

# KEPERAWATAN ANAK



Ns. Neneng Fitria Ningsih, S.Kep., M. Biomed  
Ainul Mufidah, S.Kep., Ns., M.Kep.

Atik Pramesti Wilujeng, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Eka Adithia Pratiwi., S.Kep., Ners., M.Kep.

Ns. Putri Eka Sudiarti, M.Kep. | Matje Meriaty Huru, S.ST., M.Kes.

Melati Inayati Albayani, S.Kep., Ners., MPH.  
Umbu Nggiku Njakatara, S.Kep., Ns., M.Kep.

Ns. Armina, M.Kep., Sp.Kep.An. | Ns. Fitri Wahyuni, S, M.Kep., Sp.Kep.An.  
Ns. Ely Mawaddah, M.Kep., Sp.Kep.An.

Ns. Whaisna Switaningtyas, S.Kep., M.Kep.

Eva Oktaviani, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An. | Ns. Rina Mariyana, S.Kep., M.Kep.

Dra. Ni Ketut Mendri, S.Kep.Ns., M.Sc. | Agustina Ina, S.Kep., M.Kes.  
Fitri Romadonika, S.Kep., Ners.M.Kep.

Indah Dewi Ridawati, S.Kep., Ns., M.Kep.

Wyssie Ika Sari, S.Kep., Ns., M.Kep.

Ika Arum Dewi Satiti, S.Kep., Ns., M.Biomed.

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

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

Heni Ekawati, S.Kep., Ns., M.Kep. | Wa Nuliana, S.Kep., Ns., M.Kep.

Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep. | Ns. Mira Utami Ningsih, S.Kep., M.NSc.



BOOK CHAPTER

**KEPERAWATAN ANAK**

## **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 ANAK**

Ns. Neneng Fitria Ningsih, S.Kep., M. Biomed  
Ainul Mufidah, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Atik Pramesti Wilujeng, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Eka Adithia Pratiwi., S.Kep., Ners., M.Kep.  
Ns. Putri Eka Sudiarti, M.Kep.  
Matje Meriaty Huru, S.ST., M.Kes.  
Melati Inayati Albayani, S.Kep., Ners., MPH.  
Umbu Nggiku Njakatara, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. Armina, M.Kep., Sp.Kep.An.  
Ns. Fitri Wahyuni. S, M.Kep., Sp.Kep.An.  
Ns. Ely Mawaddah, M.Kep., Sp.Kep.An.  
Ns. Whaisna Switaningtyas, S.Kep., M.Kep.  
Eva Oktaviani, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An.  
Ns. Rina Mariyana, S.Kep., M.Kep.  
Dra. Ni Ketut Mendri, S.Kep.Ns., M.Sc.  
Agustina Ina, S.Kep., M.Kes.  
Fitri Romadonika, S.Kep., Ners.M.Kep.  
Indah Dewi Ridawati, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Wyssie Ika Sari, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ika Arum Dewi Satiti, S.Kep., Ns., M.Biomed.  
Ns. Ninis Indriani, M. Kep., Sp.Kep.An.  
Dr. Atik Badi'ah, S.Pd., S.Kp., M.Kes.  
Heni Ekawati, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Wa Nuliana, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. Mira Utami Ningsih, S.Kep., M.NSc.

Editor:

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

**Penerbit**



CV. MEDIA SAINS INDONESIA  
Melong Asih Regency B40 - Cijerah  
Kota Bandung - Jawa Barat  
[www.penerbit.medsan.co.id](http://www.penerbit.medsan.co.id)

Anggota IKAPI  
No. 370/JBA/2020

## **KEPERAWATAN ANAK**

Ns. Neneng Fitria Ningsih, S.Kep., M. Biomed  
Ainul Mufidah, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Atik Pramesti Wilujeng, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Eka Adithia Pratiwi., S.Kep., Ners., M.Kep.  
Ns. Putri Eka Sudiarti, M.Kep. | Matje Meriaty Huru, S.ST., M.Kes.  
Melati Inayati Albayani, S.Kep., Ners., MPH.  
Umbu Nggiku Njakatara, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. Armina, M.Kep., Sp.Kep.An. | Ns. Fitri Wahyuni. S, M.Kep., Sp.Kep.An.  
Ns. Ely Mawaddah, M.Kep., Sp.Kep.An.  
Ns. Whaisna Switaningtyas, S.Kep., M.Kep.  
Eva Oktaviani, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An.  
Ns. Rina Mariyana, S.Kep., M.Kep.  
Dra. Ni Ketut Mendri, S.Kep.Ns., M.Sc.  
Agustina Ina, S.Kep., M.Kes. | Fitri Romadonika, S.Kep., Ners.M.Kep.  
Indah Dewi Ridawati, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Wyssie Ika Sari, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ika Arum Dewi Satiti, S.Kep., Ns., M.Biomed.  
Ns. Ninis Indriani, M. Kep., Sp.Kep.An.  
Dr. Atik Badi'ah, S.Pd., S.Kp., M.Kes. | Heni Ekawati, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Wa Nuliana, S.Kep., Ns., M.Kep. | Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. Mira Utami Ningsih, S.Kep., M.NSc.

Editor :

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

Tata Letak :

**Mega Restiana Zendrato**

Desain Cover :

**Syahrul Nugraha**

Ukuran :

**A5 Unesco: 15,5 x 23 cm**

Halaman :

**x, 468**

ISBN :

**978-623-362-566-1**

Terbit Pada :

**Juni 2022**

Hak Cipta 2022 @ 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.penerbit.medsan.co.id](http://www.penerbit.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 chapter ini disusun oleh sejumlah akademisi dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat memberi kontribusi positif dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan Keperawatan Anak.

Sistematika buku Keperawatan Anak ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapan. Oleh karena itu diharapkan book chapter ini dapat menjawab tantangan dan persoalan dalam sistem pengajaran baik di perguruan tinggi dan sejenis lainnya.

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, 25 Mei 2022  
Editor



## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
1 KONSEP DASAR, TREN DAN ISU KEPERAWATAN .....	1
Sejarah Keperawatan anak .....	1
Trend dan Isue Keperawatan anak.....	2
Konsep Keperawatan Anak .....	2
Perawatan berfokus Pada Keluarga.....	6
Prinsip Keperawatan Anak.....	7
Perbedaan Anak dengan Orang Dewasa.....	9
Peran Perawatan Anak.....	10
2 FILOSOFI DAN PARADIGMA KEPERAWATAN ANAK .....	15
Filosofi Keperawatan Anak.....	15
Paradigma Keperawatan Anak .....	15
Prinsip Keperawatan Anak.....	18
Peran Perawat Anak.....	20
Pengertian <i>Family Centered Care</i> (FCC).....	22
Manfaat Penerapan <i>Family Centered Care</i> (FCC) ...	23
Elemen-Elemen <i>Family Centered Care</i> (FCC).....	23
Prinsip-Prinsip <i>Family Centered Care</i> (FCC) .....	25
3 PERSPEKTIF KEPERAWATAN ANAK DARI SISI KESEHATAN.....	29
Pendahuluan .....	29
Keperawatan Anak dari Sisi Kesehatan.....	32
Tahap Perkembangan Anak .....	32

	Masalah Kesehatan Anak di Dunia .....	35
	Peran Perawat Anak dalam Optimalisasi Pertumbuhan dan Perkembangan Anak.....	38
4	PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK....	43
	Definisi .....	43
	Ciri dan Prinsip.....	44
	Kualitas Tumbuh Kembang Anak dipengaruhi oleh Beberapa Faktor .....	45
	Teori Tumbuh Kembang.....	48
	Permasalahan Tumbuh-Kembang.....	52
	Deteksi Dini Penyimpangan Tumbuh Kembang ....	53
5	NILAI APGAR, NILAI GIZI DAN PENILAIAN TUMBUH KEMBANG ANAK .....	59
	Nilai Apgar .....	59
	Nilai Gizi .....	61
	Penilaian Tumbuh Kembang Anak.....	63
6	IMUNISASI ANAK.....	73
	Definisi Imunisasi .....	73
	Tujuan Pemberian Imunisasi Anak .....	73
	Jenis Imunisasi .....	74
	Jadwal Imunisasi.....	84
7	PEMERIKSAAN FISIK PADA ANAK DAN ANTROPOMETRI .....	91
	Pemeriksaan Fisik pada Anak.....	91
	Pendekatan Umum dalam Pemeriksaan Fisik Anak .....	92
	Lokasi Pemeriksaan .....	92
	Pemeriksaan Penampilan Umum .....	93

	Pemeriksaan Tanda Vital .....	94
	Antropometri.....	100
8	TINDAKAN KEPERAWATAN PADA ANAK.....	109
	Konsep Tindakan Keperawatan pada Anak .....	109
	<i>Family Centered Care (FCC)</i> .....	110
	<i>Atraumatic Care</i> .....	112
	Intervensi dan Tindakan Keperawatan .....	116
9	MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT .....	125
	Defenisi Manajemen Terpadu Balita Sakit.....	125
	Sasaran MTBS .....	125
	Tujuan MTBS.....	125
	Manajemen Terpadu Balita Sakit Untuk Anak Umur 2 Bulan Sampai 5 Tahun .....	125
	Klasifikasi Keluhan Sakit Anak.....	129
	Tindakan Pengobatan .....	133
	Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Untuk Bayi Muda Umur kurang dari 2 Bulan.....	138
	Klasifikasi dan Pengobatan Masalah Kesehatan pada Bayi Muda .....	138
10	PERAN PERAWAT ANAK DAN PROMOSI KESEHATAN KEPERAWATAN ANAK .....	143
	Peran Perawat Anak.....	143
	Promosi Kesehatan .....	151
11	TREN MODEL PENDEKATAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DAN KONSEP BERMAIN .....	157
	Pendahuluan .....	157
	Tren Model Pendekatan Asuhan Keperawatan Anak.....	158

12	PERAWATAN METODE KANGURU (PMK).....	175
	Pendahuluan .....	175
	Pengertian .....	176
	Manfaat PMK .....	176
	Hambatan dan Upaya Peningkatan PMK.....	178
	Alat dan Bahan.....	179
	Prosedur PMK.....	183
	Perawatan Bayi selama PMK.....	185
13	PERSPEKTIF KEPERAWATAN ANAK DALAM KONTEKS KELUARGA.....	191
	Pendahuluan .....	191
	Perspektif Keperawatan Pediatrik.....	192
	Fungsi Perawatan Anak .....	200
	Pengaruh Keluarga pada Peningkatan Kesehatan Anak.....	201
14	FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DAN TATA CARA PENGKAJIAN PEDIATRIK .....	209
	Format Asuhan Keperawatan Anak.....	209
	Pemeriksaan Fisik.....	211
	Tata Cara Pengkajian Pediatrik.....	216
15	KUESIONER PRA SKREENING PERKEMBANGAN (KPSP) .....	229
	Perkembangan .....	229
	Ciri-Ciri Perkembangan .....	229
	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perkembangan Anak .....	230
	Tahapan Perkembangan Anak Menurut Umur ....	233
	Aspek-Aspek Perkembangan yang Dipantau .....	238

	Alat Ukur Perkembangan Anak.....	239
	Penilaian Kuesioner Pra Skreening Perkembangan (KPSP).....	241
16	ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN STRES HOSPITALISASI .....	261
	Definisi Stres Hospitalisasi .....	261
	Manfaat Hospitalisasi Bagi Anak dan Orang Tua.....	261
	Faktor – Faktor yang Menyebabkan Stres Hospitalisasi Pada Anak.....	263
	Reaksi Stres Hospitalisasi Berdasarkan Usia Perkembangan Anak .....	264
	Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan Pada Anak Di Rumah Sakit.....	266
	Reaksi Orang Tua terhadap Anak yang Sakit dan dirawat di Rumah Sakit .....	269
	Intervensi Keperawatan untuk Mengurangi Dampak Hospitalisasi.....	269
	Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Stres Hospitalisasi.....	271
17	ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA ANAK SAKIT DAN BAYI RESIKO TINGGI ...	277
	Asuhan Keperawatan Pada Anak Sakit .....	277
	Prosedur Tindakan Pengkajian .....	278
	Pengkajian Keperawatan.....	278
	Perencanaan Keperawatan.....	278
	Implementasi Keperawatan .....	279
	Evaluasi Keperawatan.....	281
	Asuhan Keperawatan Pada Bayi Resiko Tinggi....	282
	Pengkajian Pada Bayi Resiko Tinggi .....	282

18	GAMBARAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS.....	297
	Pendahuluan .....	297
	Metode Penelitian.....	299
	Hasil dan Pembahasan Penelitian .....	305
19	ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER .....	313
	Penyakit Jantung Kongenital .....	313
	Asuhan Keperawatan Anak dengan <i>Patent Ductus Arteriosus</i> (PDA).....	315
	Asuhan Keperawatan Anak dengan <i>Ventricular Septal Defect</i> (VSD).....	318
	Asuhan Keperawatan Anak dengan <i>Tetralogi Fallot</i> .....	321
20	ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM PERNAPASAN.....	329
	Bronkhopneumonia .....	329
	Tuberculosis (TBC) Pada Anak .....	333
	Asma .....	337
21	ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM PERSYARAFAN...	351
	Pendahuluan .....	351
	Definisi .....	351
	Etiologi .....	352
	Patofisiologi.....	353
	Manifestasi Klinis .....	355
	Pencegahan .....	356
	Diagnosis .....	358
	Penatalaksanaan .....	358

	Komplikasi.....	359
	Pengkajian Keperawatan.....	360
	Diagnosis Keperawatan.....	362
22	DENVER DEVELOPMENTAL SCREENING TEST II (DENVER II) .....	369
	Pengantar .....	369
	Perkembangan Anak .....	371
	Stimulasi .....	372
	<i>Denver Development Sreening Test (DDST) II</i> .....	372
23	ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN ...	383
	Diare.....	383
	Pengkajian Keperawatan.....	392
	Diagnosis Keperawatan.....	392
24	ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN ....	399
	Pendahuluan .....	399
	Sistem Perkemihan Pada Anak .....	400
	Gangguan Sistem Perkemihan yang Lazim Pada Anak.....	401
	Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Gangguan Perkemihan .....	401
25	ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM MUSLULOSKELETAL .....	421
	Pendahuluan .....	421
	Pertumbuhan dan Perkembangan Muskuloskeletal Pada Anak.....	422
	Gangguan Sistem Muskuloskeletal Pada Anak....	423
	Pemeriksaan Diagnostik .....	424

	Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal.....	425
	Pengkajian Keperawatan.....	426
	Diagnosis Keperawatan.....	430
	Perencanaan Keperawatan.....	431
26	ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM INTEGUMEN .....	453
	Pendahuluan .....	453
	Review Anatomi Fisiologi Sistem Integumen.....	453
	Penyakit-Penyakit yang Terkait Sistem Integumen Pada Anak .....	455
	Pengkajian Fokus Sistem Integumen Pada Anak .....	458
	Diagnosa Keperawatan yang Dapat Muncul Pada Anak dengan Gangguan Sistem Integumen.....	461
	Intervensi Keperawatan yang Dapat Diberikan Pada Anak dengan Gangguan Sistem Integumen.....	462

# KONSEP DASAR, TREN DAN ISU KEPERAWATAN

**Ns. Neneng Fitria Ningsih, S.Kep., M.Biomed**

Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai Bangkinang

## **Sejarah Keperawatan anak**

Kesehatan anak khususnya keperawatan anak sebelum abad ke-19 kesehatan anak dikatakan sebagai abad kegelapan (the dark age of paediatrics) belum mendapatkan perhatian secara khusus. Ketika wabah penyakit yang terjadi di zaman itu seperti difteri, cacar, flu yang disebabkan karena gangguan gizi dan TBC terjadi secara epidemik. Abraham Jacobi telah melakukan penelitian terkait penyakit anak khususnya pada anak buruh dan tunawisma. Bersama dengan Lilian Wald bidang keperawatan juga melakukan penelitian yang berfokus pada kegiatan sosial untuk orang tua dalam melakukan perawatan pada anak yang sedang sakit. Awal tahun 1900 muncul penyakit menular, orang tua tidak dibenarkan untuk mengunjungi anaknya serta dilarang membawa peralatan ataupun mainan ke rumah sakit, sehingga pada tahun ini berkembanglah perawatan isolasi, sehingga dengan adanya kegiatan seperti ini ditemukanlah dampak secara psikologi dari tindakan isolasi ini (sekitar tahun 1940), dimana tingkat stress anak-anak menjadi meningkat serta anak-anak menjadi sangat gelisah dan tidak tenang ketika dirawat di rumah sakit karena tidak didampingi oleh orang tua. Karena dampak yang seperti ini akhirnya perawatan anak yang dengan sistem isolasi akhirnya berubah menjadi rooming.

(rawatan anak didampingi orang tua) beberapa hasil penelitian ilmiah menerangkan bahwa keterlibatan orangtua selama anak dirawat merupakan hal yang sangat penting dalam untuk psikologi anak.

Abad ke 20, masalah kesehatan anak, lebih berfokus pada kesehatan balita, Ada tiga masalah status gizi balita yang masih ditemukan di Indonesia, yaitu stunting (pendek), wasting (Kurus), dan *underweight* (gizi kurang).

### **Trend dan Isue Keperawatan anak**

Indonesia merupakan Negara yang masih berpegang kepada adat dan budaya, salah satunya adalah penerus keluarga. Salah satu penerus keluarga adalah anak- anak yang nantinya akan dijadikan sebagai pewaris yang nantinya akan bisa melanjutkan nilai- nilai dan budaya keluarganya. Selain dari itu anak juga dianggap sebagai seseorang yang kelak akan bisa memberikan perlindungan dan perawatan ketika orangtuanya dalam kondisi sakit dan lanjut usia. Keluarga merupakan salah satu bagian yang tidak akan terpisahkan dalam kehidupan anak, apabila seorang anak menderita suatu penyakit sehingga memerlukan perawatan di rumah sakit, maka focus utama dalam pemberian asuhan keperawatannya adalah anak dan keluarga

### **Konsep Keperawatan Anak**

#### 1. Pengertian

Keperawatan anak dapat diartikan sebagai suatu praktek keperawatan yang penekanannya lebih pada upaya kesehatan anak mulai dari masa bayi sampai usia remaja. berfokus pada keluarga (*family centered care*), pencegahan terhadap trauma (*atraumatik care*), dan menajemen kasus (Hidayat,2005)

##### a. *Family Centered Care* (FCC)

Adalah perawatan yang berpusat pada keluarga mengakui keluarga sebagai konstanta dalam kehidupan anak.

b. *Atraumatik Care*

adalah kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan yang terapeutik oleh individu melalui pelaksanaan intervensi keperawatan untuk membatasi/ mengurangi pengalaman yang tidak menyenangkan terhadap anak dan keluarga di tatanan pelayanan kesehatan sangatlah diperlukan.

Peristiwa yang dapat menyebabkan trauma kepada anak yang paling sering dijumpai adalah kecemasan anak, meyeri dan marah. Ini akan dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak

Prinsip yang harus diperhatikan

- 1) Mencegah dan menurunkan dampak perpisahan dari keluarga akibat proses hospitalisasi
- 2) Memaksimalkan kemampuan orangtua dalam melakukan pengontrolan pada anak
- 3) Mengurangi cedera dan nyeri yang merupakan dampak secara psikologis.
- 4) Jangan melakukan kekerasan (*abuse*) kepada anak
- 5) Melakukan modifikasi pada lingkungan fisik ke yang lebih menyenangkan anak.

c. *Manajemen Kasus*

Adalah pengelola kasus yang dilakukan secara komperhensif. Ini merupakan bagian utama dalam upaya pemberian asuhan keperawatan secara menyeluruh, mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa, intervensi, implementasi, serta evaluasi dari berbagai macam kasus baik yang sifatnya akut maupun yang bersifat kronis. Pendekatan psikologis yang dilakukan dengan cara mempersiapkan secara fisik, memberikan kesempatan orang tua untuk menciptakan lingkungan yang nyaman bagi anak dan orang tua

serta prinsip dalam upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan merupakan tanggung jawab perawat.

## 2. Tujuan Keperawatan anak

Tujuan keperawatan anak adalah mengupayakan anak yang sehat/sakit agar dapat mencapai tingkat kesehatan seoptimal mungkin berdasarkan kepada perkembangan anak yang berorientasi pada tindakan promotif dan preventif. Berdasarkan Permenkes Nomor 25 Tahun 2014 ada beberapa tujuan yang bisa dicapai untuk meningkatkan kesehatan anak antara lain. Menjamin kelangsungan hidup anak bayi baru lahir, bayi dan balita terutama menurunkan tingkat kematiannya

- a. Menjamin pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai dengan potensi yang dimiliki anak
- b. Melibatkan partisipasi anak usia sekolah dan remaja di bidang kesehatan
- c. Menjamin pemenuhan hak kesehatan serta memperhatikan siklus kehidupan anak
- d. Menjamin tersedianya pelayanan kesehatan secara komprehensif bagi anak maupun remaja
- e. Menyiapkan anak untuk menjadi orang dewasa yang produktif dan sehat baik secara ekonomi maupun sosial
- f. Menjamin anak dan remaja untuk mendapatkan pendidikan kesehatan baik di sekolah maupun diluar sekolah
- g. Memberikan perlindungan anak dalam memperoleh kesehatan yang bermutu, aman dan bermanfaat
- h. memberikan kepastian hukum bagi anak, orang tua, keluarga, tenaga kesehatan serta fasilitas kesehatan

### 3. Dasar Hukum

- a. UU 38 tahun 2014 tentang Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat Keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit.
- b. UU 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, BAB VII pasal 131 bahwa upaya pemeliharaan kesehatan anak dilakukan sejak anak masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan, dan sampai berusia 18 (delapan belas) tahun.
- c. Permenkes Nomor 25 Tahun 2014

### 4. Ruang Lingkup Praktek Keperawatan Anak

Lingkup praktek keperawatan yang diberikan kepada anak adalah mulai dari usia neonatus sampai pada usia 18 tahun. Dalam memberikan asuhan keperawatan kepada anak yang sakit sebaiknya berdasarkan kepada kebutuhan dasar anak seperti asih, asah, asuh sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan.

#### a. Kebutuhan Asuh

Merupakan kebutuhan dasar secara fisik dalam pemenuhan pertumbuhan dan perkembangan yang meliputi kebutuhan akan nutrisi dan gizi, perawatan dalam lingkup pencegahan ataupun perawatan dari penyakit, kebutuhan sandang atau pakaian serta sanitasi dan hygiene di lingkungan yang sehat.

#### b. Kebutuhan Asih

Kebutuhan ini adalah berupa pemberian kasih sayang dari keluarga khususnya orangtua yang lebih mengarah kepada perkembangan psikologis anak. Jika kebutuhan ini terpenuhi maka akan dapat meningkatkan *bonding* (hubungan erat)

pada anak serta terciptanya *basic trust* ( rasa percaya)

c. Kebutuhan Asah

Untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan secara maksimal berdasarkan usia pertumbuhan dan perkembangannya terpenuhinya kebutuhan ini akan dapat memperbaiki perkembangan kognitif, psikososial anak sejak dini, terciptanya kemandirian serta daya kreatifitas pada anak sesuai dengan usia pertumbuhan dan perkembangannya.

### **Perawatan berfokus Pada Keluarga**

Setiap asuhan keperawatan yang diberikan kepada anak yang dirawat di rumah sakit pada dasarnya sangat perlu melibatkan orang tua. Keberadaan orang tua harus 24 jam dengan anaknya. Disamping itu di pelayanan kesehatan juga harus tersedia untuk bermain sehingga kebutuhan bermain anak tetap terpenuhi, walaupun dalam proses hospitalisasi perpisahan yang terjadi antara orang tua dengan anak akibat efek hospitalisasi akan berdampak jelek pada psikologis dan pertumbuhan maupun perkembangan anak. Untuk itu diperlukan kerjasama antara orang tua dengan tim kesehatan dirumahsakit dalam memberikan pelayanan keperawatan dan asuhan keperawatan. Anak merupakan anggota dari unit keluarga dalam lingkungan masyarakat, oleh karena itu dalam melakukan asuhan keperawatan tidak hanya berfokus pada anak saja tapi juga berfokus kepada keluarga terutama orang tua. Dalam memepertahankan kehidupannya serta memperbaiki status kesehatannya anak dan remaja memerlukan pembelaan dari keluarga terutama orang tua yang merupakan salahsatu hak yang harus di dapatkan anak.

Elemen pokok asuhan yang berpusat pada keluarga

1. Anak dan orangtua mempunyai hubungan yang unik. Keduanya mempunyai perbedaan. anak mempunyai karakteristek khusus yang membedakannya dengan

orang dewasa serta mempunyai respon yang berbeda juga pada saat dirawat di rumah sakit.

2. Selama proses hospitalisasi orangtua dapat efektif memberikan perawatan ataupun asuhan, yang dapat ditandai dengan meningkatnya ranya kenyamanan dan keamanan anak, terutama dalam prosedur tindakan invasive yang akan dilakukan dirumah sakit akibatnya tujuan dalam asuhan keperawatan akan dapat dicapai dengan sebaiknya.
3. Model asuhan keperawatan yang diberikan kepada anak dapat bersifat fleksibel. Pada kondisi kondisi tertentu tenaga keperawatan bisa memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga serta keluarga dapat melakukan asuhan keperawatan kepada anak sebagai perpanjangan tangan atau delegasi dari tenaga keperawatan, dengan catatan perawat harus memberikan edukasi terlebih dahulu kepada keluarga khususnya orangtua terkait tindakan keperawatan yang bersifat ringan dan kontiniu seperti melakukan kompres, pengukuran suhu ataupun melakukan observasi febris pada anak.
4. Keberhasilan tindakan dan kerjasama yang dilakukan harus didasarkan kepada kesepakatan antara tim kesehatan dengan keluarga khususnya orangtua. Sehingga tujuan dapat tercapai dan evaluasi tindakan bisa menjadi sempurna.

### **Prinsip Keperawatan Anak**

Dalam melakukan asuhan keperawatan pada anak, perawat harus memahami tentang prinsip prinsip dalam penerapan asuhan keperawatannya karena merawat anak berbeda dengan merawat orang dewasa. Usia pertumbuhan dan perkembangan merupakan hal penting yang harus diperhatikan karena akan berdampak pada anak baik secara fisik maupun psikologis untuk itu bberapa prinsip yang harus diperhatikan oleh perawat adalah antara lain:

1. Anak bukan merupakan miniatur orang dewasa, Artinya dalam memberikan perawatan kita tidak bisa berfokus kepada fisiknya saja akan tetapi anak merupakan suatu individu yg bersifat unik yang mempunyai ciri tersendiri sesuai dengan pola pertumbuhan dan perkembangan menurut usianya.
2. Tujuan utama keperawatan anak dan remaja adalah maningkatkan kematangan atau maturasi yang sehat sebagai anak dan remaja sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan anak baik secara bio, social, maupun spiritual. kematangan anak akan ditemukan dalam lingkungan yang baik untuk itu upaya kematangan anak ini harus diperhatikan lingkungannya, baik lingkungan secara internal maupun lingkungan eksternal
3. Anak mempunyai kebutuhan sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangannya baik secara fisiologis, psikologis serta social spiritualnya. Sebagai individu yang unik anak mempunyai kebutuhan yang tidak sama anantara satu dengan yang lainnya,
4. Orientasi pelayanan keperawatan anak adalah pada usaha preventif atau pencegahan penyakit serta usaha meningkatkan derajat kesehatan anak untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian, disamping tindakan kuratif atau pengobatan.
5. Fokus perawatannya adalah pada kesejahteraan anak yang menuntut agar perawat untuk bertanggung jawab secara konprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan kepada anak.
6. Didalam melakukan tindakan keperawatan kepada anak harus melibatkan keluarga dan selalu mengutamakan kepentingan anak sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan anak.
7. Dalam pelaksanaan praktik keperawatan anak kontak inetaksi harus melibatkan keluarga untuk melakukan pengkajian, intervensi serta meningkatkan kesejahteraan anak dan upaya pencegahan dengan

menggunakan proses keperawatan yang sesuai dengan aspek legal dan etik.

