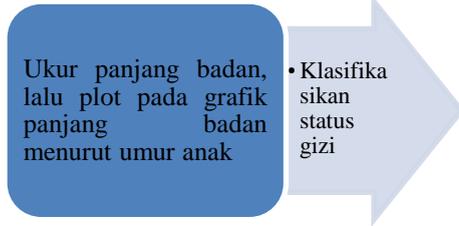
Cara menghitung IMT

IMT dihitung dengan cara membagi berat badan (dalam kilogram) dengan kuadrat tinggi badan (dalam meter) (kg/m²).

- b. Pengukuran status gizi anak berdasarkan Panjang Badan terhadap umur atau Tinggi Badan terhadap umur (PB/U atau TB/U) usia 0-60 bulan

Hasil pengukuran Z-score	Status Gizi (IMT/U)	Tindakan
Diatas 2 SD (>2 SD)	Tinggi	Jadwalkan kunjungannya berikutnya
-2 SD sampai dengan 2SD	Normal	Jadwalkan kunjungannya berikutnya
-3 SD sampai dengan <-2 SD	Pendek	Asupan gizi ditingkatkan

		dan jadwalkan kunjungan berikutnya
Dibawah kurva Z-score -3 SD (<-3 SD)	Sangat Pendek	Segera rujuk ke fasilitas layanan kesehatan



2. Deteksi dini penyimpangan perkembangan, yaitu untuk mengetahui gangguan perkembangan anak (keterlambatan)
 - a. Skrining pemeriksaan perkembangan anak menggunakan kuesioner pra skrining Perkembangan (kpsp)
 - 1) Tujuan untuk mengetahui perkembangan anak normal atau ada penyimpangan
 - 2) Skrining/pemeriksaan dilakukan oleh tenaga kesehatan, guru TK dan petugas PAUD terlatih
 - 3) Jadwal skrining/pemeriksaan KPSP rutin adalah : setiap 3 bulan pada anak < 24 bulan dan tiap 6 bulan pada anak usia 24 - 72 tahun (umur 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60, 66 dan 72 bulan)
 - 4) Apabila orang tua datang dengan keluhan anaknya mempunyai masalah tumbuh kembang, sedangkan umur anak bukan umur skrining maka pemeriksaan menggunakan KPSP untuk umur skrining yang lebih muda dan dianjurkan untuk kembali sesuai dengan waktu pemeriksaan umurnya.

- b. Alat/instrumen yang digunakan adalah:
- 1) Formulir KPSP menurut umur
 - 2) Formulir ini berisi 9 -10 pertanyaan tentang kemampuan perkembangan yang telah dicapai anak
 - 3) Sasaran KPSP anak umur 0-72 bulan
 - 4) Alat bantu pemeriksaan berupa: pensil, kertas, bola sebesar bola tenis, kerincingan, kubus berukuran sisi
 - 5) 2,5 Cm sebanyak 6 buah, kismis, kacang tanah, potongan biskuit kecil berukuran 0.5 - 1 Cm
- c. Cara menggunakan KPSP
- 1) Pada waktu pemeriksaan/skrining, anak harus dibawa
 - 2) Tentukan umur anak dengan menanyakan tanggal bulan dan tahun anak lahir. Bila umur anak lebih 16 hari dibulatkan menjadi 1 bulan. Contoh: bayi umur 3 bulan 16 hari, dibulatkan menjadi 4 bulan bila umur bayi 3 bulan 15 hari, dibulatkan menjadi 3 bulan
 - 3) Setelah menentukan umur anak, pilih KPSP yang sesuai dengan umur anak
 - 4) KPSP terdiri ada 2 macam pertanyaan, yaitu Pertanyaan yang dijawab oleh ibu/pengasuh anak, contoh: "Dapatkah bayi makan kue sendiri ?" dan Perintah kepada ibu/pengasuh anak atau petugas melaksanakan tugas yang tertulis pada KPSP. Contoh: "Pada posisi bayi anda telentang, tariklah bayi pada pergelangan tangannya secara perlahan-lahan ke posisi duduk"

- 5) Jelaskan kepada orangtua agar tidak ragu-ragu atau takut menjawab, oleh karena itu pastikan ibu/pengasuh anak mengerti apa yang ditanyakan kepadanya
 - 6) Tanyakan pertanyaan tersebut secara berturutan, satu persatu. Setiap pertanyaan hanya ada 1 jawaban, Ya atau Tidak. Catat jawaban tersebut pada formulir
 - 7) Ajukan pertanyaan yang berikutnya setelah ibu/pengasuh anak menjawab pertanyaan terdahulu
 - 8) Teliti kembali apakah semua pertanyaan telah dijawab.
- d. Interpretasi hasil KPSP
- 1) Hitunglah berapa jumlah jawaban Ya
 - 2) Jawaban Ya, bila ibu/pengasuh menjawab: anak bisa atau pernah atau sering atau kadang-kadang melakukannya
 - 3) Jawaban Tidak, bila ibu/pengasuh menjawab: anak belum pernah melakukan atau tidak pernah atau ibu/pengasuh anak tidak tahu
 - 4) Jumlah jawaban 'Ya' = 9 atau 10, perkembangan anak sesuai dengan tahap perkembangannya (S)
 - 5) Jumlah jawaban 'Ya' = 7 atau 8, perkembangan anak meragukan (M)
 - 6) Jumlah jawaban 'Ya' = 6 atau kurang, kemungkinan ada penyimpangan (P)
 - 7) Untuk jawaban 'Tidak', perlu dirinci jumlah jawaban 'Tidak' menurut jenis keterlambatan

(gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa, sosialisasi dan kemandirian).

e. Intervensi

Bila perkembangan anak sesuai umur (S), lakukan tindakan berikut

- 1) Beri pujian kepada ibu karena telah mengasuh anaknya dengan baik
- 2) Teruskan pola asuh anak sesuai dengan tahap perkembangan anak
- 3) Beri stimulasi perkembangan anak setiap saat, sesering mungkin, sesuai dengan umur dan kesiapan anak
- 4) Ikutkan anak pada kegiatan penimbangan dan pelayanan kesehatan di posyandu secara teratur sebulan 1 kali dan setiap ada kegiatan Bina Keluarga Balita (BKB). Jika anak sudah memasuki usia prasekolah (36-72 bulan), anak dapat diikutkan pada kegiatan di Pusat Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), Kelompok Bermain dan Taman Kanak-kanak
- 5) Lakukan pemeriksaan/skrining rutin menggunakan KPSP setiap 3 bulan pada anak berumur kurang dari 24 bulan dan setiap 6 bulan pada anak umur 24 sampai 72 bulan.

Bila perkembangan anak meragukan (M), lakukan tindakan berikut:

- 1) Beri petunjuk pada ibu agar melakukan stimulasi perkembangan pada anak lebih sering lagi, setiap saat dan sesering mungkin
 - 2) Ajarkan ibu cara melakukan intervensi stimulasi perkembangan anak untuk mengatasi penyimpangan/mengejar
-

ketertinggalannya. Lakukan pemeriksaan kesehatan untuk mencari kemungkinan adanya penyakit yang menyebabkan penyimpangan perkembangannya dan lakukan pengobatan

- 3) Lakukan penilaian ulang KPSP 2 minggu kemudian dengan menggunakan daftar KPSP yang sesuai dengan umur anak
- 4) Jika hasil KPSP ulang jawaban 'Ya' tetap 7 atau 8 maka kemungkinan ada penyimpangan (P)

Bila tahapan perkembangan terjadi penyimpangan (P), lakukan tindakan berikut:

Merujuk ke Rumah Sakit dengan menuliskan jenis dan jumlah penyimpangan perkembangan (gerak kasar, gerak halus, bicara & bahasa, sosialisasi dan kemandirian)(Kementrian Kesehatan, 2013).

Kesimpulan

Masa depan suatu bangsa tergantung pada keberhasilan anak dalam mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal. Tahun-tahun pertama kehidupan, terutama periode sejak janin dalam kandungan sampai anak berusia 2 tahun merupakan periode yang sangat penting dalam pertumbuhan dan perkembangan anak. Periode ini merupakan kesempatan emas sekaligus masa-masa yang rentan terhadap pengaruh negatif. Nutrisi yang baik dan cukup, status kesehatan yang baik, pengasuhan yang benar, dan stimulasi yang tepat pada periode ini akan membantu anak untuk tumbuh sehat dan mampu mencapai kemampuan optimalnya sehingga dapat berkontribusi lebih baik dalam masyarakat.

Daftar Pustaka

- Kementrian Kesehatan. (2013). *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak*. 10.
- Ratnaningsih, T., Indatul, S., & Peni, T. (2017). *Buku Ajar (Teori dan Konsep) Tumbuh Kembang dan Stimulasi*. indomedia pustaka.
- Setiyaningrum, E. (2017). *Buku Ajar Tumbuh Kembang Anak Usia 0-12 Tahun*. indomedia pustaka.

Profil Penulis**Freny Ravika Mbaloto**

Lahir di Tomata, pada tanggal 04 Februari 1986, anak pertama dari tiga bersaudara. Dibesarkan dalam keluarga Mbaloto-Kandori, Ayah Raden Mbaloto (Purnawirawan Polri), Ibu Oktovin Kandori (Pensiunan Perawat).

Menyelesaikan pendidikan TK Dharma Wanita Tomata tamat tahun 1992, SD Negeri 1 Mori Atas tamat tahun 1998, SMP Negeri 1 Mori Atas tamat tahun 2001, SMA Negeri 1 Moria Atas tamat tahun 2004, Akper Poltekes Manado tamat tahun 2007, S1 Keperawatan Stikes Nani Hasanuddin tamat tahun 2010, Program Profesi Ners Stikes Nani Hasanuddin tamat tahun 2011, S2 Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Program Studi Magister Ilmu Keperawan FK-UNHAS tamat tahun 2016. Pengalaman dibidang pelayanan keperawatan sebagai perawat pelaksana di RSUD Kolonodale tahun 2007-2008. Sejak 2012 hingga saat ini sebagai dosen tetap di Program Studi Profesi Ners STIK Indonesia Jaya. Aktif terlibat dalam organisasi profesi, sebagai bendahara DPK PPNI STIK Indonesia Jaya 2017 sampai saat ini. Aktif melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi serta memiliki karya ilmiah berupa hasil pengabdian kepada masyarakat dan penelitian.

Email Penulis: frenymbaloto@gmail.com

SISTEM PERLINDUNGAN ANAK DAN UNDANG-UNDANG PERLINDUNGAN ANAK

Ns. I Gusti Ayu Putu Satya Laksmi, M.Kep

STIKes Wira Medika Bali

Pengantar

Anak merupakan penerus bangsa yang diharapkan akan membawa kearah bangsa yang maju. Memelihara dan menjaga kelangsungan hidup anak bisa menentukan nasib bangsa dimasa datang, dimana anak adalah bagian yang tidak terpisahkan dari keberlangsungan hidup manusia dan keberlangsungan sebuah bangsa dan negara. Agar kelak mampu bertanggung jawab dalam keberlangsungan bangsa dan negara, semua anak harus mendapatkan kesempatan yang sama dan seluas-luasnya untuk tumbuh dan berkembang secara optimal. Namun anak bisa dikatakan sebagai orang yang lemah akan haknya karena di usia yang sangat muda haknya kurang diperhatikan. Dimana haknya yang terkait dengan harkat dan martabat harus mendapatkan hak tersebut tanpa yang bersangkutan memintanya terlebih dahulu. Hal tersebut rentan menjadi korban disekitarnya baik menjadi korban eksploitasi, prostitusi dan pornografi anak, bahkan seorang anakpun yang masih usia sangat muda bekerja dan anak menganggap melakukan pekerjaan

merupakan suatu hal yang sudah layak bagi anak demi mendapatkan upah tanpa memikirkan perlindungan hukum terhadap profesi pekerja anak tersebut. Padahal anak sebagai generasi penerus bangsa memerlukan perlindungan hukum, dikarenakan alasan fisik dan mental anak yang belum dewasa dan matang untuk menghadapi dunia luar.

Untuk itu, perlu dilakukan upaya untuk mewujudkan perlindungan hukum anak dengan memberikan jaminan terhadap pemenuhan hak-hak anak tanpa perlakuan diskriminatif. Perlindungan anak merupakan suatu usaha untuk menciptakan kondisi dimana anak dapat melaksanakan hak dan kewajibannya. Menurut konsep *parents patriae* yaitu negara memberikan perhatian serta perlindungan kepada anak-anak sebagaimana layaknya orang tua kepada anak-anak, maka penanganan anak-anak yang berhadapan dengan hukum juga harus dilakukan demi kepentingan terbaik bagi anak serta berpijak pada nilai-nilai Pancasila (Nur Rochaeti, 2008). Selain itu, perlindungan terhadap anak merupakan tanggung jawab orang tua, keluarga dan masyarakat sekitarnya. Perlindungan yang diberikan pada anak untuk menjamin dan melindungi anak dan hak-hak anak untuk dapat hidup, tumbuh, berkembang dan juga dapat bersosialisasi di lingkungan sekitarnya. Anak merupakan anugerah sekaligus amanah dari Tuhan Yang Maha Esa yang seharusnya kita jaga dan lindungi. Kejahatan atau tindak pidana pada dasarnya dapat terjadi pada siapapun dan dapat juga dilakukan oleh siapapun baik itu pria, wanita maupun anak-anak. Anak sangat rentan atau rawan menjadi korban tindak pidana kekerasan fisik yang mana anak merupakan manusia yang sangat lemah dan masih membutuhkan perlindungan dari orang dewasa yang ada di sekitarnya. Anak adalah pewaris dan pelanjut masa depan suatu bangsa (Abu Huraerah, 2012). Penting diperhatikan bahwa perlindungan anak berhubungan

dengan lima pilar yaitu orang tua, keluarga, masyarakat, pemerintah daerah serta negara. Kelima pilar tersebut memiliki hubungan satu dengan yang lainnya yaitu sebagai penyelenggara perlindungan anak. Dalam bentuknya yang paling sederhana, perlindungan anak mengupayakan agar setiap hak anak tidak dirugikan. Perlindungan anak bersifat melengkapi hak-hak lainnya menjamin bahwa anak-anak akan menerima apa yang mereka butuhkan agar mereka dapat bertahan hidup, berkembang dan tumbuh. Oleh karena itu, perlu adanya jaminan hukum bagi kegiatan perlindungan anak. Kepastian hukum perlu diusahakan demi kegiatan kelangsungan perlindungan anak dan mencegah penyelewengan yang membawa akibat dampak negatif yang tidak diinginkan dalam pelaksanaan kegiatan perlindungan anak, seperti halnya dalam UU RI No.35 Tahun 2014 tentang perubahan atas undang-undang nomor 23 tahun 2002 tentang perlindungan anak.

Konsep Perlindungan Anak

Menurut Undang-Undang No 23 Tahun 2002 dijelaskan bahwa anak adalah mereka yang belum berusia diatas 18 tahun dan termasuk anak yang didalam kandungan. Perlindungan anak merupakan suatu usaha untuk menciptakan suatu kondisi dimana anak dapat melaksanakan hak dan kewajibannya. Berdasarkan konsep *parents patriae* yaitu negara memberikan perhatian dan perlindungan kepada anak-anak sebagaimana layaknya orang tua kepada anak-anaknya, maka penanganan anak-anak yang berhadapan dengan hukum juga harus dilakukan demi kepentingan terbaik bagi anak serta berpijak pada nilai-nilai Pancasila (Nur Rochaeti, 2008). Perlindungan hukum terhadap anak merupakan suatu kegiatan bersama yang dilakukan secara sadar oleh setiap orang, lembaga pemerintah dan swasta dengan tujuan mengusahakan pengawasan,

pengadaan dan pemenuhan kesejahteraan rohaniah dan jasmaniah anak sesuai dengan kepentingan dan hak asasinya. Perlindungan yang diberikan negara terhadap anak-anak meliputi berbagai aspek kehidupan, yaitu aspek ekonomi, sosial, budaya, politik, hankam, maupun aspek hukum. Kesejahteraan anak merupakan orientasi utama dari perlindungan hukum. Secara umum, kesejahteraan anak tersebut adalah suatu tata kehidupan dan penghidupan anak yang dapat menjamin pertumbuhan dan perkembangan dengan wajar, baik secara rohani, jasmani maupun social (M. Nasir Djamil, 2013).

Perlindungan anak merupakan perwujudan adanya keadilan dalam suatu masyarakat, dengan demikian perlindungan anak di usahakan dalam berbagai bidang kehidupan bernegara dan bermasyarakat. Kegiatan perlindungan anak membawa akibat hukum, baik dalam kaitannya dengan hukum tertulis maupun hukum tidak tertulis. Hukum merupakan jaminan bagi kegiatan perlindungan anak. Perlindungan anak tidak boleh dilakukan secara berlebihan dan memperhatikan dampaknya terhadap lingkungan maupun diri anak itu sendiri, sehingga usaha perlindungan anak yang dilakukan tidak berdampak negatif. Perlindungan anak dilakukan secara rasional, bertanggung jawab dan bermanfaat yang mencerminkan suatu usaha yang efektif dan efisien. Usaha perlindungan anak tidak boleh mengakibatkan matinya inisiatif, kreatifitas, dan hal lain yang menyebabkan ketergantungan kepada orang lain dan berperilaku tak terkendali, sehingga anak tidak memiliki kemampuan dan kemauan menggunakan hak-haknya dan melaksanakan kewajibannya. Menurut Setya Wahyudi (2012) menyatakan bahwa berdasarkan Konvensi Hak-Hak Anak 1989 (Resolusi PBB Nomor 44/25 tanggal 5 Desember 1989), hak-hak anak secara umum dapat dikelompokan dalam 4 (empat) kategori hak-

hak anak yaitu: hak untuk kelangsungan hidup, hak untuk tumbuh kembang, hak untuk perlindungan, dan hak untuk partisipasi.

Menurut Abu Huraerah (2012) menyatakan bahwa hak anak secara universal juga telah ditetapkan melalui Sidang Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) pada tanggal 20 November 1959, dengan memproklamasikan Deklarasi Hak-Hak Anak. Adanya deklarasi yang telah dilakukan PBB melalui sidang umumnya diharapkan semua pihak baik individu, orang tua, organisasi sosial, pemerintah dan masyarakat mengakui hak-hak anak dan mendorong pelaksanaannya.

Perlindungan anak dapat dibedakan menjadi dua bagian :

1. Perlindungan anak yang bersifat yuridis, yang meliputi perlindungan dalam bidang hukum publik dan dalam bidang hukum keperdataan.
2. Perlindungan anak yang bersifat non yuridis, meliputi perlindungan dalam bidang sosial, bidang kesehatan, bidang pendidikan.

Terhadap proses perlindungan anak diperlukan prinsip-prinsip perlindungan anak itu sendiri, prinsip-prinsip tersebut antara lain:

1. Anak tidak dapat berjuang sendiri

Salah satu prinsip yang digunakan dalam perlindungan anak adalah: anak itu modal utama kelangsungan hidup manusia dan keluarga, untuk itu haknya haruslah dilindungi. Anak tidak dapat melindungi sendiri hak-haknya, banyak pihak yang mempengaruhi kehidupannya. Negara dan masyarakat berkepentingan untuk mengusahakan perlindungan hak-hak anak.

2. Kepentingan terbaik anak

Agar perlindungan anak dapat diselenggarakan dengan baik, dianut prinsip yang menyatakan bahwa kepentingan terbaik anak harus dipandang sebagai “*oparamount of impotence*” (memperoleh prioritas tinggi) dalam setiap keputusan yang menyangkut anak (Maidin Gultom, 2008).

Melihat prinsip-prinsip tentang perlindungan anak terutama prinsip mengutamakan kepentingan terbaik bagi anak maka diperlukan proses penyelesaian perkara anak di luar mekanisme pidana atau biasa disebut diversifikasi, karena lembaga pemasyarakatan bukanlah jalan untuk menyelesaikan permasalahan anak dan justru di dalam lembaga pemasyarakatan rawan terjadi pelanggaran-pelanggaran terhadap hak anak (Marliana, 2009).

Konvensi Hak-Hak Anak Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) adalah sebuah konvensi internasional yang mengatur hak-hak anak, di antaranya hak sipil, politik, ekonomi, sosial dan kultural anak-anak. Konvensi Internasional tentang Hak-hak Anak telah disahkan pada tanggal 20 November 1989 oleh Majelis Umum Perserikatan Bangsa- Bangsa (PBB) mulai mempunyai kekuatan memaksa (*entered in to force*) pada tanggal 2 September 1990. Sebelumnya, dalam Deklarasi Jenewa 1924 juga telah mengesahkan tentang Hak-hak Anak. Pada konsideran Konvensi Hak Anak (KHA) dinyatakan bahwa salah satu alasan Konvensi dilahirkan adalah karena anak-anak dianggap belum matang fisik dan mentalnya sehingga membutuhkan perlindungan dan perawatan khusus, termasuk perlindungan hukum yang layak sebelum dan sesudah kelahirannya.

Konvensi Hak Anak (KHA) adalah sebuah Konvensi Perserikatan Bangsa-Bangsa yang melindungi hak-hak anak, di mana KHA adalah salah satu bagian dari

instrumen internasional yang luas dan telah ditandatangani atau diterima oleh 190 negara di dunia. Ada 4 prinsip utama dalam KHA, yakni: 1). non-diskriminasi; 2). Prinsip yang terbaik bagi anak; 3). Hak untuk hidup dan berkembang serta 4). Hak untuk ikut berpartisipasi (Elfina Sahetapy, 2010).

Pasal 37 Konvensi Hak Anak menyebutkan bahwa Negara-negara Pihak Konvensi harus menjamin bahwa :

1. Tidak seorang anak pun dapat dijadikan sasaran penganiayaan, atau perlakuan kejam yang lain, tidak manusiawi atau hukuman yang menghinakan. Baik hukuman mati atau pemenjaraan seumur hidup tanpa kemungkinan pembebasan, tidak dapat dikenakan untuk pelanggaran-pelanggaran yang dilakukan oleh orang-orang di bawah umur delapan belas tahun;
2. Tidak seorang anak pun dapat dirampas kebebasannya secara melanggar hukum atau dengan sewenang-wenang. Penangkapan, penahanan atau pemenjaraan seorang anak harus sesuai dengan undang-undang, dan harus digunakan hanya sebagai upaya jalan lain terakhir dan untuk jangka waktu terpendek yang tepat;
3. Setiap anak yang dirampas kebebasannya harus diperlakukan manusiawi dan menghormati martabat manusia yang melekat, dan dalam suatu cara dan mengingat akan kebutuhan-kebutuhan orang pada umurnya. Terutama, setiap anak yang dirampas kebebasannya harus dipisahkan dari orang dewasa kecuali penempatannya itu dianggap demi kepentingan si anak dan harus mempunyai hak untuk mempertahankan kontak dengan keluarga melalui surat-menyurat dan kunjungan, kecuali bila dalam keadaan- keadaan luar biasa;

4. Setiap anak yang dirampas kebebasannya berhak atas akses segera ke bantuan hukum dan bantuan lain yang tepat, dan juga hak untuk menyangkal keabsahan perampasan kebebasannya, di hadapan suatu pengadilan atau penguasa lain yang berwenang, mandiri dan adil, dan atas putusan segera mengenai tindakan apa pun semacam itu.

Selanjutnya Pasal 40 Konvensi Hak Anak menyebutkan:

1. Negara-negara Pihak mengakui hak setiap anak yang dinyatakan sebagai tertuduh, atau diakui sebagai telah melanggar hukum pidana, untuk diperlakukan dalam suatu cara yang sesuai dengan peningkatan rasa penghormatan dan harga diri anak, yang memperkuat kembali penghormatan anak terhadap hak-hak asasi manusia dan kebebasan-kebebasan dasar orang-orang lain, dan yang memperhatikan umur anak dan keinginan untuk meningkatkan integrasi kembali anak dan pengambilan anak pada peran konstruktif dalam masyarakat ;
2. Untuk tujuan ini, dan dengan memperhatikan ketentuan-ketentuan dalam instrumen- instrumen internasional yang relevan, maka Negara-negara Pihak, terutama, harus menjamin bahwa:
3. Tidak seorang anak pun dapat dinyatakan, dituduh, atau diakui telah melanggar hukum pidana, karena alasan berbuat atau tidak berbuat yang tidak dilarang oleh hukum nasional atau internasional pada waktu perbuatan-perbuatan itu dilakukan;
4. Setiap anak yang dinyatakan sebagai atau dituduh telah melanggar hukum pidana, paling sedikit memiliki jaminan-jaminan berikut :
 - a. Dianggap tidak bersalah sampai terbukti bersalah menurut hukum;

- b. Diberi informasi dengan segera dan langsung mengenai tuduhan-tuduhan terhadapnya, dan, kalau tepat, melalui orang tuanya atau wali hukumnya, dan mempunyai bantuan hukum atau bantuan lain yang tepat dalam mempersiapkan dan menyampaikan pembelaannya;
- c. Masalah itu diputuskan tanpa penundaan, oleh suatu penguasa yang berwenang, mandiri dan adil, atau badan pengadilan dalam suatu pemeriksaan yang adil menurut hukum, dalam kehadiran bantuan hukum atau bantuan lain yang tepat, dan kecuali dipertimbangkan tidak dalam kepentingan terbaik si anak, terutama, dengan memperhatikan umurnya atau situasinya, orang tuanya atau wali hukumnya;
- d. Tidak dipaksa untuk memberikan kesaksian atau mengaku salah; untuk memeriksa para saksi yang berlawanan, dan untuk memperoleh keikutsertaan dan pemeriksaan para saksi atas namanya menurut syarat-syarat keadilan;
- e. Kalau dianggap telah melanggar hukum pidana, maka putusan ini dan setiap upaya yang dikenakan sebagai akibatnya, ditinjau kembali oleh penguasa lebih tinggi yang berwenang, mandiri dan adil atau oleh badan pengadilan menurut hukum;
- f. Mendapat bantuan seorang penerjemah dengan cuma-cuma kalau anak itu tidak dapat mengerti atau berbicara dengan bahasa yang digunakan;
- g. Kerahasiaannya dihormati dengan sepenuhnya pada semua tingkat proses hukum.

5. Negara-negara pihak harus berusaha meningkatkan pembuatan undang-undang, prosedur-prosedur, para penguasa dan lembaga-lembaga yang berlaku secara khusus pada anak-anak yang dinyatakan sebagai, dituduh, atau diakui melanggar hukum pidana, terutama:
 - a. Penetapan umur minimum; di mana di bawah umur itu anak-anak dianggap tidak mempunyai kemampuan untuk melanggar hukum pidana.
 - b. Setiap waktu yang tepat dan diinginkan, langkah-langkah untuk menangani anak-anak semacam itu tanpa menggunakan jalan lain pada persidangan pengadilan, dengan syarat bahwa hak-hak asasi manusia dan perlindungan hukum dihormati sepenuhnya.
6. Berbagai pengaturan, seperti perawatan, bimbingan dan pengawasan, perintah, penyuluhan, percobaan, pengasuhan anak angkat, pendidikan dan program-program pelatihan kejuruan dan pilihan-pilihan lain untuk perawatan kelembagaan harus tersedia untuk menjamin bahwa anak-anak ditangani dalam suatu cara yang sesuai dengan kesejahteraan mereka dan sepadan dengan keadaan-keadaan mereka maupun pelanggaran itu.

Undang-Undang Perlindungan Anak

Berbicara mengenai hak sudah pasti akan beriringan dengan kewajiban, lalu siapa yang mempunyai tanggungjawab serta memiliki kewajiban melaksanakan perlindungan terhadap anak, menurut Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak, bahwa Negara, Pemerintah, Pemerintah Daerah, Masyarakat, Keluarga, dan Orang Tua atau Wali

berkewajiban dan bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan Perlindungan Anak.

Mengenai pengaturan hak anak dalam UU No. 35 Tahun 2014 terdapat poin penting yang harus dijelaskan berdasarkan ketentuan Pasal 1 angka 12 UU No. 35 Tahun 2014 menyatakan hak anak adalah hak asasi manusia yang wajib di jamin, dilindungi, dipenuhi oleh orang tua, masyarakat, negara, pemerintah, dan pemerintah daerah. Berdasarkan bunyi Pasal di atas dapat dipahami bahwa hak anak akan terpenuhi apabila kewajiban orang tua, masyarakat, negara, pemerintah, dan pemerintah daerah menuhinya hal itu berdasarkan ketentuan Pasal 20 UU No. 35 tahun 2014. Berikut ini akan di uraikan satu persatu sebagai berikut :

1. Hak Anak dalam UU No. 35 Tahun 2014

a. Pasal 6

Dalam pasal 6 setiap anak berhak untuk beribada menurut agamanya, berfikir, dan berekspresi sesuai dengan tingkat kecerdasannya.

b. Pasal 9

Setiap anak berhak atas pendidikan dan pengajaran, perlindungan disatuan pendidikan dari kejahatan seksual, dan kekerasan yang dilakukan oleh tega pendidik, dan anak disabilitas mendapat pendidikan luar biasa, serta anak memiliki keunggulan berhak mendapatkan pendidikan khusus.

c. Pasal 12

Anak penyandang disabilitas berhak memperoleh rehabilitas, bantuan social dan pemeliharaan taraf kesejahteraan.

d. Pasal 14

Setiap anak berhak untuk diasuh oleh orang tuanya sendiri kecuali ada alasan atau aturan hukum yang sah menunjukkan bahwa perlu dilakukan pemisahan demi kepentingan terbaik bagi anak.

e. Pasal 15

Setiap anak berhak memperoleh perlindungan dari penyalahgunaan dalam kegiatan politik, perlibatan dalam sengketa persenjataan, perlibatan dalam kerusakan sosial, perlibatan dan peristiwa yang mengandung unsur kekerasan, dan perlibatan dalam peperangan, serta kejahatan seksual.

2. Kewajiban Orang Tua dalam UU No. 35 Tahun 2014

a. Pasal 26

Dalam pasal ini disebutkan bahwa orang tua berkewajiban dan bertanggung jawab untuk mengasuh, memelihara, mendidik, dan melindungi anak, menumbuhkembangkan sesuai dengan kemampuan bakat, dan minat, serta mencegah dilakukan perkawinan usia dini.

b. Pasal 27

Orang tua berkewajiban memberikan identitas anak sejak lahir yang dituangkan dalam akta kelahiran.

3. Kewajiban Negara, Pemerintah, dan Pemerintah Daerah dalam Undang-Undang No. 35 tahun 2014

a. Pasal 21

Menghormati hak anak tanpa membedakan suku, agama, ras, golongan, jenis kelamin, etnik,

budaya dan bahasa, status hukum, urutan kelahiran, dan kondisi fisik atau mental.

b. Pasal 22

Memberikan dukungan melalui penyediaan sarana dan prasarana, serta kesediaan sumber daya manusia.

c. Pasal 23

Memperhatikan tanggung jawab orang tua, wali, atau orang lain terhadap anak.

d. Pasal 24

Menjamin hak anak dalam menyampaikan pendapat sesuai usia dan tingkat kecerdasan anak.

4. Kewajiban Masyarakat Pasal 25

Melalui kegiatan kemasyarakatan dalam perlindungan anak yang melibatkan organisasi masyarakat, akademisi, dan pemerhati anak

Berdasarkan Konvensi Hak Anak dan UU No. 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, ada empat prinsip umum perlindungan anak yang menjadi dasar bagi setiap negara dalam menyelenggarakan perlindungan anak, antara lain: (Hadi Supeno, 2010).

1. Prinsip Non-diskriminasi, artinya semua hak yang diakui dan terkandung dalam KHA harus diberlakukan kepada setiap anak tanpa perbedaan apapun. Prinsip ini ada dalam Pasal 2 KHA Ayat (1), "Negara-negara pihak menghormati dan menjamin hak-hak yang ditetapkan dalam konvensi ini bagi setiap anak yang berada di wilayah hukum mereka tanpa diskriminasi dalam bentuk apapun, tanpa memandang ras, warna kulit, jenis kelamin, bahasa, agama, pandangan politik atau pandangan-pandangan lain, asal usul kebangsaan, etnik atau

sosial, status kepemilikan, cacat atau tidak, kelahiran atau status lainnya baik dari si anak sendiri atau dari orang tua walinya yang sah.” Ayat (2): “Negara-negara pihak akan mengambil semua langkah yang perlu untuk menjamin agar anak dilindungi dari semua diskriminasi atau hukuman yang didasarkan pada status, kegiatan, pendapat yang dikemukakan atau keyakinan dari orang tua anak, walinya yang sah atau anggota keluarganya.”

2. Prinsip Kepentingan Terbaik Bagi Anak. Prinsip ini tercantum dalam Pasal 3 Ayat (1) KHA: “Dalam semua tindakan yang menyangkut anak yang dilakukan lembaga-lembaga kesejahteraan sosial pemerintah maupun swasta, lembaga peradilan, lembaga pemerintah atau badan legislatif, maka kepentingan yang terbaik bagi anak harus menjadi pertimbangan utama”. Prinsip ini mengingatkan kepada semua penyelenggara perlindungan anak bahwa pertimbangan-pertimbangan dalam pengambilan keputusan menyangkut masa depan anak, bukan dengan ukuran orang dewasa, apalagi berpusat kepada kepentingan orang dewasa. Apa yang menurut ukuran orang dewasa baik, belum tentu baik pula menurut ukuran kepentingan anak.
3. Prinsip Hak Hidup, Kelangsungan Hidup, dan Perkembangan. Prinsip ini tercantum dalam Pasal 6 KHA Ayat (1): “Negara-negara pihak mengakui bahwa setiap anak memiliki hak yang melekat atas kehidupan.” Ayat (2): “Negara-negara pihak akan menjamin sampai batas maksimal kelangsungan hidup dan perkembangan anak.”. Pesan dari prinsip ini sangat jelas bahwa negara harus memastikan setiap anak akan terjamin kelangsungan hidupnya karena hak hidup adalah sesuatu yang melekat dalam dirinya, bukan pemberian dari engara atau orang per

orang. Untuk menjamin hak hidup tersebut berarti negara harus menyediakan lingkungan yang kondusif, sarana dan prasarana hidup yang memadai, serta akses setiap anak untuk memperoleh kebutuhankebutuhan dasar. Berkaitan dengan prinsip ini, telah juga dijabarkan dalam pembahasan sebelumnya berkaitan dengan hak-hak anak.

4. Prinsip Penghargaan Terhadap Pendapat Anak. Prinsip ini ada dalam Pasal 12 Ayat (1) KHA: “Negara-negara pihak akan menjamin anakanak yang mempunyai pandangan sendiri memperoleh hak menyatakan pandangan-pandangan secara bebas dalam semua hal yang memengaruhi anak, dan pandangan tersebut akan dihargai sesuai dengan tingkat usia dan kematangan anak.”. Prinsip ini menegaskan bahwa anak memiliki otonomi kepribadian. Oleh sebab itu, dia tidak bisa hanya dipandang dalam posisi yang lemah, menerima, dan pasif, tetapi sesungguhnya dia pribadi otonom yang memiliki pengalaman, keinginan, imajinasi, obsesi, dan aspirasi yang belum tentu sama dengan orang dewasa.

Menurut Andika & Wida (2016) adapun subyek yang wajib memberikan perlindungan terhadap anak yang menjadi korban kekerasan seksual tersebut juga diatur di dalam UndangUndang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, Pasal 21 menyatakan bahwa:

1. Negara, Pemerintah, dan Pemerintah Daerah berkewajiban dan bertanggung jawab menghormati pemenuhan Hak Anak tanpa membedakan suku, agama, ras, golongan, jenis kelamin, etnik, budaya dan bahasa, status hukum, urutan kelahiran, dan kondisi fisik dan/atau mental.

2. Untuk menjamin pemenuhan Hak Anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), negara berkewajiban untuk memenuhi, melindungi, dan menghormati Hak Anak.
3. Untuk menjamin pemenuhan Hak Anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pemerintah berkewajiban dan bertanggung jawab dalam 32 merumuskan dan melaksanakan kebijakan di bidang penyelenggaraan Perlindungan Anak.
4. Untuk menjamin pemenuhan Hak Anak dan melaksanakan kebijakan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Pemerintah Daerah berkewajiban dan bertanggung jawab untuk melaksanakan dan mendukung kebijakan nasional dalam penyelenggaraan Perlindungan Anak di daerah.
5. Kebijakan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dapat diwujudkan melalui upaya daerah membangun kabupaten/kota layak Anak. (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai kebijakan kabupaten/kota layak Anak sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diatur dalam Peraturan Presiden.

Daftar Pustaka

- Abu Huraerah, M.Si. (2012). *Kekerasan Terhadap Anak*, Bandung, Penerbit Nuansa Cendekia, hlm. 21.
- Andika Wijaya dan Wida Peace. (2016). *Darurat Kejahatan Seksual*, Penerbit Sinar Grafika, Jakarta, hlm.89
- Elfina Sahetapy. (2010). “*Perlindungan Hak Anak Kewajiban Siapa*,” diakses melalui <http://www.perkantastatim.org/index.php?g=articles&id=70>
- M. Nasir Djamil. (2013). *Anak Bukan Untuk Dihukum*, Sinar Grafika, Jakarta Timur, h.148.
- Maidin Gultom. (2008). *Perlindungan Hukum Terhadap Anak dalam Sistem Peradilan Pidana Anak di Indonesia*, Bandung: PT Refika Aditama, hlm. 39
- Marliana. (2009). *Peradilan Pidana Anak: Pengembangan Konsep Diversi dan Restorative Justice*, Bandung: PT Refika Aditama, hlm 10
- Nur Rochaeti. (2008). “Model Restorative Justice sebagai Alternatif Penanganan bagi Anak Delinkuen di Indonesia”, MMH Jilid 37 No. 4, Desember, hlm. 239
- Pasal 1 Ayat 1 Undang-Undang No. 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak dalam Lembar Negara No. 109 Tahun 2002
- Setya Wahyudi (2012). *Implementasi Ide Diversi Dalam Pembaruan Sistem Peradilan Pidana Anak Di Indonesia*. Yogyakarta: Genta Publishing.
- Supeno, Hadi. (2010). *Kriminalisasi Anak Tawaran Gagasan Radikal Peradilan Anak Tanpa Pemidanaan* (pp 53-62). Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas UndangUndang Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak.