8. Fokus keparawatan anak lebih di prioritaskan pada pengetahuan tentang pertumbuhan dan perkembangan aspek kehidupan anak untuk masa yang akan datang.

### **Perbedaan Anak dengan Orang Dewasa**

1. Perbedaan struktur fisik antara anak dengan orang dewasa

Dari segi ukuran fisik anak lebih kecil dibandingkan dengan orang dewasa dan juga mempunyai kematangan secara bertahap.

2. Perbedaan proses fisiologis

Secara fisiologis fungsi tubuh anak masih mengalami proses menuju kematangan dibandingkan dengan orang dewasa. Oleh sebab itu dalam proses pemberian pelayanan keperawatan harus sesuai dengan usia pertumbuhan dan perkembangan anak

3. Perbedaan daya pikir

Daya pikir anak masih berada dalam proses perkembangan, semakin bertambah usia anak maka perkembangan otak anak akan semakin berkembang pula dengan disertai dengan asupan nutrisi yang adekuat.

4. Perbedaan dalam menanggapi terhadap sebuah fenomena atau pengalaman masa lalu

Anak cenderung mengarah kepada dampak psikologis, apabila anak mempunyai pengalaman masa lalu yang kurang baik maka akan berdampak kepada pertumbuhan dan perkembangan anak, karena anak belum mempunyai mekanisme coping baik dalam mengatasi pengalaman masa lalunya yang kurang baik

## **Peran Perawatan Anak**

Perawat berperan sebagai pemberi asuhan keperawatan kepada anak. Mereka secara tim memberikan pelayanan kesehatan serta bekerja sama dengan tim lainnya termasuk keluarga dalam memecahkan masalah yang ada hubungannya dengan kesehatan anak. Secara jelasnya peran dan fungsi perawat anak selain pemberi asuhan keperawatan antara lain adalah:

### 1. Sebagai konselor

Sebagai konselor perawat bisa memberikan konseling untuk anak dan keluarga untuk kebutuhan psikologisnya berupa dorongan mental ketika anak dan keluarga membutuhkan, kegiatan ini dilakukan dengan cara mendengarkan keluhan anak dan keluarga, memberikan sentuhan dan hadier secara fisik sehingga bisa saling bertukar pikiran untuk menyelesaikan masalah kesehatan anak

### 2. Sebagai educator

Sebagai pendidik perawat bisa berperan secara langsung maupun tidak langsung dalam bentuk memberiksn prnyuluhan dan edukasi kesehatan kepada orang tua sehingga orang tua bisa memahami tentang pengobatan anaknya. Berbeda dengan peran perawat sebagai konselor. Edukasi lebih berfokus pada kogmitif anak dan keluarga meliputi pengertian dasar orang tua tentang penyakit pada anaknya, juga tentang perawatan yang diterima oleh anak selama masa perawatan di rumah sakit, perawatan lanjut sebagai persiapan anak pulang ke rumah juga akan dipelajari. Tiga domain yang dapat dirubah oleh perawat melalui pendidikan kesehatan adalah perilaku orang tua yang didalamnya meliputi pengetahuan, sikap serta keterampilan keluarga dalam perawatan anak sakit

### 3. Sebagai pembuat keputusan Etik

Perawat anak juga di tuntutan untuk berperan dalam membuat keputusan etik dengan memeperhatikan norma terutama kepada hak pasien dalam

menghindari hal hal yang bisa merugikan pasien dan keuntungan dalam menerima asuhan keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan pasien. Perawat juga harus melibatkan diri dalam perumusan rencana pelayanan kesehatan dan perawatan di tingkat kebijakan, serta mempunyai hak suara untuk didengar oleh para pengambil kebijakan dan harus senantiasa aktif dalam tindakan yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan anak yang akan dapat memberi dampak pada kualitas pelayanan kesehatan anak.

#### 4. Sebagai Kolaborator

Perawat perlu melakukan koordinasi serta kolaborasi antar disiplin, serta kolaborasi dengan tim kesehatan yang lainnya yang bertujuan agar terlaksananya asuhan keperawatan yang holistic dan komprehensif. Sebagai tenaga yang hampir 24 jam berada disamping pasien perawat dianggap sebagai posisi kunci untuk melakukan koordinasi pelayanan kesehatan. Keluarga adalah mitra perawat, maka kerjasama dengan keluarga juga harus terbina dengan baik tidak hanya saat perawat membutuhkan informasi dari keluarga saja, melainkan seluruh rangkaian proses perawatan anak harus melibatkan keluarga secara aktif.

#### 5. Sebagai Peneliti

Perawat harus terlibat penuh dalam menemukan masalah keperawatan anak. Melaksanakan penelitian langsung serta menggunakan hasil penelitiannya untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan praktek keperawatan pada anak. Kemampuan untuk dapat berfikir kritis betul betul diperlukan dalam melihat fenomena yang ada pada pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan anak sehari hari yang bisa meningkatkan kualitas praktik keperawatan anak.

## **Daftar Pustaka**

- Ball, J.W., Bindler, R.C., and Cowen, K.J., (2010). Child Health Nursing. Partnerin
- Hidayat, A.A.A. (2014). Kebutuhan Dasar Manusia. Buku Saku Pratikum. Jakarta: EGC
- Hockenberry, Wilson. (2007). Wongs Essentialsof Pediatric Nursing. (8th ed.). St. Louis: Mosby
- Soetjningsih. (2012). Pertumbuhan dan Perkembangan Anak. Jakarta: EGC.
- Yuliantanti. Arnis A. (2016) modul keperawatan anak, Kemenkes
- Wholey L.F. And D.L. Wong, (2007). Nursing Care of Infants and Children. St. Louis: Mosby year Book
- Wong D.L. (2009). Buku ajar keperawatan pediatrik. Edisi 6. Volume 1. Jakarta: EGC
- WHO. (2010). Pelayanan Kesehatan Anak di rumah Sakit. Jakarta: WH

## **Profil Penulis**

### **Neneng Fitria Ningsih**



Dilahirkan di Kuok pada tanggal 30 September 1976 adalah pengajar di Fakultas Ilmu kesehatan prodi Sarjana Keperawatan di Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai Riau, alumni Pendidikan D.III keperawatan di Akper Mercubaktijaya padang tahun 1998, Sarjana keperawatan di Stikes Tuanku Tambusai Bangkinang pada tahun 2009 dan Magister Biomedik di Universitas andalan padang pada tahun 2013 degan spesifikasi Reproduksi. Disamping sebagai tenaga pendidik juga aktif dalam proses manajemen laboratorium Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai, selain dari itu penulis juga sebagai pembina dalam kegiatan UKM PMI KSR Universitas Pahlawan. Beberapa buku yang sudah, mulai disusun diantaranya, manajemen keperawatan, keperawatan dasar, Ilmu kesehatan ibu dan Anak, Ilmu kebidanan (teori, aplikasi dan issue) dan beberapa buku yang masih dalam proses, baik itu yg sifatnya penulisan bersama ataupun secara individu. Semoga kedepan menulis akan di jadikan sebagai suatu rutinitas dengan tujuan mencerdaskan anak bangsa terutama di bidang kesehatan.

Email: [nenengkuok76@gmail.com](mailto:nenengkuok76@gmail.com)



# FILOSOFI DAN PARADIGMA KEPERAWATAN ANAK

**Ainul Mufidah, S.Kep., Ns., M.Kep.**

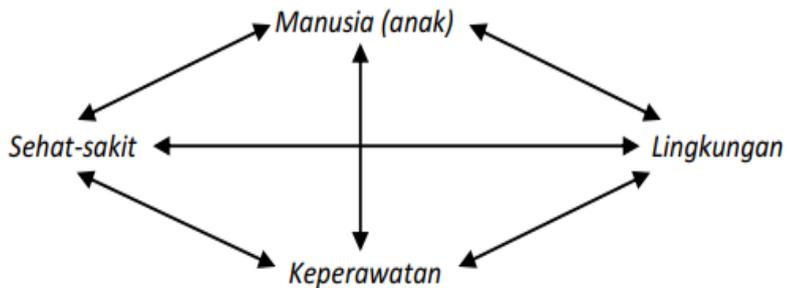
STIKes Insan Cendekia Husada Bojonegoro

## **Filosofi Keperawatan Anak**

Filosofi merupakan pandangan atau keyakinan yang dimiliki perawat medis dalam memberikan administrasi pelayanan keperawatan kepada anak-anak. Keperawatan anak-anak sejalan dengan pemikiran keperawatan. Tujuannya adalah tercapainya status kesejahteraan anak sebagai bagian dari kerangka pelayanan kesehatan dalam keluarga. Hasil dari pelayanan kesehatan dan cara berpikir kritis keperawatan pediatrik, termasuk *family center care (FCC)* dan *Atraumatic Care*.

## **Paradigma Keperawatan Anak**

Paradigma keperawatan anak menjadi alasan untuk berpikir dalam pemanfaatan ilmu keperawatan anak. Landasan berpikir tersebut terdiri dari empat bagian, di antaranya manusia dalam hal ini anak, keperawatan, sehat-sakit dan lingkungan yang dapat digambarkan berikut ini:



Gambar 2.1

Empat Komponen Landasan Berpikir Paradigma Keperawatan Anak

### 1. Manusia (Anak)

Dalam keperawatan anak yang menjadi individu (klien) adalah anak yang diartikan sebagai seseorang yang usianya kurang dari 18 (delapan belas) tahun dalam masa tumbuh kembang, dengan kebutuhan khusus yaitu kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Dalam proses berkembang anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola koping dan perilaku sosial. Ciri fisik pada semua anak tidak mungkin pertumbuhan fisiknya sama, demikian pula pada perkembangan kognitif adakalanya cepat atau lambat. Perkembangan konsep diri sudah ada sejak bayi akan tetapi belum terbentuk sempurna dan akan mengalami perkembangan seiring bertambahnya usia anak. Pola koping juga sudah terbentuk sejak bayi di mana bayi akan menangis saat lapar.

Perilaku sosial anak juga mengalami perkembangan yang terbentuk mulai bayi seperti anak mau diajak orang lain. Sedangkan respons emosi terhadap penyakit bervariasi tergantung pada usia dan pencapaian tugas perkembangan anak, seperti pada bayi saat perpisahan dengan orang tua maka

responsnya akan menangis, berteriak, menarik diri dan menyerah pada situasi yaitu diam.

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

## 2. Sehat-sakit

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

baik fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit dan kelemahan.

### 3. Lingkungan

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

### 4. Keperawatan

Komponen ini merupakan bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan kepada anak dalam mencapai pertumbuhan dan perkembangan secara optimal dengan melibatkan keluarga. Upaya tersebut dapat tercapai dengan keterlibatan langsung pada keluarga mengingat keluarga merupakan sistem terbuka yang anggotanya dapat dirawat secara efektif dan keluarga sangat berperan dalam menentukan keberhasilan asuhan keperawatan, di samping keluarga mempunyai peran sangat penting dalam perlindungan anak dan mempunyai peran memenuhi kebutuhan anak. Peran lainnya adalah mempertahankan kelangsungan hidup bagi anak dan keluarga, menjaga keselamatan anak dan mensejahterakan anak untuk mencapai masa depan anak yang lebih baik, melalui interaksi tersebut dalam terwujud kesejahteraan anak.

### **Prinsip Keperawatan Anak**

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak tentu berbeda dibandingkan dengan orang dewasa. Banyak perbedaan-perbedaan yang diperhatikan dimana harus disesuaikan dengan usia anak serta pertumbuhan dan perkembangan karena perawatan yang tidak optimal akan berdampak tidak baik secara fisiologis maupun psikologis

anak itu sendiri. Perawat harus memperhatikan beberapa prinsip, mari kita pelajari prinsip tersebut. Perawat harus memahami dan mengingat beberapa prinsip yang berbeda dalam penerapan asuhan keperawatan anak, dimana prinsip tersebut terdiri dari:

1. Anak bukan miniatur orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik, artinya bahwa tidak boleh memandang anak dari segi fisiknya saja melainkan sebagai individu yang unik yang mempunyai pola pertumbuhan dan perkembangan menuju proses kematangan.
2. Anak adalah sebagai individu yang unik dan mempunyai kebutuhan sesuai tahap perkembangannya. Sebagai individu yang unik, anak memiliki berbagai kebutuhan yang berbeda satu dengan yang lain sesuai tumbuh kembang. Kebutuhan fisiologis seperti nutrisi dan cairan, aktivitas, eliminasi, tidur dan lain-lain, sedangkan kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang akan terlihat sesuai tumbuh kembangnya.
3. Pelayanan keperawatan anak berorientasi pada upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian pada anak mengingat anak adalah penerus generasi bangsa.
4. Keperawatan anak merupakan disiplin ilmu kesehatan yang berfokus pada kesejahteraan anak sehingga perawat bertanggung jawab secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan anak. Dalam mensejahterakan anak maka keperawatan selalu mengutamakan kepentingan anak dan upayanya tidak terlepas dari peran keluarga sehingga selalu melibatkan keluarga.
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 (*etik*) dan aspek hukum (*legal*).

6. Tujuan keperawatan anak dan keluarga adalah untuk meningkatkan maturasi atau kematangan yang sehat bagi anak dan remaja sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual dalam konteks keluarga dan masyarakat. Upaya kematangan anak adalah dengan selalu memperhatikan lingkungan yang baik secara internal maupun eksternal dimana kematangan anak ditentukan oleh lingkungan yang baik.
7. Pada masa yang akan datang kecenderungan keperawatan anak berfokus pada ilmu tumbuh kembang, sebab ini yang akan mempelajari aspek kehidupan anak.

### **Peran Perawat Anak**

Perawat merupakan anggota dari tim pemberi asuhan keperawatan anak dan orang tuanya. Perawat dapat berperan dalam berbagai aspek dalam memberikan pelayanan kesehatan dan bekerjasama dengan anggota tim lain, dengan keluarga terutama dalam membantu memecahkan masalah yang berkaitan dengan perawatan anak. Mari kita bahas secara jelas tentang peran perawat anak. Perawat merupakan salah satu anggota tim kesehatan yang bekerja dengan anak dan orang tua. Beberapa peran penting seorang perawat, meliputi:

1. Sebagai pendidik

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

## 2. Sebagai konselor

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

## 3. Melakukan koordinasi atau kolaborasi

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

## 4. Sebagai pembuat keputusan etik

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

## 5. Sebagai peneliti

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

### **Pengertian *Family Centered Care* (FCC)**

*Family centered care.* *Family Centered Care* (FCC) atau perawatan yang berpusat pada keluarga didefinisikan sebagai filosofi perawatan berpusat pada keluarga, mengakui keluarga sebagai konstanta dalam kehidupan anak. *Family Centered Care* meyakini adanya dukungan individu, menghormati, mendorong dan meningkatkan kekuatan dan kompetensi keluarga. Intervensi keperawatan dengan menggunakan pendekatan *family centered care* menekankan bahwa pembuatan kebijakan, perencanaan program perawatan, perancangan fasilitas kesehatan, dan interaksi sehari-hari antara klien dengan tenaga kesehatan harus melibatkan keluarga. Keluarga diberikan kewenangan untuk terlibat dalam perawatan klien, yang berarti keluarga dengan latar belakang pengalaman, keahlian dan kompetensi keluarga memberikan manfaat positif dalam perawatan anak. Memberikan kewenangan kepada keluarga berarti membuka jalan bagi keluarga untuk mengetahui kekuatan, kemampuan keluarga dalam merawat anak.

## **Manfaat Penerapan *Family Centered Care* (FCC)**

Manfaat penerapan *family centered care* adalah sebagai berikut:

1. Hubungan tenaga kesehatan dengan keluarga semakin menguat dalam meningkatkan kesehatan dan perkembangan setiap anak.
2. Meningkatkan pengambilan keputusan klinis berdasarkan informasi yang lebih baik dan proses kolaborasi.
3. Membuat dan mengembangkan tindak lanjut rencana perawatan berkolaborasi dengan keluarga.
4. Meningkatkan pemahaman tentang kekuatan yang dimiliki keluarga dan kapasitas pemberi pelayanan.
5. Penggunaan sumber-sumber pelayanan kesehatan dan waktu tenaga profesional lebih efisien dan efektif (mengoptimalkan manajemen perawatan di rumah, mengurangi kunjungan ke unit gawat darurat atau rumah sakit jika tidak perlu, lebih efektif dalam menggunakan cara pencegahan).
6. Mengembangkan komunikasi antara anggota tim kesehatan.
7. Persaingan pemasaran pelayanan kesehatan kompetitif.
8. Meningkatkan lingkungan pembelajaran untuk spesialis anak dan tenaga profesi lainnya dalam pelatihan-pelatihan.
9. Menciptakan lingkungan yang meningkatkan kepuasan profesional.
10. Mempertinggi kepuasan anak dan keluarga atas pelayanan kesehatan yang diterima.

## **Elemen-Elemen *Family Centered Care* (FCC)**

Dalam *family centered care* kebutuhan semua anggota keluarga tidak hanya harus dipertimbangkan, dengan mengacu pada elemen penting *family centered care* yang meliputi:

1. Memasukkan pemahaman ke dalam kebijakan dan praktik bahwa keluarga bersifat konstan dalam kehidupan anak, sementara sistem pelayanan dari personal pendukung di dalam sistem tersebut berubah-ubah.
2. Memfasilitasi kolaborasi keluarga/profesional pada semua tingkat pelayanan keperawatan di rumah sakit, rumah, dan di masyarakat.
3. Saling bertukar informasi yang lengkap dan jelas antara anggota keluarga dan profesional dalam hal dukungan tentang cara yang *supportif* di setiap saat.
4. Menggabungkan pemahaman dan penghormatan terhadap keanekaragaman budaya, kekuatan dan individualitas di dalam dan diantara seluruh keluarga termasuk keanekaragaman suku, ras, spiritual, sosial, ekonomi, bidang pendidikan dan geografi ke dalam kebijakan praktik.
5. Mengenali dan menghormati metode koping yang berbeda dan menerapkan program dan kebijakan menyeluruh yang menyediakan pelayanan perkembangan, pendidikan, emosi, lingkungan dan dukungan keuangan untuk memenuhi kebutuhan keluarga yang berbeda-beda.
6. Mendorong dan memfasilitasi dukungan dan jaringan kerja sama keluarga dengan keluarga.
7. Menetapkan bahwa rumah, rumah sakit, dan pelayanan masyarakat dan sistem pendukung untuk anak-anak yang memerlukan pelayanan kesehatan khusus dan keluarganya bersifat fleksibel, dapat diakses, dan komprehensif dalam menjawab pemenuhan kebutuhan keluarga yang berbeda sesuai yang diperlukan.
8. Menghargai keluarga sebagai keluarga, dan anak-anak sebagai anak-anak, mengakui bahwa mereka memiliki beragam kekuatan, perhatian, emosi dan cita-cita yang melebihi kebutuhan mereka untuk mendapatkan layanan dan dukungan kesehatan serta perkembangan khususnya.

## **Prinsip-Prinsip *Family Centered Care* (FCC)**

Beberapa prinsip *Family Centered Care* meliputi:

1. Menghormati setiap anak dan keluarganya. Perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada anak menghormati anak dan keluarga sebagai subjek perawatan. Perawat menghormati anak dan keluarga memiliki pilihan yang terbaik bagi perawatan mereka.
2. Menghargai perbedaan suku, budaya, sosial, ekonomi, agama, dan pengalaman tentang sehat sakit yang ada pada anak dan keluarga. Perawat menghargai perbedaan suku, budaya, sosial ekonomi, agama dan pengalaman tentang sehat sakit anak dan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan. Pelayanan yang diberikan mengacu kepada standar asuhan keperawatan dan diperlakukan sama pada semua pasien dan keluarga.
3. Mengenali dan memperkuat kelebihan yang ada pada anak dan keluarga. Mengkaji kelebihan keluarga dan membantu mengembangkan kelebihan keluarga dalam proses asuhan keperawatan pada klien.
4. Mendukung dan memfasilitasi pilihan anak dan keluarga dalam memilih pelayanan kesehatannya. Memberikan kesempatan kepada keluarga dan anak untuk memilih fasilitas kesehatan yang sesuai untuk mereka, menghargai pilihan dan mendukung keluarga.
5. Menjamin pelayanan yang diperoleh anak dan keluarga sesuai dengan kebutuhan, keyakinan, nilai, dan budaya mereka. Memonitor pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan, nilai, keyakinan dan budaya pasien dan keluarga.
6. Berbagi informasi secara jujur dan tidak bias dengan anak dan keluarga sebagai cara untuk memperkuat dan mendayagunakan anak dan keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan.

7. Memberikan dan menjamin dukungan formal dan informal untuk anak dan keluarga. Memfasilitasi pembentukan *support* grup untuk anak dan keluarga, melakukan pendampingan kepada keluarga, menyediakan akses informasi *support* grup yang tersedia dimasyarakat.
8. Berkolaborasi dengan anak dan keluarga dalam penyusunan dan pengembangan program perawatan anak di berbagai tingkat pelayanan kesehatan. Melibatkan keluarga dalam perencanaan program perawatan anak, meminta pendapat dan ide keluarga untuk pengembangan program yang akan dilakukan.
9. Mendorong anak dan keluarga untuk menemukan kelebihan dan kekuatan yang dimiliki, membangun rasa percaya diri, dan membuat pilihan dalam menentukan pelayanan kesehatan anak. Petugas kesehatan berupaya meningkatkan rasa percaya diri keluarga dengan memberikan pengetahuan yang keluarga butuhkan dalam perawatan anak.

### **Daftar Pustaka**

- Aziz, A. (2009). *Pengantar Ilmu Kesehatan untuk Pendidikan Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Halimsyah. (2008). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak* . Jakarta: Salemba Medika.
- Lauren. (2011). *Ensiklopedia Perkembangan Anak*. Jakarta: Erlangga.
- Setiawan. (2009). *Keperawatan Anak dan keluarga*. Jakarta: EGC.

## **Profil Penulis**



### **Ainal Mufidah**

Penulis lahir di Tuban, 13 Oktober 1992. Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2011 silam. Penulis menempuh jenjang S1 keperawatan di STIKes ICsada Bojonegoro dan lulus tahun 2015, dilanjutkan dengan profesi Ners di tempat yang sama dan lulus tahun 2016. Kemudian penulis melanjutkan studi S2 di Universitas Airlangga pada tahun 2018 dan lulus tahun 2020 dengan gelar Magister Keperawatan. Penulis bekerja sebagai dosen tetap di STIKes ICsada Bojonegoro. Penulis sangat tertarik dalam menulis buku keperawatan medikal bedah ini karena sesuai dengan bidang serta minta yang di ambil. Selain itu penulis juga mengajar mata kuliah keperawatan medikal bedah, keperawatan anak serta keperawatan maternitas. Dan untuk mewujudkan karier sebagai dosen profesional, penulis pun aktif melakukan penelitian, pengajaran dan pengabdian masyarakat. Selain sebagai dosen penulis juga aktif menulis buku dengan harapan agar buku yang ditulis bisa memberikan kontribusi positif serta dedikasi atas kerja keras dalam menulis buku.

Email Penulis: [ainulmufidah31@gmail.com](mailto:ainulmufidah31@gmail.com)



# PERSPEKTIF KEPERAWATAN ANAK DARI SISI KESEHATAN

**Atik Pramesti Wilujeng, S.Kep., Ns., M.Kep.**

STIKES Banyuwangi

## **Pendahuluan**

Anak merupakan manusia unik yang memiliki berbagai kebutuhan sesuai tahap usianya. Seorang anak dalam memenuhi kebutuhan masih sangat tergantung pada orang dewasa. Termasuk dalam hal kebutuhan kesehatan seorang anak sangat membutuhkan perlindungan dari keluarga dan masyarakat sekitar. Anak diibaratkan adalah harta yang sangat berharga. Begitu berharganya seorang anak melebihi nilai dari emas dan permata, ini adalah hal mendasar yang harus dipahami oleh para orang tua dan semua profesi yang berkaitan dengan dunia anak-anak. Oleh karena itu mereka akan bersama-sama berupaya mengerahkan segenap tenaga dan pikiran untuk merawat dan membesarkannya dengan harapan kelak mereka akan menjadi manusia yang istimewa yang mampu menciptakan lingkungan masyarakat yang sehat dan sejahtera. Sebagai upaya menjaga dan mengoptimalkan kesejahteraan anak maka kita sebagai tenaga kesehatan khususnya yang berprofesi sebagai seorang perawat turut berkontribusi dalam mewujudkannya. Kesehatan seorang anak tidak hanya dipandang dari aspek fisiknya saja namun perlu dilihat dari semua aspek yang meliputi biopsikososial dan spiritual. Akhir-akhir ini banyak kejadian penganiayaan dan penelantaran pada anak mulai dari penganiayaan

yang bersifat fisik, psikologis maupun penganiayaan seksual hal ini tentu akan merusak generasi yang akan datang. Tentunya dalam hal ini sangat dibutuhkan peran dari berbagai pihak baik dari keluarga, pemerintah maupun tenaga kesehatan dalam upaya perlindungan terhadap kesehatan dan kesejahteraan anak. Kondisi pandemi Covid-19 yang dimulai awal tahun 2020 juga berdampak terhadap berbagai aspek meliputi aspek ekonomi, social, pendidikan dan kesehatan sehingga hal ini juga secara tidak langsung berdampak terhadap pendidikan, kesehatan dan kesejahteraan anak. Anak sebagai penerus generasi masa depan tentu harus menjadi perhatian semua pihak, upaya mengoptimalkan kesehatan dan tumbuh kembang anak harus dioptimalkan semaksimal mungkin. Merawat dan mengoptimalkan kesehatan anak diibaratkan membangun pondasi yang kokoh dalam sebuah bangunan masyarakat karena nasib sebuah bangsa sangat ditentukan bagaimana kualitas sumber daya manusianya. Mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan anak tidak hanya dipandang dari aspek kesehatan fisik saja namun lebih kompleks daripada itu. Optimalisasi pertumbuhan dan perkembangan anak meliputi semua aspek baik aspek fisik, psikologis, social dan spiritual sehingga nantinya akan bisa membentuk generasi yang tidak hanya kuat secara fisik saja namun juga generasi yang mandiri, tangguh, dan tidak mudah menyerah yang memberi manfaat untuk masyarakat, bangsa dan negara. Optimalisasi pertumbuhan dan perkembangan anak dari aspek fisik sudah sering disampaikan oleh para pakar kesehatan baik itu oleh dokter anak, perawat anak, psikolog dalam forum-forum ilmiah seperti halnya optimalisasi pada 1000 hari pertama kehidupan. Namun mengotimalkan perkembangan anak dari aspek psikologis, sosial dan spiritual masih jarang menjadi perhatian. Seperti halnya pada aspek spiritual kita menganggap usia anak-anak belum paham betul tentang konsep spiritual. Sehingga kita merasa tidak perlu mengenkannya. Kita mengira terlalu dini, toh nanti kalau dia besar dia akan paham sendiri. Ini adalah pemikiran yang salah besar. Selama ini kita berpersepsi

bahwa akal mereka belum mampu menjangkau tentang konsep agama. Kita hanya terfokus bagaimana caranya agar anak bisa tumbuh optimal dan bagaimana anak menjadi cerdas dan intelektual padahal ada aspek lain yang tidak kalah penting yaitu aspek spiritual . Aspek spritual harusnya menjadi pondasi dari aspek-aspek tumbuh kembang anak yang lain. Tumbuh kembang anak ini diibaratkan adalah sebuah bangunan apabila suatu bangunan ini dibangun dengan pondasi yang tidak kokoh maka bangunan ini tidak akan bertahan lama dia akan rapuh selanjutnya menjadi roboh. Namun apabila bangunan ini dibangun diatas pondasi yang kokoh maka bangunan ini akan menjadi bangunan yang kokoh dan tidak akan mudah hancur bahkan dia akan melindungi orang-orang yang ada didalamnya.