Profil Penulis



Ns. I Gusti Ayu Putu Satya Laksmi, M.Kep

Ketertarikan penulis terhadap dunia Kesehatan terutama pada bidang keperawatan dimulai pada tahun 2004 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Akademi Keperawatan Karya Bhakti Husada dengan memilih Jurusan keperawatan dan berhasil lulus pada tahun 2007.

Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 di Program Studi Ilmu Keperawatan UGM Yogyakarta pada tahun 2010. Tiga tahun kemudian, penulis melanjutkan studi S2 dan berhasil menyelesaikan pada tahun 2016 di Program Studi Magister Keperawatan UGM Yogyakarta.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Keperawatan Anak dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan di publikasi di jurnal terakreditasi nasional. Penulis juga menjadi anggota di IPANI Provinsi Bali dan PPNI Provinsi Bali. Selain itu, penulis juga aktif dalam kegiatan pengabdian kepada masyarakat, baik yang diadakan oleh pihak regional ataupun dari internal dengan melibatkan mahasiswa.

Email Penulis: igayuputusatyalaksmi@gmail.com

KOMUNIKASI PADA ANAK DAN ORANG TUA

Yosefina Nelista, S.Kep.,Ns., M.Kep

Universitas Nusa Nipa

Aspek Penting Komunikasi Pada Anak dan Orang Tua

Komunikasi merupakan sebuah proses penyampaian makna antara dua individu sebagai pengirim pesan dan penerima pesan, sehingga pesan yang dimaksud dapat dipahami. Komunikasi antara anak dan orang tua merupakan patokan bagaimana orang tua dan anak membentuk suatu hubungan. Komunikasi yang tidak efektif antar orang tua dan anak tentu dapat membuat hubungan orangtua dan anak bertambah buruk. Namun, banyak orangtua mungkin tidak menyadari hal ini. Komunikasi dengan anak dianggap hal yang sederhana dan terkesan mudah dilakukan, tapi ternyata memiliki manfaat yang besar terhadap perkembangan anak. Pesan yang disampaikan oleh orang tua harus dapat dimengerti oleh anak. Orang tua harus memahami dan mengerti ide atau gagasan serta perasaan yang akan disampaikan anak dan berusaha memahami anak dengan bahasa yang tepat.

Manfaat komunikasi antara orang tua dan anak adalah membantu dalam mengembangkan rasa kepercayaan diri anak, membangun rasa harga diri anak, membangun

konsep diri anak yang positif, dan dapat membantu anak dalam membangun hubungan dengan orang lain yang ada disekitarnya. Ada beberapa anak yang pemalu apabila berada di depan umum, hal ini mungkin salah satunya disebabkan karena komunikasi orangtua dengan anak kurang terjalin dengan baik.

Komunikasi dengan anak yang terjalin dengan baik juga dapat membuat hubungan anak dan orangtua terasa menyenangkan. Sebaliknya, komunikasi yang terjalin dengan tidak baik dapat membuat anak tidak menghormati orangtuanya, sering terjadi pertengkaran antara anak dan orangtua, dan perasaan tidak berharga pada anak.

Beberapa hal yang harus dilakukan agar tercapainya komunikasi efektif antara orang tua dengan anak:

1. *Listen in the way you like to be listened.* Orang tua diharapkan menjadi *role model* bagi anak ketika mendengarkan atau berkomunikasi. Dengan mendengarkan apa yang disampaikan oleh anak, dapat membuat anak merasa penting. Selain itu sikap empati orang tua harus ditingkatkan ketika sedang berbicara dengan anak.
2. *Assume nothing.* Orang tua tidak boleh membuat asumsi pribadi ketika berkomunikasi dengan anak. Apabila ada hal yang tidak jelas atau tidak dipahami sebaiknya ditanyakan kembali atau dikonfirmasi agar tidak menimbulkan kesalahan persepsi.
3. *Complete what they are saying.* Saat berkomunikasi dengan anak diharapkan untuk tidak memotong pembicaraan dan menjudge anak.
4. *Eye contact.* Pertahankan kontak mata dengan anak agar anak merasa diperhatikan dan didengarkan ketika berbicara.

5. *Know when to talk and when not to talk.* Dalam berkomunikasi pahami situasi dan kondisi serta pertimbangkan suasana hati anak, untuk dapat mengetahui waktu yang tepat untuk berbicara dari hati ke hati dengan anak.
6. *See things from your children's viewpoint.* Hal ini dilakukan agar dapat memahami keinginan anak dan anak pun dapat merasa lebih dipahami dan dimengerti. Sehingga bisa lebih terbuka.
7. *Drop the expectations.* Sebaliknya, berkomunikasi secara terbuka dan sehat tanpa memiliki harapan mengenai hal yang diutarakan oleh anak, bagaimana anak mengkomunikasikannya, dan sebagainya.

Hal yang harus dihindari dalam berkomunikasi dengan anak:

1. Kritikan terhadap ide, perasaan, pemikiran anak, atau terhadap diri anak sendiri. Kritikan dapat dilihat anak sebagai serangan terhadap dirinya dan bisa membuat anak memiliki self-esteem yang rendah.
2. Membahas kesalahan yang pernah dilakukan anak sebelumnya. Sebaiknya ketika suatu masalah sudah clear, maka orang tua tidak perlu membahasnya kembali. Hal ini dapat mengajarkan perasaan dendam atau menyimpan kesalahan orang lain dalam waktu yang lama.
3. Mengarahkan dan mendikte anak bagaimana harus menyelesaikan permasalahan. Hal ini dapat membuat anak kurang memiliki kemampuan untuk dapat mengontrol hal-hal yang terjadi dalam hidupnya. Selain itu juga membuat anak kurang memiliki kemampuan untuk memecahkan masalah, dimana hal ini sangat penting dimiliki anak. Anak pun bisa merasa bahwa orang tua mereka tidak menaruh

kepercayaan terhadap mereka sehingga selalu diarahkan.

4. Melakukan hal-hal yang membuat anak merasa rendah diri atau bersalah, seperti menjudge dan menyalahkan. Hal ini tentunya dapat membuat anak merasa tidak dihargai, dicintai, dan berpengaruh terhadap *self-esteem* anak sendiri.

Bentuk Komunikasi Pada Anak

Bayi melakukan komunikasi melalui isyarat-isyarat khusus untuk menyampaikan keinginannya sebagai bentuk komunikasi, sebelum bayi mampu menyampaikan keinginan dengan kata-kata. Bentuk komunikasi ini dikenal sebagai komunikasi prabicara (*prespeech*). Bentuk komunikasi ini hanya sementara yaitu pada tahun pertama kelahiran bayi, dan berujung sejalan dengan perkembangan bayi atau anak telah menunjukkan maturitas fungsi emosional serta psikisnya. Komunikasi prabicara terdiri dari 4 bentuk, yaitu:

1. Tangisan

Salah satu cara pertama yang dapat dilakukan bayi untuk berkomunikasi dengan dunia luar pada awal kehidupan bayi adalah dengan tangisan. Tangisan merupakan bentuk komunikasi dari seorang bayi kepada individu dewasa. Bayi dapat menyampaikan pesan dan orang dewasa menangkap pesan yang disampaikan sang bayi melalui tangisan. Segala kebutuhan bayi dapat disampaikan melalui tangisan misalnya ketika bayi buang air kecil atau popok basah, lapar, kembung serta kebutuhan untuk diperhatikan. Frekuensi tangisan menurun pada usia enam bulan pada bayi yang sehat dan normal, karena keinginan dan kebutuhan mereka cukup terpenuhi. Ketika meningkatnya kemampuan bicara pada bayi, frekuensi tangispun seharusnya menurun. Sebagai

seorang perawat harus banyak berlatih untuk mengenal berbagai macam arti tangisan bayi untuk memenuhi kebutuhan bayi, serta membantu mengajarkan kepada ibu terutama para ibu muda untuk dapat mengenal arti tangisan dari bayi.

2. Ocehan dan celoteh

“Ocehan” (*cooing*) atau celoteh (*babbling*) merupakan bentuk komunikasi prabicara. Ocehan muncul dikarenakan bunyi eksplosif awal yang disebabkan oleh perubahan gerakan mekanisme ‘suara’. Pada bulan-bulan awal kehidupan bayi, terjadi ocehan, seperti: menguap, menjerit, bersin, merengek, menjerit, merengek, menangis. Dengan bertambahnya usia bayi ocehan akan berkembang menjadi celoteh dan sebagian menghilang. Pada awal bulan kedua, sejumlah bayi mulai berceloteh, setelah itu berkembang cepat antara bulan keenam dan kedelapan. Celoteh mempercepat ketrampilan berbicara. Bayi dapat merasakan bahwa dia bagian dari kelompok sosial dengan berceloteh.

3. Isyarat

Isyarat merupakan gerakan anggota badan tertentu yang berfungsi sebagai pengganti atau pelengkap bicara. Bahasa isyarat bayi dapat mempercepat komunikasi dini pada anak. Contoh isyarat umum pada masa bayi sebagai berikut:

Seorang bayi atau anak akan memberikan isyarat sebagai salah satu bentuk komunikasi dini, dengan mengerakkan anggota badan tertentu sebagai pengganti atau pelengkap bicara. Beberapa isyarat umum pada masa bayi seperti:

- a. Ketika ingin digendong, bayi akan tersenyum dan mengacungkan tangan

- b. Pada saat ibu mengenakan pakaiannya atau memandikannya, bayi menggeliat, meronta, dan menangis, artinya bayi tidak menyukai pembatasan gerak.
 - c. Ketika kebutuhan nutrisi bayi terpenuhi bayi akan mendorong puting susu.
4. Ungkapan emosional
- Perubahan tubuh dan roman muka ditunjukkan dengan ungkapan emosional bayi, seperti:
- a. Bentuk ekspresi kegembiraan sang bayi dengan tubuh yang mengejang atau gerakan-gerakan tangan atau kaki disertai wajah tertawa/senyum dan jeritan.
 - b. Ungkapan marah atau tidak suka dengan membanting tangan atau kaki, bayi menunjukkan wajah tegang, dan menangis.

Teknik Komunikasi Pada Anak

Anak merupakan makhluk yang unik dan berespons secara berbeda-beda untuk kebutuhan mereka. Anak dengan keunikannya mempunyai cara yang berbeda pula dalam menyatakan keinginannya. Untuk berkomunikasi dengan anak, diperlukan pendekatan khusus agar hubungan yang terjalin dapat berlangsung dengan baik sesuai dengan tumbuh kembang anak. Ada dua teknik berkomunikasi yang digunakan pada anak, yaitu teknik komunikasi verbal dan nonverbal. Komunikasi verbal bagi kebanyakan anak dan orang tua sering mendapat kesulitan karena harus membicarakan perasaan-perasaannya.

Menurut Tri Anjawarni (2016), Teknik komunikasi sebagai berikut:

1. Teknik Verbal

a. Bercerita (*story telling*)

Bercerita menggunakan bahasa anak dapat menghindari ketakutan-ketakutan yang terjadi selama anak dirawat. Teknik *story telling* dapat dilakukan dengan cara meminta anak menceritakan pengalamannya ketika sedang diperiksa dokter. Teknik ini juga dapat menggunakan gambar dari suatu peristiwa (misalnya gambar perawat waktu membantu makan) dan meminta anak untuk menceritakannya dan selanjutnya perawat masuk dalam masalah yang dihadapi anak. Tujuan dari teknik ini adalah membantu anak masuk dalam masalahnya.

b. *Bibliotherapy*

Bibliotherapy (biblioterapi) merupakan teknik komunikasi terapeutik pada anak yang dilakukan dengan menggunakan buku-buku dalam rangka proses *therapeutic* dan *supportive*. Sasarannya adalah membantu anak mengungkapkan perasaan-perasaan dan perhatiannya melalui aktivitas membaca. Cara ini dapat memberi kesempatan pada anak untuk menjelajahi suatu kejadian yang sama dengan keadaannya, tetapi sedikit berbeda

c. Mimpi

Mimpi merupakan aktivitas tidak sadar sebagai bentuk perasaan dan pikiran yang ditekan ke alam tidak sadar. Mimpi ini dapat digunakan oleh perawat untuk mengidentifikasi adanya perasaan

bersalah, perasaan tertekan, perasaan jengkel, atau perasaan marah yang mengganggu anak sehingga terjadi ketidaknyamanan.

d. Meminta untuk menyebutkan keinginan

Ungkapan ini penting dalam berkomunikasi dengan anak. Dengan meminta anak untuk menyebutkan keinginan, dapat diketahui berbagai keluhan yang dirasakan anak dan keinginan tersebut dapat menunjukkan perasaan dan pikiran anak pada saat itu.

e. Bermain dan permainan

Bermain merupakan salah satu bentuk komunikasi yang paling penting dan dapat menjadi tehnik yang paling efektif untuk berhubungan dengan anak. Dengan bermain dapat memberikan petunjuk mengenai tumbuh kembang fisik, intelektual dan sosial. Terapeutik Play sering digunakan untuk mengurangi trauma akibat sakit atau masuk rumah sakit atau untuk mempersiapkan anak sebelum dilakukan prosedur medis/perawatan.

f. Melengkapi kalimat (*sentences completion*)

Teknik komunikasi ini dilakukan dengan cara meminta anak menyempurnakan atau melengkapi kalimat yang dibuat perawat. Dengan teknik ini, perawat dapat mengetahui perasaan anak tanpa bertanya secara langsung kepadanya, misalnya terkait dengan kesehatannya atau perasaannya. Pernyataan dimulai dengan yang netral kemudian dilanjutkan dengan pernyataan yang difokuskan pada perasaannya.

g. Pro dan kontra

Penggunaan teknik komunikasi ini sangat penting dalam menentukan atau mengetahui perasaan dan pikiran anak. Anak diminta mengajukan pilihan positif atau negatif sesuai dengan pendapat anak. Teknik komunikasi ini dilakukan dengan tujuan mengeksplorasi perasaan-perasaan anak, baik yang menyenangkan maupun tidak menyenangkan. Teknik ini dimulai dari hal-hal yang bersifat netral, selanjutnya hal yang serius.

Contoh :

Topik netral: anak diminta menceritakan hobinya, selanjutnya anak diminta menyebutkan kebaikan-kebaikan dari hobinya dan keburukan-keburukan dari hobinya. **Topik khusus:** anak diminta menceritakan pengalamannya di rawat di rumah sakit, selanjutnya anak diminta menyebutkan kebaikan-kebaikan dan keburukan-keburukan dirawat di rumah sakit.

2. Teknik Non Verbal

Teknik komunikasi non verbal dapat digunakan pada anak-anak seperti:

a. Menulis

Menulis merupakan pendekatan komunikasi yang secara efektif tidak saja dilakukan pada anak tetapi juga pada remaja. Ungkapan rasa yang sulit dikomunikasikan secara verbal bisa ampuh dengan komunikasi lewat tulisan. Cara ini dapat dilakukan apabila anak sudah memiliki kemampuan untuk menulis. Melalui cara ini, anak akan dapat mengekspresikan dirinya baik pada keadaan sedih, marah, atau lainnya dan

biasanya banyak dilakukan pada anak yang jengkel, marah, dan diam.

b. Menggambar

Teknik ini dilakukan dengan cara meminta anak untuk menggambarkan sesuatu terkait dengan dirinya, misalnya perasaan, apa yang dipikirkan, keinginan, dan lain-lain. Dasar asumsi dalam menginterpretasi gambar adalah anak-anak mengungkapkan dirinya melalui coretan atau gambar yang dibuat. Dengan gambar, akan dapat diketahui perasaan anak, hubungan anak dalam keluarga, adakah sifat ambivalen atau pertentangan, serta keprihatinan atau kecemasan pada hal-hal tertentu.

c. Nada suara

Gunakan nada suara lembut, terutama jika emosi anak dalam keadaan tidak stabil. Hindari berteriak karena berteriak hanya akan mendorong pergerakan fisik dan merangsang kemarahan anak semakin meningkat.

d. Aktivitas pengalihan

Untuk mengurangi kecemasan anak saat berkomunikasi, gunakan aktivitas pengalihan, misalnya membiarkan anak bermain dengan barang-barang kesukaannya, seperti boneka, handphone, mobil-mobilan, kacamata, dan lain-lain. Komunikasi dilakukan sambil menggambar bersama anak. Berbagai macam aktivitas ini akan berdampak fokus anak teralihkan sehingga dia merasa lebih rileks/santai saat berkomunikasi.

e. Ungkapan marah

Kadang-kadang anak merasa jengkel, tidak senang, dan marah. Pada situasi ini, izinkanlah anak untuk mengungkapkan perasaan marahnya serta dengarkanlah dengan baik dan penuh perhatian apa yang menyebabkan dia merasa jengkel dan marah.

f. Sentuhan

Sentuhan adalah kontak fisik yang dilakukan dengan cara memagang sebagian tangan atau bagian tubuh anak, misalnya pundak, usapan di kepala, berjabat tangan, atau pelukan, bertujuan untuk memberikan perhatian dan penguatan terhadap komunikasi yang dilakukan antara anak dan orang tua. Dengan kontak fisik berupa sentuhan ini, anak merasa dekat dan aman selama komunikasi. Teknik ini efektif dilakukan saat anak merasa sedih, menangis, atau bahkan marah serta sentuhan

Teknik Komunikasi dengan Bayi dan Anak

1. Pada Bayi

Teknik komunikasi yang digunakan pada bayi yaitu verbal dan non verbal. Teknik verbal yaitu dengan cara menimang-nimang saat tidur dan menyanyikannya lagu, merespons tangisannya, serta mengajak bicara setiap akan melakukan suatu hal. Sedangkan komunikasi non verbal yaitu dengan cara memberikan sentuhan, dengan nada suara serta ekspresi.

2. Pada Anak

Teknik komunikasi yang digunakan pada anak yaitu komunikasi verbal dan non verbal. Teknik verbal yaitu bercerita, bibliotherapy, mimpi, bermain, melengkapi

kalimat serta pro dan kontra. Sedangkan non verbal diantaranya: menulis, menggambar, nada suara, aktivitas pengalihan, ungkapan marah.