Keluarga memiliki kewajiban dalam merawat dan memelihara anak-anak mereka dengan pemeliharaan yang benar. Apabila orang tua mengalami kesulitan mereka bisa melakukan konseling dengan tenaga kesehatan salah satunya dengan perawat sehingga mereka bisa merawat dan memberikan bimbingan yang benar dan sehat. Pada masyarakat kita saat ini banyak kita temukan remaja yang fisiknya kuat, otaknya cerdas namun tidak diimbangi dengan kemandirian dan kematangan jiwa. Banyak kasus ditemukan berkaitan dengan kenakalan remaja seperti tawuran, seks bebas dan bullying. Anak adalah individu unik dengan segala karakteristik yang ada padanya. Setiap anak adalah istimewa mereka memiliki potensi dan bakat yang sudah dibawa sejak lahir yang merupakan kanunia Allah Subhanallahu wata'ala. Tidak akan pernah sama antara anak yang satu dengan anak yang lain sehingga jangan pernah membandingkan mereka. Jika seorang anak memiliki kekurangan pada satu aspek pasti dia juga dilengkapi dengan kelebihan pada aspek-aspek yang lain. Jadi mari kita berkomitmen untuk menjadikan anak-anak kita menjadi generasi yang tangguh yang akan mampu menciptakan masyarakat yang beradab.

## **Keperawatan Anak dari Sisi Kesehatan**

Keperawatan anak memiliki tujuan yaitu mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan serta tingkat kesehatan anak setinggi mungkin yang bisa dicapai oleh setiap anak dalam sistem keluarga. Optimalisasi pertumbuhan dan perkembangan anak sangat bersifat individual bagi masing-masing anak. Tercapainya perkembangan yang optimal adalah dimana setiap anak mampu mencapai dan melampaui setiap aspek perkembangan yang meliputi aspek motorik kasar, motorik halus, bahasa, dan sosial kemandirian. Sebagai upaya mencapai tujuan tersebut maka keperawatan memandang fenomena/paradigma keperawatan anak yang terdiri dari manusia (anak dan keluarga), lingkungan, sehat dan keperawatan.

### **Tahap Perkembangan Anak**

#### **1. Tahap sebelum lahir**

Dimulai sejak masa kehamilan hingga melahirkan, pada umumnya adalah sembilan bulan. Pada tahap ini diperlukan penjaagaan dan perhatian bagi ibu dan janinnya. Seorang ibu harus menjaga makanannya. Hendaknya seorang ibu yang sedang hamil memakan makanan yang baik, demi kesehatan dirinya dan janin yang dikandungnya. Hindari minum minuman yang mengandung bahan yang tidak baik bagi tubuh seperti alkohol serta menghindari makanan yang beracun dan makanan yang diharamkan oleh agama. Pada tahap ini seorang ibu juga menjalin kedekatan yang lebih kepada Allah Subhanallahu wa ta'la.

#### **2. Tahap kanak-kanak pertama**

Dimulai sejak awal mulai sejak bayi lahir hingga usia 7 tahun. Tahap ini adalah tahap yang penting karena pada tahap ini terjadi pertumbuhan fisik, otak dan mental. Tahap pertumbuhan ini akan menentukan tahap pertumbuhan selanjutnya, pada tahap ini pertumbuhan fisik anak terlihat sangat nyata, pertumbuhan otak begitu cepat dan akan semakin kuat dengan memberikan stimulus berupa permainan sesuai dengan kemampuan akalnya. Perkembangan

aspek kognitif, afektif, psikomotor, motorik halus, motorik kasar, bahasa dan sosial kemandirian sangat ditentukan pada tahap ini. Meskipun rentang pertumbuhan dan perkembangan pada tahap ini lama namun orang tua dan tenaga kesehatan tetap harus waspada dan tidak boleh meremehkannya. Pada tahap ini seorang anak harus dijaga dari pengaruh negatif lingkungan eksternal. Pada tahap ini sudah mulai kita ajarkan tentang mana perilaku yang benar dan mana perilaku yang salah. Apabila anak melakukan suatu perilaku yang buruk yang dia dapatkan dari orang lain maka kita bisa langsung mengoreksinya bahwa perilaku tersebut tidak baik tentunya dengan kalimat yang sesuai dengan akalnya sehingga konsep tentang perilaku baik dan buruk sudah terekam dalam otaknya yang nantinya bisa menjadi penyaring perilaku dia ketika dia tumbuh dewasa. Berbagai permainan bisa kita lakukan pada tahap usia ini. Pilih permainan-permainan yang sederhana yang melibatkan semua aspek perkembangan. Berikan permainan yang melatih kemandirian anak dan merangsang kreatifitasnya. Apabila anak mengalami kesulitan dalam melakukan permainan orang tua jangan terburu-buru memberikan bantuan dengan alasan kasihan. Biarkan dia menyelesaikan pekerjaan sendiri sehingga dia tidak akan tergantung pada orang lain. Pada tahap ini orang tua jangan sekali-kali memberikan alat komunikasi dan teknologi seperti handphone terlebih lagi smartphone dengan berbagai aplikasinya. Kami khawatir orang tua tidak mampu mengontrolnya sehingga menimbulkan rasa ketagihan pada diri anak yang hal ini akan berdampak buruk pada perkembangan anak. Kecuali kita ingin menunjukkan suatu hal yang bersifat memberikan pendidikan dan hikmah yang baik untuk membentuk karakternya dengan tetap diebrikan pendampingan dari orang tua saat menggunakannya.

### 3. Tahap masa kanak-kanak kedua

Dimulai usia tujuh tahun hingga 13 tahun. Pada tahap ini pertumbuhan fisik semakin kuat dan aktif. Begitu juga aktivitas otak. Oleh karena itu kita melihat anak-anak pada tahap ini memiliki rasa ingin tahu yang besar terhadap hal-hal yang ada dilingkungan sekitar semisal keingintahuannya tentang bumi, matahari, bulan dan alam semesta. Tahap ini merupakan tahap yang sangat bernilai karena masa terbukanya otak anak dan perasaannya yang mulai merespon segala kejadian hal ini akan tampak dari kebersihan wataknya dari kecenderungan-kecenderungan yang negative. Mereka akan mencoba menyelesaikan sendiri masalah-masalah yang mereka hadapi sesuai dengan akalannya yang masih bersih dan suci. Sehingga diperlukan peran orang tua yang hebat yang mampu mengarahkan. Dan untuk membentuk konsep perilaku yang baik pada diri anak maka sangat diperlukan suri tauladan yang baik dari kedua orang tuanya sehingga pemahaman tentang konsep spiritual dan perilaku yang baik akan sangat mudah diterima oleh anak. Diperlukan kerjasama yang baik antara orang tua, tenaga kesehatan dan pendidik dalam membentuk kepribadian anak dan kerjasama ini sangat penting bahkan ini menjadi dasar pembangunan kepribadian dirinya. Tanpa ini anak akan kehilangan keistimewaan-keistimewaan yang harusnya dia dapatkan pada tahap usia ini

### 4. Pubertas

Dimulai dari usia 12 tahun hingga 18 tahun. Dalam tahap ini pertumbuhan fisik mengarah kepada sempurna, oleh karena itu pada tahap ini terjadi kematangan seksual pada anak laki-laki dan perempuan. Pada anak laki-laki kematangan ini muncul ditandai dengan munculnya tanda-tanda kelamin sekunder seperti perubahan pada pita suara, munculnya rambut di kemaluan dan mimpi basah. Sedangkan pada anak perempuan ditandai dengan menstruasi, kedua payudara mulai membesar. Dalam

tahap ini muncul letupan-letupan dari tahap masa kanak-kanak sebelumnya dan masa dewasa yang baru datang. Disinilah efek-efek balik dari dua tahap sebelumnya berkumpul dalam waktu bersamaan atau di waktu yang berdekatan. Hal ini membuat orang tua kekehakan dalam mendidik anak laki-laki yang memasuki masa pubertas yang tidak mereka dapat pada anak perempuan yang memasuki masa pubertas. Karena anak perempuan lebih cenderung tenang kecuali pada awal-awal mengalami menstruasi.

Masa pubertas ini adalah masa yang paling sulit diantara tahap-tahap perkembangan yang lain sehingga orang tua harus benar-benar memahami apa saja yang diperlukan dan memperhatikan kondisinya. Selanjutnya memberikan bimbingan dan pengarahan pada masing-masing kondisi.

### **Masalah Kesehatan Anak di Dunia**

#### **1. Malnutrisi**

Permasalahan gizi pada anak meliputi beberapa hal yaitu gizi kurang, balita pendek (stunting), obesitas dan kekurangan zat gizi mikro. Saat ini perhatian dunia tertuju pada masalah stunting (pendek) anak. Kekurangan gizi menyebabkan anak lebih rentan mengalami penyakit infeksi (Nkurunziza et al., 2017). Stunting, kurus, dan kelebihan berat badan sangat berkaitan dengan penyakit kronis (Iversen et al., 2021). Gizi buruk yang ditimbulkan oleh stunting dapat merusak tumbuh kembang anak usia dini. Anak-anak yang terkena stunting dapat mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan, mengalami kognisi yang buruk dan penyebaran infeksi berulang (Ponum et al., 2020). Kekurangan gizi terjadi sejak bayi dengan status gizi yang berdasarkan panjang atau tinggi badan menurut umurnya dengan standar baku WHO-MGRS (Multicentre Growth Reference Study) 2006, nilai z-scorenya kurang dari -2 SD sampai + SD (normal) dan -3 SD sampai <-2 SD (stunted). United Nations International Children's

Emergency Fund (UNICEF) memperkirakan, 45,4 juta anak di bawah lima tahun secara global mengalami kekurangan gizi akut (wasting) pada 2020. Sebagian besar anak yang kekurangan gizi ditemukan di wilayah konflik kemanusiaan, miskin, dan memiliki layanan kesehatan gizi terbatas. Berdasarkan kawasannya, persentase balita penderita kekurangan gizi akut paling tinggi di Asia Selatan, yakni 14,7%. Posisinya disusul oleh Afrika Barat dan Tengah dengan persentase sebesar 7,2%. Proporsi balita kekurangan gizi akut di Timur Tengah dan Afrika Utara mencapai 6,3%. Kemudian, ada 5,3% balita yang kekurangan gizi akut di Afrika Timur dan Selatan. Sebanyak 3,7% balita kekurangan gizi akut berada di Asia Timur dan Pasifik. Di Eropa Timur dan Asia Tengah, ada 1,9% balita kekurangan gizi akut. Sedangkan, 1,3% balita kekurangan gizi akut berada di Amerika Latin dan Karibia. stunting memiliki dampak yang sangat buruk. Semua program dan sebagian besar studi menunjukkan faktor risiko yang terkait dengan stunting pada anak di bawah 5 tahun meliputi kelahiran prematur, gizi ibu yang buruk, praktik pemberian makan anak yang tidak tepat, etnis, jarak kelahiran lebih dari 24 bulan (Ponum et al., 2020). Petugas kesehatan yang meliputi perawat maupun tenaga yang lain hendaknya meningkatkan capaian pemberian ASI Eksklusif melalui upaya pemberian penyuluhan kesehatan dan memotivasi ibu agar memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya sehingga ibu memahami pentingnya ASI eksklusif dibandingkan untuk susu formula. Hal ini juga dapat dilakukan dengan cara menyenangkan perasaan ibu dari masa pra-konsepsi ketika bayi lahir hingga usia minimal 6 bulan dan berlanjut sampai ulang tahun anak kedua (Tambunan et al., 2021). Status sosial ekonomi mempengaruhi status kesehatan dan pola penyakit. Status kesehatan khususnya pada anak-anak secara tidak langsung akan mempengaruhi status nutrisi anak dalam hal ini adalah stunting karena kasus malnutrisi atau stunting banyak ditemukan pada kalangan ekonomi rendah.

Kurangnya daya beli keluarga maka akan berdampak terhadap bahan makanan yang mampu disiapkan oleh keluarga untuk anak-anaknya sehingga akan berdampak pada asupan gizi anak. Namun untuk saat ini masyarakat di daerah sebagian besar mulai memahami pentingnya asupan gizi yang baik untuk pertumbuhan dan perkembangan anak. Kondisi ekonomi yang buruk tidak menghalangi orang tua menyiapkan makanan bergizi untuk anak. Para ibu pandai mengolah bahan makanan yang didapat dari sekitar rumah menjadi makanan lezat dan bergizi bagi anak-anak mereka (Peni et al., 2020). Stunting yang terjadi pada anak-anak merupakan cerminan dari kondisi dimana anak kurang memperoleh asupan nutrisi yang memadai dalam waktu yang lama sehingga mengakibatkan pertumbuhan tidak optimal. Asupan makan berhubungan erat dengan kebiasaan makan anak pada tahap perkembangan awal dan tergantung sepenuhnya pada makanan yang diberikan oleh orang tua (Bustami & Ampera, 2020). Factor-faktor penyebab stunting dikelompokkan menjadi tiga yaitu factor masyarakat, factor keluarga dan factor individu. Factor masyarakat terdiri dari system ekonomi, Pendidikan, system kesehatan dan sanitasi. Factor keluarga meliputi kualitas dan jumlah makanan yang tidak memadai, pendapatan keluarga, struktur anggota keluarga, pola asuh dan pelayanan kesehatan sedangkan factor individu yang menyebabkan stunting adalah asupan gizi yang kurang, berat badan lahir rendah dan riwayat penyakit menular (Hasanah et al., 2020).

## 2. Obesitas

Salah satu permasalahan gizi pada anak saat ini adalah obesitas. Angka kejadian obesitas pada anak di dunia cenderung mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Obesitas merupakan suatu kondisi dimana terjadi kelebihan lemak pada tubuh seseorang. Pada tahun 2016, sebanyak 41 juta anak di bawah usia 5 tahun mengalami kelebihan berat badan atau obesitas. Sebagian populasi dunia hidup

di negara-negara di mana kelebihan berat badan dan obesitas membunuh lebih banyak orang daripada kekurangan berat badan. Meskipun prevalensinya fluktuatif, namun hal ini merupakan tantangan untuk dapat menurunkan prevalensi obesitas pada balita di masa mendatang.

### 3. Kekurangan Zat Gizi Mikro (Anemia Defisiensi Besi)

Anemia defisiensi besi adalah anemia yang timbul karena kekurangan zat besi sehingga pembentukan sel-sel darah merah dan fungsi lain dalam tubuh terganggu. Seorang anak beresiko mengalami anemia defisiensi besi bisa disebabkan oleh beberapa hal diantaranya adalah: 1. Kebutuhan yang meningkat untuk pertumbuhan dan perkembangan. Pada periode pertumbuhan cepat yaitu pada umur 1 tahun pertama dan masa remaja kebutuhan besi akan meningkat, sehingga pada periode ini insiden ADB meningkat. Pada bayi umur 1 tahun, berat badannya meningkat 3 kali dan massa hemoglobin dalam sirkulasi mencapai 2 kali lipat dibanding saat lahir.

### **Peran Perawat Anak dalam Optimalisasi Pertumbuhan dan Perkembangan Anak**

Perawat merupakan bagian dari profesi kesehatan dan anggota dari tim pemberi asuhan keperawatan anak bekerjasama dengan orang tuanya. Perawat anak dalam menjalankan perannya dalam optimalisasi pertumbuhan dan perkembangan sangat membutuhkan kerjasama dengan orang tua serta anggota tim kesehatan lain terutama dalam membantu memecahkan masalah yang berkaitan dengan perawatan anak. Masa balita merupakan periode penting dalam proses tumbuh kembang manusia. Perkembangan dan pertumbuhan di masa itu menjadi penentu keberhasilan pertumbuhan dan perkembangan anak di periode selanjutnya (Dosman et al., 2012). Pada usia 0-2 tahun merupakan masa tumbuh kembang yang optimal (golden period) bila terjadi gangguan pada masa ini akan berpengaruh negatif pada kualitas generasi penerus (Kesehatan, 2017). Sebagai bagian dari tenaga kesehatan profesional, perawat

mempunyai peran yang penting dalam membantu memberikan bimbingan dan pengarahan pada orang tua (Dosman et al., 2012). Keluarga membutuhkan panduan tentang pentingnya memberikan stimulasi perkembangan pada anak (Wang et al., 2019). Dengan mengetahui masalah perkembangan sejak dini, anak-anak dapat diberikan perawatan yang lebih efektif, sehingga defisit perkembangan lebih lanjut dapat dicegah (Moodie et al., 2014). Banyak data yang menunjukkan pentingnya bimbingan orang tua dalam mengasuh anak sampai usia remaja (Partridge, 2014). 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. Stimulasi yang tepat akan merangsang otak balita sehingga perkembangan kemampuan gerak, bicara dan bahasa, sosialisasi dan kemandirian pada balita berlangsung optimal sesuai dengan umur anak. Deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang perlu dilakukan untuk dapat mendeteksi secara dini adanya penyimpangan tumbuh kembang balita termasuk menindaklanjuti setiap keluhan orang tua terhadap masalah tumbuh kembang anaknya. Apabila ditemukan ada penyimpangan, maka dilakukan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita dimana dalam penelitian ini peneliti memberikan stimulasi yang sesuai dengan KPSP selanjutnya dilakukan evaluasi setelah 2 minggu, hal ini sebagai tindakan koreksi dengan memanfaatkan plastisitas otak anak agar tumbuh kembangnya kembali normal atau penyimpangannya tidak semakin berat (Kementerian Kesehatan & Indonesia, 2016).

## Daftar Pustaka

- Bustami, B., & Ampera, M. (2020). The identification of modeling causes of stunting children aged 2–5 years in Aceh province, Indonesia (Data analysis of nutritional status monitoring 2015). *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 8(E), 657–663. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2020.4659>
- Dosman, C., Faap, F., Andrews, D., & Frcpc, F. (2012). *Anticipatory guidance for cognitive and social-emotional development: Birth to five years*. 17(2), 75–80.
- Hasanah, U., Maria, I. L., Jafar, N., Hardianti, A., Mallongi, A., & Syam, A. (2020). Water, sanitation dan hygiene analysis, and individual factors for stunting among children under two years in ambon. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 8(T2), 22–26. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2020.5177>
- Iversen, P. O., Ngari, M., Westerberg, A. C., Muhoozi, G., & Atukunda, P. (2021). Child stunting concurrent with wasting or being overweight: A 6-y follow up of a randomized maternal education trial in Uganda. *Nutrition*, 89, 111281. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2021.111281>
- Kementerian Kesehatan, R., & Indonesia. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia 2015*.
- Kesehatan, D. S. (2017). *Data seputar kesehatan. Tahun*.
- Moodie, S., Daneri, P., Goldhagen, S., Tamara, H., Green, K., & LaMonte, L. (2014). *EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENTAL SCREENING: A COMPENDIUM OF MEASURES FOR CHILDREN AGES BIRTH TO FIVE* *Early Childhood Developmental Screening: OPRE CHILD TRENDS*.

- Nkurunziza, S., Meessen, B., Van geertruyden, J. P., & Korachais, C. (2017). Determinants of stunting and severe stunting among Burundian children aged 6-23 months: Evidence from a national cross-sectional household survey, 2014. *BMC Pediatrics*, *17*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0929-2>
- Partridge, B. (2014). *Adolescent Pediatric Decision-Making : A Critical Reconsideration in the Light of the Data*. 299–308. <https://doi.org/10.1007/s10730-014-9250-8>
- Peni, T., Ratnaningsih, T., & Laili, S. I. (2020). Factors Associated with Development among Children in Flood-Prone Areas in Indonesia. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, *3*(6), 632–639.
- Ponum, M., Khan, S., Hasan, O., Mahmood, M. T., Abbas, A., Iftikhar, M., & Arshad, R. (2020). Stunting diagnostic and awareness: Impact assessment study of sociodemographic factors of stunting among school-going children of Pakistan. *BMC Pediatrics*, *20*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02139-0>
- Tambunan, A. T., Tanggulungan, F., Poppy, R., Sinurat, F., Kartika, L., & Aiba, S. (2021). Relationship between Mothers ' Knowledge and Exclusive Breastfeeding Behavior in One Private Hospital in West Indonesia. *International Journal of Nursing and Health Services*, *4*(1), 1–8.
- Wang, H., Zhang, Y., Tian, Y., Li, F., Yan, C., Wang, H., Luo, Z., & Jiang, F. (2019). *Maternal age at menarche and offspring body mass index in childhood*. 1–7.

## **Profil Penulis**



### **Atik Pramesti Wilujeng**

Lahir di Lamongan, 30 Januari 1985. Penulis merupakan staf dosen keperawatan di STIKES Banyuwangi. Karir sebagai dosen dimulai penulis mulai April 2009 sampai sekarang. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di Universitas Airlangga. Setelah lulus pada tahun 2008, penulis melanjutkan studinya pada Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga dan lulus pada tahun 2015.

Email Penulis: [atikpramesti@stikesbanyuwangi.ac.id](mailto:atikpramesti@stikesbanyuwangi.ac.id)

# PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK

**Eka Adithia Pratiwi., S.Kep., Ners., M.Kep.**

Stikes Yarsi Mataram

## **Definisi**

Pertumbuhan adalah semakin bertambahnya jumlah sel-sel dan ukuran beserta jaringan interselular, artinya struktur tubuh dan ukuran fisik bertambah baik seluruh ataupun sebagian, diukur menggunakan satuan berat maupun panjang, terjadi secara simultan dengan perkembangan (Kemenkes, RI, 2016). Seorang anak bukan hanya menjadi besar secara fisik, juga dalam segi ukuran beserta struktur organ tubuh dan otak. Bertumbuh merupakan peningkatan ukuran disertai dengan perubahan fisik. Pertumbuhan bisa diukur secara kuantitatif, dimana indikatornya meliputi berat, tinggi, pertumbuhan gigi juga ukuran tulang. Pola pertumbuhan bagi semua orang sama, sedangkan laju pertumbuhannya bervariasi pada tahap perkembangan maupun pertumbuhan (Behrman, Kliegman, & Arvin, 2000; Supartini, 2004; Potter&Perry, 2005; Wong, Hockenberry-Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009; Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2010). Perkembangan adalah bertambahnya fungsi tubuh dan struktur yang kompleks yang meliputi kemampuan gerak halus, gerak kasar, personal social (kemandirian) dan bahasa bicara. (Kemenkes, RI, 2016). Selain itu yang dimaksud dengan perkembangan yaitu kemampuan individu untuk beradaptasi dengan lingkungannya akibat dari adanya peningkatan suatu keterampilan dan fungsi

yang dimilikinya (Behrman, Kliegman, & Arvin, 2000; Supartini, 2004; Potter & Perry, 2005; Wong, Hockenberry-Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009; Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2010).

### **Ciri dan Prinsip**

Beberapa ciri dari proses tumbuh dan kembang anak yang saling terkait, yaitu

1. Perkembangan menimbulkan perubahan.

Pertumbuhan dan perkembangan terjadi secara bersama, disertai dengan adanya fungsi yang berubah. Misalnya pertumbuhan serabut saraf dan otak akan menyertai peningkatan intelegensi anak (Kemenkes, 2016).

2. Tahap awal pertumbuhan dan berkembang akan menentukan perkembangan selanjutnya.

Perkembangan setiap anak akan terjadi sesuai tahapannya. Sebelum anak mampu untuk berdiri maka ia tidak akan bisa berjalan, hal tersebut juga bisa terjadi jika fungsi anggota gerak dan pertumbuhan kaki dan bagian tubuh lainnya terhambat (Kemenkes, 2016).

3. Perkembangan dan Pertumbuhan memiliki yang berbeda.

Kecepatan ke dua tahap ini akan berbeda-beda, baik dalam berkembangnya fungsi organ dan pertumbuhan fisik anak (Kemenkes, 2016).

4. Pertumbuhan dan Perkembangan saling memiliki korelasi

Tumbuh dan kembang berlangsung dengan cepat, hal tersebut di tunjukkan dengan terjadinya peningkatan memori, mental, asosiasi, daya nalar dll. Bertambahnya umur anak, akan mempengaruhi tinggi dan berat badan serta kepandaianya (Kemenkes, 2016).

5. Memiliki pola yang tetap.

Fungsi organ tubuh yang berkembang terjadi berdasarkan 2 hukum yang tetap, yaitu: a. Di mulai dari daerah kepala, menuju arah anggota tubuh lainnya/kaudal (*pola sefalokaudal*). b. mulai di daerah motorik kasar (*proksimal*) kemudian ke arah bagian distal seperti jari dengan kemampuan motorik halus (*pola proksimodistal*) (Kemenkes, 2016).

6. Memiliki tahap berurutan.

Perkembangan selalu berurutan, misalnya anak akan dapat membuat gambar kotak setelah mereka mampu membuat gambar lingkaran dan anak mampu duduk sebelum berdiri (Kemenkes, 2016).

**Kualitas Tumbuh Kembang Anak dipengaruhi oleh Beberapa Faktor**

Adapun faktor yang mempengaruhinya, yaitu:

1. Faktor Internal

a. Ras atau bangsa.

Anak yang lahir dari ras yang berbeda seperti contohnya Afrika, maka tidak memiliki faktor herediter seperti ras Indonesia dan sebaliknya.

b. Keluarga.

Postur tubuh seorang anak akan mengikuti postur tubuh keluarganya, karena postur tubuh yang berbeda-beda seperti postur tubuh pendek, tinggi, kurus atau gemuk

c. Umur.

Masa prenatal merupakan masa dimana kecepatan pertumbuhan terjadi sangat pesat, yaitu pada tahun awal hidupnya dan saat remaja.

d. Gender

Fungsi reproduksi anak perempuan akan berkembang cepat dibandingkan laki laki, setelah pubertas terlewati anak laki-laki pertumbuhannya akan lebih cepat.

e. Genetik.

Terdapat beberapa kelainan genetik yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang anak seperti pendek.

2. Faktor eksternal

a. Prenatal

- 1) Gizi: pada saat trimester akhir kehamilan nutrisi ibu hamil sangat penting untuk di berikan karena akan mempengaruhi bertumbuhnya janin.
- 2) Mekanis: Kelainan congenital seperti *club foot* terjadi akibat posisi janin yang tidak normal.
- 3) Zat-zat kimia/Toksin: kelainan kongenital seperti *palatoskisis* terjadi akibat penggunaan obat-obatan seperti *Thalldomid*, Aminopterin.
- 4) Endokrin: Penyakit diabetes mellitus (DM) saat kehamilan dapat menyebabkan terjadinya *hiperplasia adrenal*, *kardiomegali* dan *makrosomia*.
- 5) Radiasi: kelainan yang terjadi pada janin seperti perubahan struktur dan bentuk (*deformitas*) anggota gerak, *spina bifida*, retardasi mental (RM) ataupun *mikrosefali* serta kelainan kongenital mata, dan jantung merupakan akibat dari adanya paparan sinar Rontgen serta radium (Kemenkes, 2016).
- 6) Infeksi: Jika terkena saat trimester 1 dan 2 oleh *Toksoplasma*, *Rubella*, *Sitomegalo virus*, *Herpes simpleks* (TORCH) menyebabkan kelainan pada janin seperti: bisu, tuli, mikrosefali, katarak, kelainan jantung congenital, dan retardasi mental.
- 7) Kelainan imunologi: Rusaknya jaringan otak terjadi ibu membentuk antibody terhadap sel darah merah janinnya, yang akan masuk ke peredaran darah janin melalui plasenta akibat berbedanya golongan darah ibu dan anak. Hal

tersebut akan menimbulkan *hemolisis* dan mengakibatkan *Kern-icterus* maupun *hiperbilirubinemia*.

- 8) Gangguan fungsi plasenta (*anoksia embrio*)
- 9) Psikologi seorang ibu: kekerasan mental/perlakuan salah, kehamilan tidak diinginkan yang terjadi pada ibu yang hamil dan lain-lain.

b. Partus

Asfiksia, trauma kepala merupakan komplikasi dalam persalinan saat bayi baru lahir yang dapat menyebabkan terjadinya kerusakan jaringan otak.

c. Pascanatal

- 1) Nutrisi: zat-zat makanan yang adekuat diperlukan untuk tumbuh dan berkembangnya bayi.
- 2) Kelainan congenital atau penyakit kronis seperti kelainan jantung bawaan, anemia, dan tuberculosis menyebabkan terjadinya keterlambatan pertumbuhan jasmani.
- 3) Lingkungan kimia serta fisis
- 4) Merupakan tempat anak hidup yang memiliki fungsi untuk menyediakan kebutuhan dasar anak (*provider*). Paparan radioaktif, sanitasi lingkungan yang kurang baik, paparan zat kimia tertentu (rokok, Merkuri, Pb, dll) dan sinar matahari yang kurang memiliki efek yang negatif terhadap pertumbuhan anak.
- 5) Psikologis: Seorang anak yang selalu merasa tertekan atau yang tidak diinginkan kehadirannya oleh ayah ibunya akan mengalami hambatan dalam tumbuh kembangnya. Bisa diartikan hubungan anak dengan orang sekitarnya.

- 6) Endokrin: merupakan suatu gangguan pada hormon, penyakit *hipotiroid* bisa menghambat pertumbuhan anak nantinya
- 7) Sosio ekonomi: ekonomi yang rendah biasanya akan terkait dengan lingkungan yang jelek, kekurangan makanan, dan pengetahuan yang kurang akan menghambat pertumbuhan anak.
- 8) Pola asuh: interaksi ibu dan anak mempengaruhi tumbuh kembangnya
- 9) Stimulasi: rangsangan diperlukan dalam perkembangan misalnya dalam keterlibatan ibu serta anggota keluarga lain terhadap kegiatan anak, penyediaan alat mainan untuk anak, bahkan sosialisasi anak.
- 10) Obat-obatan: Penggunaan *kortikosteroid*, pemakaian obat perangsang terhadap susunan saraf dalam waktu lama dapat terhambatnya pertumbuhan dan hormone pertumbuhannya (Kemenkes, 2016).

### **Teori Tumbuh Kembang**

#### 1. *Jean Piaget* (Teori Perkembangan kognitif.)

Suksesnya perkembangan kognitif mengikuti proses dan melewati 4 fase, yaitu (Wong, 2008, hlm. 118):

##### a. Usia 0 - 2 tahun: Fase *sensorimotorik*

Bayi belajar mengenai dunia, diri mereka sendiri melalui indra dan aktivitas motor yang berkembang (Diane, E. Papalia, Sally Wendkos Old and Ruth Duskin Feldman, 2009). Aktivitas kognitif berpusat pada alat gerak (motor), indera (*sensori*), artinya mereka bisa menerima informasi lingkungannya melalui alat pergerakannya dan indranya (Mohd. Surya, 2003: 57)

##### b. Usia 2-7 tahun, fase *pra-operasional*

Fase ini terkait dengan kemampuan berfikir untuk menghadapi segala hal diluar dirinya, karena cara

berpikir anak bersifat tidak konsisten, tidak sistematis, dan tidak logis. Tetapi sudah dapat mengerti kenyataan di lingkungannya dengan menggunakan tanda maupun simbol, ditandai dengan ciri:

- 1) Transductive reasoning
- 2) Ketidakjelasan hubungan sebab-akibat
- 3) Animisme
- 4) Artificialism
- 5) Perceptually bound
- 6) Mental experiment
- 7) Centration
- 8) Egosentrisme

(Mohd. Surya, 2003: 57-58)

c. Usia 7-11 tahun fase operasional konkrit

Kemampuan berpikir anak menggunakan logika, hanya pada objek fisik yang ada saat ini. Dalam tahap ini, *artificialisme* dan *animisme* anak sudah hilang, begitu pula *egosentris* juga telah kurang dan penyelesaian tugas konservasi menjadi lebih baik, tetapi masih sulit untuk menyelesaikan tugas logika tanpa objek fisik di hadapan mereka (Matt Jarvis, 2011:149-150).

Contoh seorang anak diperlihatkan 4 boneka dengan warna baju yang berlainan, tidak akan mengalami kesulitan untuk mengidentifikasi boneka mana dengan warna baju gelap. Namun ketika diberi pertanyaan secara narasi, “baju lala lebih terang dari baju meli. Baju lala lebih gelap daripada baju selly. Baju siapakah yang paling gelap?”. Pertanyaan tersebut menyebabkan anak tidak mampu mengidentifikasinya, karena hanya dengan menggunakan lambang.

d. Usia >11 tahun fase *operasional formal*

Anak sudah mampu menggunakan operasi konkrit dalam membentuk operasi yang lebih kompleks, dimana mereka bisa berpikir tanpa menggunakan benda di hadapannya dengan arti mereka mampu untuk berpikir abstrak (Matt Jarvis, 2011:111).

2. Teori Perkembangan Psikososial (Erikson)

Motivasi social dan hubungan dengan orang lain mempengaruhi perkembangan anak (Santrock, 2011), sehingga untuk mencapai kematangan psikososial anak melewati beberapa tahap, yaitu:

a. Usia 1-3 tahun: Tahap percaya (*Trust*) dan tidak percaya (*Mistrust*)

Pada masa ini kebutuhan dari bayi adalah pengasuhan dan kehangatan dari orang tuanya dan sekitarnya, selain itu jika kebutuhannya terpenuhi maka akan mengembangkan rasa percaya terhadap lingkungan sekitarnya dan mengembangkan asa (*hope*). Rasa percaya terhadap orang lain akan sulit dibentuk jika proses ego ini tidak terselesaikan.

b. Usia tahap 2-4 tahun: Tahap Otonomi (*Autonomy*) versus rasa malu (*Shame*) dan ragu (*Doubt*)

Berfokus kepada perkembangan besar dari pengendalian diri, bahwa ia memiliki kontrol atas tubuhnya. Keluarga dan orang tua bisa memberikan pengajaran bagaimana cara mengontrol suatu keinginan atau impuls-impulsnya, menuntun anaknya, dengan perlakuan baik. Pada tahap ini toilet training penting diajarkan, sehingga belajar untuk mengontrol fungsi tubuhnya bisa membawa kepada kemandirian, merasa percaya diri dan aman sementara bagi yang gagal melewatinya akan merasa ragu-ragu terhadap dirinya sendiri. Hal yang lain dapat terlihat dari pemilihan

pakaian, pemilihan makanan, dan mainan yang disukai.

- c. Usia 3-6 tahun: Tahap inisiatif (*Initiative*) versus rasa bersalah (*Guilt*)

Pada tahap inilah anak belajar bagaimana merencanakan dan melaksanakan tindakannya. Keterampilan ego yang diperoleh adalah memiliki tujuan dalam hidupnya, sehingga mereka merasa kompeten dan mampu untuk bertanggung jawab dan memimpin orang lain. Bagi yang gagal melewatinya akan membuat anak takut untuk mengambil suatu keputusan terhadap dirinya karena takut akan berbuat suatu kesalahan, akibatnya anak memiliki rasa percaya diri yang rendah dan tidak mampu mengembangkan harapannya ketika dewasa.

- d. Usia 6-12 tahun: Tahap Industri (*Industry*) versus inferioritas (*Inferiority*)

Masalah yang terjadi pada tahap ini ialah rendah diri vs kerja aktif, oleh karena itu menumbuhkan “kompetensi” atau berbagai keterampilan pada diri anak akan meningkatkan ketrampilan akademis dan social yang didapatkan dari kompetisi yang sehat dengan kelompoknya.

- e. Usia 12-18 tahun: Tahap identitas (*Identity*) versus kebingungan peran (*Role Cunfusion*)

Masa remaja merupakan usaha pencarian jati diri sehingga anak berada dalam masa peralihan dari kanak-kanak menuju dewasa.

### 3. Teori Perkembangan Psikoseksual (Freud)

Tahap ini merupakan segala kesenangan seksual, dimana bagian tubuh tertentu merupakan sumber kesenangan baru. Tahapan perkembangan psikoseksual anak, yaitu:

- a. Usia 0-1 tahun: Tahap oral (didaerah mulut)
- b. Usia 1-3 tahun: Tahap anal (anus)

- c. Usia 3-6 tahun: tahap falik (alat kelamin)
- d. Usia 6-12 tahun: tahap laten  
Pada fase ini dorongan seks cenderung bersifat laten atau tertekan.
- e. Usia >12 tahun: tahap genital  
Tahap ini terjadi di saat memasuki masa pubertas dimana sudah mengalami matangnya organ reproduksi (Wong, 2008, hlm 117).

### **Permasalahan Tumbuh-Kembang**

#### 1. Gangguan bahasa serta bicara

Adanya keterlambatan perkembangan anak bisa dilihat dari kemampuan bahasa, karena kemampuan bahasa dan bicara terkait dengan kemampuan psikologis, motor, emosi, kognitif, dan lingkungan di sekitar anak. Kurangnya stimulasi bisa mengakibatkan gangguan berbahasa dan bicara bahkan gangguan ini dapat menetap.

#### 2. *Cerebral palsy* (CP)

Penyakit yang mengakibatkan adanya gangguan pada gerak, otot dan koordinasi anggota tubuh. Biasanya terjadi pada saat kehamilan, proses persalinan atau di tahun pertama setelah lahir.

#### 3. *Sindrom Down*.

Kondisi keterbelakangan mental dan fisik karena kromosom 21 perkembangannya tidak normal (trisonomi 21), cirri yang di tunjukkan badan pendek, kepala mengecil, hidung datar serupa dengan orang *mongoloid*.

#### 4. Perawakan Pendek.

Kondisi gagal tumbuh pada anak yang diakibatkan oleh kurangnya gizi dalam jangka waktu panjang atau adanya infeksi berulang sehingga TB terlalu pendek untuk usianya. Hal tersebut terjadi akibat gizi kurang dalam waktu lama, pola makan, infeksi berulang, factor sanitasi, dll.

5. *Autisme.*

Gangguan perkembangan neurobiologist yang kompleks meliputi komunikasi, perilaku dan interaksi social serta gangguan emosi, persepsi sensori bahkan pada motoriknya.

6. *Retardasi Mental (RM)*

Kondisi yang dialami oleh anak sebelum usia 18 tahun ditandai oleh kecerdasan yang rendah ( $IQ < 70$ ), menyebabkan tidak mampunya individu untuk belajar dan sulit beradaptasi dengan kehidupannya sehari-hari.

7. *Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)*

Gangguan dimana anak sulit memusatkan perhatiannya yang disertai dengan hiperaktivitas (Kemenkes, 2016).

**Deteksi Dini Penyimpangan Tumbuh Kembang**

1. *Gangguan pertumbuhan*

- a. *Timbang Berat Badan (BB):* Pengukuran dilakukan secara teratur untuk memantau pertumbuhan dan gizi balita. Grafik pertumbuhan dapat dilihat di dalam buku Kartu Menuju Sehat Balita (KMS), dimana BB akan ditimbang setiap bulan dan dilakukan penatalaksanaan jika terjadi penyimpangan.
- b. *Ukur Panjang Badan (PB) atau Tinggi Badan (TB):* Pengukuran TB anak  $< 2$  tahun dengan cara tidur terlentang, sedangkan anak usia  $> 2$  tahun secara berdiri, kemudian hasil dicatat dalam buku KMS grafik pertumbuhan TB.
- c. *Pengukuran Lingkar Kepala Anak (LKA):* cara yang digunakan untuk mengetahui perkembangan dan pertumbuhan otak. Pertumbuhan tengkorak kepala mengikuti perkembangan otak, hambatan pada pertumbuhan tengkorak akan terjadi pula dengan perkembangan otak. Diameter

*occipitofrontal* diukur dengan mengambil rata-rata 3 kali pengukuran sebagai standar.

## 2. Penyimpangan perkembangan anak

### a. Skrining Pemeriksaan Perkembangan Anak

Penilaian perkembangan anak bisa menggunakan beberapa instrumen. Salah satunya adalah DDST II (*Denver Development Screening Test*) yang bisa dilakukan pada anak umur 0 - < 6 tahun. Form tes DDST II berisi 125 tugas perkembangan yang terdiri dari 4 sektor, yaitu: personal social (kemandirian), motoric halus, bahasa, serta motoric kasar (Andriana, 2011). Pelaksana DDST merupakan tenaga kesehatan yang sudah terlatih baik dokter, perawat atau bidan.

Selain DDST, skrining perkembangan juga bisa dilakukan dengan menggunakan instrumen *Kuesioner Pra Skrining Perkembangan* (KPSP) yang berisi 9-10 pertanyaan. Pemeriksaan dapat dilaksanakan oleh guru TK, PAUD terlatih dan tenaga kesehatan. Jadwal pemeriksaan adalah setiap 3bulan pada anak di bawah 24bulan dan tiap 6bulan pada anak 24-72 tahun (Kemenkes, 2016).

### b. Tes Daya Dengar (TDD)

Untuk mendeteksi adanya gangguan pendengaran sejak dini, sehingga dapat ditindaklanjuti untuk peningkatan kemampuan daya dengar dan bicara anak. Dilakukan setiap 3bulan pada bayi umur < 12bulan dan setiap 6bulan pada anak umur >12 bulan. Tes ini bisa dilaksanakan oleh guru TK, PAUD tenaga kesehatan dan petugas terlatih lainnya.

### c. Tes Daya Lihat (TDL)

Mendeteksi adanya kelainan daya lihat pada anak sejak dini sehingga dapat dilakukan tindakan lanjutan, agar adanya peningkatan kesempatan anak untuk mendapatkan tajam penglihatan lebih

besar. Pemeriksaan setiap 6 bulan pada anak usia prasekolah umur 36-72 bulan.

d. Penyimpangan Perilaku Emosional

1) Masalah perilaku emosional

Pemeriksaan dilakukan pada anak umur 36-72 bulan setiap 6 bulan, sesuai dengan jadwal pelayanan SDIDTK. Instrumen yang digunakan adalah *Kuesioner Masalah Perilaku Emosional* (KMPE) terdapat 14 pertanyaan.

2) Autis pada anak prasekolah

Pelaksanaannya atas indikasi atau bila ada keluhan dilakukan pada anak umur 18-36 bulan. Keluhan tersebut dapat berupa 1 atau lebih keadaan di bawah ini yaitu: Gangguan komunikasi, interaksi sosial, keterlambatan berbicara dan perilaku berulang. Kuesioner yang digunakan adalah *Modified-Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), sejumlah 23 pertanyaan.

e. Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktifitas (GPPH) pada anak.

Dilaksanakan atas indikasi dan bila ada keluhan pada anak umur > 36 bulan 1 atau lebih keadaan di bawah ini yaitu: tidak bisa duduk tenang, bergerak tanpa tujuan, tidak mengenal lelah, dan suasana hati berubah-ubah/ *impulsive*. Instrumen yang digunakan adalah *Abbreviated Conners Rating Scale*, terdapat 10 pertanyaan.

## **Daftar Pustaka**

- Behrman, R. E., Kliegman., & Arvin, M. (2000). Ilmu Kesehatan Anak. Nelson vol 2 (Editor Wahab, A. S).
- Da Wong, D.L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M., & Schwartz, P. (2009). Buku ajar keperawatan pediatrik (6<sup>th</sup> ed). Jakarta: EGC.
- Donna L. Wong. .... et all. 2008. Buku Ajar Keperawatan Pedriatik. Cetakan pertama. Jakarta: EGC.
- Kemenkes, RI. (2016). Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak.
- Kozier, B., Glenora Erb, Audrey Berman dan Shirlee J. Snyder. (2010). Buku Ajar Fundamental Keperawatan (Alih bahasa: Esty Wahyu ningsih, Devi yulianti, yuyun yuningsih. Dan Ana lusyana). Jakarta: EGC
- Matt Jarvis. (2011). Teori-teori Psikologi, Cetakan ke X. Bandung: Nusa Media
- Muhammad Surya. (2003). Teori-Teori Konseling. Bandung: Pustaka Bani Quraisy
- Papalia, Diane E. Papalia, Sally Wendkos, dan Ruth Duskin Feldman. (2009). Human Development. Terjemahan: Brian Marwensdy. (Jakarta: Salemba Humanika)
- Potter, P.A, Perry, A.G. (2005). Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik.Edisi 4. Volume 2. Alih Bahasa: Renata Komalasari, dkk. Jakarta: EGC.
- Santrock, John W. (2011). Perkembangan Anak Edisi 7 Jilid 2. (Terjemahan: Sarah Genis B) Jakarta: Erlangga
- Supartini. (2004). Buku ajar konsep dasar keperawatan anak. Jakarta. EGC

## **Profil Penulis**



### **Eka Adithia Pratiwi**

Lahir di Mataram, 6 Januari 1986, dari pasangan seorang ayah Drs. H. Abdurrahman., MM dan ibu Hj. Siti Nuraini. Menikah dengan Sumardin., S.Adm (pujaan hati) pada tahun 2012 dan dikaruniai dua orang anak “Aditya” my boy dan Kaylila (Almh).

Lulus S1 Program Studi Ilmu Keperawatan Jenjang S1 di Universitas Ngudi Waluyo Ungaran tahun 2009, Lulus pada Program Studi Keperawatan Jenjang Profesi (Ners) tahun 2010, kemudian lulus S2 Program Pascasarjana Magister Keperawatan dengan peminatan Keperawatan Anak di STIKES Jenderal Achmad Yani Cimahi Bandung tahun 2014. Saat ini adalah dosen tetap Program Studi Ilmu Keperawatan Jenjang S.1 STIKES YARSI Mataram. Mengampu mata Kuliah Keperawatan Anak dan Keperawatan Dasar. Menjadi narasumber di pada Seminar Nasional. Saat ini menjadi pengurus di Ikatan Perawat Anak Indonesia (IPANI) Provinsi NTB Periode 2020-2025.

Email: [pratiwiekaadithia@gmail.com](mailto:pratiwiekaadithia@gmail.com)



# NILAI APGAR, NILAI GIZI DAN PENILAIAN TUMBUH KEMBANG ANAK

**Ns. Putri Eka Sudiarti, M.Kep.**

Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai

## **Nilai Apgar**

Penilaian Apgar merupakan suatu system skoring cepat dari respon fisiologis terhadap proses kelahiran. Metode ini merupakan metode yang baik terhadap keperluan resusitasi pada bayi baru lahir. Setiap parameter diobeservasi dan dinilai oleh seorang pemeriksa yang kompetendalam interval 1 sampai 5 menit setelah bayi lahir. Bayi yang lahir dengan cukup bulan jika beradaptasi dengan kardio-pulmoner normal maka akan memiliki nilai apgar 8 sampai 9 pada menit 1 hingga menit ke 5. Nilai apgar 4 sampai 7 memaparkan perlunya pengawasan khusus untuk menentukan status kondisi bayi akan membaik dan untuk kepastian ada atau tidaknya kondisi patologis yang menyebabkan nilai apgar menjadi rendah. Nilai apgar 0 sampai 3 memaparkan kondisi adanya henti jantung-paru atau kondisi bradikardia berat, hipoventilasi, atau depresi susunan saraf pusat. Sebagian besar, bayi yang memiliki nilai apgar rendah menunjukkan adanya permasalahan pada sulitnyanya untuk ventilasi secara adekuat dan bukan patologi jantung primer. Sebagian besar bayi yang dengan nilai apgar 0 sampai 3 adalah bayi yang mengalami akfisia cukup berat yang menyebabkan cedera neurologis yang juga dengan asidosis janin ( $\text{pH} < 7$ ); kejang, koma, atau

hipotonia dan disfungsi multiorgan. Sebagian besar dengan nilai apgar rendah memiliki respon terhadap bantuan ventilasi menggunakan sungkup wajah atau menggunakan intubate endotrakeal dan biasanya tidak membutuhkan obat – obatan yang darurat.

1. Faktor-faktor Nilai Apgar Rendah

a. Intrauterin

1) Hipoksia-Iskemia

Hal ini terjadi karena adanya insufisiensi uteroplasenta, solusio plasenta, prolapse tali pusat, dan hipotensi maternal.

2) Anemia-Syok

Adanya vasa previa, plasenta, perdarahan fetomaternal, eritoblastosis.

b. Intrapartum

1) Trauma Lahir

Disposisi sefalopelviks, distosia bahu, presentasi sungsang, transeksi korda spinalis.

2) Hipoksia-Iskemia

Kompresi tali pusat, kontraksi tetanik, solusio plasenta.

c. Pascapartum

1) Susunan Saraf Pusat

Obat ibu, trauma, episode hipoksia asidosis janin sebelumnya.

2) Penyakit Neuromuscular Kongenital

Miatenia gravis kongenital, miopati, distrosi motoric.

3) Infeksi

Pneumonia konsoidasi dan syok

- 4) Kelainan Jalan Napas  
Atresia konan, obstruksi goiter berat, web laringeal
- 5) Kelainan Jalan Paru  
Imturasi berat, pneumotoraks, efusi pleura, hernia diagfragmatika, hypoplasia paru.
- 6) Kelainan Ginjal  
Hypoplasia paru, pneumotoraks

## 2. Tabel Penilaian Apgar

Tanda	Nilai		
	0	1	3
Laju Jantung	0	<100 x/menit	>100 x/menit
Usaha Bernapas	Tidak Ada	Lambat	Menagis Kuat
Tonus Otot	Tidak Ada	Alat Grak Fleksi Sedikit	Lengan dan Kaki Fleksi Baik
Refleks	Tidak Bereaksi	Sedikit Gerakan	Menangis, Melawan
Warna Kulit	Biru	Tubuh Kemerahan dan Alat Gerak Biru	Sluruh Tubuh kemerahan

### Nilai Gizi

Indikator pengukuran terhadap pengukuran nilai status gizi anak adalah:

#### 1. Berat Badan Berdasarkan Umur (BB/U)

Pengukuran Berat Badan/Umur adalah untuk melihat perbandingan berat badan berdasarkan umur

anak. Pengukuran ini untuk melihat apakah anak memiliki berat badan kurang, sangat kurang dan lebih. Namun pengklasifikasian ini tidak untuk menilai status gizi anak (Nasar et al., 2015). Klasifikasi berat badan menurut umur dapat dijelaskan di bawah ini:

<-3SD	BB Sangat Kurang
>=-3SD s/d <-2SD	BB Kurang
>=-2SD s/d <=2SD	Normal
>2SD s/d <=3SD	BB lebih
> 3SD	BB lebih

2. Tinggi Badan atau Panjang Badan Menurut Umur (PB/U atau TB/U)

Pengukuran PB/U atau TB/U adalah untuk memberi gambaran pertumbuhan tinggi badan anak menurut umurnya. Pengukuran indeks untuk melihat apakah anak pendek, sangat pendek atau normal. Untuk berusia kurang dari 2 tahun maka digunakan pengukuran panjang badan namun uanak yang berusia 2 hingga 18 tahun digunakan pengukuran tinggi badan (Nasar et al., 2015). Table hasil Pengukuran Z Score PB/U atau TB/U dapat dilihat dapat dijelaskan sebagai berikut:

<-3SD	TB Sangat Pendek
>=-3SD s/d <-2SD	TB Pendek
>=-2SD s/d <=2SD	Normal
>2SD s/d <=3SD	TB Lebih Normal
> 3SD	TB Lebih Normal

3. Berat Badan Menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB). Pengukuran berat badan menurut panjang badan atau tinggi Abadan dapat dijasikan untuk melihat status gizi anak (Nasar et al., 2015). Klasifikasi berat badan menurut umur dapat dijelaskan di bawah ini:

<-3SD	Sangat Kurus
>=-3SD s/d <-2SD	Kurus
>=-2SD s/d <=-2SD	Normal
>2SD s/d <-3SD	Gemuk
>3 SD	Obese

#### 4. Indeks Masa Tubuh Berdasarkan Umur

IMT/U adalah indikator untuk melihat berat badan yang dapat menentukan status gizi yang juga untuk skrining berat badan yang berlebih (Nasar et al., 2015). Klasifikasi berat badan menurut umur dapat dijelaskan di bawah ini:

<-3SD	Sangat Kurus
>=-3SD s/d <-2SD	Kurus
>=-2SD s/d <=-2SD	Normal
>2SD s/d <-3SD	Gemuk
>3 SD	Obese

### **Penilaian Tumbuh Kembang Anak**

#### 1. Pengukuran Pertumbuhan

Pengukuran pertumbuhan anak dilakukan dengan pengukuran antropometri, klinis dan biokimia. Namun didalam buku ini akan lebih menfokuskan pada penilaian antropometri. Indikator pertumbuhan dinilai untuk melihat perbandingan pertumbuhan anak terhadap faktor umur, lingkaran lengan atas, lingkaran kepala, berat badan dan panjang badan (Nasar, Djoko, Hartati, & Budiwiarti, 2015). Penyimpangan yang terjadi pertumbuhan anak dapat bersifat nonspesifik atau bisa dikatakan adanya tanda-tanda kelainan kronis. Pengukuran pertumbuhan anak bertujuan untuk melihat apakah pertumbuhan anak masih berkisaran pada batas normal (Marcdante & Kliegman, 2018). Pemantauan pertumbuhan anak biasanya dilakukan di berbagai pelayanan kesehatan seperti Posyandu, Puskesmas dan pelayanan kesehatan lainnya. Apabila terdapat anak

yang memiliki berat badan tidak naik dengan 2 kali jadwal penimbangan dengan garis di bawah garis yang berwarna merah maka kader kesehatan dapat memberi rujukan kepada petugas kesehatan untuk digunakan pengukuran berdasarkan panjang badan/tinggi (KEMENKES, 2016). Penilaian status gizi anak sudah dijelaskan pada penjelasan sebelumnya. Penetapan umur anak dapat dilakukan dengan menanyakan pada ibu terkait tanggal, bulan, dan tahun anak lahir. Umur anak dihitung dalam bulan penuh. Misal: seorang anak berusia 7 bulan 10 hari maka dibulatkan 7 bulan. anak umur 4 bulan 23 hari maka dibuat menjadi 4 bulan.

a. Penimbangan Berat Badan (BB):

1) Timbangan Bayi.

Penimbangan menggunakan penimbangan bayi digunakan untuk umur anak 0-2 tahun atau saat anak masih hanya bisa berbaring/ diuduk tenang.

2) Timbangan Dacin.

3) Timbangan Injak (timbangan digital).

b. Pengukuran Panjang Badan (PB) atau Tinggi Badan (TB):

1) Pengukuran Panjang Badan/Tinggi Badan untuk anak usia 0-24 bulan

a) Bayi berbaring telentang

b) Kepala bayi menempel pada pembatas

c) Bila anak berusia 0-24 bulan maka pengukuran dilakukan berdiri, hasil pengukuran di tambah 0.7 cm.

2) Pengukuran Tinggi Badan untuk anak 24 - 72 Bulan

Cara mengukur dengan posisi berdiri:

a) Anak tidak menggunakan alas kaki

b) Anak berdiri tegap menghadap ke depan.

- c) Punggung, pantat dan tumit anak menempel pada tiang pengukur
  - d) pengukurannya dikoreksi dengan mengurangkan 0,7 cm.
- c. Pengukuran Lingkar Kepala Anak

pengukuran ini bertujuan mendapatkan informasi bahwa lingkar kepala anak berada pada ambang normal atau pada ambang tidak normal.