Perkembangan Komunikasi Pada Bayi, Toddler, Prasekolah, Sekolah dan Remaja

Perkembangan komunikasi pada bayi dan anak tergantung dari perkembangan otak dan fungsi kognitifnya. Perkembangan ini juga berhubungan dengan kematangan atau kemampuan organ sensorik dalam menerima rangsangan atau stimulus internal maupun eksternal. Perkembangan komunikasi pada bayi dan anak juga dipengaruhi oleh kuatnya stimulus internal dan eksternal yang masuk dalam diri anak melalui reseptor pendengarannya dan organ sensorik lainnya. Perkembangan komunikasi pada anak mempunyai karakteristik yang berbeda-beda dan spesifik pada setiap tingkat perkembangannya. Berikut ini akan diuraikan perkembangan komunikasi, mulai bayi, *toddler* dan prasekolah, usia sekolah, dan remaja.

1. Penerapan komunikasi pada bayi (0 – 1 tahun)

Sesaat setelah bayi dilahirkan dan ibu diizinkan menggendong si kecil dalam dekapannya, itulah awal seorang ibu berkomunikasi dengan bayinya. Meskipun baru dilahirkan, bayi bisa dengan cepat belajar mengenali dunianya melalui panca indranya. Bayi terlahir dengan kemampuan menangis karena dengan cara itu mereka berkomunikasi. Bayi menyampaikan keinginannya melalui komunikasi nonverbal. Bayi akan tampak tenang serta merasa nyaman dan aman jika ada kontak fisik yang dekat, terutama dengan orang yang dikenalnya (ibu). Tangisan bayi itu adalah cara bayi memberitahukan bahwa ada sesuatu yang tidak enak ia rasakan, misalnya lapar, popok basah, kedinginan, lelah, dan

lain-lain. Bayi yang agak besar akan merasa tidak nyaman jika dia melakukan kontak fisik dengan orang yang tidak dikenalnya. Bayi akan tersenyum, menggerak-gerakkan kaki dan tangannya berulang-ulang jika dia ingin menyatakan kegembiraannya, serta menjerit, menangis, atau merengek jika dia merasa tidak nyaman. Bayi juga akan tersenyum dan kegirangan jika dia merasa kenyang, aman atau nyaman, serta menangis atau gelisah jika merasa lapar, basah, buang air besar, digigit nyamuk, atau kepanasan/kedinginan.

2. Penerapan komunikasi pada kelompok toddler (1-3 tahun) dan prasekolah (3-6 tahun)

Pada kelompok usia ini, anak sudah mampu berkomunikasi secara verbal ataupun nonverbal. Anak sudah mampu menyatakan keinginan dengan menggunakan kata-kata yang sudah dikuasainya. Ciri khas anak kelompok ini adalah egosentris, yaitu mereka melihat segala sesuatu hanya berhubungan dengan dirinya sendiri dan melihat sesuatu hanya berdasarkan sudut pandangnya sendiri. Anak tidak mampu membedakan antara kenyataan dan fantasi sehingga tampak jika mereka bicara akan banyak ditambahi dengan fantasi diri tentang obyek yang diceritakan.

3. Komunikasi pada usia sekolah (7-11 tahun)

Pada usia ini, anak sudah dapat memahami komunikasi penjelasan sederhana yang diberikan. Usia ini, anak akan banyak mencari tahu terhadap hal-hal baru dan akan belajar menyelesaikan masalah yang dihadapinya berdasarkan pengetahuan yang dimilikinya. Pada masa ini, anak harus difasilitasi untuk mengekspresikan rasa takut, rasa heran, penasaran, berani mengajukan pendapat, dan

melakukan klarifikasi terhadap hal-hal yang tidak jelas baginya.

Penerapan Komunikasi Terapeutik Pada Anak di Setiap Proses Keperawatan

1. Pada Bayi (0-1 Tahun)

Implementasi komunikasi dalam keperawatan yang dapat dilakukan perawat yaitu dengan sering mengajaknya bicara, lakukan pengulangan kalimat sesering mungkin, segera merespons suara dan ekspresi anak, dan terus memberikan senyuman. Perawat harus selalu memberikan senyuman.

2. Pada kelompok toddler (1-3 tahun) dan prasekolah (3-6 tahun)

Implementasi komunikasi dalam keperawatan sebagai berikut:

- a. Menyampaikan hal yang dialami pada diri anak
- b. Memberi kesempatan pada anak untuk menyentuh alat pemeriksaan yang akan digunakan.
- c. Menggunakan nada suara yang lembut dan berbicara dengan pelan. Apabila anak tidak memberikan balasan, dapat diulang kembali yang jelas dengan memberikan arahan yang sederhana.
- d. Menghindari perilaku mendesak dengan kata-kata “jawab dong”.
- e. Mengalihkan aktivitas ketika sedang berkomunikasi, seperti dengan memberikan permainan saat berkomunikasi.
- f. Hindari sikap konfrontasi langsung.

- g. Jika ingin menyentuh harus melalui persetujuan dari anak. Apabila tidak disetujui jangan menyentuh.
 - h. Bersalaman dengan anak saat memulai interaksi karena bersalaman dengan anak merupakan cara untuk menghilangkan perasaan cemas.
 - i. Mengajak anak untuk bermain sesuai dengan usia anak, untuk menggali perasaan dan pikiran anak.
3. Pada usia sekolah (7-11 tahun)
- Implementasi komunikasi dalam keperawatan sebagai berikut.
- a. Dalam berkomunikasi dengan anak harus menggunakan kata kata sederhana sehingga mudah dipahami anak.
 - b. Menjelaskan sesuatu yang ingin diketahui anak.
 - c. Keingintahuan pada aspek fungsional dan prosedural dari objek tertentu sangat tinggi pada usia sekolah
 - d. Hindari kebiasaan menyakiti atau mengancam karena menyebabkan anak tidak dapat berkomunikasi secara efektif.

Daftar Pustaka

- Akhriansyah, M. (2018). Hubungan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Dengan Tingkat Kecemasan Akibat Hospitalisasi Pada Anak Usia Sekolah Yang Dirawat Di Rsud Kayuagung Tahun 2017. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 18(1), 71-76.
- Anjaswarni, T., Kp, S., & Kep, M. (2016). *Komunikasi dalam Keperawatan*. Tri Anjaswarni.
- Ariani, T. A. (2018). *Komunikasi Keperawatan: Komunikasi* (Vol. 1). UMMPress.
- Muhith, A., & Siyoto, S. (2018). *Aplikasi komunikasi terapeutik nursing & health*. Penerbit Andi.
- Novikasari, L., Yulendasari, R., & Maryana, E. (2019). Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Hospitalisasi Pada Anak. *Metode*.
- Pieter, H. Z. (2017). *Dasar-dasar komunikasi bagi perawat*. Prenada Media.
- Tewuh, N., Wahongan, G., & Onibala, F. (2013). Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Stres Hospitalisasi Pada Anak Usia Sekolah 6-12 Tahun Di Irina E BLU RSUP Prof. Dr. RD Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan*, 1(1).
- Wati, E. (2021). *Komunikasi Keperawatan*. LovRinz Publishing
- Zen, Pribadi. (2013). *Panduan Komunikasi Efektif Untuk Bekal Keperawatan Profesional*. Yogyakarta, D-Medika

Profil Penulis



Yosefina Nelista, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Penulis lahir di Maumere pada tanggal 18 September 1986. Penulis menyelesaikan pendidikan pada Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) St. Elisabeth Lela pada tahun 2005. Penulis menyelesaikan studi Sarjana (S1) dan Ners di Universitas Nusa Nipa pada tahun 2010. Setelah menyelesaikan Pendidikan Ners pada tahun 2009 penulis mulai berkarya sebagai dosen pada Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Nusa Nipa Indonesia-Flores-NTT. Pada tahun 2017 melanjutkan pendidikan Pasca Sarjana dan mendapat gelar Magister Keperawatan (M.Kep) dengan peminatan keperawatan anak pada Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

Penulis saat ini bekerja sebagai dosen profesional dalam bidang ilmu keperawatan anak. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dan melakukan pengabdian kepada masyarakat dibidang keahliannya. Penulis aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat dan mendapatkan hibah penelitian dari AIPNI dan juga Kemenristek DIKTI. Penulis juga menjadi reviewer dari beberapa jurnal nasional terakreditasi dan menjadi editor buku dari beberapa penerbit. Buku ini merupakan buku ke 3 yang ditulis oleh penulis.

IMUNISASI DAN NUTRISI PADA ANAK

Ns. Andi Nur Indah Sari, M.Kep

STIK Indonesia Jaya

Imunisasi

1. Pengertian Imunisasi

Imunisasi berasal dari kata imun, kebal atau resisten. Anak yang diberikan imunisasi, berarti anak tersebut diberikan kekebalan terhadap suatu penyakit tertentu. Imunisasi adalah pemberian vaksin sebagai upaya untuk menimbulkan atau meningkatkan kekebalan anak secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga apabila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. Indonesia mengenal konsep imunisasi rutin lengkap yang terdiri atas dua jenis imunisasi, yaitu dasar dan imunisasi lanjutan. Pelaksanaan dua jenis imunisasi anak itu bergantung pada usia anak. Anak memerlukan imunisasi dasar sebagai langkah pencegahan utama. Imunisasi lanjutan tak kalah penting guna menjaga imunitas tetap optimal seiring dengan bertambahnya usia. Selain itu, ada imunisasi ulangan atau booster sebagai penguat kekebalan.

2. Pengertian Vaksin

Vaksin adalah antigen berupa mikroorganisme yang sudah mati, masih hidup tapi dilemahkan, masih utuh atau bagiannya, yang telah diolah, berupa toksin mikroorganisme yang telah diolah menjadi toksoid, protein rekombinan yang apabila diberikan kepada seseorang akan menimbulkan kekebalan spesifik secara aktif terhadap penyakit infeksi tertentu.

3. Sasaran Imunisasi

Saat ini konsep imunisasi di Indonesia telah berubah dari sebelumnya disebut dengan imunisasi dasar lengkap menjadi imunisasi rutin lengkap. Imunisasi rutin lengkap atau imunisasi wajib terdiri dari imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 13.1 Sasaran Imunisasi Dasar Pada Bayi

Jenis Imunisasi	Usia Pemberian	Jumlah Pemberian	Interval minimal
Hepatitis B	0-7 hari	1	-
BCG	1 bulan	1	-
Polio / IPV	1, 2, 3,4 bulan	4	4 minggu
DPT-HB-Hib	2, 3, 4 bulan	3	4 minggu
Campak	9 bulan	1	-

(Sumber: Dirjen PP dan PL Depkes RI, 2013)

Tabel 13.2 Sasaran Imunisasi Lanjutan Pada Anak Balita dan Sekolah Dasar

Jenis Imunisasi	Usia Pemberian	Jumlah Pemberian
Hepatitis B	0-7 hari	1
BCG	1 bulan	1
Polio / IPV	1, 2, 3,4 bulan	4
DPT-HB-Hib	2, 3, 4 bulan	3
Campak	9 bulan	1

(Sumber: Dirjen PP dan PL Depkes RI, 2013)

4. Jadwal Imunisasi Anak

Dikutip dari situs resmi Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), berikut jadwal imunisasi lengkap untuk anak usia 0-18 tahun:

Imunisasi	Bulan															Umur											
	Lahir	1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	24	3	5	6	7	8	9	10	12	14	15	16	18			
Hepatitis B	1		2	3	4								5														
Polio	0	1	2	3									4														
BCG	1 kali																										
DTP			1	2	3								4														
HB			1	2	3								4														
PCV			1	2			3						4														
Rotavirus			1	2			3 (p)																				
Influenza							1																				
MR / MMR								MR					MR / MMR														
JE								1					2														
Varisela													2 kali, interval 6 minggu - 3 bulan														
Hepatitis A													2 kali, interval 6 - 36 bulan														
Tifoid													1														
HPV																											
Dengue																											

Cara membaca kolom umur: misal (1) berarti umur 2 bulan (0) hari s.d. 2 bulan 20 hari (09 hari).
 Rekomendasi imunisasi berlaku sampai 2020 dan di tahun berikut. Dapat diakses pada website IDAI (http://idai.or.id/public-articles/kinerja-imunisasi-generasi-imunisasi-anak-cabutan).

• **Vaksin pneumokokus (PCV):** diberikan pada umur 2, 4 dan 6 bulan dengan booster pada umur 12-15 bulan. Jika belum diberikan pada umur 12-15 bulan, berikan PCV 2 kali dengan jarak 1 bulan dan booster setelah umur 12 bulan dengan jarak 2 bulan dari dosis sebelumnya. Jika belum diberikan pada umur 12-15 bulan berikan PCV 2 kali dengan jarak minimal 2 bulan. Jika belum diberikan pada umur 12 tahun, PCV13 diberikan 2 kali dengan jarak 2 bulan. PCV15 diberikan 1 kali.
 • **Vaksin rotavirus menorensis:** diberikan 2 kali, dosis pertama mulai umur 6 minggu, dosis kedua dengan interval minimal 4 minggu, harus selesai pada umur 12 minggu.
 • **Vaksin rotavirus pentaximere:** diberikan 3 kali, dosis pertama 6-12 minggu, dosis kedua dan ketiga dengan interval 4 sampai 10 minggu, harus selesai pada umur 12 minggu.
 • **Vaksin influenza:** diberikan mulai umur 6 bulan, diulang setiap tahun. Pada umur 6 bulan sampai 8 tahun imunisasi pertama 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu. Umur 9 tahun imunisasi pertama 1 dosis.
 • **Vaksin MR / MMR:** pada umur 9 bulan berikan vaksin MR. Bila belum umur 12 bulan belum mendapat vaksin MR, dapat diberikan vaksin MR umur 18 bulan hingga MR, juga vaksin umur 5-7 tahun berikan MR. Diapan program BIAS kelas 1 atau kelas II.
 • **Vaksin Japanese encephalitis (JE):** diberikan mulai umur 1 bulan di daerah endemis atau yang akan berpergian ke daerah endemis. Untuk peninjauan jangka panjang dapat diberikan booster 1-2 tahun kemudian.
 • **Vaksin varisela:** diberikan mulai umur 12-15 bulan. Pada umur 1-5 tahun diberikan 2 dosis dengan interval 6 minggu sampai 2 bulan. Umur 13 tahun atau lebih dengan interval 4 sampai 6 minggu.
 • **Vaksin hepatitis A:** diberikan 1 dosis mulai umur 1 tahun, dosis kedua diberikan 6 bulan sampai 12 bulan kemudian.
 • **Vaksin tifoid polikarida:** diberikan mulai umur 2 tahun dan diulang setiap 3 tahun.
 • **Vaksin human papilloma virus (HPV):** diberikan pada anak perempuan umur 9-14 tahun 2 kali dengan jarak 6-11 bulan (atau pada program BIAS kelas 1 dan 6). Umur 15 tahun atau lebih diberikan 1 kali dengan jarak 0,1-6 bulan (sajian biakan) atau 0,2-6 bulan (sajian subunit).
 • **Vaksin dengue:** diberikan pada anak umur 9-16 tahun dengan seropositif yang belum diketahui adanya infeksi pernah demam dengan diagnosis dengan pemeriksaan antigen NS1 dan atau uji serologi IgM/IgG, seronegatif positif atau dibuktikan dengan pemeriksaan serologi IgG anti dengue positif.

Urut memercanai jadwal imunisasi dengan benar perlu dibarengi ketepatan di bawah ini dan urutan lengkap di majalah Sari Pediatric:

- **Vaksin hepatitis B (HB)** monovalen sebaiknya diberikan kepada bayi segera setelah lahir sebelum berumur 24 jam, disusul pemberian vitamin K1 minimal 30 menit sebelumnya. Bayi dengan berat lahir kurang dari 2000g, imunisasi hepatitis B sebaiknya ditunda sampai berumur 1 bulan atau lebih. Hepatitis B (HBsAg positif) dan bayi dengan beban imunisasi HB segera setelah lahir tetapi tidak ditunda sebagai dosis primer. Bayi lahir dari ibu HBsAg positif, segera berikan vaksin HB dan imunoglobulin hepatitis B (pilih satu diantaranya yang berbeda, maksimal dalam 7 hari setelah lahir). Imunisasi HB selanjutnya diberikan bersama DTP atau DTP.
- **Vaksin polio 0 (triad)** sebaiknya diberikan segera setelah lahir. Apabila tidak di fasilitas kesehatan berikan BOPV (pas) bagi pulang atau pada kunjungan pertama. Selanjutnya berikan BOPV atau IPV bersama DTP atau DTP. Vaksin IPV minimal diberikan 1 kali sebelum berumur 1 tahun bersama DTP atau DTP.
- **Vaksin BCG** sebaiknya diberikan segera setelah lahir atau segera mungkin sebelum bayi berumur 1 bulan. Bila belum 3 bulan atau lebih BCG diberikan bila uji tuberkulin negatif. Bila uji tuberkulin tidak tersedia, BCG dapat diberikan. Bila timbul reaksi lokal segera pada minggu pertama dilakukan pemantauan lanjutan untuk diagnosis tuberkulosis.
- **Vaksin OPV** dapat diberikan mulai umur 6 minggu dengan vaksin DTP atau DTP. Vaksin DTP diberikan pada umur 2, 3, 4 bulan atau 2, 4, 6 bulan. Booster pertama diberikan pada umur 18 bulan. Booster berikutnya diberikan pada umur 5, 7 tahun atau pada program BIAS kelas 1. Umur 1 tahun atau lebih menggunakan vaksin 10-pas Triad. Booster selanjutnya pada umur 10-18 tahun atau pada program BIAS kelas 1. Booster 10 diberikan setiap 10 tahun.

(Sumber: <https://www.idai.or.id/tentang-idai/pernyataan-idai/jadwal-imunisasi-idai-2020>)

Keterangan:

a. **Vaksin Hepatitis B (HB) monovalen** : sebaiknya diberikan kepada bayi segera setelah lahir sebelum berumur 24 jam, didahului penyuntikan vitamin K1 minimal 30 menit sebelumnya. Bayi dengan berat lahir kurang dari 2000g, imunisasi hepatitis B sebaiknya ditunda sampai berumur 1 bulan atau lebih, kecuali ibu HBsAg positif dan bayi bugar berikan imunisasi HB segera setelah lahir tetapi tidak dihitung sebagai dosis primer. Bayi lahir dari ibu HBsAg positif, segera berikan vaksin HB dan immunoglobulin hepatitis B (HBIG) pada ekstremitas yang berbeda, maksimal dalam

7 hari terakhir setelah lahir. Imunisasi HB selanjutnya diberikan bersama DTwP atau DTaP.

- b. **Vaksin polio 0 (nol)** : sebaiknya diberikan segera setelah lahir. Apabila lahir di fasilitas kesehatan berikan bOPV-0 saat bayi pulang atau pada kunjungan pertama. Selanjutnya berikan bOPV atau IPV bersama DTwP atau DTaP. Vaksin IPV minimal diberikan 2 kali sebelum berumur 1 tahun bersama DTwP atau DTaP.
- c. **Vaksin BCG** : sebaiknya diberikan segera setelah lahir atau segera mungkin sebelum bayi berumur 1 bulan. Bila berumur 3 bulan atau lebih, BCG diberikan bila uji tuberculin negative. Bila uji tuberculin tidak tersedia, BCG dapat diberikan. Bila timbul reaksi local cepat pada minggu pertama dilakukan pemeriksaan lanjutan untuk diagnosis tuberculosis.
- d. **Vaksin DPT** : dapat diberikan mulai umur 6 minggu berupa vaksin DTwP atau DTaP. Vaksin DTaP diberikan pada umur 2,3,4 bulan atau 2,4,6 bulan. Booster pertama diberikan pada umur 18 bulan. Booster berikutnya diberikan pada umur 5-7 tahun atau pada program BIAS kelas 1. Umur 7 tahun atau lebih menggunakan vaksin Td atau Tdap. Booster selanjutnya pada umur 10-18 tahun atau pada program BIAS kelas 5. Booster Td diberikan setiap 10 tahun.
- e. **Vaksin pneumokokus (PCV)** : diberikan pada umur 2,4 dan 6 bulan dengan booster pada umur 12 – 15 bulan. Jika belum diberikan pada umur 7-12 bulan, berikan PCV 2 kali dengan jarak 1 bulan dan booster setelah umur 12 bulan dengan jarak 2 bulan dari dosis sebelumnya. Jika belum diberikan pada umur 1-2 tahun, berikan PCV 2

kali dengan jarak minimal 2 bulan. Jika belum diberikan pada umur 2-5 tahun, PCV10 diberikan 2 kali dengan jarak 2 bulan, PCV13 diberikan 1 kali.

- f. **Vaksin rotavirus monovalen** : diberikan 2 kali, dosis pertama mulai umur 6 minggu, dosis kedua dengan interval minimal 4 minggu harus selesai pada umur 24 minggu.
- g. **Vaksin rotavirus pentavalen** : diberikan 3 kali, dosis pertama 6-12 minggu, dosis kedua dan ketiga dengan interval 4 sampai 10 minggu, harus selesai pada umur 32 minggu.
- h. **Vaksin influenza** : diberikan mulai umur 6 bulan, diulang setiap tahun. Pada umur 6 bulan sampai 8 tahun imunisasi pertama 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu. Umur > 9 tahun, imunisasi pertama 1 dosis.
- i. **Vaksin MR/MMR** : pada umur 9 bulan berikan vaksin MR. Bisa sampai umur 12 bulan belum mendapat vaksin MR, dapat diberikan MMR. Umur 18 bulan berikan MR atau MMR. Umur 5-7 tahun berikan MR (dalam program BIAS kelas 1) atau MMR.
- j. **Vaksin Japanese encephalitis (JE)** : diberikan mulai umur 9 bulan di daerah endemis atau yang akan bepergian ke daerah endemis. Untuk perlindungan jangka panjang dapat diberikan booster 1-2 tahun kemudian.
- k. **Vaksin varisela** : diberikan mulai umur 12-18 bulan. Pada umur 1-12 tahun diberikan 2 dosis dengan interval 6 minggu sampai 3 bulan. Umur 13 tahun atau lebih dengan interval 4 sampai 6 minggu.

- l. **Vaksin hepatitis A** : diberikan 2 dosis mulai umur 1 tahun, dosis ke-2 diberikan 6 bulan sampai 12 bulan kemudian.
 - m. **Vaksin tifoid polisakarida** : diberikan mulai umur 2 tahun dan diulang setiap 3 tahun.
 - n. **Vaksin human papilloma virus (HPV)** : diberikan pada anak perempuan umur 9-14 tahun 2 kali dengan jarak 6-15 bulan (atau pada program BIAS kelas 5 dan 6). Umur 15 tahun atau lebih diberikan 3 kali dengan jadwal 0,16 bulan (vaksin bivalen) atau 0,2,6 bulan (vaksin quadrivalent).
 - o. **Vaksin dengue** : diberikan pada anak umur 9-16 tahun dengan seropositif dengue yang dibuktikan adanya riwayat pernah dirawat dengan diagnosis dengue (pemeriksaan antigen NS-1 dan atau uji serologis IgM/IgG antidengue positif) atau dibuktikan dengan pemeriksaan serologi IgG anti dengue positif.
5. Manfaat Imunisasi

Anak yang mendapat imunisasi, mereka telah membantu melindungi kesehatan masyarakat umum secara keseluruhan. Sebab, saat sudah cukup jumlah orang dalam suatu komunitas yang kebal terhadap infeksi, makin sulit penyakit itu menyebar dan menulari orang lain yang belum diimunisasi. Kondisi ini disebut sebagai *herd immunity* atau kekebalan komunitas. Jadi secara tidak langsung anak yang menerima imunisasi telah berkontribusi terhadap komunitasnya dalam hal kesehatan.

Untuk lebih memahami betapa pentingnya untuk memenuhi jadwal imunisasi danak, berikut ini manfaat dari masing-masing vaksin yang dianjurkan untuk diberikan kepada Anak:

Vaksin Hepatitis B untuk mencegah infeksi hati akibat virus hepatitis B yang dapat menyebabkan penyakit ringan yang berlangsung selama beberapa minggu atau bisa juga mengakibatkan penyakit berat yang berlangsung seumur hidup.

- a. Vaksin Polio untuk mencegah penyakit polio pada anak. Kebanyakan orang yang terinfeksi polio memiliki gejala ringan atau tanpa gejala. Namun, beberapa infeksi dapat menjadi sangat serius dan menyebabkan kelumpuhan atau ketidakmampuan bergerak pada bagian tubuh tertentu, seperti lengan, kaki atau otot pernapasan. Tidak ada obat untuk infeksi polio.
 - b. Vaksin BCG untuk mencegah TB atau tuberculosis, yang disebabkan oleh infeksi bakteri *mycobacterium tuberculosis*.
 - c. Vaksin DPT adalah vaksin kombinasi untuk mencegah tiga penyakit, yakni difteri, pertussis dan tetanus.
 - d. Vaksin PCV untuk mencegah penyakit seperti radang paru (pneumonia), radang selaput otak (meningitis) dan infeksi darah (bacteremia)
 - e. Vaksin rotavirus untuk melindungi anak dari penyakit gastroenteritis (radang pada lambung dan usus), yang ditunjukkan dengan gejala seperti diare akut, muntah, demam, anak sulit makan dan minum serta sakit perut.
 - f. Vaksin influenza untuk mencegah penyakit flu yang menyerang saluran pernapasan.
 - g. Vaksin MR/MMR untuk mencegah penyakit Campak, Rubella dan gondongan.
 - h. Vaksin Japanese encephalitis (JE) untuk mencegah penyakit radang otak.
-

- i. Vaksin Varisela untuk mencegah cacar air atau chickenpox.
- j. Vaksin hepatitis A untuk mencegah peradangan pada organ hati yang disebabkan oleh virus hepatitis A.
- k. Vaksin tifoid polisakarida untuk mencegah penyakit tifus.
- l. Vaksin HPV untuk mencegah virus *Human Papillomavirus* yang menyebabkan infeksi kulit, termasuk kutil kelamin.

Nutrisi Pada Anak

1. Pengertian Nutrisi

Nutrisi adalah zat gizi yang berasal dari bahan pangan atau makanan yang tersedia di alam yang sangat penting dalam membangun sel-sel dan jaringan tubuh, mendukung fungsi organ, melindungi tubuh dari radikal bebas, dan lainnya. Nutrisi memiliki peranan yang sangat penting untuk menunjang tumbuh kembang anak. Oleh karena itu, sangat penting mengenal kebutuhan nutrisi pada anak agar tumbuh sehat dan cerdas. Jika asupan nutrisi tidak terpenuhi, maka bisa terjadi malnutrisi pada anak dan akan mengganggu proses tumbuh kembang anak.

2. Jenis Nutrisi yang Perlu Dikonsumsi Anak

Nutrisi dibagi ke dalam dua jenis, yaitu nutrisi makro (makronutrien) dan nutrisi mikro (mikronutrien). Nutrisi makro merupakan komponen nutrisi yang dibutuhkan dalam jumlah besar, yaitu protein, karbohidrat, dan lemak. Sedangkan nutrisi mikro merupakan komponen nutrisi yang hanya dibutuhkan dalam jumlah kecil, yaitu vitamin dan mineral. Makronutrien dan mikronutrien sama-sama penting dan harus dikonsumsi oleh anak sejak dini.

a. Protein

Protein merupakan nutrisi makro yang diperlukan dalam jumlah yang besar. Protein memiliki fungsi khas yang tidak dapat digantikan oleh zat gizi lain, yaitu membangun dan memelihara sel-sel serta jaringan tubuh. Dalam memahami apa itu nutrisi protein, Mums perlu tahu juga bahwa protein terbagi ke dalam dua sumber, yaitu protein hewani dan protein nabati. Ada beberapa macam sumber protein hewani, di antaranya susu, telur, ikan daging merah, daging putih, dan hasil olahannya. Sedangkan, sumber protein nabati di antaranya kacang-kacangan yang meliputi hasil olahannya, beberapa jenis sayuran, serta buah. Sebagai nutrisi makro, protein memiliki peran penting bagi tubuh, di antaranya:

- 1) Sebagai sumber energi
- 2) Membangun dan memperbaiki jaringan tubuh
- 3) Membentuk antibody
- 4) Membentuk enzim dan hormone
- 5) Mengangkut zat gizi pada tubuh

b. Karbohidrat

Karbohidrat termasuk nutrisi makro yang berfungsi sebagai penghasil energi dalam tubuh. Karbohidrat dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu karbohidrat sederhana dan karbohidrat kompleks. Karbohidrat kompleks yaitu jenis karbohidrat yang memerlukan waktu lebih lama untuk dicerna oleh tubuh dibandingkan karbohidrat sederhana. Hal tersebut dapat membantu menjaga kadar gula darah dan membuat anak merasa lebih kenyang lebih lama. Sedangkan, karbohidrat sederhana hanya

mengandung gula dasar yang mudah dicerna dan diserap oleh tubuh.

- c. *Dietary Guidelines for Americans* menyebutkan bahwa karbohidrat kompleks lebih sehat dibandingkan karbohidrat sederhana. Walaupun demikian, kedua jenis karbohidrat ini tetap penting dikonsumsi oleh anak-anak dalam masa pertumbuhan guna mendukung tumbuh kembangnya lebih optimal. Penuhi kebutuhan karbohidrat anak sesuai dengan batas normal dan perlu diseimbangkan dengan asupan dari zat gizi lain. Karbohidrat kompleks umumnya ditemukan pada beras merah, gandum, ubi, kentang, jagung, kacang merah, quinoa, buncis, sayuran hijau, dan lain-lain. Olahan biji-bijian seperti tepung, roti putih, dan nasi putih pun termasuk karbohidrat kompleks, tetapi memiliki nilai gizi yang lebih rendah sehingga perlu dibatasi. Sedangkan, karbohidrat sederhana dapat ditemukan dalam kue, soda, permen, es krim, makanan manis, dan minuman manis lainnya.

d. Lemak

Selain protein dan karbohidrat, lemak juga termasuk nutrisi makro yang dibutuhkan oleh tubuh anak. Tidak semua jenis lemak itu jahat, ada pula lemak baik yang dapat memberikan banyak manfaat untuk kesehatan, seperti asam lemak omega 3 yang penting untuk meningkatkan kecerdasan anak. Selain itu, fungsi lain dari lemak yaitu dapat membantu penyerapan vitamin A, D, dan E, sebagai sumber energi, membantu menyehatkan kulit dan rambut, dan membantu melindungi organ tubuh. Makanan yang mengandung lemak baik bisa berasal dari hewan (hewani), bisa juga dari tumbuhan

(nabati). Berikut ini adalah beberapa contoh makanan yang mengandung lemak baik berdasarkan jenis lemak baik yang banyak terkandung di dalamnya:

1) Lemak tak jenuh tunggal (*monounsaturated fatty acid*)

Mengonsumsi makanan yang mengandung lemak tak jenuh tunggal dapat melindungi jantung dan pembuluh darah, serta mengurangi risiko terjadinya penyakit jantung. Lemak ini bekerja dengan cara menjaga kadar kolesterol baik (HDL), sekaligus mengurangi kadar kolesterol jahat (LDL).

Lemak tak jenuh tunggal banyak terkandung dalam berbagai makanan dan minyak nabati, seperti: Kacang-kacangan, misalnya kacang tanah, kacang mete, dan kacang *almond*, Minyak zaitun., selai kacang, dan alpukat

2) Lemak tak jenuh ganda (*polyunsaturated fatty acid*)

Seperti halnya lemak tak jenuh tunggal, lemak tak jenuh ganda juga baik untuk kesehatan jantung dan pembuluh darah. Ada 2 jenis lemak tak jenuh ganda yang paling umum dikenal, yaitu omega-3 dan omega-6. Berikut adalah beberapa contoh makanan yang banyak mengandung lemak baik ini: Omega-3: ikan salmon, ikan sarden, ikan makarel, dan kacang kenari. Omega-6: kacang kedelai, kacang kenari, biji bunga matahari, biji wijen, dan jangung.

3. Vitamin

Meskipun termasuk nutrisi mikro, namun asupan vitamin pun harus dicukupi agar mendukung kesehatan dan tumbuh kembang anak. Vitamin merupakan zat gizi yang berperan untuk menunjang kinerja sel dan jaringan dalam tubuh. Nutrisi mikro ini terbagi ke dalam berbagai jenis, mulai dari vitamin A, vitamin B kompleks, vitamin C, vitamin D, vitamin E, dan vitamin K. Setiap jenis vitamin memiliki fungsi dan manfaatnya masing-masing.

a. Vitamin A

Vitamin A adalah vitamin larut lemak yang memiliki beberapa peran esensial di dalam tubuh. Mulai dari menunjang pertumbuhan dan pembelahan sel, tumbuh kembang janin, hingga fungsi reproduksi. Nutrisi mikro ini pun diperlukan untuk menjaga kesehatan serta fungsi mata, sistem imun, dan kulit. Karenanya, kekurangan vitamin A dapat berdampak pada kebutaan dan melemahnya daya tahan tubuh. Sementara kelebihan vitamin A bisa menyebabkan mual, muntah, hilang nafsu makan, mudah marah, rambut rontok, dan penyakit kuning (*jaundice*).

b. Vitamin B

Memiliki 8 jenis, masing-masing vitamin B memainkan peran dan fungsi yang berbeda-beda pula. Tetapi, bersama-sama, vitamin B kompleks memainkan peran dalam mengubah karbohidrat, protein, dan lemak dari makanan yang Anda konsumsi menjadi energi. Adapun vitamin B1, B2, dan B3 berfungsi untuk menjaga kesehatan kulit. Sedangkan vitamin B5 membantu sel tubuh memproduksi asam lemak

dan sejumlah hormon. Ada pula vitamin B6 yang ikut memelihara sistem imun dan membantu produksi sel darah merah. Biotin atau vitamin B7 berperan dalam membantu produksi asam lemak dan asam amino. Serta yang terakhir, vitamin B12 membantu pembentukan sel darah merah dan memelihara fungsi saraf. Kekurangan vitamin B akan berakibat pada terganggunya proses metabolisme, juga dapat menimbulkan penyakit, seperti anemia, beri-beri, dermatitis, dan diare.

c. Vitamin C

Asam askorbat dibutuhkan untuk memproduksi kolagen. Tidak heran jika vitamin C dikatakan dapat menjaga elastisitas kulit, membantu penyembuhan luka, dan memperkuat pembuluh darah. Selain itu, vitamin C juga berfungsi menghasilkan serotonin dan norepinefrin sebagai pengirim sinyal (neurotransmitter) antar saraf. Antioksidan pada vitamin C akan merusak rantai radikal bebas dan melindungi sel-sel tubuh Anda dari kerusakan akibatnya. Jadi, secara tidak langsung vitamin C dapat mengurangi risiko penyakit kronis. Kekurangan vitamin ini akan menyebabkan anemia, gusi berdarah, luka sulit sembuh, gangguan sistem saraf, dan penurunan massa otot. Parahnya lagi, asupan vitamin C yang tidak terpenuhi akan melemahkan kemampuan sistem imun dalam melawan infeksi patogen. Hal ini tentu membuat anak menjadi lebih rentan terkena penyakit.

d. Vitamin D

Disebut juga dengan vitamin “*sunshine*”, vitamin D berperan dalam membantu penyerapan kalsium untuk pertumbuhan tulang kuat, serta membantu daya tahan tubuh melawan infeksi. Kekurangan vitamin D akan menyebabkan gangguan tulang, seperti osteomalacia atau melunaknya tulang dan rakhitis. Apabila asupannya tidak tercukupi, tubuh anak akan rentan terinfeksi.

e. Vitamin E

Mengandung antioksidan tinggi, vitamin E dibutuhkan untuk melindungi sel-sel dari kerusakan. Nutrisi mikro satu ini juga berperan dalam menjaga sistem imun, membantu pembentukan sel darah merah, memperlambat penuaan, serta mengurangi resiko katarak dan radang sendi. Ketika anak kekurangan vitamin E akan menyebabkan anemia hemolitik.

f. Vitamin K

Vitamin K memiliki peranan penting pada proses pembekuan darah serta memelihara kesehatan tulang. Kekurangan vitamin K bisa meningkatkan risiko perdarahan dan patah tulang.

4. Mineral

Nutrisi mikro yang tak kalah penting adalah mineral. Kebutuhan mineral tetap harus dipenuhi dengan seimbang dan sesuai batas normal agar tumbuh kembang anak lebih optimal. Jika anak kekurangan mineral tertentu, maka akan menimbulkan penyakit dalam tubuh. Mineral terbagi ke dalam beberapa jenis, di antaranya kalsium, kalium, zat

besi, *zinc*, fosfor, yodium, selenium, magnesium, natrium, klorida, tembaga, mangan, *flouride*, sulfur, dan lainnya. Fungsi dan manfaat mineral sangat beragam tergantung dari jenisnya.

Daftar Pustaka

<https://www.idai.or.id/tentang-idai/pernyataan-idai/jadwal-imunisasi-idai-2020>

La Ode Alifariki, S. K. (2020). *Gizi Anak dan Stunting*. LeutikaPrio.

Mulyati, Ratnaningsih, Fia Sofiati, Saputro, & Sopandy, D. (2014). *Buku Ajar Imunisasi*.

Rahayu, A., Rahman, F., & Lenie, M. (2018). *Gizi 1000 Hari Pertama Kehidupan*. CV Mine. Jakarta

United States. Dietary Guidelines Advisory Committee. (2010). *Dietary guidelines for Americans, 2010* (No. 232). US Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture.