- 1) Jadwal pengukuran Lingkar Kepala Anak dilakukan sesuai dengan umur anak. Anak berumur 0-11 bulan dilakukan setiap 3 bulan dan anak umur 12-72 bulan diukur setiap 6 bulan.
- 2) Tatacara Mengukur Lingkar Kepala:
  - a) Alat ukur dilingkar di kepala anak melalui alis matas, lalu kedua telia dan bagian belakang kepala yang menonjol dengan sedikit menarik kencang.
  - b) Baca angka pada centimeter tersebut
  - c) Tanyakan pada orangtua mengenai tanggal lahir bayi/anak lalu hitung umur bayi/anak.
- 3) Interpretasi pengukuran lingkar Kepala;
  - a) Bila hasil pengukuran lingkar kepala anak di dalam jalur hijau maka lingkar kepala anak dalam normal.
  - b) Bila hasil pengukuran lingkar kepala anak di luar jalur hijau maka lingkar kepala anak dalam tidak normal.
  - c) Jika lingkar kepala naka tidak normal, maka ada 2 kemungkinan yaitu dikatakan makrofekal jika hasil pengukuran di atas jalur hijau dan mikrosefal jika hasil pengukuran di bawah jalur hijau.

## 2. Pengukuran Perkembangan

Permeriksaan perkembangan anak dapat dilakukan pada semua pelayanan kesehatan. Pelaksana yang berkaitan dengan deteksi perkembangan anak adalah tingkat pelayanan masyarakat dan Puskesmas, orangtua dan keluarga, pendidikan PAUD, guru TK terlatih serta tenaga kesehatan seperti Dokter, Perawat serta Bidan (KEMENKES, 2016). Beberapa skrining perkembangan anak dapat dilakukan sebagai berikut:

### a. Skring Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP).

Skrining ini bertujuan untuk melihat perkembangan anak normal atau untuk melihat penyimpangan. Pemeriksaan ini dilakukan oleh guru TK, guru Paud terlatih atau tenaga kesehatan. Jadwal pemeriksaan KPSP adalah setiap 3 bulan untuk anak ,24 bulan dan setiap 6 bulan untuk anak usia 24-72 bulan. Formulir KPSP terdiri dari 9-10 pertanyaan yang berisi mengenai perkembangan anak yang telah di capai (KEMENKES, 2016).

#### 1) Instrument yang digunakan untuk deteksi perkembangan adalah:

##### a) Formulir KPSP berdasarkan umur.

Formulir KPSP terdiri 9-10 pertanyaan tentang kemampuan akan perkembangan yang telah dicapai oleh anak

##### b) Alat bantu pemeriksaa KPSP: kertas, pensil, bola tenis, kerincingan, kubus yang berukuran 2,5 cm sebanyak 6 buah, kacang tanah, potongan biscuit dengan ukuran 0,5 cm – 1 cm.

#### 2) Tatacara Pemakaian Formulir KPSP:

##### a) Tentukan umur anak sesuai dengan ayturan penentuan umur anak yang sudah dijelaskan sebelumnya. Bila umur

anak lebih dari dari 16 hari maka dibulatkan menjadi 1 bulan ke bulan berikutnya.

- b) Memilih formulir KPSP yang disesuaikan dengan umur anak.
  - c) Pastikan orang tua yakin dengan jawaban yg diberikan dengan petugas kesehatan.
  - d) Tanyakan pertanyaan secara berurut dengan satu persatu pertanyaan yang ditanyakan. Setiap pertanyaan hanya akan ada 1 jawaban, jaitu jawabn YA dan TIDAK. Lalu tulis jawaban tersebut pada formulir KPSP.
- 3) Interpretasi hasil KPSP:
- a) Hitunglah jumlah jawaban Ya.
    - Bila jawaban Ya sebanya 9-10. Maka perkembangan naka sesuai dengan tahapnya (S).
    - Bila jawaban Ya terdapat sebanyak 7-8, maka perkembangan anak dinyatakan meragukan (M).
    - Bila jawaban Ya terdapat 6 atau kurang dari 6, maka, perkembangan kemungkinan adanya penyimpangan (P).
  - b) Jawaban Tidak, maka silahkan hitung jumlah jawaban tidak pada formulir KPSP yang disesuaikan dengan jenis keterlambatan (motoric kasar, motoric halus, bicara dan bahasa, sosialisasi dan kemandirian).

- 4) Intervensi:
- a) Jika perkembangan anak sesuai (S), lakukan tindakan di bawah ini:
- Beri pujian kepada pengasuh
  - Teruskan pola asuh anak
  - Ajarkan dan motivasi pengasuh untuk memberikan stimulasi sesering mungkin.
  - Sertakan anak untuk mengikuti penimbangan di posyandu setiap sebulan 1 kali.
  - Lakukan terus skrining rutin setiap 3 bulan pada anak umur <24 bulan dan tiap 6 bulan pada anak umur 24-72 bulan.
- b) Jika hasil penilaian perkembangan mengaumkan (M), maka:
- Ajarkan ibu terkait untuk menstimulasi perkembangan ana sesering mungkin.
  - Ajarkan ibu car menstimulasi jika perkembangan anak mengalami penyimpangan, untuk mengejar ketertinggalan.
  - Melakukan pemeriksaan kesehatan jika itu dicurigai penyebab penyimpangan.
  - Lakukan pemeriksaan KPSP kembali 2 minggu kemudian menggunakan formulir kpsp yang sesuai umur anak.
- c) Jika perkembangan anak mengalami penyimanan (P), maka rujuk naka ke Rumah Sakit dan tulis jenis serta jumlah penyimpangan perkembangan.

b. *Denver Development Scrinig Test II*

*Denver Development Scrinig Test II* (DDST II) umumnya digunakan oleh para dokter anak. Denver biasanya digunakan sebagai instrument untuk skrining, namun tidak dapat digunakan sebagai penilaian terhadap perkembangan sosialemosional. Denver menilai perkembangan anak usia 0-6 tahun pada 4 domain: Personal Social, Motorik Halus dan Adaptif, Bahasa serta Motorik Kasar. Dokter anak bisa mengajukan pertanyaan (poin yang diberi label “L”) kepada orantua untuk mendokumentasikan adanya keterangan laporan dari orangtua. Pada lembar penilaian. Dibuatlah satu garis vertikel yang menunjukkan umur anak. semua tugas yang berada di sebelah kiri garis vertikel jika anak tidak dapat menegrjakannya maka anak dianggap terlambat.

c. Tes Daya Dengar

Tes ini bertujuan untuk menemukan gangguan pedengaran pada anak sejak usia dini. Sekrining ini dilakukan apabila terjadi penyimpangan makan akan dapat segera ditindaklanjuti untuk meningkatkan kemampuan denagr dan bicara anak. Jadwal tes daya dengar dilakukan setiap 3 bulan pada bayi yang berumur kurang dari 12 tahun dan setiap 6 bulan jika lebih dari 12 bulan. Tes kesehatan daya dengar ini dapat dilaksanakan tenaga kesehatan, guru TK, Tenaga PAUD dan petugas yang terlatih (KEMENKES, 2016).

d. Tes Daya Lihat

Tes Daya Lihat bertujuan untuk mendeteksi dini kelainan daya lihat sehingga jika terjadi ketidaknormalan dapat segera ditndaklanjuti. Tes Daya Lihat juga bertujuan memberikan kesempatan pada anak untuk mempertajam daya lihat. Jadwal tes daya lihat pada anak usai 36-72 bulan dapat dilakukan setiap 6 bulan, yang

dilakukan oleh tenaga kesehatan (KEMENKES, 2016).

e. Deteksi Dini Penyimpangan Praktek Emosional

Deteksi ini adalah untuk pemeriksaan adanya masalah praktek emosional, autism dan adanya gangguan pemusahatan serta hiperaktifitas. Sehingga ketika dilakukannya deteksi dini dapat dilakukan intervensi secara segera. Instrument untu mendeteksi dini penyimpangan praktek emosional adalah:

- 1) Kuisisioner masalah Prilaku Emosional (KMPE) untuk anak usia 36-72 bulan. Deteksi ini bertujuan mendeteksi adanya penyimpangan atau masalah Praktek emosional anak usia prasekolah. Deteksi penyimpangan atau masalah Praktek emosional anak usia prasekolah dapat dilakukan pada anak usia 36-72 bulan setian 6 bulan sekali dan ini sebaiknya dilakukan secara rutin
- 2) *Modified Checklist for Autism* (M-CHAT) digunakan untuk mendeteksi adanya gejala autism pada anak pra sekolah. Deteksi ini bertujuan untuk mendetksi anak autis secara dini saat anak usia 18 tahun sampai dengan 36 bulan.
- 3) *Abreviated Conner Rating Scale* digunakan sebagai formulir deteksi dini gangguan pemusatah perhatian dan hiperaktivitas untuk anak umur 36 bulan ke atas. Deteksi ini bertujuan untuk menskrining secara dini anak yang memiliki gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktifitas untuk anak yang berumur di atas 36 bulan (KEMENKES, 2016).

## Daftar Pustaka

- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2013). *Wong's Nursing Care of Infants and Children*. (Elsevier, Ed.) (10th ed.). Canada.
- KEMENKES. (2016). *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak*. (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, Ed.). Jakarta.
- Kyle, P., & Carman, S. (2013). *Etentials of Pediatric Nursing*. (W. Kluwer, Ed.) (2nd ed.). USA.
- Marcdante, K. J., & Kliegman, R. M. (2018). *Nelson Essentials of Pediatric*. (Elsevier, Ed.) (sixth). Philadelphia.
- Nasar, S. S., Djoko, S., Hartati, S. Bu., & Budiwiarti, Y. E. (2015). *Penuntun Diet Anak*. (S. S. Nasar, S. Djoko, S. Bu. Hartati, & Y. E. Budiwiarti, Eds.) (3rd ed.). Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2014). *Experience Human Development*. (S. Humanika, Ed.) (12th ed.). Jakarta.
- Purwati, N. H & Titi, S. (2019). *Tinjauan Elsevir: Keperawatan Anak*. 1<sup>st</sup> Edition. Singapore.
- Soetjningsih. (2014). *Tumbuh Kembang Anak*. Editor: Gde Ranuh. (2th ed) Jakarta: EGC

## **Profil Penulis**



### **Putri Eka Sudiarti**

Ketertarikan penulis terhadap Keperawatan Anak dimulai sejak tahun 2011 saat penulis menjadi salah satu mahasisiwi Sarjana Keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

Setelah menyelesaikan studi Sarjana Keperawatan di tahun 2015 dan penulis melanjutkan pendidikan Profesi Ners di tahun 2016 di Program Studi Pendidikan Profesi Ners Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, satu tahun kemudian pada tahun 2017 penulis melanjutkan pendidikan ke jenjang selanjutnya yaitu Magister Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Padang, dengan mengambil peminatan Magister Keperawatan Anak.

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 oleh peneliti diantaranya didanai oleh internal perguruan tinggi dan penelitian tersebut telah dipublikasikan oleh peneliti. Selain sebagai peneliti, penulis juga aktif melakukan pengabdian kepada masysrakat terkait tumbuh kembang anak dan penulis juga aktif menulis buku dengan harapan buku tersebut dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara ini.

Email Penulis: [putriekasugiarti@gmail.com](mailto:putriekasugiarti@gmail.com)

## IMUNISASI ANAK

**Matje Meriaty Huru, S.ST., M.Kes.**

Poltekkes Kemenkes Kupang

### **Definisi Imunisasi**

Imunisasi berasal dari kata imun, kebal atau resisten. Anak yang diberikan imunisasi akan memperoleh kekebalan terhadap suatu penyakit tertentu. Anak memperoleh kekebalan terhadap suatu penyakit, belum tentu anak kebal terhadap penyakit yang lain. Menurut Kemenkes RI imunisasi merupakan pemberian imunisasi kepada anak untuk dapat meningkatkan kekebalan terhadap suatu penyakit tertentu secara aktif jika suatu saat anak terpapar penyakit tersebut maka tidak mengalami sakit atau hanya sakit dengan gejala yang tidak berat (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Imunisasi merupakan pemberian imunisasi dengan tujuan untuk memberikan kekebalan bagi tubuh terhadap serangan bakteri atau virus yang bisa mengakibatkan infeksi sebelum mikroorganisme tersebut memperoleh kesempatan untuk menyerang tubuh (Marmi, 2015).

### **Tujuan Pemberian Imunisasi Anak**

Adapun tujuan program imunisasi adalah Untuk mencegah kesakitan, kecacatan dan kematian bagi anak yang diakibatkan karena penyakit yang sering terjadi, oleh karena itu perlu memberikan imunisasi kepada anak sehingga memberikan kekebalan kepada anak.(Atikah Proverawati, 2010). Tujuan utama pemberian imunisasi yaitu untuk memberikan perlindungan kepada anak terhadap beberapa penyakit yang sebenarnya bisa

lindungi dengan pemberian imunisasi. Adapun tujuan umum imunisasi yaitu mengurangi kesakitan, kecacatan dan kematian akibat penyakit yang bisa dihindari atau dilindungi dengan pemberian imunisasi. Sedangkan tujuan khusus dilakukan imunisasi adalah (Kementerian Kesehatan RI, 2017):

1. Cakupan imunisasi dasar lengkap pada anak tercapai sesuai Target Imunisasi dalam RPJMN 2020-2024 dilaksanakan dalam rangka menurunkan kasus kematian pada anak, diharapkan Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) (Tahun 2021 sebesar 93,6% pada bayi usia 0 – 11 bulan, serta 100% dari 15 Kabupaten/Kota mencapai IDL 80% anak usia 0 – 11 bulan)
2. Universal Child Immunization (UCI) tercapai di seluruh Desa/Kelurahan minimal 80% bayi yang mendapat IDL.

### **Jenis Imunisasi**

Jenis -Jenis imunisasi yang diberikan kepada anak, diantaranya:

Imunisasi rutin adalah pemberian imunisasi diberikan berkesinambungan sesuai dengan jadwal imunisasi. Yang termasuk dalam Imunisasi rutin yaitu: imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan.

1. Imunisasi dasar, diantaranya:

- a. Vaksin BCG.

Pengertian           Vaksin beku-kering yang mengandung Mycobacterium bovis hidup yang dilemahkan.

Indikasi               Diberikan pada umur dibawah usia 2 bulan, namun sesuai Progam Pengembangan Imunisasi (PPI) untuk memenuhi cakupan yang lebih luas,                       Kemenkes merekomendasikan imunisasi

	ini sisuntikkan kepada anak usia 0-12 bulan.
Cara pemberian	Suntikan Intracutan (IC) pada lengan bagian kanan atas.
Dosis	Dosis 0,05 ml diberikan untuk bayi dan anak (< satu Tahun) dan dosis 0,1 ml diberikan untuk anak (> satu Tahun). Jika diberikan pada umur > 3 bulan, perlu dilakukan uji tuberculin.
Kontra indikasi	Bayi terinfeksi HIV asimtomatis maupun simtomatis, leukemia, defisiensi sistem kekebalan penyakit kulit yang berat/menahun, penderita TBC (Sudarti, 2010).
Efek Samping:	Pasca pemberian imunisasi BCG timbul furunkel (benjolan merah pada kulit yang berisi nanah dan terasa nyeri) ditempat suntikan yang semakin besar/luas dan bisa terjadi lesi/ulkus dalam waktu 2-4 bulan setelah 2-6 minggu pasca pemberian imunisasi. Selanjutnyasetelah sembuh akan timbul jaringan parut (berdiameter 2–10 mm).
Penanganan Efek samping	Lakukan kompres dengan antiseptik jika ulkus mengeluarkan cairan.  Menganjurkan orangtua untuk membawa anaknya ke Puskesmas atau Fasilitas

kesehatan jika cairan bertambah banyak atau koreng semakin membesar.

b. Vaksin Pentabio (DPT-HB-HIB)

Pengertian	Pentabio adalah sediaan vaksin yang mengandung DTP-HB-Hib. Pentabio tidak direkomendasikan bagi bayi yang baru lahir.
Indikasi	Anak diberikan imunisasi Vaksin pentabio agar dapat mencegah penyakit difteri, tetanus, pertusis, hepatitis B dan infeksi <i>Haemophilus influenzae</i> tipe b secara berbarengan.
Cara pemberian	Pemberian Intramuskular (IM).
Dosis	Dosis: 0,5 ml.
Kontra indikasi	Tidak direkomendasikan pada anak yang mengalami Kejang/gejala kelainan otak/saraf serius pada BBL.
Efek Samping:	1) Bengkak 2) Nyeri 3) Kemerahan pada lokasi suntikan 4) Demam
Penanganan Efek samping	Hindari penggunaan Pentabio vaksin pada pasien yang memiliki indikasi:

- 1) Hipersensitif atau reaksi alergi terhadap komponen vaksin
- 2) Wajib sebagai pengganti DTP, vaksin Hepatitis B dan Hib diberikan secara terpisah.
- 3) Vaksin ini tidak diberikan sebagai vaksin kombinasi.

c. Vaksin Hep-B

Pengertian	Mengandung antigen permukaan virus hepatitis B (HBsAg) yang sudah dinonaktifkan.
Indikasi	Untuk pencegahan penyakit hepatitis B pada anak.
Cara pemberian	Diberikan intramuskuler (IM).
Dosis	Dosis 0,5 ml (3 kali pemberian dengan jarak minimal 1 bulan).
Kontra indikasi	Tidak direkomendasikan pada bayi yang menderita infeksi berat yang disertai kejang (Sudarti, 2010).
Efek Samping:	Efek yang ditimbulkan pasca pemberian vaksin Hepatitis B yaitu disekitar tempat penyuntikan terasa sakit, kemerahan dan bengkak dan efek ini sifatnya ringan dan menghilang setelah 2 hari.

- Penanganan Efek samping.
- 1) Menganjurkan ibu memberikan ASI adekuat.
  - 2) Jika anak demam kenakan pakaian tipis, berikan obat penurun panas (paracetamol) 15 mg/kgBB diberikan setiap 3-4 jam (dalam 24 jam maksimum 6 kali pemberian).
  - 3) Mengompres bekas suntikan dengan air dingin.

d. Vaksin Polio Oral (OPV)

- Pengertian      Vaksin Polio Trivalent yang sudah dilemahkan yang mengandung suspensi virus poliomyelitis tipe 1, 2, dan 3 (strain Sabin).
- Indikasi.        Memberikan kekebalan aktif terhadap poliomielitis.
- Cara pemberian.      Diberikan melalui mulut.
- Dosis.            2 tetes per oral (4 kali jarak minimal 1 bulan).
- Kontra indikasi      Bagi anak yang menderita immune deficiency tidak ada efek samping berbahaya yang timbul akibat pemberian polio.
- Efek Samping:        Efek samping setelah pemberian imunisasi jarang terjadi. Setelah mendapat vaksin polio oral bayi boleh makan minum seperti biasa. Jika bayi muntah dalam 30 menit segera diberi dosis ulang.

Penanganan Menganjurkan kepada  
Efek ibu/ayah/keluarga untuk tidak  
samping melakukan asuhan.

e. Vaksin Inactive Polio Vaccine (IPV)

Pengertian Vaksin IPV dapat diberikan pada anak yang sehat maupun anak yang menderita immunokompromais, dan dapat diberikan sebagai imunisasi dasar maupun imunisasi ulangan. Vaksin IPV bisa juga diberikan bersamaan dengan pemberian vaksin DPT-HB-Hib, secara terpisah atau kombinasi. (Sudarti, 2010).

Indikasi Untuk mencegah poliomyelitis pada anak.

Cara pemberian Diberikan suntikan secara intra muskular (IM)/Subcutan (SC).

Dosis Dosis 0,5 ml.

Kontra indikasi

- 1) Pemberian vaksin IPV harus ditunda apabila anak sedang mengalami penyakit akut, demam, dan penyakit kronis progresif.
- 2) Anak mengalami Hipersensitif saat pemberian vaksin IPV sebelumnya.
- 3) Menunggu sampai anak sembuh jika mengalami penyakit demam akibat infeksi akut.
- 4) Alergi obat Streptomycin.

Efek Samping: Efek sampingnya berupa nyeri akibat suntikan, kemerahan, pembengkakan dan indurasi yang bisa terjadi dalam waktu 2 hari setelah penyuntikan. Efek samping yang terjadi tergantung pada tempat dan cara penyuntikkan serta jumlah dosis yang sebelumnya diterima. Reaksi sistemik yang ditimbulkan demam dengan atau tanpa disertai myalgia, sakit kepala atau limfadenopati (Ranuh et al., 2014).

- Penanganan Efek samping
- 1) Menganjurkan ibu/keluarga untuk memberikan minum atau memberikan ASI yang adekuat.
  - 2) Jika anak demam kenakan baju tipis dan memberikan obat penurun demam (paracetamol) 15 mg/kgBB diberikan setiap 3-4 jam (dalam 24 jam diberikan maksimal 6 kali).
  - 3) Jika nyeri pada tempat penyuntikan, mlakukan kompres air dingin.
  - 4) Anak dimandikan dengan air hangat bila demam.

f. Vaksin Campak

Pengertian Vaksin virus hidup yang telah dilemahkan

Indikasi	Memberikan kekebalan secara aktif pada usia 9-11 bulan terhadap penyakit campak.
Cara pemberian	Suntikan subcutan (SC) pada lengan kiri bagian atas/anterolateral paha.
Dosis	Dosis: 0,5 ml
Kontra indikasi	Tidak diberikan suntikan kepada anak yang menderita penyakit immune deficiency / leukemia, limfoma.
Efek Samping:	Pasca pemberian imunisasi ini, anak mengalami demam ringan dan kemerahan di tubuh kurang lebih 3 hari yang dapat terjadi selama 8-12 hari.
Penanganan Efek samping	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menganjurkan ibu/keluarga untuk memberikan minum atau memberikan ASI yang adekuat.</li> <li>2) Jika anak demam kenakan baju tipis dan memberikan obat penurun demam (paracetamol) 15 mg/kgBB diberikan setiap 3-4 jam (dalam 24 jam diberikan maksimal 6 kali).</li> <li>3) Jika nyeri pada tempat penyuntikan, mlalakukan kompres air dingin.</li> <li>4) Anak dimandikan dengan air hangat bila demam.</li> </ol>

5) Apabila efeknya berat dan menetap, sebaiknya membawa anak ke Puskesmas/fasilitas kesehatan terdekat.

## 2. Imunisasi Lanjutan

### a. Vaksin DT

Pengertian	merupakan suspensi kolodial homogen yang mengandung toksoid tetanus dan toksoid difteri murni, berwarna putih susu yang terabsorpsi ke dalam alumunium fosfat.
Indikasi	Diberikan pada anak umur < 8 tahun untuk memberikan kekebalan terhadap penyakit Difteri Tetanus (DT) secara simultan.
Cara pemberian	Intramuskular (IM)/ Subcutan (SC).
Dosis	Dosis 0,5 ml
Kontra indikasi	Hipersensitif terhadap komponen vaksin.
Efek Samping:	efek samping pemberian imunisasi DT yaitu: lemas, kemerahan pada lokasi suntikan (bersifat sementara) dan gejala demam.
Penanganan Efek samping	1) Menganjurkan ibu/keluarga untuk memberikan minum atau memberikan ASI yang adekuat.

- 2) Jika anak demam kenakan baju tipis dan memberikan obat penurun demam (paracetamol) 15 mg/kgBB setiap 3–4 jam (dalam 24 jam diberikan maksimal 6 kali).
- 3) Jika nyeri pada tempat penyuntikan, mlakukan kompres air dingin.
- 4) Anak dimandikan dengan air hangat bila demam.

b. Vaksin Td

Pengertian	Suspensi kolodial homogen yang mengandung toksoid tetanus dan toksoid difteri murni yang terabsorpsi ke dalam alumunium fosfat. Berwarna putih susu.
Indikasi	Memberikan kekebalan terhadap penyakit Tetanus difteri (Td) secara simultan. Imunisasi Tetanus difteri ulangan diberikan pada anak mulai umur 7 tahun.
Cara pemberian	Intra muskular (IM).
Dosis	Dosis 0.5 ml.
Kontra indikasi	Gejala berat karena dosis Td sebelumnya, Hipersensitif terhadap vaksin, demam dan infeksi akut.

Efek Samping:

Badan terasa lemas, demam dan kemerahan pada tempat suntikan yang bersifat sementara.

Penanganan Efek samping

- 1) Menganjurkan ibu/keluarga untuk memberikan minum atau memberikan ASI yang adekuat.
- 2) Jika nyeri pada tempat penyuntikan, mlalakukan kompres air dingin.

### Jadwal Imunisasi

Jadwal imunisasi menurut IDAI tahun 2020 (IDAI, 2020)

Imunisasi	Jadwal Imunisasi Anak Umur 0-18 tahun Rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) Tahun 2020																							
	Lahir	Bulan												Tahun										
		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																				
BCG	1	ka																						
DTP			1	2	3																			4
Hib			1	2	3																			4
PCV			1	2	3																			4
Rotavirus			1	2	3	(p)																		4
Influenza							1																	
MR / MMR								MR																
JE									1															
Varisela										2 kali, interval 6 minggu - 3 bulan														
Hepatitis A											2 kali, interval 6 - 36 bulan													
Tifoid																								
HPV																								
Dengue																								

Cara membaca kolom umur: misal 2 (berarti umur 2 bulan/08 hari) s.d. 2 bulan 29 hari/89 hari).  
 Rekomendasi imunisasi berlaku setelah diberikannya 2 San Heftam. Dapat diakses pada website IDAI (<http://daiair.idai.or.id/berita/kegiatan/kegiatan-imunisasi-anak-daerah>).

Untuk memeringkan jadwal imunisasi dengan benar perlu dibaca keterangan di bawah ini dan uraian lengkap di majalah San Heftam:

- Vaksin hepatitis B (HB)** monovalen sebaiknya diberikan kepada bayi segera setelah lahir sebelum berumur 24 jam, ditahului penyuntikan ataman 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 dapat berikan imunisasi HB segera setelah lahir tetap tidak ditangguh dengan dosis primer. Bayi lahir dari ibu HBsAg positif, segera berikan vaksin HB dan imunoglobulin hepatitis B (IG) pada elektrolit yang berbeda, maksimal dalam 7 hari setelah lahir. Imunisasi HB selanjutnya diberikan bersama DTPa atau DTP.
- Vaksin polio 0 (I)** 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 DTPa atau DTP. Vaksin IPV minimal diberikan 2 kali sebelum berumur 1 tahun bersama DTPa atau DTP.
- Vaksin BCG** sebaiknya diberikan segera setelah lahir atau segera mungkin sebelum bayi berumur 1 bulan. Bila berumur 3 bulan atau lebih BCG diberikan bila bayi sebelumnya negatif. Bila uji tuberkulin tidak tersedia, BCG dapat diberikan. Bila timbul reaksi lokal dapat pada minggu pertama dilakukan pemeriksaan lanjutan untuk diagnosis tuberkulosis.
- Vaksin DTP** dapat diberikan mulai umur 6 minggu berupa vaksin DTPa atau DTP. Vaksin DTPa diberikan pada umur 2, 3, 4 bulan s.d. 2, 4 bulan. Booster pertama diberikan pada umur 18 bulan. Booster berikutnya diberikan pada umur 5-7 tahun atau pada program BAK kelas 1. Umur 7 tahun atau lebih menggunakan vaksin Td atau Tdap. Booster selanjutnya pada umur 10-18 tahun atau pada program BAK kelas 5. Booster Td diberikan setiap 10 tahun.
- Vaksin pneumokokus (PCV)** diberikan pada umur 2, 4 dan 6 bulan dengan booster pada umur 12-18 bulan. Jika belum diberikan pada umur 7-12 bulan berikan PCV 2 kali dengan jeda 1 bulan dan booster setelah umur 12 bulan dengan jeda 2 bulan dan dosis sebelumnya. Jika belum diberikan pada umur 7-12 tahun berikan PCV 2 kali dengan jeda minimal 2 bulan. Jika belum diberikan pada umur 2-5 tahun PCV10 diberikan 2 kali dengan jeda 2 bulan. PCV13 diberikan 1 kali.
- 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.
- 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.
- 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 sampai umur 12 bulan belum mendapat vaksin MR, dapat diberikan MMR1. Umur 18 bulan berikan MR atau MMR. Umur 5-7 tahun berikan MR (dalam program BAK kelas 1) atau MMR.
- 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.
- 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.
- Vaksin hepatitis A** diberikan 2 dosis mulai umur 1 tahun, dosis ke-2 diberikan 6 bulan sampai 12 bulan kemudian.
- Vaksin tifoid polivalen** 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 jeda 6-15 bulan atau pada program BAK kelas 5 dan 6. Umur 15 tahun atau lebih diberikan 3 kali dengan jeda 6-12 bulan (vakun bivalent) atau 2-3 bulan (vakun quadrivalent).
- Vaksin dengue** diberikan pada anak umur 9-18 tahun dengan serotipe dengue yang dibuktikan adanya riwayat pernah diwaset dengan diagnosis dengan pemeriksaan antigen NS-1 dan atau uji serologi IgM/IgG antipeptid positif atau dibuktikan dengan pemeriksaan serolog IgG anti dengue positif.