Profil Penulis

Ns. Andi Nur Indah Sari, M.Kep



Lahir di Palu tanggal 21 Juni 1990. Lulus S1 Keperawatan di STIK Indonesia Jaya Palu tahun 2012. Lulus Profesi Ners di Universitas Widya Husada Semarang tahun 2013. Setelah menyelesaikan pendidikan Ners dan dinyatakan kompeten dalam Uji Kompetensi Ners Indonesia, penulis kemudian bekerja sebagai perawat di RSUD

Undata Provinsi Sulawesi Tengah. Tahun 2016 melanjutkan pendidikan S2 Ilmu Keperawatan di Universitas Indonesia dan lulus tahun 2018. Sejak akhir tahun 2014 hingga saat ini merupakan dosen tetap pada Program Studi Ilmu Keperawatan di STIK Indonesia Jaya Palu.

Penulis merupakan anak sulung dari 4 bersaudara pasangan suami istri Drs. Amiruddin Umar Said dan Dra. Sitti Hadijah. Penulis dibesarkan di lingkungan pendidik, sebab kedua orangtua berprofesi sebagai Guru sehingga menginspirasi penulis untuk mengikuti jejak orangtua mengabdikan diri dalam bidang pendidikan. Selain itu, dukungan dari suami yaitu Sugeng Amirul Fahmi, S.Tr yang selalu memberikan motivasi untuk terus mengembangkan karir di bidang pendidikan keperawatan.

Saat ini penulis *concern* dalam mengajar dan pembimbingan mahasiswa pada mata kuliah keperawatan anak, keperawatan maternitas dan manajemen keperawatan. Karya ini merupakan karya kedua dari penulis yang sebelumnya telah menghasilkan buku manajemen keperawatan.

Email Penulis: sari.aidm@gmail.com

MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT (MTBS)

Jennifa, S.Kep., Ns., M.Kep.

STIKES Guna Bangsa Yogyakarta

Definisi Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) yang dalam bahasa inggris disebut *Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI) adalah suatu manajemen melalui pendekatan terpadu dalam melakukan tatalaksana balita sakit dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan serta kualitas pelayanan kesehatan anak. Metode ini merupakan salah satu cara yang efektif untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan pada bayi dan anak. MTBS dapat dilakukan pada pelayanan tingkat pertama seperti unit rawat jalan, puskesmas, polindes, dan lain-lain.

Pelaksanaan manajemen terpadu balita sakit menggunakan strategi upaya kuratif, promotif, dan preventif. Upaya kuratif dilakukan dengan penanganan secara langsung pada balita sakit misalnya dengan kasus pneumonia, diare, malaria, campak, demam berdarah, masalah telinga, dan masalah gizi. Sedangkan upaya promotif dan preventif dilakukan melalui kegiatan konseling gizi, konseling pemberian ASI, pemberian suplemen vitamin, dan pengobatan terhadap cacung (Maryunani, 2014).

Perkembangan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

Pada pertengahan tahun 1990 *World Health Organization* (WHO) dan *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) meresmikan *Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI) dengan tujuan meningkatkan kebelangsaan hidup bayi di negara-negara berkembang karena setiap 1.000 kelahiran angka kematian bayi mencapai lebih dari 40 bayi. Tujuan lainnya adalah menyediakan pelayanan terintegrasi diantaranya adalah pencegahan, pengobatan, serta perawatan pada balita sakit. Selanjutnya strategi pelaksanaan IMCI diperluas termasuk perawatan bayi baru lahir atau usia di bawah satu minggu yang mengalami sakit, dan secara berkala memperbarui pengetahuan teknis mengenai IMCI untuk kemajuan pendekatan ini dalam rangka mengurangi angka kematian bayi.

Lebih dari 100 negara mengadopsi dan mengimplementasikan IMCI dengan baik secara keseluruhan atau sebagian. IMCI terdiri dari tiga komponen yaitu meningkatkan keterampilan tenaga kesehatan, memperkuat sistem kesehatan, serta meningkatkan praktik dari keluarga dan komunitas. IMCI terbukti berkontribusi untuk mengurangi angka kematian anak pada era *Millenium Development Goals* (MDGs), beberapa hasil penelitian juga membuktikan bahwa pelaksanaan IMCI bila diterapkan pada fasilitas kesehatan dan komunitas mampu mengurangi 15% angka kematian anak (Boschi Pinto et al., 2018).

Di Indonesia, MTBS mulai dikembangkan sejak tahun 1997 melalui Kerjasama antara Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (KEMENKES), WHO, UNICEF, dan Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) dengan melakukan adaptasi modul MTBS WHO. Pada November 1997, modul

tersebut digunakan dalam pelatihan MTBS dengan pelatih dari *South East Asia Region* (SEARO). Sejak saat itu penerapan MTBS di Indonesia mulai berkembang secara bertahap dan modul MTBS dilakukan *up-date* secara berkala dengan menyesuaikan perkembangan program kesehatan di Depkes dan ilmu kesehatan anak melalui IDAI. Layanan MTBS ini tidak hanya upaya kuratif saja, namun sekaligus upaya preventif dan promotif. Puskesmas dikatakan telah menerapkan MTBS apabila kriteria pelaksanaan MTBS minimal 60% dari jumlah kunjungan balita sakit di puskesmas tersebut (Permenkes, 2013).

Tujuan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

Manajemen terpadu balita sakit memiliki dua tujuan yaitu; pertama, tujuan secara umum untuk menurunkan angka kesakitan dan mengurangi angka kematian yang sering terjadi pada balita, serta memberikan kontribusi pada proses pertumbuhan dan perkembangan kesehatan anak. Tujuan kedua, yaitu tujuan secara khusus untuk menilai tanda dan gejala penyakit, status imunisasi, pemberian vitamin A, status gizi, membuat klasifikasi, menentukan tindakan yang sesuai dengan klasifikasi dan menentukan apakah anak perlu dirujuk, memberi pengobatan pra rujukan. Pada program MTBS juga dilakukan upaya preventif dan kuratif seperti pemberian imunisasi, tablet zinc, dan oralit. Serta pemberian edukasi kepada ibu tentang tata cara pemberian obat di rumah, dan asuhan dasar pada bayi muda.

Strategi Pelaksanaan MTBS

Menurut Ngastiyah (2012), strategi pelaksanaan MTBS meliputi tiga komponen khas yang dapat menguntungkan, yaitu :

1. Komponen I : Meningkatkan keterampilan petugas kesehatan dalam tatalaksana kasus balita sakit

(selain dokter, petugas kesehatan non-dokter dapat juga melakukan pemeriksaan dan menangani pasien asalkan sudah dilatih).

2. Komponen II : Memperbaiki sistem kesehatan (utamanya di tingkat kabupaten/kota).
3. Komponen III : Memperbaiki praktik keluarga dan masyarakat dalam perawatan di rumah dan upaya pencarian pertolongan kasus balita sakit (meningkatkan pemberdayaan keluarga dan masyarakat), yang dikenal sebagai MTBS berbasis masyarakat.

Langkah-Langkah Pelaksanaan MTBS

Menurut Alamsyah 2004 dalam Hidayat 2011, model manajemen terpadu balita sakit meliputi beberapa langkah, yaitu:

1. Penilaian adanya tanda dan gejala dari suatu penyakit dengan cara melakukan anamnesa/wawancara serta melakukan pemeriksaan fisik dasar dengan teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.
2. Membuat klasifikasi dengan menentukan tingkat kegawatan dari suatu penyakit, hal ini digunakan untuk menentukan tindakan, bukan diagnosis khusus penyakit.
3. Menentukan tindakan dan mengobati, yaitu dengan memberikan tindakan pengobatan di fasilitas kesehatan, membuat resep obat, serta mengajarkan ibu tentang obat dan tindakan yang dapat dilakukan di rumah.
4. Memberikan konseling pada ibu dengan menilai cara pemberian makan dan kapan anak harus kembali ke fasilitas pelayanan kesehatan.

5. Memberikan pelayanan tindak lanjut pada saat kunjungan ulang.

Klasifikasi Manajemen Terpadu Balita Sakit

1. Manajemen Terpadu Balita Sakit Usia 1 Hari – 2 Bulan
 - a. Penilaian tanda dan gejala

Penilaian tanda dan gejala yang pertama kali dilakukan pada balita usia 1 hari – 2 bulan adalah sebagai berikut :

- 1) Pertama, menilai adanya kejang seperti riwayat kejang, tanda kejang; tremor yang disertai adanya penurunan kesadaran; terjadi gerakan yang tidak terkendali pada mulut, mata, atau anggota gerak lain; mulut mecucu; terjadi kekakuan pada seluruh tubuh tanpa adanya rangsangan; serta adanya tangis melengking secara tiba-tiba.
- 2) Kedua, adanya tanda dan gejala gangguan pernapasan seperti henti napas (*apnea*) lebih dari 20 detik, napas cepat > 60 kali per menit, napas lambat < 30 kali per menit, tampak kebiruan (*sianosis*), adanya tarikan dada sangat kuat, pernapasan cuping hidung, serta selalu merintih.
- 3) Ketiga, adanya tanda dan gejala hipotermia, seperti penurunan suhu tubuh (<36,5 derajat celsius), kulit teraba dingin, mengantuk dan letargis, adanya gerakan abnormal, serta kadang-kadang tubuh tampak kemerahan dan mengeras (*sklerema*).
- 4) Keempat, adanya tanda dan gejala kemungkinan infeksi bakteri seperti mengantuk atau letargi (tidak sadar), adanya kejang, malas atau tidak bisa minum, adanya

nanah yang keluar dari telinga, pusar tampak kemerahan dan meluas sampai ke kulit perut juga berbau busuk.

- 5) Kelima, adanya tanda dan gejala ikterus seperti adanya kuning pada hari kedua setelah lahir atau ditemukan kuning pada usia 14 hari atau lebih, adanya kuning pada bayi yang kurang bulan, tinja berwarna pucat, serta kekuningan sampai ke lutut atau siku.
- 6) Keenam, adanya tanda dan gejala gangguan saluran cerna seperti adanya muntah segera setelah minum, muntah berulang, berwarna hijau, gelisah atau rewel dan perut bayi tegang atau kembung, keluar air liur secara berlebihan, adanya darah dalam tinja tanpa disertai dengan diare. Khusus pada bayi, dalam 48 jam pertama setelah lahir ditemukan belum buang air besar lebih dari 24 jam terakhir, maka dicurigai tidak terdapat lubang anus.
- 7) Ketujuh, adanya tanda dan gejala diare seperti letargi atau tidak sadar, mata cekung, turgor buruk, gelisah, rewel, serta diare lebih dari 14 hari disertai adanya darah dalam tinja dan tidak ada gangguan saluran cerna.
- 8) Kedelapan, adanya tanda dan gejala kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI seperti berat badan menurut usia di bawah garis merah, tidak bisa minum, atau tidak dapat melekat sama sekali, tidak mengisap sama sekali, ada celah bibir atau langit-langit, posisi bayi tidak benar, adanya bercak atau luka putih di mulut. Khusus usia 28 hari bayi baru lahir

sangat kecil atau berat badan kurang dari 2.000 gram.

b. Penentuan Klasifikasi dan Tingkat Kegawatan

Penentuan klasifikasi dan tingkat kegawatan digunakan untuk menentukan sejauh mana tingkat kegawatan dari keadaan bayi yang didapat dari masing-masing tanda dan gejala yang ada di atas. Berikut ini adalah cara penentuan klasifikasi dan tingkat kegawatan;

1) Klasifikasi kejang

Apabila ditemukan tanda tremor yang disertai adanya penurunan kesadaran, terjadi gerakan yang tidak terkendali pada mulut, mata atau anggota gerak lain, mulut mecucu dan sebagainya.

2) Klasifikasi gangguan napas

Apabila ditemukan adanya henti napas (apnea) lebih dari 20 detik, napas cepat ≥ 60 kali per menit, napas lambat ≤ 30 kali per menit, tampak sianosis, adanya tarikan dada sangat kuat.

3) Klasifikasi hipotermia

Hipotermia sedang : apabila ditemukan suhu tubuh pada bayi sekitar 36-36,4 derajat celsius serta kaki atau tangan teraba dingin yang dapat disertai adanya gerakan pada bayi yang kurang normal. Hipotermia berat: apabila suhu tubuh kurang dari 36 derajat celsius.

4) Klasifikasi kemungkinan infeksi bakteri

Pertama, infeksi bakteri sistemik apabila ditemukan anak selalu mengantuk/letargis

atau tidak sadar, kejang, terdapat gangguan napas. Kedua, infeksi lokal berat apabila ditemukan nanah didaerah mata, keluar dari telinga, tali pusat atau umbilicus terjadi kemerahan. Ketiga, infeksi bakteri lokal bila ditemukan adanya nanah yang keluar dari mata akan tetapi jumlahnya masih sedikit, bau busuk, terjadi kerusakan kulit yang sedikit, tali pusat atau umbilicus tampak kemerahan.

5) Klasifikasi ikterus

Klasifikasi ikterus ini terbagi menjadi dua bagian, yaitu ikterus patologis dan ikterus fisiologis. Ikterus patologis terjadi apabila ditemukan adanya kuning pada hari kedua setelah lahir atau ditemukan pada hari ke-14 atau juga pada hari yang kurang bulan. Tinja berwarna pucat serta daerah lutut dan siku juga tampak sekali warna kekuningan. Ikterus fisiologis di tandai dengan adanya warna kuning pada usia 3-14 hari dan tidak ada tanda atau gejala dari ikterus patologis.

6) Klasifikasi gangguan cerna

Dijumpai bila terdapat tanda muntah segera setelah minum, atau berulang, berwarna hijau, gelisah, rewel, dan perut bayi kembung dan serta tegang.

7) Klasifikasi diare

Diare dapat dikelompokkan menjadi diare dengan dehidrasi berat, diare dengan dehidrasi sedang atau ringan, diare tanpa dehidrasi, diare persisten, dan disentri. Diare dengan dehidrasi berat, apabila terdapat

tanda letargis/mengantuk atau tidak sadar, mata cekung, serta turgor kulit buruk. Diare dengan dehidrasi sedang atau ringan, apabila ditemukan tanda seperti gelisah atau rewel, mata cekung, serta turgor kulit buruk. Diare tanpa dehidrasi, apabila hanya ada salah satu tanda pada dehidrasi berat atau ringan. Diare persisten, apabila pada bayi terjadi diare sudah lebih dari 14 hari. Disentri, apabila diare disertai darah pada tinja dan tidak ada tanda gangguan saluran pencernaan.

- 8) Klasifikasi BB rendah atau masalah pemberian ASI.

Jika ditemukan tanda seperti bayi sangat kecil, tidak bisa minum ASI, tidak mampu menghisap ASI.

c. Pemberian Konseling

Pada program manajemen terpadu balita sakit, pemberian konseling dilakukan tentang beberapa hal, diantaranya;

- 1) Konseling cara pemberian obat oral di rumah

Konseling diawali dengan menunjukkan obat oral yang akan diberikan serta dosis pemberiannya. Kemudian jelaskan alasan pemberian dan melakukan peragaan cara mengukur atau membuat dosis obat. Anjurkan ibu untuk mempraktikkan sendiri dan lakukan evaluasi pemahaman ibu tentang cara pemberian obat.

- 2) Konseling cara mengobati infeksi bakteri lokal dirumah

Konseling dilakukan untuk menjelaskan jenis infeksi bakteri pada bayi muda, di antaranya infeksi yang sering terjadi pada kulit, pusar, atau mata.

- 3) Konseling cara menyinari bayi dengan cahaya matahari

Konseling dilakukan untuk menjelaskan cara yang tepat untuk menyinari bayi, yaitu dengan melakukan penyinaran pada waktu pagi mulai pukul 07.00-08.00; posisi kepala bayi diatur agar wajah tidak menghadap matahari langsung; lakukan penyinaran selama 30 menit dengan 15 menit posisi terlentang dan 15 menit posisi tengkurap; penyinaran dilakukan seluas mungkin pada daerah kulit sehingga sangat dianjurkan bayi tidak menggunakan pakaian. Setelah konseling lakukan evaluasi terhadap pemahaman ibu dan minta untuk memperagakan kembali.

- 4) Konseling cara mengobati luka atau bercak putih di mulut

Konseling ini bertujuan untuk menjelaskan cara mengobati luka bercak putih di mulut yang dilakukan dengan cara: cuci tangan sebelum tindakan; bersihkan mulut bayi dengan ujung jari ibu yang terbungkus kain bersih dan telah dicelupkan ke larutan air matang. Lakukan 3 kali sehari Selama 7 hari

5) **Konseling cara meningkatkan ASI**

Dilakukan dengan menjelaskan cara untuk meningkatkan ASI di antaranya menyusui lebih sering pada siang dan malam atau setiap waktu sampai bayi tidak lagi mau menyusui. Semakin sering bayi diberikan ASI akan lebih baik. Menyusui sebaiknya dilakukan bergantian payudara kanan atau kiri dengan mengosongkan salah satu payudara.

6) **Konseling cara menyusui**

Cara menyusui dilakukan sebagai berikut :
atur posisi yang benar dengan menyanggah seluruh tubuh, jangan hanya di leher dan bahunya saja, posisi kepala dan tubuh bayi lurus, hadapkan ke dada sehingga hidung bayi berhadapan dengan puting susu kemudian dekatkan badan bayi ke badan ibu. Letakkan bayi dengan menyentuhkan bibir bayi ke puting susu, menunggu sampai mulut terbuka lebar, kemudian dekatkan puting susu sehingga bibir bawah bayi terletak di bawah puting susu. Minta ibu untuk mempraktekkan dan lakukan evaluasi pemahamannya.

7) **Konseling cara mencegah infeksi dan pemberian imunisasi**

Menjelaskan cara perawatan tali pusat sebagai berikut : bersihkan tali pusat yang basah dengan air matang dan sabun, kemudian keringkan. Setiap kali memegang bayi, hendaknya selalu cuci tangan dengan sabun. Jaga kebersihan tubuh dengan rutin memandikan bayi. Hindari kontak bayi

dengan orang sakit, dan berikan imunisasi sesuai jadwal.

- 8) Konseling cara meningkatkan pemberian cairan selama anak sakit

Jelaskan pada ibu tentang pemberian ASI lebih sering dan lebih lama setiap kali menyusui serta meningkatkan pemberian cairan seperti oralit atau air matang.

- 9) Konseling kapan anak harus di segera dibawa ke petugas kesehatan

Tanda dan gejala yang ditemukan adalah gerak bayi kurang atau tidak normal, napas cepat, sesak napas, perubahan warna kulit (kebiruan atau kuning), malas atau tidak bisa menyusu atau minum, badan teraba dingin atau panas, vesesnya bercampur darah jika kuning kulit bertambah berarti kondisi bayi bertambah parah.

- 10) Konseling kunjungan ulang

Apabila ditemukan tanda infeksi bakteri lokal, gangguan pemberian ASI, luka bercak putih dimulut, hipotermia sedang, diare dehidrasi ringan atau sedang, maka kunjungan ulangnya 2 hari. Apabila ada tanda dan gejala ikterus fisiologis dan bayi terlihat kuning atau bayi berat rendah, maka kunjungan ulang dilakukan setelah 7 hari.