Gambar 6.1. Jadwal Imunisasi

Imunisasi yang merupakan rekomendasi IDAI Tahun 2020 antara lain:

1. Vaksin Hepatitis B

Pemberian vaksin Hepatitis B monovalen sebaiknya diberikan segera setelah bayi lahir sebelum berumur 24 jam, didahului penyuntikan vitamin K1 minimal 30 menit sebelumnya. Segera berikan vaksin HB dan immunoglobulin hepatitis B (HBIG) jika bayi lahir dari ibu HBsAg positif. Pemberian imunisasi ini pada ekstrimitas yang berbeda, maksimal dalam 7 hari setelah lahir. Imunisasi HB selanjutnya diberikan bersama DTwP atau DTaP (IDAI, 2020).

2. Vaksin polio 0 (nol).

Pemberian vaksin Polio 0 sebaiknya diberikan segera setelah lahir. Apabila lahir di fasilitas kesehatan diberikan bOPV-0 saat bayi pulang atau pada kunjungan pertama. Selanjutnya berikan bOPV atau IPV bersama DTwP atau DTaP. Pemberian Vaksin IPV minimal 2 kali sebelum berusia 1 tahun bersama DTwP atau DTaP (IDAI, 2020).

3. Vaksin BCG

Pemberian vaksin BCG sebaiknya segera setelah lahir atau segera mungkin sebelum bayi berumur 1 bulan. Bila berumur 2 bulan atau lebih, BCG diberikan bila uji tuberkulin negatif. (IDAI, 2020).

4. Vaksin DPT.

Pemberian vaksin DPT sejak umur 6 minggu berupa vaksin DTwP atau DTaP. Umur 2, 3, 4 bulan atau 2, 4, 6 bulan diberikan vaksin DTaP pada (IDAI, 2020).

5. Vaksin Hib

Pemberian vaksin Hib sejak umur 2, 3, dan 4 bulan. Selanjutnya diberikan booster Hib di dalam vaksin pentavalent pada umur 18 bulan (IDAI, 2020).

6. Vaksin pneumokokus (PCV)

Umur 2, 4, dan 6 bulan diberikan vaksin pneumokokus dengan pemberian vaksin booster pada

umur 12- 15 bulan. Apabila anak umur 7-12 bulan belum diberikan vaksin pneumokokus maka dapat berikan PCV 2 kali dengan jarak 1 bulan dan pemberian booster setelah 12 bulan dengan jarak 2 bulan dari dosis sebelumnya. (IDAI, 2020).

7. Vaksin rotavirus.

Pemberian vaksin rotavirus monovalen sebanyak 2 dosis atau 2 kali. Pemberian dosis pertama pada umur 6 minggu sedangkan pemberian vaksin rotavirus monovalen dosis kedua (interval minimal 4 minggu) harus selesai pada umur 24 minggu. Pemberian vaksin rotavirus pentavalen sebanyak 3 kali pemberian, dosis pertama pada umur 6-12 minggu, dosis kedua dan ketiga dengan jarak interval 4 sampai 10 minggu dan wajib selesai pada umur 32 minggu (IDAI, 2020).

8. Vaksin influenza

Sejak umur 6 bulan anak diberikan vaksin influenza dan diulang setiap tahun (IDAI, 2020).

9. Vaksin MR/MMR.

Pemberian vaksin MR / MMR sejak umur 9 bulan. Apabila sampai umur 12 bulan anak belum mendapat vaksin MR, dapat diberikan MMR. Pada umur 18 bulan berikan vaksin MR atau MMR. Pada umur 5-7 tahun berikan MR (dalam program BIAS kelas 1) atau MMR (IDAI, 2020).

10. Vaksin jepanese encephalitis (JE)

Vaksin JE pada daerah endemis atau yang akan bepergian ke daerah endemis sejak diberikan pada umur 9 bulan dan dapat diberikan booster 1-2 tahun kemudian untuk perlindungan jangka panjang (IDAI, 2020).

11. Vaksin varisela

Umur 12-18 bulan anak diberikan imunisasi vaksin varisela. (IDAI, 2020).

12. Vaksin hepatitis A.

Umur 1 tahun anak diberikan imunisasi vaksin hepatitis A dosis pertama, selanjutnya pada umur 6 bulan sampai 12 bulan kemudian diberikan vaksin Hepatitis A dosis ke-2 (IDAI, 2020).

13. Vaksin tifoid.

Umur 2 tahun anak diberikan imunisasi vaksin tifoid polisakarida selanjutnya setiap 3 tahun diulang pemberiannya (IDAI, 2020).

14. Vaksin human papilloma virus.

Pemberian vaksin HPV pada anak perempuan umur 9-14 tahun 2 kali dengan jarak 6-15 bulan (atau pada program BIAS kelas 5 dan 6) (IDAI, 2020).

15. Vaksin dengue.

Pemberian vaksin dengue 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 positif (IDAI, 2020).

## **Daftar Pustaka**

- Atikah Proverawati, C. S. D. A. (2010) *Imunisasi dan vaksinasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Dirjen PP dan PL, K. R. (2013) *Petunjuk Teknis Introduksi Imunisasi DTP-HB-Hib (Pentavalen) Pada Bayi dan Pelaksanaan Imunisasi Lanjutan Pada Anak Balita*.
- IDAI (2020) *Jadwal imunisasi IDAI tahun 2020*.
- Kementerian Kesehatan RI (2017) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2017 tentang penyelenggaraan imunisasi*.
- Marmi, S. S. & K. R. (2015) *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Ranuh dkk. (2017) *Pedoman Imunisasi di Indonesia*. In *Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia (6th ed.)*. Jakarta: IDAI.
- Ranuh et al. (2014) *Pedoman Imunisasi di Indonesia*. Kelima. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Sudarti, E. K. (2010) *Asuhan Neonatus, Bayi, Dan Anak Balita*. Yogyakarta: Nuha Medika.

## **Profil Penulis**



### **Matje Meriaty Huru**

Lahir di Atambua 30 September 1981, penulis menyelesaikan pendidikan Taman Kanak-Kanak sampai dengan Sekolah Menengah Atas di Kota Atambua-Belu, tahun 2003 penulis menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Akademi Kebidanan Kupang, selanjutnya pada tahun 2005 penulis menyelesaikan pendidikan

Diploma IV Kebidanan Bidan Pendidik di Universitas Padjadjaran Bandung dan sekembalinya dari pendidikan penulis dipercayakan bekerja sebagai asisten dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang sampai tahun 2011. Pada tahun 2014 penulis menyelesaikan pendidikan Magister S2 di Prodi MIKM Universitas Diponegoro Semarang peminatan MKIA. Penulis merupakan dosen tetap di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kementerian Kesehatan Kupang sejak tahun 2005 sampai dengan sekarang dan lulus sertifikasi dosen pada tahun 2019. Selain sebagai dosen berbagai pengalaman yang telah diikuti yaitu pelatihan, seminar ilmiah yang berkaitan dengan kesehatan ibu anak dan workshop nasional. Penulis juga aktif sebagai peneliti dibidang Kesehatan Ibu dan Anak, kegiatan pengabdian kepada masyarakat, sebagai penulis buku kesehatan. Penulisan buku ini dapat memberikan kontribusi positif bagi para pembaca khususnya bagi mahasiswa kebidanan.

Email: [atiaureliapaul@gmail.com](mailto:atiaureliapaul@gmail.com)



## PEMERIKSAAN FISIK PADA ANAK DAN ANTROPOMETRI

**Melati Inayati Albayani, S.Kep., Ners., MPH.**

STIKES Yarsi Mataram

### **Pemeriksaan Fisik pada Anak**

Melakukan pemeriksaan pada fisik yang pada anak mempunyai seni tersendiri karena dapat menimbulkan trauma. Anak yang berusia 8 bulan sampai 4 tahun mudah sekali takut karena pemeriksaan terhadap mereka harus terpisah dengan orang tuanya, untuk itu pemeriksaan dilakukan dengan cara anak akan duduk di pangkuan atau dalam dekapan orang tuanya, kita bisa berbicara dengan orang tua terlebih dahulu agar anak mempunyai kesempatan untuk memperhatikan kita. Prosedur yang tidak menyakitkan tetapi membuat anak merasa tersiksa, gerakan fisik harus dilakukan dengan menyenangkan dengan melibatkan orang tua selain itu juga bisa menghadirkan saudara kandung. Dengan berbicara lembut menggunakan intonasi suara yang ramah baik untuk bergerak maupun pemeriksaan yang tidak tiba-tiba akan menyebabkan anak tidak trauma. Urutan pemeriksaan pada anak yang lebih muda sangat penting untuk memeriksa daerah yang kritis sebelum anak itu menangis di mulai dengan pemeriksaan inspeksi selanjutnya baru melakukan pemeriksaan pada sistem organ yang berhubungan dengan keluhan yang dirasakan.

## **Pendekatan Umum dalam Pemeriksaan Fisik Anak**

Urutan pemeriksaan fisik anak harus melihat arah yaitu mengikuti dari *sefalokaudal* atau dari kepala ke kaki secara sistematis. Adapun tujuan digunakannya usia perkembangan dan kronologi menjadi kriteria umum dalam pemeriksaan fisik:

1. Mengurangi stres dan kecemasan terkait dengan pemeriksaan fisik
2. Dapat terjalin kepercayaan di antara perawat-pasien dan orangtua
3. Mempersiapkan anak secara maksimum
4. Menjaga hubungan antara orang tua dan anak
5. Memaksimalkan keakuratan dan realibilitas hasil pemeriksaan.

## **Lokasi Pemeriksaan**

Pemeriksaan fisik pada anak dibagi menjadi 2 yaitu; pengukuran fisiologis dan pengukuran pertumbuhan. Pengukuran fisiologis terdiri dari pengukuran suhu, nadi, tekanan darah dan pernafasan. Sebelum kita melakukan pemeriksaan fisik anak kita perlu melakukan pemeriksaan penampilan umum. Beberapa pedoman umum melakukan pemeriksaan fisik pada anak adalah di tempat yang tepat dan tidak mengancam. Berikan pencahayaan ruangan yang baik dan dekorasi ruangan dengan warna-warni netral, buat seluruh ruangan hangat dan nyaman, tempatkan semua peralatan yang aneh dan mungkin menakutkan jauh dari pandangan anak, sediakan beberapa mainan boneka binatang dan permainan lainnya untuk anak. Jika memungkinkan ruangan yang didekorasi diberi perlengkapan untuk anak sesuai dengan usianya, berikan privasi terutama untuk anak sekolah dan remaja. Observasi beberapa perilaku yang menandakan kesiapan anak yang dapat bekerjasama yaitu berbicara dengan perawat, melakukan kontak mata, penerimaan peralatan yang ditawarkan, menggunakan sentuhan fisik, memilih untuk duduk pada meja pemeriksaan daripada pangkuan orang tuanya. Berikan

permainan sederhana seperti boneka dan mengajak boneka untuk berbicara. Jika anak menolak maka kita bisa melibatkan anak dan orang tua dalam proses pemeriksaan, gunakan pendekatan yang lembut lakukan permainan terlebih dahulu, lakukan pemeriksaan dengan cepat. Saat pemeriksaan fisik izinkan anak untuk mencoba atau memegang beberapa peralatan pemeriksaan. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan dengan bahasa yang dimengerti oleh anak, yakinkan anak saat pemeriksaannya terutama tentang perubahan pada tubuh yang timbul selama masa pubertas, diskusikan hasil temuan dengan keluarga pada akhir pemeriksaan fisik pujian atas kerjasama dalam pemeriksaan dan berikan anak mainan kecil atau stiker.

### **Pemeriksaan Penampilan Umum**

Penampilan umum pada anak bisa melihat kesan subjektif dan komunikatif. Penampilan fisik anak, status nutrisi, perilaku, kepribadian, interaksi orang tua-perawat, postur tubuh, perkembangan dan kemampuan bicara anak. Tampilan umum yang diperhatikan mulai dari mimik wajah. Bagaimana ekspresi dari wajah dan penampilan anak yang sedang merasakan nyeri, sulit bernafas, anak ketakutan, bahagia dan anak yang mengalami penyakit akut. Lakukan observasi terhadap jenis pergerakan tubuh yang dilakukan anak dengan kehilangan pendengaran/penglihatan dapat dilihat jika anak mengangkat kepalanya terlihat kaku. Status nutrisi anak bisa dilihat dengan penampilan umum di mana anak bisa digambarkan dengan berat badan (BB) atau tinggi badan (TB). Anak yang terlihat kurus dan tinggi dapat menggambarkan asupan nutrisi yang diberikan oleh orang tuanya. Pemeriksaan perilaku atau observasi perilaku dari anak termasuk juga kepribadian pada anak. Perkembangan juga dapat dikaji secara cermat dengan cara mengobservasi keadaan anak bisa dilakukan dengan tes skrining mulai dari gerakan kasar, motorik halus, bahasa dan sosialisasi. Pemeriksaan kulit dengan melihat warna, tekstur, suhu dan kelembaban dari turgor kulit. Secara normal tekstur kulit anak masih kecil sangat halus

agak kering dan tidak berminyak. Tentukan turgor kulit dengan teknik menarik kulit abdomen antara telunjuk dan ibu jari lalu melepaskannya dengan cepat untuk melihat elastisitas dari kulit anak, hal ini adalah cara paling baik dalam perkiraan hidrasi atau nutrisi anak adekuat.

### **Pemeriksaan Tanda Vital**

Agar mendapatkan hasil pemeriksaan yang terbaik dalam melakukan pengukuran tanda vital pada bayi dapat menghitung pernapasannya atau sebelum bayi terganggu, setelah itu baru menghitung nadi dan suhu.

#### **1. Suhu**

Pengukuran suhu dapat dilakukan di berbagai tempat seperti; oral, rectal, aksila dan membrane timpani. Beberapa tanda terjadi peningkatan suhu tubuh pada anak adalah kulit warna kemerahan, respirasi dan jumlah denyut jantung meningkat, kelemahan, dan penglihatan berkaca pada mata. Suhu oral normal anak hampir sama dengan orang dewasa berkisar antara 37<sup>0</sup>C akan tetapi untuk suhu rektal sekitar 1<sup>0</sup> lebih tinggi dan suhu aksila berkisar 1<sup>0</sup> lebih rendah pada anak.

#### **2. Nadi**

Pemeriksaan nadi dapat dilakukan dengan meraba kuat pada daerah radialis anak yang berusia lebih dari 2 tahun, meskipun pada bayi dan anak lebih kecil nadi apikal yang terdengar dengan menggunakan stetoskop yang diletakkan pada dada di bagian atas jantung. Menghitung nadi dilakukan 1 menit penuh pada bayi dan anak yang masih kecil karena kemungkinan adanya ketidakteraturan dalam irama jantung, sebaiknya ukur frekuensi denyut nadi apikal anak yang sedang tidur. Frekuensi denyut nadi anak berkisar antara 70 sampai 80 kali permenit sedangkan pada bayi baru lahir biasanya antara 120 sampai 160 kali permenit yang secara teratur menurun sejalan dengan pertumbuhan anak.

### 3. Pernafasan

Pemeriksaan frekuensi pernapasan anak sama dengan cara seperti pada pasien dewasa. Observasi pergerakan abnormal alat pernapasan pada bayi adalah pernapasan diafragma karena karena pergerakannya tidak teratur maka kita harus menghitung jumlah selama 1 menit penuh agar akurat. Pada pemeriksaan pernafasan harus mencakup: 1) laju pernafasan, 2) Keteraturan atau irama, 3) Kedalaman dan 4) pola pernafasan.

Laju pernafasan pada bayi dan anak dilakukan paling tepat saat anak tidur. dengan cara:

- a. Inspeksi; Pemeriksa melihat gerakan nafas dan menghitung frekuensinya
- b. Palpasi; tangan pemeriksa diletakkan pada dinding abdomen anak, kemudian menghitung gerakan pernafasan yang terasa pada tangan, sementara pemeriksa melihat jarum jam.
- c. Auskultasi; dengan stetoskop didengarkan dan dihitung bunyi pernafasannya.

Karena bayi dan anak kecil sebagian besar proses pernapasan adalah *diafragmatika*, maka menghitung gerakan abdomen bukan pada dada sedangkan pada anak yang berusia lebih tua dan remaja bisa langsung dilakukan pengamatan terhadap gerakan pada dadanya. Perhitungan pernapasan pada anak dilakukan selama 1 menit penuh agar akurat karena bayi memiliki pernafasan periodik yaitu bernapas dengan cepat selama beberapa saat diikuti dengan henti nafas selama beberapa detik. Jumlah frekuensi pernapasan normal pada bayi baru lahir sekitar antara 30 sampai 50 kali per menit menurun 20 sampai 40 kali per menit pada anak usia belajar berjalan, 15 sampai 25 kali per menit pada anak usia sekolah sekitar 12 menit kali per menit pada remaja.

#### 4. Tekanan Darah

Tekanan darah anak dapat dilakukan pengukuran sejak anak umur 3 tahun sampai remaja serta yang memiliki gejala tekanan darah tinggi, keadaan kegawatdaruratan, perawatan intensif dan bayi pada resiko tinggi.. Tekanan darah bersamaan dengan umur dan pertumbuhan dapat berubah meskipun pelaksanaan pemeriksaan tekanan darah pada anak hampir sama dengan orang dewasa. Anak prasekolah sampai remaja, dapat dijelaskan langkah pelaksanaan yang akan dilakukan. Hasil pengukuran tekanan darah rata-rata berbagai usia selama masa anak menggunakan sphygmomanometer, nilai tekanan darah pada anak untuk usia bayi baru lahir 1 sampai 3 hari rata-rata nya 65/41 (50) 1 bulan sampai 2 tahun 95/58 (72), sampai 5 tahun 10/57 (74).

#### 5. Pemeriksaan Kepala

Pemeriksaan kepala dimulai dengan melakukan pengukuran lingkaran kepala, apakah mikrosefali atau makrosefali. Pada ubun-ubun yang tegang atau menonjol dapat menunjukkan adanya peningkatan tekanan intrakranial sedangkan pada ubun-ubun yang cekung dapat menjadi tanda adanya dehidrasi. Kelainan lain yang dapat ditemukan pada saat perkusi kepala adalah tanda mata menunjukkan adanya peningkatan intrakranial dan tanda cek festek sebagai respon terhadap perkusi di bawah tulang zygomaticus, perkusi di tulang parietal dapat terdengar bunyi **Cracked pot** yang merupakan tanda normal sebelum sutura tertutup.

#### 6. Leher

Perhatikan adanya penyimpangan massa atau nodul ketika melakukan palpasi pada leher kadang tiroid sering sulit untuk dipalpasi, pada palpasi arteri karotis di kedua sisi ditemukan sama secara bilateral.

#### 7. Mata

Perhatikan ketidaksimetrisan jarak abnormal, jarak kantung dalam rata-rata adalah 3 cm. Pemeriksaan

konjungtiva dengan menarik kelopak bagian bawah mata ke bawah dan anak di minta melihat keatas dengan ditemukan hasil merah muda dan mengkilap. Saklera kuning vertikal sepanjang tepi dekat folikel rambut dapat menunjukkan anemia.

#### 8. Telinga

Inspeksi kesejajaran telinga sedikit melewati atau bertemu pada garis sudut  $10^\circ$  dari garis vertikal telinga rendah secara umum disebabkan oleh anomali ginjal atau retardasi mental. Inspeksi kebersihan telinga (bau, rhabas, dan warna), biasanya ditemukan serumen kuning lunak. Membran timpani jika tembus cahaya sinar merah muda seperti mutiara atau warna abu-abu, jika sedikit kemerahan normal terlihat pada bayi dan anak sebagai akibat dari menangis.

Pemeriksaan dengan menggunakan garputala untuk tulang mastoid dengan menghasilkan tes rinne dan tes Weber. Tes Rinne positif jika bunyi tidak dapat didengar melalui telinga tersebut, sedangkan tes weber dikatakan positif bila bunyi terdengar lebih baik pada telinga yang sakit.

#### 9. Hidung

Secara abnormal lapisan mukosa pucat merah muda atau keabu-abuan, bengkak dan membran menonjol. Perhatikan pula membran merah, bengkak dan apakah ada benda asing dalam hidung.

#### 10. Mulut dan Tenggorokan

Perhatikan warna bibir, tekstur dan lesi yang terjadi sebelumnya. Warna bibir lebih gelap daripada kulit sekitar, lembut dan lembab. Catat adanya sianosis pucat lesi atau pecah-pecah khususnya pada sudut bibir. Gusi kemerahan biasanya mengembang pada bagian tepi cenderung untuk berdarah perhatikan pula jumlah gigi yang lepas, lambatnya erupsi gigi.

#### 11. Dada

Inspeksi ukuran bentuk kesimetrisan gerakan dan perkembangan payudara pada bayi bentuk hampir

circular sejalan dengan pertumbuhan. Kedua sisi dada simetris, selama inspirasi dada mengembang, sudut kostal meningkat, dan diafragma turun, selama ekspirasi terjadi sebaliknya.

Payudara berkembang tergantung usia dan tidak ada massa, perhatikan bentuk dada silinder, asimetris penonjolan tulang jika ditemukan ***pectus carinatum*** (dada burung) dengan melihat sternum menonjol keluar. ***Pektus ekskavatum*** (dada Tong) dengan posisi bawah sternum tertekan. Bandingkan perkembangan payudara dengan tahap usia diskusikan pentingnya pemeriksaan payudara sendiri setiap bulan pada remaja wanita

## 12. Paru-paru

Lihat gerakan pernapasan mulai dari jumlah, irama, kedalaman, kualitas dan karakternya. Frekuensi pernapasan disesuaikan usia pada anak, apakah reguler tanpa upaya dan tenang. Perhatikan frekuensi abnormal yaitu iramanya tidak teratur kedalamannya dangkal anak sulit bernafas atau pernapasan bising serta anak mendengkur.

## 13. Jantung

Saat inspeksi ditemukan dinding dada simetris, impuls apikal kadang terlihat pada anak yang kurus. Perhatikan adanya penonjolan yang nyata, vibrasi abnormal yang dapat dirasakan selama palpasi disebut *Thrill* yang berupa getaran nafas pada kucing; vibrasi ini menghasilkan aliran darah melalui lubang sempit atau abnormal seperti stenosis katup atau defek septum. Palpasi kulit untuk waktu pengisian ulang kapiler (capillary refill time) berlangsung dalam waktu 1 sampai dengan 2 detik, jika pengisian lebih dari 2 detik merupakan hal yang abnormal yang dapat menunjukkan kerusakan perfusi kulit; suhu dingin memperpanjang waktu pengisian ulang kapiler.

## 14. Abdomen

Pemeriksaan palpasi kemungkinan menyebabkan perasaan tidak nyaman, tekanan dan palpasi

superfisial menimbulkan rasa geli. Jika hasil kontur ukuran dan tonus adalah indikator status nutrisi dan perkembangan otot yang cukup baik maka perhatikan deviasi: menonjol, lembek, cekung, tegang, seperti papan, kendur, berkerut, penonjolan garis tengah striae perak, keputihan dan adanya vena distensi. Gerakan abdomen pada anak dibawah 7 atau 8 tahun meningkat pada inspirasi dan selaras dengan gerakan dada pada anak yang lebih besar. gerakan pernapasan kurang. Perhatikan juga pernapasan paradoksial (dimana dadanya naik sementara abdomen turun).

#### 15. Genetalia

Pemeriksaan genetalia pada anak dilakukam dengan inspeksi dan palpasi. Perlu dijaga kesopanan terhadap pasien remaja seperti saat pemeriksaan di area lainnya dengan prosedur sebelum melakukan palpasi pada testis. Pemeriksaan dapat menimbulkan kecemasan untuk anak yang lebih besar atau remaja yang memungkinkan terasa pada akhir pemeriksaan fisik

#### 16. Anus

Inspeksi penampilan umum kondisi kulit serta biasanya ditemukan pada bokong terlihat pada lipatan glutea simetris, perhatikan pada bayi terjadi ruam popok tanyakan tentang ganti popok yang terakhir.

#### 17. Punggung dan Ektrimitas

Biarkan anak berdiri tegak observasi dari belakang dan perhatikan ketidaksimetrisan bahu dan panggul anak membungkuk ke depan pada panggul sampai punggung paralel pada lantai observasi dari samping dan perhatikan ketidaksimetrisan atau penonjolan tulang rangka perhatikan mobilitas tulang belakang inspeksi setiap sendi ekstremitas untuk kesimetrisan ukuran. Tanda skoliosis mencakup sedikit timpang anak bongkok keluhan sakit pada punggung punggung dan ekstremitas. perhatikan cara anak berjalan pada garis lurus, yang abnormal yaitu

bergoyang menyilang berjalan dengan jari kaki dan berjalan dengan landasan luas.

## 18. Pengkajian Neurologis

Observasi perilaku, susana hati, efek orientasi umum terhadap sekitar, tingkat kesadaran. Uji tes kekuatan tonus otot dan perkembangan pemeriksaan refleks saraf kranial. Pengujian saraf kranial dapat dilakukan sebagai bagian dari pemeriksaan neurologis atau terintegrasi dalam pengkajian sistem masing-masing seperti saraf kranial II, III, IV dan VI dengan mata. Saraf kranial biasanya dapat diuji pada anak usia prasekolah dan yang lebih besar perhatikan ketidakmampuan melakukan hal-hal yang tersebut dengan benar.

### **Antropometri**

Umum antropometri adalah pengukuran pertumbuhan fisik anak merupakan kunci terpenting dalam evaluasi status kesehatan. Beberapa parameter pertumbuhan fisik terdiri dari lingkaran kepala, berat badan, tinggi badan (panjang badan), ketebalan lipatan kulit, lingkaran lengan.

#### 1. Lingkaran Kepala

Pengukuran lingkaran kepala anak adalah untuk mengetahui lingkaran kepala anak mikrosefali atau makrosefali.

Jadwal disesuaikan dengan umur anak: antara lain; usia 0 – 11 setiap 3 bulan sekali, dan usia 12 bulan – 72 bulan setiap 6 bulan sekali.