2. Manajemen Terpadu Balita Sakit Usia 2 Bulan – 5 Tahun

a. Penilaian Tanda dan Gejala

Pada penilaian tanda dan gejala pada bayi umur 2 bulan sampai dengan 5 tahun ini yang dinilai adalah ada tidaknya tanda bahaya umum (tidak bisa minum atau menetek, muntah, kejang, letargis atau tidak sadar) dan keluhan seperti batuk atau kesukaran bernafas, adanya diare, demam, masalah telinga, malnutrisi, anemia dan lain-lain.

- 1) Pertama, keluhan batuk atau sukar bernafas, tanda bahaya umum, tarikan dinding dada ke dalam, stridor, napas cepat. Frekuensi pernapasan normal pada anak usia 2-12 bulan adalah 50 kali per menit, sedangkan frekuensi pernapasan pada anak usia 12 bulan – 5 tahun adalah 40 kali per menit.
- 2) Kedua, keluhan dan tanda adanya diare, seperti letargis, mata cekung, tidak bisa minum atau malas makan, turgor jelek, gelisah rewel, haus atau banyak minum, adanya darah dalam tinja.
- 3) Ketiga, tanda demam, disertai dengan adanya tanda bahaya umum, kaku kuduk, dan adanya infeksi lokal.
- 4) Keempat, tanda masalah telinga seperti nyeri pada telinga, adanya pembengkakan, adanya cairan keluar dari telinga yang kurang dari 14 hari.
- 5) Kelima, tanda status gizi seperti badan kelihatan bertambah kurus, bengkak pada kedua kaki, telapak tangan pucat, serta status

gizi di bawah garis merah pada pemeriksaan berat badan menurut usia

b. Penentuan klasifikasi dan Tingkat Kegawatan

Penentuan klasifikasi dan tingkat kegawatan dilakukan setelah penilaian tanda dan gejala yang diklasifikasikan berdasarkan keluhan dan tingkat kegawatan. Adapun klasifikasinya sebagai berikut:

1) Klasifikasi pneumonia.

Pneumonia berat, jika ada tanda bahaya umum, tarikan dinding dada ke dalam, adanya stridor. Pneumonia jika ditemukan tanda frekuensi napas yang sangat cepat. Batuk bukan pneumonia, bila tidak ada pneumonia dan hanya keluhan batuk.

2) Klasifikasi dehidrasi.

Dehidrasi berat, bila ada tanda dan gejala seperti letargis, mata cekung, turgor jelek sekali. Dehidrasi ringan atau sedang dengan tanda gelisah, rewel, mata cekung, haus, turgor jelek. Diare tanpa dehidrasi, bila tidak cukup tanda adanya dehidrasi.

3) Klasifikasi diare persisten.

Jika ditemukan diare sudah lebih dari 14 hari dengan dikelompokkan menjadi dua kategori persisten berat, jika adanya tanda dehidrasi dan diare persisten bila tidak ditemukan tanda dehidrasi.

4) Klasifikasi disentri.

Bila diare disertai dengan darah dalam tinja atau diarenya bercampur dengan darah.

5) Klasifikasi resiko malaria.

Bila ditemukan tanda bahaya umum dan disertai dengan kaku kuduk.

6) Klasifikasi campak.

Campak dengan komplikasi berat, jika ditemukan adanya tanda bahaya umum, terjadi kekeruhan pada kornea mata, adanya luka di daerah mulut. Campak dengan komplikasi pada mata atau mulut bila ditemukan tanda mata bernanah serta luka di mulut dan ketiga klasifikasi campak bila hanya tanda khas campak.

7) Klasifikasi demam berdarah dengue (DBD)

Bila terjadi demam yang kurang dari 7 hari. DBD apabila ditemukan tanda seperti adanya bitnik perdarahan di kulit (petekie), adanya tanda syok seperti ekstremitas teraba dingin, nadi lemah atau tidak teraba, muntah bercampur darah, perdarahan hidung atau gusi, serta adanya uji tourniquet positif.

8) Klasifikasi masalah telinga

Mastoiditis, apabila ditemukan adanya pembengkakan dan nyeri di belakang telinga. Infeksi telinga akut, apabila adanya cairan atau nanah yang keluar dari telinga dan telah terjadi kurang dari 14 hari serta adanya nyeri telinga. Infeksi telinga kronis, apabila ditemukan adanya cairan atau nanah yang keluar dari telinga dan terjadi 14 hari lebih. Tidak ada infeksi telinga, apabila tidak ditemukan gejala seperti di atas.

9) Klasifikasi status gizi.

Gizi buruk atau anemia berat, bila BB sangat kurus, adanya bengkak pada kedua kaki serta pada kedua telapak tangan ditemukan keputihan. Klasifikasi di bawah garis merah dan atau anemia bila ditemukan tanda telapak tangan agak pucat, BB menurut umur di bawah garis merah dan ketiga, tidak dibawah garis merah dan tidak anemia bila tidak ada tanda di atas.

c. Pemberian Konseling

Pemberian konseling yang dapat dilakukan pada manajemen terpadu balita sakit usia 2 bulan – 5 tahun adalah sebagai berikut:

1) Konseling pemberian makan pada anak

Tanyakan cara menyusui anak berapa kali sehari, apakah pada malam hari juga menyusui, apakah anak mendapatkan makanan dan minuman lain. Apabila berat badan berdasarkan usia sangat rendah, dapat ditanyakan berapa banyak makanan dan minuman yang diberikan pada anak, apakah anak mendapatkan makanan tersendiri dan bagaimana caranya, apakah selama sakit makanan diubah.

2) Konseling pemberian cairan selama sakit

Selama anak sakit, ibu dianjurkan dapat memberikan ASI lebih sering dan lebih lama, meningkatkan kebutuhan cairan seperti memberikan makanan dengan kuah sayur, air tajin, atau air matang.

3) Konseling kunjungan ulang

Konseling tentang kunjungan ulang yang harus dilakukan pada ibu dan keluarga adalah apabila ditemukan tanda-tanda sebagai berikut: dalam waktu yang ditentukan, ibu harus segera ke petugas kesehatan; pada klasifikasi pneumonia, disentri, malaria, demam berdarah, campak, atau demam maka lakukan kunjungan setelah 2 hari dan apabila diare persisten, infeksi telinga, dan terdapat masalah pemberian makan, maka kunjungan dilakukan setelah 5 hari.

Daftar Pustaka

- Boschi-Pinto, et al., (2018). *Global implementation survey of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): 20 years on. BMJ Open*, 8(7).
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019079>
- Hidayat, A. Aziz Alimul. (2011). *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ngastiyah. (2012). *Perawatan Anak Sakit Ed ke-2*. Jakarta: EGC.
- Maryunani, Anik. (2014). *Pengenalan Praktis Manajemen Terpadu Balitas Sakit untuk Paramedis*. Bogor: In Media.
- Permenkes RI No. 70 tahun 2013. *Manajemen Terpadu Balita Sakit Berbasis Masyarakat*.
- WHO. (2012). *Guidelines on Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health: Recommendations on Newborn health*.
<https://drive.google.com/file/d/0B85Ahc2VdqcdVTdCWGRpZE53OGs/view?resourcekey=0-czEwLmMzd9H12prVxAAQbQ> Diakses pada 19 Oktober 2021.
- WHO. (2013). *Pocket of Hospital Care for Children: Guidelines for The Management of Common Childhood Illnesses 2nd ed*. Malta.

Profil Penulis



Jennifa, S.Kep., Ns., M.Kep.

Lulus pendidikan Sarjana Keperawatan di STIKES Guna Bangsa Yogyakarta pada tahun 2014, kemudian melanjutkan pendidikan Profesi Ners di kampus yang sama dan lulus pada tahun 2015. Pada tahun 2019 penulis menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan peminatan Manajemen Keperawatan di Universitas Diponegoro Semarang. Saat ini penulis merupakan dosen tetap di program studi Pendidikan Profesi Ners STIKES Guna Bangsa Yogyakarta. Penulis mengampu mata kuliah Keperawatan Dasar, Manajemen Keperawatan, dan merupakan tim dosen pengampu stage Keperawatan Anak pada tahap Pendidikan Profesi Ners. Hal tersebut kemudian yang menjadi motivasi dan ketertarikan penulis untuk terlibat dalam penulisan buku ajar Keperawatan Anak ini. Pengalaman menulis beberapa buku yang di publikasikan dan terdaftar HKI di antaranya adalah Modul Pelatihan *Discharge Planning* pada Pasien Gagal Jantung Kongestif tahun 2019; Modul Praktikum Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kerja dalam Keperawatan tahun 2020; Panduan Penyusunan *Literatur Review* tahun 2021. Beberapa karya ilmiah berupa riset keperawatan yang telah di publikasikan di antaranya Pelatihan *Discharge Planning* untuk Menurunkan Kejadian Rehospitalisasi pada Pasien Gagal Jantung Kongestif tahun 2019; Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Perawat dalam Pelaksanaan Program *Patient Safety* tahun 2020; *Correlations Knowledge and Attitudes of Nurse Behaviour in Medical Waste Disposal in Inpatient Ward* tahun 2021.

Email Penulis: jejenni09@gmail.com

MANAJEMEN POLA ASAH, ASIH, DAN ASUH PADA ANAK

Ns. Malisa Ariani, M.Kep

Universitas Sari Mulia Banjarmasin

Definisi Asah, Asih dan Asuh

Asah, asih dan asuh merupakan bagian dari kebutuhan dasar anak untuk mendukung tumbuh kembangnya dikemudian hari. Adapun definisi terkait asah, asih dan asuh pada anak yang diambil dari beberapa ahli meliputi:

1. Asah

Asah merupakan stimulasi yang dilakukan pada anak agar kebutuhan dan pengembangan mental terpenuhi. Stimulasi mental adalah poin utama dalam proses belajar baik melalui pendidikan dan pelatihan pada anak terutama untuk perkembangan mental psikososial sehingga menjadi anak yang mandiri dalam mempersiapkan masa depan. Adapun kebutuhan asah anak seperti kecerdasan, kemandirian, keterampilan, kreativitas, kepribadian, agama, moral/etika, produktivitas.

2. Asih

Asih merupakan pemenuhan kebutuhan anak akan kasih sayang, perhatian, rasa aman, kehangatan pada keluarga sehingga anak tumbuh dan berkembang sesuai dengan usianya. Kasih sayang yang didapat

dari orangtua sebagai orang yang terdekat dengan anak akan menciptakan ikatan yang kuat dan kepercayaan dasar anak. Hubungan orangtua dan anak dalam keluarga membuat pengaruh besar dalam tumbuh kembang anak.

3. Asuh

Asuh merupakan cara pengasuhan yang benar pada anak. Pola asuh yang ditanamkan tiap keluarga berbeda-beda, tergantung dari cara pandang tiap orangtua dan keluarga. Kebutuhan asuh meliputi memenuhi kebutuhan pemeliharaan dan perawatan anak agar kesehatannya terpelihara, sehingga diharapkan menjadi anak yang sehat secara fisik, mental, sosial dan spiritual.

Pentingnya Pola Asah, Asih dan Asuh Pada Anak

Memantau kebutuhan dalam pola asah, asih dan asuh pada anak itu merupakan hal yang teramat penting dan sangat mempengaruhi untuk tumbuh kembang anak. Ketiga kebutuhan dasar ini harus dilakukan dengan seimbang dan seiring seirama dalam setiap tumbuh kembang anak. Pola asah yang baik yang dilakukan oleh orangtua atau keluarga akan meningkatkan kemampuan anak dalam melakukan berbagai macam kegiatan yang dapat meningkatkan kecerdasan, kemandirian anak, kreatifitas, moral/ etika yang sesuai, sehingga anak tumbuh menjadi pribadi yang dapat mengelola dirinya dengan baik dan tidak hanya berpangku tangan pada orangtua saja. Kebutuhan asah adalah awal dari proses pembelajaran, mendidik dan merangsang perkembangan anak yang sejak dini sudah dilatih.

Selain kebutuhan untuk pola asah anak yang diperhatikan, orangtua juga wajib memberikan kasih sayang (asih) yang dapat menciptakan kedekatan dan kepercayaan anak ke orangtua. Setiap anak

mebutuhkan kasih sayang yang akan berdampak perkembangan fisik dan mental anak. Bentuk kasih sayang yang dapat dilakukan orangtua pada anak yaitu melalui senyuman, belaian, pelukan, mendengarkan cetohan anak tapi tetap diimbangi dengan pemberian stimulasi seperti mengajak anak bicara, bermain, dan berkomunikasi agar perkembangan kepribadian dan emosional anak tercipta dengan baik sesuai dengan usianya. Kasih sayang yang diberikan oleh orangtua menjadikan fondasi kehidupan anak dalam mengeksplor dunianya. Pola asih yang benar pada anak akan mampu untuk memaksimalkan perkembangan kecerdasan emosi anak dan anak merasa aman berada di dekat orangtuanya.

Disamping itu, pola asuh yang diciptakan oleh orangtua dan keluarga juga mempengaruhi setiap ketercapaian tumbuh kembang anak. Diharapkan terdapat keseimbangan dalam pengasuhan antara kasih sayang dengan kecukupan nutrisi, tempat tinggal yang layak dan perawatan kesehatan dasar seperti imunisasi yang memadai. Jika asupan nutrisi kurang maka dapat mengganggu atau kurangnya aktifitas dan kesehatan jasmani anak. Pendidikan orangtua juga menjadi salah satu faktor yang dapat mempengaruhi cara orangtua melakukan pengasuhan pada anak. Perumahan yang memadai seperti tersedianya ventilasi rumah yang sesuai, baiknya pengelolaan dan pembuangan sampah, adanya ketersediaan air bersih akan mencegah anak dari risiko mengalami penyakit infeksi dan pertumbuhan anak dapat berjalan optimal. Terkadang semua syarat di atas dalam mengoptimalkan tumbuh kembang anak, biasanya terkendala dengan kecukupan ekonomi dari keluarga. Maka dari itu pentingnya mempersiapkan diri menjadi orangtua dalam melakukan manajemen pola asah, asih dan asuh yang baik selama anak dalam proses bertumbuh

dan berkembang sehingga anak memiliki masa depan sesuai harapan.

Selain orangtua memperhatikan kebutuhan asah, asih dan asuh anak, penting juga melakukan pemeriksaan terhadap tumbuh kembang pada anak agar dapat mendeteksi secara dini jika ada penyimpangan dan bisa ditangani segera. Orangtua dapat melakukan pemeriksaan tumbuh kembang secara mandiri atau membawa anak ke tempat pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, praktik dokter, dan lain-lain. Jika orangtua masih belum memahami terkait tahap dan stimulasi perkembangan dan pengukuran tumbuh kembang anak, maka petugas kesehatan dapat memberikan pendidikan kesehatan sehingga pengetahuan orangtua meningkat.

Faktor yang Mempengaruhi Pola Asah, Asih dan Asuh Orang Tua

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi manajemen pola asah, asih dan asuh pada anak, meliputi:

1. Pendidikan orangtua

Pendidikan orangtua merupakan salah satu faktor penting dalam tumbuh kembang anak. Pendidikan orangtua yang baik, maka harapannya dapat menerima, memahami dan menyerap segala informasi yang didapat dari luar terkait cara pengasuhan anak yang baik. Harapannya, bagi ibu yang memiliki status pendidikan rendah agar lebih perhatian terhadap kebutuhan dasar anak, sehingga tumbuh kembang dapat optimal.

2. Pendapatan keluarga

Pendapatan keluarga memiliki peranan penting dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi dalam keluarga. Jika pendapatan keluarga baik, maka kebutuhan nutrisi

dan lainnya akan terpenuhi dengan baik pula. Sebaliknya, jika pendapatan keluarga rendah, maka dapat menjadi masalah dalam memenuhi kebutuhan hidup sehat seperti terpenuhinya zat gizi baik dari sudut kuantitas dan kualitas. Meskipun berpendapatan rendah, keluarga juga harus mampu memenuhi kebutuhan zat gizi yang bernilai baik walaupun tidak harus harganya mahal.

3. Kepribadian orangtua

Setiap orang memiliki perbedaan dalam tingkat energi, kesabaran, intelegensi, sikap dan kematangannya. Tipikal itu dapat menjadi pengaruh dalam kemampuan orangtua memenuhi tuntutan peran sebagai orangtua dan tingkat sensitifitas orangtua terhadap kebutuhan anak-anaknya.

4. Keyakinan dan pengalaman pengasuhan orangtua

Keyakinan yang dimiliki orangtua dalam hal pengasuhan akan mempengaruhi nilai dari pola asuh dan akan mempengaruhi tingkah lakunya dalam mengasuh anaknya. Orangtua yang sebelumnya sudah memiliki pengalaman dalam merawat anak, akan membuat keyakinan meningkat dalam mengasuh anak dan lebih siap serta tenang dalam menjalankan peran pengasuhannya.

5. Hubungan suami istri sebagai orangtua

Jika tercipta keharmonisan antara suami istri maka juga dapat berpengaruh dalam kemampuan menjalankan peran sebagai orangtua dengan baik dan dapat merawat, mengasuh serta mendidik anak dengan bahagia karena satu sama lain saling memberi dukungan dan dapat memberikan solusi positif jika terjadi masalah.

6. Persamaan pola asuh yang diterima orangtua

Jika orangtua menganggap bahwa didikan dan pola asuh orangtuanya dahulu berhasil diterapkan dengan baik, maka mereka akan menggunakan teknik serupa dalam pengasuhan anaknya. Namun jika pengasuhan dari orangtua sebelumnya tidak tepat, maka orangtua dapat merubah ke teknik pengasuhan lain yang kiranya sesuai dengan kondisi saat ini.

7. Stress orangtua

Ketika orangtua sedang mengalami stress, maka dikhawatirkan pengasuhan anak pun akan terganggu, terutama terkait dengan strategi dalam menghadapi masalah yang dimiliki guna menghadapi permasalahan anak. Stress pada orangtua dapat timbul jika anak sedang mengalami tantrum, anak sakit atau mendapatkan selentingan ocehan dari orang luar terkait cara pengasuhan dan mendidik anak.

8. Keterlibatan orangtua

Pentingnya keterlibatan orangtua dalam pengasuhan anak sehingga anak nantinya akan merasa orangtuanya memperhatikan, mengasihi dan mengasuh dirinya dengan baik. Kedekatan hubungan antara ibu dan anaknya sama pentingnya dengan ayah dan anak walaupun secara kodrat aka ada perbedaan namun tetap tidak mengurangi makna penting hubungan tersebut. Jika keduanya terlibat dengan baik dalam mendidik dan pengasuhan maka tumbuh kembang anak juga akan optimal.