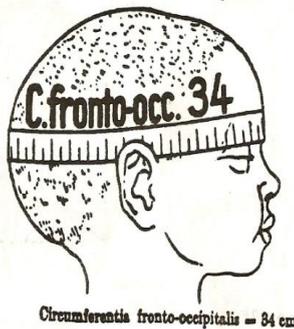
Persiapan Alat

- a. Grafik lingkaran kepala anak laki-laki dan perempuan menurut standar WHO
- b. Meteran pengukur lingkaran kepala/pita ukur
- c. Bolpoin

Cara Mengukur

- a. Baringkan bayi terlentang di atas tempat tidur dengan di beri alas

- b. Pada anak dapat duduk atau digendong orang tua
- c. Letakkan pita melingkar kepala melalui *glabella* pada dahi, bagian atas alis mata, dan bagian belakang kepala anak yang paling menonjol yaitu *protuberansia oksipitalis*.
- d. Pita ukur diletakkan sedemikian rupa sehingga kencang melingkari kepala. (Matondang *et al*, 2003), (Gambar 1)
- e. Catat hasilnya



Gambar 7.1 Cara mengukur Lingkar Kepala anak

Hasil:

- a. Apabila Lingkar Kepala di antara  $< -2$  SD menunjukkan adanya mikrosefali dan kemungkinan malnutrisi kronik pada masa intrauterin atau masa bayi/anak.
  - b. Jika Lingkar Kepala = SD menunjukkan normal;
  - c. Dan Lingkar Kepala  $> +2$  SD menunjukkan adanya makrosefali.
2. Berat Badan (BB)

Tujuan

- a. Untuk menentukan atatus gizi anak, normal, kurus, kurus sekali atau gemuk.
- b. Mengetahui BB dan pertumbuhan BB bayi/anak

- c. Membantu menentukan terapi, cairan, diit dan lain-lain

Jadwal pelaksanaan disesuaikan dengan jadual Deteksi Dini Tumbuh Kembang Balita

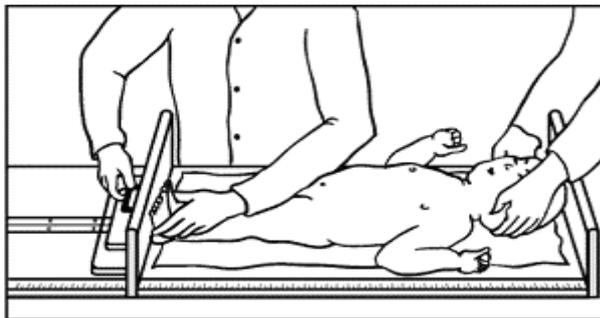
Persiapan Alat

- a. Timbangan berat badan bayi dengan ketelitian 0,1 gram
- b. Kain pengalas
- c. Papan pengukur panjang badan atau perspex (*perspex measuring board*)
- d. Pengukur *microtoice* dengan ketelitian 0,1 cm.
- e. Grafik WHO

Cara mengukur

- a. Menggunakan timbangan bayi
  - 1) Letakkan timbangan di atas meja datar, laposi dengan kain tipis yang bersih
  - 2) Pastikan alat seimbang dengan jarum menunjuk angka 0
  - 3) Timbang bayi dalam posisi berbaring terlentang atau duduk tanpa baju.
  - 4) Perhatikan jarum timbangan sampai berhenti
  - 5) Baca hasilnya dengan melihat angka pada ujung jarum timbangan.
  - 6) Catat hasil penimbangan ke dalam grafik Berat badan dan berilah tanda.
- b. Menggunakan timbangan injak
  - 1) Letakkan timbangan pada lantai yang datar
  - 2) Perhatikan posisi jarum dan harus berada di angka 0
  - 3) Timbang anak tanpa menggunakan sepatu dan pakaian minimal.

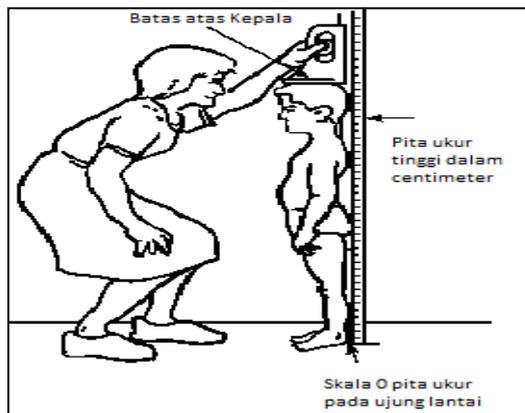
- 4) Perhatikan jarum timbangan sampai berhenti dan baca angka yang ditunjukkan oleh jarum.
  - 5) Catat hasil penimbangan pada kurva berdasarkan usia dan jenis kelamin serta beri tanda.
3. Panjang Badan/Tinggi Badan (PB/TB)
- a. Pengukuran dengan posisi berbaring
    - 1) Lakukan pengukuran oleh 2 orang petugas dengan cara bayi ditidurkan terlentang tanpa sepatu dan topi di atas alat pengukur, usahakan agar tubuh bayi lurus. (Gambar 2)
    - 2) Pegang kepala bayi pada garis tengahnya dan letakkan kepala benar-benar berada di abagian atas papan pengukur
    - 3) Petugas kedua memegang lutut dengan lembut dan tekan lutut kea rah bawah sampai kaki betul-betul ekstensi dan rata dengan alat ukur pada daerah tumit di bagian bawah papann pengukur.
    - 4) Perhatikan angka yang ditunjukkan di bagian kaki, catat dan masukkan dalam kurva berdasarkan umur dan jenis kelamin dan berikan tanda.



Gambar 7.2. Papan pengukur Panjang Badan

b. Pengukuran dengan posisi berdiri

- 1) Pengukuran Tinggi Badan (TB) bagi anak yang berusia  $\geq 2$  tahun, dapat dilakukan dalam posisi berdiri, Agar lebih akurat gunakan *stadiometer* (Gambar 3).
- 2) Minta anak melepas sepatu, berdiri tegak dengan kepala berada pada garis tengah dan garis pandang sejajar dengan langit-langit atau lantai.
- 3) Pastikan punggung anak menempel pada dinding atau permukaan datar lain, dengan tumit, pantat, dan bagian belakang bahu menyentuh dinding.
- 4) Periksa dan perbaiki lutut anak yang menekuk, bahu yang turun atau tumit yang di angkat.
- 5) Selanjutnya turunkan alat pengukur sampai pada batas puncak kepala
- 6) Ukur sampai cm terdekat
- 7) Catat hasil ke dalam kurva berdasarkan usia dan jenis kelamin dan beri tanda.



Gambar 7.3.  
Cara Pengukuran Tinggi Badan

## Interpretasi

Badan sangat kurus ATAU BB/PB (TB) < - 3 SD ATAU	<b>SANGAT KURUS</b>
Badan kurus ATAU BB/PB (TB) $\geq$ - 3 SD dan < - 2 SD	<b>KURUS</b>
BB/PB (TB) antara - 2 SD dan + 2 SD dan tidak ditemukan tanda kelainan gizi diatas	<b>NORMAL</b>
BB/PB >2SD s/d 3 SD	<b>GEMUK</b>

#### 4. Lingkar Lengan Atas

Tujuan: pada keadaan darurat, yaitu di daerah bencana, kekeringan, pengungsian, biasanya dianjurkan untuk menggunakan pengukuran lingkaran lengan atas (LILA) yang merupakan cara yang cepat untuk identifikasi anak yang berisiko

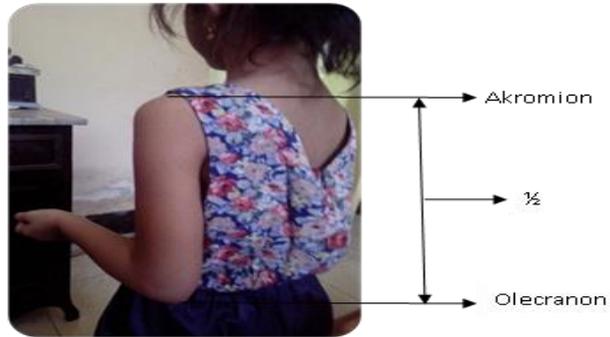
Jadual pengukuran digunakan pada anak umur 6 bulan keatas.

Persiapan Alat

- Lilameter
- Buku catatan

Cara Pengukuran

- Fleksikan lengan anak  $90^\circ$  dengan menggantung bebas
- Letakkan pita mengelilingi lengan atas, di tengah diantara *olekranon* dan *prosesus akromion*. Hati-hati jangan menarik pita terlalu kuat atau kencang.
- Baca hasil pengukuran.
- Catat dalam buku catatan pertumbuhan anak.



Gambar 7.4: Cara mengukur LILA

Interpretasi:

- LILA kurang dari 110 mm – gizi buruk dan anak terancam meninggal
- LILA diantara 110 dan 124 mm – gizi kurang
- LILA diantara 125 dan 134 mm – risiko kurang gizi
- LILA lebih dari 135 mm -- normal

## **Daftar Pustaka**

- Ball, et al, (2012). Principles of Pediatric Nursing Caring for Children fifth edition. United States of America: Pearson.
- Hay, W.W., et al, (2009). Current Diagnosis & Treatment Pediatrics. New York, NY: Mc Graw-Hill medical
- IDAI. (2011). Pedoman Pelayanan Medis Ikatan Dokter Anak Indonesia. Jakarta: IDAI
- Kementrian Kesehatan RI. (2011). Kepmenkes RI no: 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Anthropometri Penilaian Status Gizi Anak. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI
- Matondang C.S, dkk. (2013). Diagnosa Fisis pada Anak. Jakarta: CV Sagung Seto
- Schwartz, M.W. (2005). Pedoman Klinis Pediatri. Jakarta: EGC
- WHO. (2007). WHO Multicenter Growth Reference Study Group, WHO Child Growth Standards: Head Circumference-for age, arm Circumference-for age, triceps Skinfold-for-age and subscapular skinfold-for-age: Methods and Development, Geneva:WHO
- Wong D.L., et al. (2009).Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Edisi 6 Volume 1. Jakarta: EGC

## **Profil Penulis**



### **Melati Inayati Albayani**

Penulis lahir 04 Oktober 1973 di Narmada, Nusa Tenggara Barat, Pendidikan tinggi keperawatan dimulai dari Akademi Keperawatan di AKPER Yarsi Mataram pada tahun 1992 silam.

Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke D4 Perawat Pendidik Jurusan Keperawatan Anak pada tahun 2003 di Program Studi Kedokteran UNIVERSITAS AIRLANGGA Surabaya dan lulus satu tahun berikutnya. Tidak sampai di situ penulis melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan dan profesi Ners di STIKES Yarsi Mataram dan lulus pada tahun 2011. Kemudian tahun 2014 penulis menyelesaikan studi S2 di Program studi Kesehatan Ibu dan Anak Kesehatan Reproduksi (KIA\_KR) UNIVERSITAS GADJAHMADA Yogyakarta.

Penulis memiliki pengalaman mengajar di SPK Yarsi Mataram (1998-2004), selanjutnya pindah mengajar ke AKPER Yarsi Mataram yang sekarang menjadi STIKES Yarsi Mataram (2004-sekarang). Penulis memiliki kepakaran dibidang keperawatan anak, dan sering mengikuti pelatihan di bidang keperawatan anak di beberapa tempat. Saat ini penulis masih aktif mengajar keperawatan anak di Program Studi Keperawatan Jenjang D3.

Email Penulis: [melati.albayani@gmail.com](mailto:melati.albayani@gmail.com)

# TINDAKAN KEPERAWATAN PADA ANAK

**Umbu Nggiku Njakatara, S.Kep., Ns., M.Kep.**

Poltekkes Kemenkes Kupang Prodi Keperawatan  
Waingapu

## **Konsep Tindakan Keperawatan pada Anak**

Tindakan keperawatan pada anak merupakan bagian dari layanan asuhan keperawatan yang dilakukan dengan menjalin kontrak dengan anak dan orang tua untuk melakukan pengkajian, pencegahan, dan mengintervensi untuk mencapai taraf hidup anak yang sejahtera (Sutini.S, 2019). Pelayanan tindakan keperawatan pada anak difokuskan pada peningkatan derajat kesehatan, pencegahan penyakit dan menurunkan angka morbiditas dan mortalitas pada anak. Tindakan keperawatan yang diberikan berdasarkan pada respon individu pada masalah aktual atau potensial yang dialami oleh anak (Wong, 2009). Pelayanan asuhan keperawatan kepada klien sebagai individu, keluarga maupun kelompok tentu saja berbeda. Hal ini menggambarkan bahwa manusia adalah makhluk sosial dengan karakteristik yang unik yang membedakannya dengan makhluk lainnya. Dapat dilihat dari gambaran fisik, psikologis, mental dan terutama respon terhadap masalah kesehatan yang dialaminya. Hal ini juga berlaku pada pelayanan tindakan keperawatan terhadap anak sebagai individu dengan karakter yang unik yang membuatnya berbeda dengan orang dewasa. Perbedaan ini harus menjadi perhatian yang serius oleh perawat dalam melakukan tindakan keperawatan pada anak. Anak merupakan individu yang memiliki kebutuhan

seiring dengan tahapan pertumbuhan dan perkembangannya, kebutuhan yang dimaksudkan adalah kebutuhan biologis seperti nutrisi, cairan, aktifitas, eliminasi, istirahat, rasa nyaman dan kebutuhan tidur, serta kebutuhan psikososial dan spiritual. Proses keperawatan pada anak juga meliputi lima komponen yang terdiri atas: pengkajian, penegakkan diagnosa, perencanaan tindakan (intervensi), implemntasi dan evaluasi. Asuhan keperawatan yang diberikan berdasarkan pada masalah atau diagnosis yang ditemukan saat melakukan pengkajian yang komprehensif secara biopsikososial.

Asuhan keperawatan anak merupakan asuhan yang berpusat pada keluarga dimana peran keluarga sangat mempengaruhi keberhasilan tindakan keperawatan yang diberikan. Keluarga juga berperan dalam perlindungan, pemenuhan kebutuhan, menjaga keselamatan dan kelangsungan hidup serta menjamin kesejahteraan anak untuk mencapai masa depan yang cerah (Yuliaslati, Arnis,2016). Keterlibatan keluarga dalam perawatan anak merupakan tindakan tak terpisahkan dalam asuhan keperawatan anak yang dikenal dengan “*Family Centered Care* (FCC)” atau perawatan yang berfokus pada keluarga.

### ***Family Centered Care* (FCC)**

Filosofis ini menghadirkan keluarga sebagai kehidupan yang mapan, di mana para anggota dalam keluarga harus saling menghargai, mendukung dan meningkatkan kualitas serta kompetensi mereka dalam mengasuh anak. Aspek ini harus benar-benar dimengerti oleh perawat. Hubungan psikologis antar anggota keluarga memberi pengaruh pada kedua belah pihak, misalnya pada anak yang mendapatkan terapi invasive seperti tindakan injeksi atau pengambilan darah vena akan menimbulkan rasa sakit, takut dan cemas. Hal ini juga akan dirasakan oleh keluarga karena ikatan emosional yang erat antara anak dengan orang tuanya. Penerapan family centered care dalam tindakan keperawatan harus melibatkan keluarga dalam pembuatan kebijakan kesehatan, perencanaan tindakan keperawatan, rancangan fasilitas dan komunikasi interaktif antara perawat dan pasien.

Pemberian kewenangan pada keluarga untuk ikut andil dalam perawatan anak dengan memanfaatkan pengalaman, kompetensi dan keahlian yang dimiliki diharapkan dapat memberikan dampak positif untuk proses penyembuhan anak. Hal ini berarti memberikan akses bagi keluarga untuk menggunakan keahlian dan kemampuan keluarga dalam merawat anak. Dengan demikian perawat harus memberi ruang kepada keluarga untuk terlibat dalam proses pelayanan kesehatan termasuk dalam pemberian asuhan keperawatan. Family Centered Care mengandung dua konsep penting yakni konsep “Enabling dan Empowering”. Konsep Enabling menunjukkan bahwa keluarga memiliki tanggung jawab pemberian asuhan. Keluarga diberikan kesempatan untuk menampilkan keahlian dan kemampuannya yang bermanfaat untuk mencukupi kebutuhan anak dan keluarga.

Perawat memberikan kesempatan kepada keluarga dalam pengasuhan dan perawatan agar memenuhi kebutuhan anak dan keluarga secara umum. Sedangkan keterlibatan keluarga dalam proses pengambilan keputusan terhadap tindakan-tindakan yang akan dilakukan pada pasien anak, merupakan konsep dari Empowering. Anak yang menjalani perawatan di Rumah sakit sangat membutuhkan kehadiran orang tua di sampingnya. Kehadiran dan keterlibatan orang tua dalam program tindakan keperawatan merupakan hal mutlak yang harus diterapkan. Dengan demikian relasi dan komunikasi antara anak, keluarga dan perawat harus terjalin dengan baik. Hal ini dimaksudkan agar proses pemulihan pada anak dapat diwujudkan dan kebutuhan akan rasa aman dan nyaman dapat terpenuhi. Anak sangat membutuhkan orang tua saat dirawat inap sehingga kehadiran keluarga menjadi perhatian perawat untuk memfasilitasinya. Terjalannya relasi komunikasi yang baik antara anak, keluarga dan perawat merupakan salah satu kunci keberhasilan perawatan anak untuk mencapai kesembuhan dan memenuhi kebutuhan keamanan dan kenyamanan bagi keluarga dan anak (Damanik, M. Sitorus. E, 2019). Beberapa prinsip dalam *Family Centered Care* yang menjadi perhatian perawat meliputi:

1. Menghormati pasien (Anak) dan keluarganya.
2. Menghargai adanya keragaman suku, agama, budaya, ekonomi, social dan pengalaman tentang sehat sakit yang dialami anak dan keluarga.
3. Mengenali dan memperkuat kelebihan yang dimiliki oleh anak dan keluarga.
4. Mendukung dan memfasilitasi anak dan keluarga dalam memilih dan menentukan pelayanan kesehatan yang diinginkannya.
5. Memastikan layanan kesehatan yang didapatkan anak dan keluarga sejalan dengan kebutuhan, budaya, nilai dan keyakinan yang dimiliki.
6. Memberikan informasi yang jujur dan benar kepada anak dan keluarga sebagai cara untuk meyakinkan dan memberdayakan anak dan keluarga dalam mencapai status kesehatan yang lebih baik.
7. Menjamin dan memastikan anak dan keluarga mendapatkan dukungan formal dan informal.
8. Menjalin kerjasama dalam menyusun dan menentukan program perawatan anak di berbagai level pelayanan kesehatan.
9. Mendorong dan mendukung anak dan keluarga untuk mengoptimalkan kelebihan dan kekuatan yang dimiliki, membangun rasa percaya diri, dan membuat pilihan dalam menentukan pelayanan kesehatan anak. Perawat harus memberikan pengetahuan yang cukup bagi keluarga sebagai pedoman dalam mengasuh dan merawat anak dengan percaya diri.

### ***Atraumatic Care***

Perawatan atraumatik merupakan asuhan keperawatan terapeutik dengan menggunakan intervensi keperawatan yang meminimalisir atau menghilangkan distress fisik dan mental pada anak dan keluarga dalam sistem pelayanan kesehatan. Asuhan atraumatic dapat diartikan sebagai suatu aksi terapeutik yang tidak menimbulkan trauma dan mencegah dan meminimalkan pengalaman yang tidak nyaman pada anak dan keluarga. Proses perawatan pada

pasien anak sedikit berberbeda dengan merawat pasien dewasa, anak mudah cemas, rewel, cepat bosan, sulit diarahkan dan takut kepada orang baru misalnya pada tenaga medis. Pasien anak dengan gambaran seperti di atas cenderung sulit untuk diajak berinteraksi, tidak mematuhi perintah/kooperatif, menangis terus, rewel minta pulang, menolak untuk makan atau minum sehingga berdampak pada lambatnya proses pemulihan, menurunkan hasrat untuk sembuh dan tidak kooperatif dengan proses perawatan (Sari, Batubara, 2017). Kecemasan anak saat menjalani perawatan di Rumah Sakit disebabkan oleh beberapa hal antara lain: hilang kendali, cedera dan nyeri pada tubuh serta perpisahan dengan orang terdekat seperti orang tua, lingkungan dan teman sekolah. Fenomena seperti di atas menuntut seorang perawat anak untuk memberikan asuhan sesuai dengan peran yang dimilikinya (Usman L. 2020). Menjadi pendengar yang baik atas keluhan anak dan keluarga, membangun diskusi tentang masalah anak dan keluarga serta membantu menemukan alternative pemecahan masalah, merupakan implementasi dari tanggung jawab perawat sebagai pemberi asuhan. Perawat wajib menerapkan peran koordinasi dan kolaborasi bersama keluarga dan beberapa profesi kesehatan lainnya dalam mencari solusi masalah yang dialami oleh anak (Firmansyah. H, dkk, 2021).

Asuhan keperawatan terapeutik oleh perawat anak dapat dilakukan dengan intervensi keperawatan. Intervensi yang direncanakan harus bersifat atraumatik untuk mengurangi pengalaman yang tidak menyenangkan yang dialami oleh anak dan keluarga. Seorang perawat anak harus mampu memberikan asuhan keperawatan terapeutik melalui pelaksanaan intervensi keperawatan. Intervensi ini harus bersifat atraumatik sehingga membawa keamanan dan kenyamanan bagi anak dan keluarga. Perawat harus memahami bahwa anak merupakan pribadi dengan karakter yang unik dan selalu berusaha menghindarkan anak dari trauma. Perawat menjamin akan asuhan yang diberikan kepada anak benar-benar bebas trauma. Pertahankan interaksi antara orang tua dan anak, jangan dipisahkan.

Komunikasi antara anak dengan perawat menjadi sangat penting, dimana anak berhak untuk mengetahui kondisi mereka (Baross *et al*, 2021). Kehadiran orang tua di samping anak sedapat mungkin tetap diperhatikan oleh perawat agar anak bebas dari trauma karena berada di tempat yang baru, dengan demikian proses pemulihan anak dapat tercapai dengan baik. Hal ini merupakan implementasi dari filosofi keperawatan anak yakni “*family centered care*” dan *atraumatic care* (Mediani. S, 2021).

Asuhan keperawatan atraumatik memiliki tujuan utama yakni tidak menimbulkan luka (*No Harm*), artinya bahwa anak terhindar dari tindakan yang menimbulkan cedera secara fisik maupun psikologis. Tujuan ini dapat dicapai dengan menghindari perpisahan anak dengan keluarganya, mencegah dan mengurangi rasa sakit dan cedera pada tubuh, dan mampu mengendalikan perasaan. Contoh implementasi asuhan atraumatik meliputi peningkatan relasi yang erat antara anak dan keluarga ketika dirawat inap di Rumah Sakit, mempersiapkan anak untuk menerima terapi dan prosedur tindakan yang belum pernah dialaminya, mengendalikan nyeri, menjaga privasi anak, menerapkan terapi bermain untuk mengeksplorasi perasaan takut dan permusuhan, menyiapkan beberapa pilihan alternative lain, dan menghargai setiap perbedaan budaya pada anak dan keluarga. Gambaran trauma yang timbul pada anak ditunjukkan dengan timbulnya perasaan cemas, marah, takut, nyeri, dan lain-lain. Contohnya anak yang mendapatkan terapi cairan intravena sehingga perlu memasang infus, anak menjadi takut, cemas, tidak mau ditusuk, menangis dan meronta-ronta. Oleh karena itu tindakan atraumatik perlu diterapkan pada anak dan keluarga untuk mengurangi dampak psikologis yang dapat menimbulkan hambatan dalam proses perkembangan anak. Pemilihan prosedur tindakan yang sangat minim menimbulkan trauma sekiranya menjadi prioritas dalam tindakan keperawatan. Adapun beberapa prinsip yang harus dipahamioleh perawat dalam menerapkan atraumatic care, sebagai berikut:

1. Mencegah atau mengurangi dampak dari perpisahan dengan keluarga.

Berpisah atau jauh dari keluarga mengakibatkan psikologis anak menjadi terganggu, pada umumnya ditampilkan dengan perasaan cemas dan takut karena berpisah dengan orang tua dan keluarga. Hal tersebut akan mengganggu bahkan bisa menghambat proses pemulihan dan tumbuh kembang anak.

2. Meningkatkan fungsi kontrol orang tua dalam proses perawatan anak

Pelaksanaan peran kontrol yang baik dari orang tua terhadap anak, akan mendorong anak untuk mandiri dalam proses kehidupannya, selalu waspada dan berhati-hati dalam menjalankan aktivitas kehidupan sehari-hari.

3. Mencegah dan meminimalisir terjadinya cedera (*injury*) dan rasa sakit/nyeri (dampak psikologis).

Mencegah dan mengurangi rasa sakit pada anak dapat dilakukan dengan berbagai tehnik misalnya, distraksi, relaksasi dan imaginary sehingga nyeri tidak berlangsung dalam jangka waktu yang lama.

4. Hindari perlakuan kasar pada anak.

Perilaku yang kasar terhadap anak akan menimbulkan trauma fisik terutama mental psikologis, yang akan menghambat pencapaian kematangan dalam proses tumbuh kembang. Oleh karena itu, perlakuan kasar terhadap anak tidak boleh dilakukan karena berdampak buruk bagi kesehatan mental anak.

5. Modifikasi lingkungan.

Lingkungan yang dimodifikasi dengan corak anak akan menciptakan suasana hati anak yang ceria, senang, aman dan nyaman sehingga ikut berperan dalam tumbuh kembang yang optimal di lingkungannya.

## **Intervensi dan Tindakan Keperawatan**

### **1. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan merupakan tahap perencanaan tindakan-tindakan keperawatan yang mungkin dilakukan berdasarkan dengan prioritas diagnosa keperawatan. Pada tahap perencanaan perlu menentukan tujuan, kriteria hasil, perencanaan, dan rasional, sehingga tahap intervensi merupakan tahap perencanaan yang juga disertai dengan target. Tercapai tidaknya tujuan dapat dilihat pada tahap evaluasi keperawatan. Intervensi keperawatan adalah salah satu komponen standar dalam asuhan keperawatan yang digunakan dalam melakukan praktik keperawatan di Indonesia, dengan segala bentuk tindakan yang dilaksanakan oleh perawat berlandaskan ilmu pengetahuan dan pengalaman klinis untuk memperoleh peningkatan, pencegahan dan peningkatan derajat kesehatan pribadi, keluarga, dan masyarakat. Peningkatan kemandirian perawat dalam melaksanakan layanan kesehatan, dan mengembangkan asuhan keperawatan yang bermutu, merupakan tujuan dari intervensi keperawatan. Buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) menjelaskan bahwa intervensi keperawatan merupakan *treatment* yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mendapatkan hasil (*outcome*). Intervensi yang ada memiliki keunggulan-keunggulan yakni: komprehensif, berbasis pada riset, mudah digunakan, mamakai istilah klinis yang benar dan dapat dihubungkan dengan diagnosis dan luaran/hasil.

Intervensi keperawatan diklasifikasikan dalam 5 (lima) kategori, 14 (Empat belas) subkategori dan 623 (Enam ratus dua puluh tiga) intervensi.

Kategori intervensi dan subkategori terdiri atas:

- a. Fisiologis: Intervensi keperawatan yang menunjang fungsi fisik dan regulasi homeostatik yang meliputi: respirasi, eliminasi, nutrisi dan

cairan, sirkulasi, aktivitas dan istirahat, neurosensory, seksualitas dan reproduksi

- b. Psikologis: Intervensi keperawatan yang mendukung fungsi mental, proses mental dan perilaku, yang meliputi: integritas ego, nyeri, keamanan dan kenyamanan, dan tumbuh kembang.
- c. Perilaku: Intervensi Keperawatan yang menunjang adanya gaya hidup atau perilaku. Seperti: kebersihan diri, penyuluhan dan pembelajaran.
- d. Relasional: Intervensi keperawatan yang mendukung relasi interpersonal dan hubungan sosial
- e. Lingkungan: Intervensi keperawatan yang membawa dampak kenyamanan lingkungan dan mengurangi resiko gangguan kesehatan seperti keamanan dan proteksi.