9. Pekerjaan orangtua

Jika orangtua sama-sama bekerja, tetap perhatikan kebutuhan dari anak dan bisa terlibat juga dalam mengurus anak, jangan sampai pengasuhan anak

teralihkan ke orang lain dan anak menjadi tidak peduli pada kedua orangtuanya karena merasa diabaikan dan tidak diperhatikan oleh orangtuanya.

Kebutuhan Pola Asah, Asih dan Asuh Pada Anak

1. Kebutuhan pola asah anak (kebutuhan stimulasi)

Guna mendapatkan perkembangan yang optimal, maka pentingnya mengasah anak melalui kegiatan stimulasi untuk mengembangkan secara dini. Pentingnya dilakukan stimulasi pada anak secara dini karena milyaran sel otak dibentuk sejak dari dalam kandungan dan belum ada sinaps (hubungan) antar sel otak sehingga orangtua perlu merangsang hubungan antar sel-sel otak tersebut. Jika ada stimulus maka akan terbentuk sinaps baru dan semakin sering di stimulus maka makin kuat hubungan antara sel-sel di otak. Semakin bervariasi stimulus maka sinaps antar sel-sel otak pun semakin kompleks/ luas. Merangsang otak kiri dan kanan secara seimbang untuk mengembangkan multiple kecerdasan yang lebih luas dan tinggi. Pentingnya juga melakukan stimulus mental sejak dini, akan mengembangkan mental-psikososial anak seperti terkait kemampuan sensorik, motorik, emosi-sosial, bicara, kognitif, kreativitas, kemandirian, moral dan spiritual, dan kepemimpinan.

2. Kebutuhan pola asih anak (kebutuhan kasih sayang dan emosi)

Hubungan erat, mesra dan selaras antara ibu/orangtua dengan anak merupakan syarat mutlak yang harus dipenuhi anak pada tahun-tahun awal kehidupannya, sehingga menjadim tumbuh kembang yang selaras baik fisik, mental, maupun psikologis anak. Peran penting dari ibu/ orangtua dapat menjalin rasa aman bagi bayinya misal dengan

menyusui segera setelah lahir yang akan terjalin kontak fisik (kulit/mata) dan psikis anak secara dini. Kurangnya kasih sayang ibu/ orangtua ditahun pertama kehidupan anak dapat berdampak negatif pada tumbuh kembangnya baik fisik, mental maupun sosial emosional. Kasih sayang orangtua yang terjalin sejak masih didalam kandungan hingga anak itu lahir dan bertumbuh akan menciptakan ikatan erat dan kepercayaan dasar anak sehingga anak merasa aman dan nyaman dekat dengan orangtua. Jika orangtua bekerja, tetap perhatikan kebutuhan kasih sayang anak, jangan sampai anak terabaikan dan tidak merasakan kehadiran orangtuanya sehingga khawatirnya membuat anak tidak peduli dengan orangtuanya dikemudian hari. Cara agar kebutuhan asih anak terpenuhi yaitu upayakan anak merasa dilindungi; diperhatikan keinginan, pendapat dan minatnya; memberi contoh yang dimengerti anak dan tidak memaksa; menghargai dan memotivasi pendapat anak; didik anak dengan kegembiraan dengan cara bermain; jika anak berbuat salah maka beritahu dengan cara yang baik dan tidak membuat anak trauma (tidak mengancam/ menghukum)

3. Kebutuhan pola asuh anak (kebutuhan fisik – biologis)

Kebutuhan asuh pada anak meliputi kebutuhan pangan atau gizi, perawatan kesehatan dasar seperti pemberian imunisasi dasar lengkap agar anak terlindungi dan mencegah dari berbagai penyakit; pemberian ASI sejak dini segera setelah lahir agar terpenuhi nutrisi dan terciptanya kedekatan anak dan ibu; penimbangan bayi/ anak yang teratur sesuai jadwal untuk mendeteksi adanya masalah pertumbuhan anak; memeriksakan perkembangan anak jika mengalami gangguan; pengobatan anak jika sakit dengan membawa ke pelayanan kesehatan

terdekat; tempat tinggal yang layak demi kenyamanan anak sehingga anak dapat tumbuh kembang optimal; pemenuhan kebersihan seperti kebersihan makanan dan minuman, udara, pakaian, rumah, lingkungan dll; pemenuhan nutrisi yang baik dan seimbang dari sejak di dalam hingga anak lahir hingga dewasa sehingga tumbuh kembang optimal; penuhi kegiatan rekreasi, bermain dan aktivitas fisik/ olahraga serta tidur anak yang bermanfaat agar merangsang hormon pertumbuhan dan perkembangan yang optimal, serta merangsang pertumbuhan otot dan tulang.

Cara Menerapkan Pola Asah, Asih dan Asuh yang Efektif

Penerapan pola asah, asih dan asuh yang efektif tidak hanya datang dari orangtua, tetapi juga lingkungan sekitar seperti nenek-kakek, pengasuh, kerabat dekat, tetangga dan juga sekolah. Semua harus berjalan beriringan dan satu suara/ sama karena jika berbeda maka akan membuat hasil yang diinginkan tidak maksimal bahkan bisa membuat anak bingung mana pola yang harus diikuti oleh anak. Adapun cara yang dapat diperhatikan dalam penerapan pola asah, asih dan asuh yang efektif pada anak:

1. Penerapan pola asah anak

Pentingnya stimulus dari orangtua untuk membentuk dan meningkatkan kemampuan dan tumbuh kembang anak agar optimal dan sesuai umurnya. Stimulai merupakan perangsangan melalui penglihatan (visual), bicara (verbal), pendengaran (auditif) dan perabaan (sentuhan) yang berasal dari lingkungan anak. Anak yang mendapat stimulasi terarah perkembangannya dapat lebih cepat dibandingkan anak yang kurang atau tidak mendapat stimulasi. Pemberian stimulasi bisa lebih efektif jika

orangtua memperhatikan kebutuhan anak sesuai dengan tahap perkembangannya. Kualitas stimulus sangat penting dibanding kuantitas waktu yang ada saat memberikan stimulus pada anak terutama bagi orangtua pekerja.

Pada awal perkembangan anak, stimulasi visual dan verbal menjadi stimulasi awal yang penting karena dapat menimbulkan sifat-sifat ekspresif anak. Selain itu juga perlu stimulasi taktil agar tidak menimbulkan penyimpangan perilaku sosial, emosional dan motorik anak. Pada anak yang lebih besar dan sudah bisa berjalan dan bicara, akan lebih menyukai melakukan eksplorasi dan manipulasi ke lingkungan sekitar. Stimulasi verbal juga dibutuhkan pada tahap perkembangan anak yang lebih besar ini dikarenakan adanya penguasaan bahasa, anak akan mengembangkan ide-idenya melalui pertanyaan dan selanjutnya akan mempengaruhi perkembangan kognitif/ kecerdasan anak. Pada masa sekolah, perhatian anak mulai keluar dari lingkungan keluarga dan perhatian mulai teralihkan dengan bermain atau berinteraksi ke teman sesusianya. Dimana hal ini akan membuat anak bisa melakukan sosialisasi dengan orang lain. Sosialisasi anak akan membuat lebih banyak tergalih stimulasi sosial yang bermanfaat bagi perkembangan sosialnya.

Bermain salah satu cara yang dapat dilakukan untuk membantu stimulasi perkembangan anak sedini mungkin. Bermain dapat membuat anak belajar mengendalikan dan mengkoordinasikan otot-ototnya, melibatkan perasaan, emosi dan pikirannya sehingga dengan bermain anak mendapat berbagai pengalaman hidup, selain itu bila dilakukan bersama orang tuanya yang membuat hubungan orang tua dan anak menjadi semakin akrab serta orang tua juga akan segera

mengetahui kalau terdapat gangguan perkembangan anak secara dini.

2. Penerapan pola asih anak

Kebutuhan rasa kasih sayang pada anak usia perlu diperhatikan agar tidak menyebabkan mental dan perilaku sosial anak terganggu. Kebutuhan ini yang membuat anak melakukan atau mengadakan hubungan afeksi (hubungan emosional) dengan orang lain yang diaktualisasikan dalam bentuk kebutuhan akan rasa memiliki dan dimiliki, mencintai dan dicintai, kebutuhan akan rasa diakui dan diikutisertakan sebagai bagian dari suatu kelompok, merasa dirinya penting, rasa setia kawan, kerjasama dan sebagainya.

Penerapan pola asih pada anak dapat dilakukan dengan cara berikut ini, meliputi:

- a. Pada anak usia dasar, kebutuhan kasih sayang dapat dilakukan dengan cara memberikan perhatian penuh seperti menyediakan sarapan atau bekal makanan, menemani anak ketika belajar, mengajak mereka berwisata (*refreshing*), bermain, bersanda gurau, membelikan mereka makanan, mainan atau benda-benda yang mereka sukai.
- b. Anak-anak diberi *reward* (hadiah) ketika mereka berhasil melakukan sesuatu hal agar termotivasi melakukan hal baik lainnya.
- c. Berikan contoh bersikap dan berperilaku yang baik (tidak berbicara kasar dan marah) karena anak juga akan meniru dan melakukan hal yang sama sehingga dikhawatirkan anak akan berani melawan dan tidak mendengarkan nasehat orangtua.

- d. Berikan perhatian kepada anak-anak walaupun orangtua sibuk bekerja sehingga anak tidak merasa orangtua mengabaikan atau kurang/tidak perhatian padanya. Dampaknya, jika kurangnya mendapat perhatian dan tidak ada waktu mendidik anak, maka membuat anak-anak akan terbiasa hidup sendiri, bebas dan tidak peduli dengan orangtuanya, bahkan bisa terjebak pergaulan bebas yang akan membuat masa depan anak pupus.
 - e. Anak sangat suka diakui keberadaannya di tengah-tengah orang banyak. Maka orangtua dapat memberikan pujian yang dapat meningkatkan kepercayaan diri dan harga dirinya. Seorang anak yang memiliki cukup harga diri akan merasa lebih percaya diri, aktif, progresif dan lebih produktif.
3. Penerapan pola asuh anak

Berikut adalah hal-hal yang sebaiknya dilakukan orangtua dalam menerapkan pola asuh yang efektif, meliputi:

- a. Pemahaman orangtua dalam pemenuhan kebutuhan pengasuhan anak. Sebagai orangtua mengetahui bagaimana cara mendidik anak yang baik, memberikan asupan nutrisi yang memadai, tempat tinggal yang layak, anak mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik, kebersihan dirinya terjaga, dan kebutuhan asuh lainnya, maka anak dapat tumbuh kembang dengan optimal.
- b. Pola asuh harus dinamis yaitu penerapan pola asuh sesuai dengan meningkatnya pertumbuhan dan tahap usia perkembangan anak.

- c. Komunikasi merupakan hal yang penting dalam menerapkan pola asuh pada anak. Jadilah orangtua yang terbuka dan mau berdiskusi dengan anak, menjadi pendengar yang baik dan tidak meremehkan pendapat anak. Carikan solusi jika anak meminta saran dan masukan agar anak bisa terarah dan dapat mengembangkan potensi dengan maksimal.
- d. Pola asuh diterapkan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan anak. Setiap anak memiliki kemampuan dan keinginan yang berbeda. Adanya pola asuh yang menyenangkan, dapat membuat anak bisa berkembang secara optimal dan pribadinya berkembang dengan matang.
- e. Penerapan pola asuh yang kompak antara ibu dan ayah. Kedua orangtua melakukan kompromi dan bekerjasama dalam menerapkan nilai-nilai atau aturan yang boleh diterapkan dan tidak. Jangan sampai nantinya berbeda, karena akan membuat anak kebingungan dalam menerapkan nilai dan aturan tersebut. Sebaiknya juga pola asuh yang dibentuk oleh orangtua juga bisa diikuti oleh pengasuh, kakek nenek atau keluarga lainnya.
- f. Orangtua berperilaku positif dalam penerapan pola asuh. Anak akan melihat pola tingkah laku pengasuhan dari orangtuanya. Jika orangtua melakukan hal positif, nantinya anak akan mencontoh atau menjadikan panutan. Hendaknya orangtua menanamkan nilai-nilai kebaikan diikuti penjelasan yang mudah dipahami anak sehingga anak dapat terbentuk kepribadian yang taat aturan dan norma, menjadi anak berbakti dan panutan bagi teman dan orang disekitarnya.

- g. Menerapkan disiplin pada pola pengasuhan. Disiplin dapat diterapkan mulai dari hal-hal kecil dan sederhana, misal merapikan tempat tidur sendiri, membuat jadwal kegiatan harian, menyimpan sesuatu pada tempatnya, membuang sampah selalu pada tempatnya, dll. Penerapan disiplin pada anak disesuaikan dengan kondisi anak dan fleksibel.
- h. Pola asuh yang konsisten dari orangtua. Jika orangtua melakukan sikap yang konsisten dalam penerapan aturan/nilai disetiap hal yang dilakukan maka anak juga dapat belajar konsisten.

Daftar Pustaka

- Adawiyah, R. (2017). Pola Asuh Orangtua dan Implikasinya terhadap Pendidikan Anak (Studi pada Masyarakat Dayak di Kecamatan Halong Kabupaten Balangan). *Jurnal Pendidikan Kewarganegaraan*, Vol. 7, No. 1, Hal. 33 - 48.
- Ainii, Q. (2016). Gambaran Tumbuh Kembang Anak Bawah Dua Tahun (BADUTA) yang Memiliki Ibu Bekerja atau Tidak Bekerja di Kelurahan Bendogerit Kecamatan Sananwetan Kota Blitar. *Jurnal Ners dan Kebidanan*, Vol. 3, No. 3, Hal. 304 - 309.
- Bujuri, D. A. (2018). Analisis Kebutuhan Anak Usia Dasar dan Implikasinya dalam Penyelenggaraan Pendidikan. *Jurnal Ilmiah PGMI*, Vol. 4, No. 1, Hal. 83 - 97.
- Fitriyani, Nurwati, N., & Humaedi, S. (2016). Peran Ibu yang Bekerja dalam Pemenuhan Kebutuhan Dasar Anak. *Prosiding Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Padjadjaran* (pp. Vol. 3, No. 1, Hal. 52 - 57). Bandung: Departemen Kesejahteraan Sosial Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Padjadjaran.
- Maria, F. N., & Adriani, M. (2009). Hubungan Pola Asuh, Asih, Asah dengan Tumbuh Kembang Balita 1 - 3 Tahun. *The Indonesia Journal of Public Health*, Vol. 6, No. 1, Hal 24 - 29.
- Pudjibudojo, J. K., Handadari, W., Wulandari, P. Y., & dkk. (2019). *Psikologi Perkembangan: Memahami Dinamika Perkembangan Anak*. Sidoarjo: Zifatama Jawa.
- Razi, P., Marlia, L., & Surayah. (2017). Pengembangan Model Pelayanan Asuhan Keperawatan Gigi dengan Pola Asah, Asih dan Asuh pada Anak Usia Dini. *Jurnal Bahana Kesehatan Masyarakat*, Vol. 1, No. 2, Hal. 141 - 149.
- Sukamti, S., Aticeh., & Fauziah. (2014). Stimulasi Dini pada Pola Asuh Berdampak Positif terhadap

Perkembangan Anak Bawah Dua Tahun. *Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan*, Vol. 2, No. 1, Hal. 27 - 35.

Tim Pengembang PP PNFI Regional I Bandung. (2012). *Modul 5: Pendidikan Keorngtuaan*. Bandung: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan - Pusat Pengembangan Pendidikan Nonformal dan Informal Regional I Bandung.

Tridhonanto, A., & Agency, B. (2014). *Mengembangkan Pola Asuh Demokratis*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

Profil Penulis

Malisa Ariani



Penulis kelahiran Banjarmasin, 06 Mei 1991. Telah menyelesaikan Pendidikan S-1 Keperawatan dan Profesi Ners di STIKES Muhammadiyah Banjarmasin Tahun 2013 dan 2014 serta Magister Keperawatan di STIKES Jenderal Achmad Yani Cimahi Tahun 2017. Tahun 2015 sudah mulai mengajar di Program Studi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Sari Mulia Banjarmasin. Setelah menempuh Pendidikan magister peminatan keperawatan anak, maka penulis mulai mendalami dan mengajar matakuliah keperawatan anak hingga sekarang. Demi mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif melakukan pengabdian kepada masyarakat dan penelitian dibidang sesuai kepakaran tersebut. Ada beberapa penelitian yang telah dihasilkan oleh penulis. Menulis *book chapter* ini merupakan pengalaman baru bagi penulis yang harapannya dapat memberikan sumbangsih informasi ilmu pengetahuan terutama di bidang Keperawatan Anak. Semoga kedepannya bisa lebih aktif dalam menulis dan berkarya sehingga bisa dijadikan sumber referensi untuk para pembaca.

Email Penulis: sashaariani2323@gmail.com

- 1 PENGANTAR KEPERAWATAN ANAK
Dr. Hamdan Firmansyah, MMPd, MH
- 2 KEPERAWATAN ANAK BERBASIS TEORI
Umi Hanik Fetriyah, Ns., M.Kep
- 3 KEPERAWATAN ANAK BERBASIS RISET
Nova Ari Pangesti, S.Kep., Ns. M.Kep.
- 4 KEPERAWATAN ANAK DENGAN BERKEBUTUHAN KHUSUS
Dr. Atik Badi'ah, S.Pd, S.Kp, M.Kes
- 5 KEPERAWATAN ANAK DENGAN MASALAH SOSIAL
Any Zahrotul Widniah, S.Kep.,Ns., M.Kep
- 6 KEPERAWATAN ANAK DENGAN MASALAH KEJIWAAN
Ns. Tiara Lani, M.Kep
- 7 KEPERAWATAN ANAK DENGAN MASALAH KEBUTUHAN DASAR
Dewi Irianti, M. Kep., Ns. Sp. Kep. An
- 8 ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN PENYAKIT TROPIS
Dwi Agustiana Sari., S.Kep., Ns., M.Kep.
- 9 KEPERAWATAN ANAK DENGAN HOSPITALISASI
Dra. Ni Ketut Mendri, S.Kep.Ns, M.Sc
- 10 PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK
Freny Ravika Mbaloto, S.Kep.,Ns., M.Kep
- 11 SISTEM PERLINDUNGAN ANAK DAN UNDANG-UNDANG
PERLINDUNGAN ANAK
Ns. I Gusti Ayu Putu Satya Laksmi, M.Kep
- 12 KOMUNIKASI PADA ANAK DAN ORANG TUA
Yosefina Nelista, S.Kep.,Ns., M.Kep
- 13 IMUNISASI DAN NUTRISI PADA ANAK
Ns. Andi Nur Indah Sari, M.Kep
- 14 MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT (MTBS)
Jennifa, S.Kep., Ns., M.Kep.
- 15 MANAJEMEN POLA ASAH, ASIH, DAN ASUH PADA ANAK
Ns. Malisa Ariani, M.Kep

Editor:

Ns. Arif Munandar, S. Kep., M. Kep

Untuk akses **Buku Digital**,
Scan **QR CODE**



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id