Perawat anak perlu memahami penggunaan intervensi keperawatan spesifik pada anak dengan memperhatikan rentang intervensi, sehingga dapat diaplikasikan dengan tepat. Adapun rentang intervensi keperawatan terdiri atas:

a. *Direct Care Intervention*

Intervensi yang dilakukan dengan kontak secara langsung bersama klien. Misalnya membantu anak untuk makan dan minum, dan melakukan fisiotherapy dada.

b. *Indirect Care Intervention*

Intervensi yang dilakukan secara tidak langsung terhadap pasien akan tetapi dilaksanakan untuk pasien. Misalnya memonitor atau menganalisis hasil pemeriksaan laboratorium.

c. *Nurse-Initiated Intervention*

Intervensi yang dibuat sendiri oleh perawat dengan tujuan mengatasi masalah keperawatan.

Misalnya memberikan posisi semi fowler pada anak yang sesak napas.

d. *Healthprovider-Initiated Intervention*

Intervensi yang dibuat oleh profesi kesehatan lain, akan tetapi pelaksanaannya didelegasikan kepada perawat. Misalnya pemberian terapi Nebulizer pada anak.

2. Tindakan Keperawatan pada Anak

Tindakan keperawatan merupakan perilaku perawat untuk melaksanakan intervensi keperawatan. Buku Standar Intervensi Keperawatan (SIKI, 2018) mendefinisikan tindakan keperawatan sebagai perilaku atau aktifitas khusus yang dilaksanakan oleh perawat untuk melaksanakan intervensi.

Tindakan keperawatan yang dikerjakan oleh perawat diaplikasikan dalam bentuk tindakan observasi, edukasi, terapeutik dan kolaborasi (PPNI, 2018). Tindakan keperawatan merupakan penerapan dari intervensi yang telah ditetapkan berdasarkan diagnosa yang telah ditegakkan sebelumnya. Tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan anak tentunya tidak terlepas dari filosofis utama yakni *'family centered care'* dan *'atraumatic care,'* dimana *atraumatic care* adalah intervensi terapeutik dalam asuhan keperawatan anak. Implementasi tindakan keperawatan pada anak dilakukan dengan beberapa cara, sebagai berikut:

a. Tindakan Keperawatan Observasi

Tindakan keperawatan observasi merupakan aktifitas yang dikerjakan perawat untuk melihat dan mendapatkan data tentang status kesehatan pasien. Observasi dilakukan untuk mengkaji perkembangan klien dengan monitoring secara langsung dan dilakukan secara berkesinambungan. Contoh kasus pada anak dengan diagnosa keperawatan Hipertermia, maka tindakan keperawatan observasi dapat dilakukan oleh perawat dengan:

- 1) Memonitor haluaran urin
- 2) Memonitor intake dan output cairan
- 3) Mengidentifikasi penyebab Hipertermi
- 4) Memonitor suhu tubuh
- 5) Memonitor komplikasi akibat Hipertermia
- 6) Memonitor kadar elektrolit
- 7) Memonitor status neurologis
- 8) Memonitor tanda-tanda vital
- 9) Memonitor tetesan cairan

b. Tindakan Keperawatan Terapeutik

Tindakan yang membawa efek pemulihan kondisi kesehatan klien secara langsung atau menghindari memburuknya masalah kesehatan pasien, mengurangi, memperbaiki, dan menghambat perluasan masalah. Contoh tindakan keperawatan terapeutik perawat dapat dilakukan dengan:

- 1) Melakukan kompres
- 2) Membasahi atau kipasi permukaan tubuh
- 3) Memberikan cairan oral
- 4) Menyediakan lingkungan yang dingin
- 5) Melepaskan atau melonggarkan pakaian yang tebal
- 6) Mengganti linen setiap hari jika perlu

c. Tindakan Keperawatan Edukasi

Tindakan keperawatan edukasi dikemas dalam bentuk penyuluhan kesehatan. Tindakan edukasi dimaksudkan untuk meningkatkan peran perawatan diri anak dengan memfokuskan partisipasi anak untuk bertanggung jawab dalam merawat diri, dengan pendampingan dari orang tua atau keluarga. Dalam keperawatan anak, orang tua akan menjadi sentra pendidikan

kesehatan untuk mendampingi dan membantu anak dalam mengatasi permasalahan kesehatan yang dialami.

Berdasarkan pada contoh kasus di atas maka tindakan edukasi perawat terhadap keluarga atau orang tua anak, dapat dilakukan dengan:

- 1) Menganjurkan tirah baring/ *bed rest*
- 2) Menganjurkan keluarga untuk tidak berdesakan dalam kamar pasien
- 3) Mengedukasi orang tua dan keluarga tentang kondisi pasien
- 4) Mengajarkan tentang pentingnya pengaturan suhu tubuh anak

d. Tindakan Keperawatan Kolaborasi

Tindakan yang melibatkan profesi kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan pada pasien. Menjalin hubungan kerjasama yang baik agar tujuan bersama dapat dicapai demi kesembuhan pasien. Tindakan ini memerlukan perpaduan ilmu pengetahuan, keterampilan dari beberapa profesi kesehatan yang terlibat. Untuk masalah gangguan fungsi tubuh, sering membutuhkan rencana yang bersifat kolaboratif. Tindakan ini dapat dilakukan apabila perawat membutuhkan penanganan lanjutan. Penerapan tindakan kolaborasi perawat dapat dilakukan dengan cara seperti:

- 1) Mengkolaborasikan pemberian cairan intravena, jika perlu
- 2) Mengkolaborasikan pemberian antipiretik
- 3) Mengkolaborasikan pemberian analgetik, jika perlu

### 3. Tindakan Keperawatan Pada Anak Sehat dan Sakit

#### a. Tindakan Keperawatan Pada Anak Sehat

Tindakan keperawatan pada anak sehat merupakan tindakan yang dilakukan untuk menunjang proses tumbuh kembang anak. Tujuan asuhan keperawatan pada anak sehat adalah mendukung pencapaian pertumbuhan dan perkembangan yang optimal seiring dengan penambahan usia anak. Gangguan tumbuh kembang pada anak perlu diidentifikasi secara dini sehingga tidak terlambat dalam penanganan dan terapi. Beberapa tindakan yang diberikan oleh perawat untuk mendukung tumbuh kembang dan kesehatan anak, antara lain: pemberian imunisasi dasar, stimulasi tumbuh kembang, pengukuran status gizi/antropometri dan pengkajian tumbuh kembang anak.

#### b. Tindakan Keperawatan Pada Anak Sakit

Tujuan asuhan keperawatan pada anak sakit yakni mempercepat proses penyembuhan atau pemulihan anak sehingga pertumbuhan dan perkembangannya tidak terhambat. Dukungan keluarga dan tenaga kesehatan pada periode ini sangat penting, mengingat tingkat ketergantungan anak pada orang tua dan keluarga cukup tinggi, terutama pada saat anak berada di tempat yang baru dan asing, misalnya saat dirawat di Rumah Sakit. Tindakan keperawatan pada anak sakit dapat dilakukan oleh perawat didasarkan atas masalah keperawatan dan disesuaikan dengan intervensi yang telah direncanakan. Misalnya: terapi bermain sesuai kategori usia dan diagnose medis, melakukan tindakan *atraumatic care* seperti *story telling*/dongeng, terapi dekapan/*hugging infants*, dan boneka tangan/*felt puppets*.

## **Daftar Pustaka**

- Barros et al, (2021). Nursing Interventions Promoting Child / Youth / Family Adaptation to Hospitalization: A Scoping Review.
- Damanik.S, Sitorus.E, (2019). Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak, Jakarta. Universitas Kristen Indonesia.
- Doenges, M. E. (2013). Manual Diagnosis Keperawatan Rencana, Intervensi, & Dokumentasi
- Firmansyah. H, dkk, (2021). Keperawatan Kesehatan Anak Berbasis Teori dan Riset. Bandung, Media Sains Indonesia.
- Handayani, M. (2020). Penerapan SDKI dan SLKI; Tim Pokja 3S DPP PPNI. Jakarta: BAPENA
- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Sabella R, (2019), Gambaran Tindakan Keperawatan Pada Masalah Keperawatan Anak Dengan Kejang Demam. Skripsi, Jember. Universitas Jember
- Sari, Batubara, (2017). Kecemasan Anak Saat Hospitalisasi. Jurnal Kesehatan Kusuma Husada. Surakarta.
- Sutini. S. 2019. Modu Ajar Keperawatan Anak. Jakarta. Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia (AIPVIKI).
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, PPNI
- Usman. L 2020, Pelaksanaan Atraumatic Care di Rumah Sakit. Jambura Health and Sport Journal, Vol. 2, No. 1. Politeknik Kesehatan Kemenkes Gorontalo.
- Wong Donna L., dkk, 2009. Buku Ajar Keperawatan Pediatrik, Vol.1. Jakarta: EGC
- Yuliastati, Arnis, A. (2016), Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Anak, Cetakan 1. Jakarta. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

## **Profil Penulis**



### **Uumbu Nggiku Njakatara**

Keperawatan merupakan disiplin ilmu yang unik, sehingga menarik penulis untuk menggelutinya. Hal tersebut mendorong penulis untuk melanjutkan studi di Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan pada tahun 2000 dan tamat pada tahun 2003. Pada tahun 2004 penulis bekerja sebagai tenaga honorer di salah satu Puskesmas sampai dengan tahun 2005. Pada tahun 2007, penulis melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi Negeri dengan menempuh pendidikan alih jenjang dari D3 Keperawatan ke S1+Ners, dan berhasil menyelesaikan pendidikan di Prodi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada Yogyakarta pada tahun 2010. Tujuh tahun berikutnya, penulis kembali melanjutkan pendidikan pasca sarjana pada jurusan Magister Ilmu Keperawatan di Universitas yang sama dan selesai pada tahun 2019. Saat ini penulis mengabdikan diri sebagai tenaga dosen tetap pada Prodi Keperawatan Waingapu Poltekkes Kemenkes Kupang, dengan mengampu mata kuliah Keperawatan Anak.

Penulis juga aktif dan konsisten dalam melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi dengan terus melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat, baik secara mandiri maupun kelompok dosen serumpun ilmu. Hasil penelitian dan pengabdian masyarakat telah dipublikasikan pada jurnal terakreditasi nasional.

Email Penulis: [umbunjakatara313@gmail.com](mailto:umbunjakatara313@gmail.com)



# MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT

**Ns. Armina, M.Kep., Sp.Kep.An.**

Stikes Baiturrahim Jambi

## **Defenisi Manajemen Terpadu Balita Sakit**

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dalam bahasa Inggris yaitu *Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI) adalah manajemen untuk menangani balita sakit bersifat terpadu yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Terpadu berarti mencari dan mengobati dengan dipandu buku bagan MTBS (Depkes, 2008).

## **Sasaran MTBS**

Sasaran MTBS adalah anak umur 0-5 tahun dan dibagi menjadi dua kelompok sasaran yaitu kelompok umur kurang dari 2 bulan dan kelompok umur 2 bulan sampai 5 tahun (Depkes, 2008).

## **Tujuan MTBS**

Kegiatan MTBS bertujuan menurunkan angka kesakitan dan kematian serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan unit rawat jalan kesehatan dasar di Puskesmas (Depkes, 2008).

## **Manajemen Terpadu Balita Sakit Untuk Anak Umur 2 Bulan Sampai 5 Tahun**

### 1. Penilaian Tanda dan Gejala

Penilaian tanda dan gejala didasarkan pada keluhan anak yang ditanyakan kepada orangtua. Penilaian

yang diperiksa menurut tatalaksana Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), yang meliputi:

Tanda Bahaya sakit pada anak

Anda dapat menanyakan kepada ibu apakah anak dapat minum atau menyusu pada ibu, apakah anak memuntahkan semua makanan atau minuman, apakah selama sakit saat ini anak mengalami kejang. Anda dapat memeriksa apakah anak gelisah, letargis atau tak sadar, periksa juga apakah anak sedang kejang, terdengar bunyi stridor paru (anak harus dalam kondisi tenang), tampak membiru dan adakah pada bagian ujung ekstremitas teraba dingin dan terlihat pucat.

2. Batuk atau Kesukaran dalam Pernapasan

Saat anda menanyakan kepada ibu mengenai batuk atau kesukaran dalam bernafas pada anak, harus ditanyakan kepada ibu sudah batuk erapa lama, Lakukan pemeriksaan dalam kondisi anak harus tenang yaitu menghitung pernapasan anak dalam satu menit, apakah dinding dada tertarik ke dalam, apakah suara wheezing paru jelas terdengar. Lalu lakukan pemeriksaan saturasi oksigen (jika tersedia alat). Pernafasan anak cepat jika 50 atau lebih kali/menit pada umur dua bulan sampai <12 bulan atau 40 atau lebih kali/menit pada umur 12 bulan sampai kurang dari lima tahun.

3. Diare

Ajukan pertanyaan pada ibu sudah berapa lama diare diderita oleh anak dan apakah di dalam tinja terdapat darah, Lihat kondisi umum anak saat sakit, apakah anak letargik atau tak sadar, apakah rewel/mudah marah, adakah terlihat cekung pada mata, adakah anak menunjukkan tak bisa minum atau minum namun malas atau terlihat haus namun minum dengan lahap. Periksa juga turgor kulit dengan cara mencubit kulit perut anak, apakah cubitan kulit perut kembali lambat atau sangat lambat (> 2 detik).

#### 4. Demam

Lakukan anamnesis untuk menentukan adakah anak tampak demam atau badan terasa panas dan suhu lebih sama dengan 37,5 °C. Jika anak mengalami demam, tanya ibu apakah mereka berada di daerah endemik tinggi atau rendah/ non endemik malaria, tanyakan juga adakah riwayat pernah bepergian ke daerah endemik malaria selama 1 sampai 2 minggu terakhir, apabila ya maka pemeriksaan RDT dan mikroskopis malaria harus dilakukan. Periode lama anak mengalami demam juga perlu ditanyakan terutama jika melebihi tujuh hari dan mengalami demam setiap hari, anak pernah minum obat malaria dan apakah anak mengalami campak dalam 3 bulan terakhir. Lakukan pengecekan kaku kuduk jika dialami anak, apakah ada penyebab lain dari demam, adakah tanda klinis campak berupa ruam kemerahan pada area sekejor kulit maupun tanda batuk atau pilek atau mata merah. Jika anak menderita campak, adakah luka di mulut yang dalam atau luas, adakah nanah pada mata maupun kekeruhan pada kornea. Lakukan anamnesis juga jika apakah anak mengalami demam 2-7 hari yaitu apakah anak mengalami demam yang tinggi mendadak dan berkelanjutan, adakah terasa nyeri di ulu hati atau tampak gelisah, apakah badan anak terasa dingin. Adanya muntah yang sering, disertai darah atau seperti kopi juga perlu ditanyakan pada ibu. Pemeriksaan adanya bintik perdarahan di bawah kulit (petekie) atau hidung atau gusi berdarah atau BAB, adakah lingkungan sekitar ada terjangkau DBD. Selain itu lakukan pemeriksaan tanda syok yaitu ujung jari tangan atau kaki terasa dingin dan sangat lemahnya denyut nadi bahkan tidak teraba. Jika tidak ada perdarahan dan anak tidak syok maka lakukan uji torniquet. Walaupun ada petekie yang berjumlah sedikit namun tidak ada tanda gejala lain dari DBD dan uji torniquet tidak bisa dilaksanakan maka diklasifikasikan itu DBD.

5. Masalah gangguan pada Telinga

Anamnesis yang diperlukan yaitu apakah anak merasakan sakit pada telinga, rasa penuh (bukan serumen) di telinga (menarik-narik telinga, rasa tidak nyaman di telinga, rewel), keluar cairan/nanah sudah berapa lama serta raba serta pemeriksaan bengkak di belakang telinga yang mengakibatkan rasa sakit.

6. Masalah Status Gizi

Pengukuran berat badan dan tinggi badan anak yang kemudian penilaian pada grafik BB berdasarkan PB atau TB didasarkan jenis kelamin dan usia anak. Apakah anak mengalami BB/PB (TB) < -3 SD, BB/PB (TB) -3 SD sampai -2 SD, BB/PB (TB) ≥ -2 SD dan pengukuran lingkaran lengan (LiLA) anak umur ≥ 6 bulan perlu dilakukan dalam MTBS edisi 2019. Status gizi anak dapat dicek apakah terlihat sangat kurus dan apakah punggung kaki terlihat membengkak. Jika LiLA kurang 11,5 cm atau BB/PB (TB) < -3 SD periksa adakah ada tanda sakit bahaya atau masalah kesehatan yang berat pada anak. Jikapun tidak ada tanda tersebut, periksa pada anak < 6 bulan adakah masalah pemberian ASI.

7. Anemia

Lihat adakah telapak tangan anak sangat pucat atau agak pucat, Pemberian obat cacing harus dilakukan setelah pemeriksaan laboratorium deteksi kecacingan.

8. Satus kondisi HIV

Jika anak mengalami pneumonia berulang atau diare persisten atau gizi buruk atau anemia berat tanyakan pada ibu apakah anak pernah tes HIV, jika pernah kapan dilakukan, dan apakah hasilnya positif atau negatif. Tanyakan juga apakah ibu pernah tes HIV dan bagaimana hasilnya, adakah riwayat keluarga terinfeksi HIV atau meninggal karena penyebab HIV serta tanyakan adakah anak masih mendapat ASI. Periksa bercak putih di rongga mulut anak serta

anjuan tes HIV untuk ibu maupun anak apabila mereka belum dites HIV.

#### 9. Memeriksa Status Imunisasi dan Vitamin A

Tanyakan pada ibu, imunisasi dasar atau imunisasi lanjutan apakah sudah diberikan pada anak, tanyakan juga suplemen vitamin A pada bulan Februari dan Agustus yang diterima anak.

### **Klasifikasi Keluhan Sakit Anak**

#### 1. Tanda sakit yang Bahaya pada anak

Klasifikasi ini sebagai penyakit sangat berat jika anak mengalami satu tanda atau lebih tanda seperti tidak bisa minum susu atau menyusu, memuntahkan semua makanan atau beserta minuman, anak pernah atau sedang kejang, anak gelisah, letargik atau tidak sadar, ada stridor, kulit sianosis (biru), ujung tangan dan kaki pucat dan dingin.

#### 2. Batuk atau Kesukaran dalam bernapas

Klasifikasi pneumonia berat atau penyakit sangat berat pada anak terlihat apabila adanya tarikan dinding dada ke dalam atau saturasi Oksigen < 90%. klasifikasi Pneumonia apabila ditemukan tanda frekuensi pernapasan yang cepat. Klasifikasi batuk bukan pneumonia jika tidak ada tanda pneumonia berat maupun pneumonia dan hanya keluhan batuk.

#### 3. Diare

Diare dehidrasi berat dialami anak jikaterdapat dua tanda atau lebih tanda gejala seperti letargik atau anak tidak sadar, cekungnya pada mata, anak tidak bisa minum atau tidak mau menyusu, turgor kulit perutpun kembali sangat lambat (> 2 detik).

a. Diare dengan dehidrasi ringan/sedang terdapat dua atau lebih tanda anak mengalami rewel atau anak mudah marah, mata cekung, haus namun masih bisa minum dengan lahap, lambatnya turgor kulit abdomen kembali.

b. Diare tanpa dehidrasi apabila tidak cukup tanda adanya diare disertai dehidrasi berat atau ringana atau sedang.

c. Dehidrasi Persisten

Diare ini dikategorikan jika sudah dialami anak lebih dari 14 hari yang dapat menjadi diare persisten berat (ditandai dehidrasi berat) atau diare persisten saja (tidak ada tanda dehidrasi).

d. Disentri

Disentri ini jika diare anak disertai dengan darah dalam tinja.

4. Demam

Penyakit berat dengan demam (endemik malaria tinggi atau rendah)

Klasifikasikan demam dengan penyakit berat jika anak mengalami tanda sakit yang bahaya atau kekakuan pada kuduk/ leher.

a. Malaria

Apabila ditemukan ada demam (pada anamnesis atau teraba panas atau  $> 37,5$  °C) & hasil yang positif pada mikroskopik maupun RDT.

b. Demam mungkin bukan malaria

Jika hanya ditemukan demam dengan hasil mikroskopis atau RDT yang negatif atau adanya penyebab lain dari demam (DBD, Penumonia, ISK, infeksi dalam telinga, luka dengan infeksi, dan lain lain).

c. Penyakit berat dengan demam (non endemis malaria dan tidak ada riwayat bepergian ke daerah malaria)

d. Demam apabila ditemukan tanda bahaya umum atau kaku kuduk atau umur anak  $\leq 3$  bulan.

e. Demam bukan malaria (non endemis malaria dan tidak ada riwayat bepergian ke daerah malaria).

Demam yang apabila tidak ditemukan tanda bahaya umum dan tidak ada kaku kuduk.

5. Campak komplikasi berat

Apabila ditemukan adanya tanda bahaya umum, terjadi kekeruhan pada kornea mata, adanya luka pada daerah mulut yang dalam dan luas.

a. Campak dengan komplikasi pada mata atau mulut

Ditemukan ada nanah pada mata atau luka pada mulut anak.

b. Campak

Maksudnya adalah campak dialami anak saat ini atau dalam kurun 3 bulan terakhir.

6. Demam Berdarah Dengue

Pada klasifikasi ini apabila terdapat demam 2-7 hari, adanya tanda syok (ujung ekstremitas dingin saat dilakukan palpasi ringan, nadi berdenyut lemah atau tak teraba), anak terasa sakit di ulu hati bahkan muntah-muntah, bawah kulit mengalami perdarahan (petekie) maupun di hidung/ BAB bahkan di uji torniquet dengan hasil positif.

a. Demam Mungkin DBD

Ditemukan pada anak tanda demam mendadak tinggi dan terus menerus atau bintik-bintik perarahan di kulit negatif atau uji torniket negatif.

b. Demam yang Mungkin Bukan DBD

Klasifikasi ini adalah tidak adanya yang menunjukkan DBD.

7. Masalah Telinga

Pada klasifikasi masalah telinga ini pertama klasifikasi Mastoiditis apabila ditemukan adanya pembengkakan dan nyeri di belakang telinga, kedua klasifikasi Infeksi Telinga Akut apabila adanya cairan atau nanah yang keluar dari telinga dan telah terjadi kurang dari 14 hari serta adanya nyeri telinga atau

rasa penuh di telinga. Ketiga klasifikasi Infeksi Telinga Kronis apabila ditemukan adanya cairan atau nanah yang keluar dari telinga dan terjadi 14 hari lebih dan keempat klasifikasi Tidak Ada Infeksi Telinga apabila tidak ditemukan gejala nyeri telinga dan tidak ada nanah keluar dari telinga.

#### 8. Status Gizi

Pada penentuan klasifikasi gizi, menjadi klasifikasi Gizi Buruk dengan Komplikasi jika anak terlihat sangat kurus atau ada edema pada kedua punggung kaki atau terdapat tanda BB/PB (TB)  $< -3SD$  atau LiLA  $< 11,5$  cm. Untuk klasifikasi Gizi Buruk Tanpa Komplikasi biasanya anak terlihat sangat kurus atau pada hasil pengukuran BB/PB (TB)  $< -3SD$  atau LiLA  $< 11,5$  cm, klasifikasi Gizi Kurang jika ditemukan pada hasil pengukuran BB/PB (TB)  $-3SD$  sampai  $-2SD$  atau LiLA  $< 11,5$  cm =  $12,5$  cm dan klasifikasi Gizi Baik ditemukan hasil pengukuran BB/PB (TB)  $\geq -2SD$  atau LiLA  $\geq 12,5$  cm.

#### 9. Anemia

Klasifikasi Anemia Berat apabila ditemukan telapak tangan sangat pucat, klasifikasi Anemia apabila telapak tangan anak agak pucat dan tidak ditemukan pucat di telapak tangan diklasifikasikan Tidak Anemia.

#### 10. HIV

Klasifikasi HIV pada anak ada empat yaitu pertama Infeksi HIV Terkonfirmasi jika ditemukan tes HIV anak positif, kedua Diduga Terinfeksi HIV jika ibu HIV positif atau riwayat kematian orang tua atau saudara kandung yang didiagnosis HIV atau dengan gejala klinis AIDS. Ketiga Terpajan HIV jika ibu HIV positif atau anak dari ibu HIV masih mendapat ASI atau anak dari ibu HIV namun status HIV anak tidak diketahui, keempat Mungkin Bukan Infeksi HIV jika tes HIV pada ibu atau anak negatif.

## **Tindakan Pengobatan**

### 1. Penyakit Sangat Berat

Pengobatan yang diberikan pada anak sesuai tanda gejala, jika anak sedang kejang maka diberikan obat Diazepam, bila suara terdengar stridor anda memastikan tidak adanya sumbatan, kulit kebiruan serta ujung jari tangan dan kaki pucat dan dingin maka berikan oksigen 3-5 liter/menit melalui prong nasal humidifier, anak dicegah agar gula darah tidak turun, anak dijaga tetap hangat dan rujuk anak segera.

### 2. Pneumonia

Tindakan pada Pneumonia Berat yang pertama adalah berikan oksigen 2-3 liter/menit dengan nasal prong, memberikan antibiotik dosis awal dan segera merujuk anak. Apabila anak menderita Pneumonia saja maka diobati dengan amoksisilin 2x sehari dalam kurun 3 atau 5 hari, anak diberikan pelega tenggorokan dan pereda batuk yang aman, wheezing diobati jika ada, jika batuk yang > 14 hari pemeriksaan lanjutan diperlukan, ibu diberi tahu saat harus segera kembali ke pelayanan kesehatan dan datang kembali setelah 2 hari. Sedangkan jika anak menderita Batuk Bukan Pneumonia maka berilah pelega tenggorokan atau pereda batuk untuk anak yang aman, obati wheezing bila ada, jika batuk > 14 hari Rujuk untuk pemeriksaan TB dan sebab lain, beritahu kepada keluarga atau ibu kapan harus segera kembali ke petugas kesehatan dan lakukan kunjungan ulang setelah 2 hari jika tidak ada perbaikan.

### 3. Diare

Diare Dehidrasi berat, jika tidak ada klasifikasi berat lain tindakannya berupa pemberian terapi cairan C dan tablet Zinc. Jika anak ada klasifikasi berat lain segera anak dirujuk serta berikan ASI dan larutan oralit selama perjalanan. Jika anak menderita wabah kolera maka anak diberikan antibiotik untuk kolera.

- a. Diare dehidrasi ringan/sedang, tindakan beri cairan dan makanan sesuai rencana terapi B (lampiran) dan tablet Zinc. Jika anak ada klasifikasi berat lain segera anak dirujuk serta ASI atau larutan oralit tetap diberikan selama perjalanan jika anak masih bisa minum atau menyusui. Ibu dinasihati kapan untuk kembali segera dan berkunjung ulang 3 hari kemudian jika tidak ada perbaikan.
- b. Diare tanpa dehidrasi, diberikan cairan berdasarkan rencana terapi A, makanan dan Zinc.
- c. Diare Persisten berat diberikan tindakan mengatasi dehidrasi anak terlebih dahulu sebelum dirujuk kecuali ada klasifikasi berat lain. Lakukan Rujuk.
- d. Diare Persisten, tindakannya diberikan oralit, selama 10 hari berturut-turut tablet zink diminumkan ke anak dan tetap beri anak makanan.
- e. Disentri, diberikan tindakan berupa oralit, tablet zink selama 10 hari berturut-turut, memberikan makanan dan pemberian antibiotik yang sesuai. Nasihati ibu kapan kembali segera dan kunjungan ulang 3 hari.

#### 4. Demam

- a. Penyakit Berat Dengan Demam (Endemis malaria tinggi atau Rendah)

Berikan dosis pertama antibiotik yang sesuai dan suntikan dosis pertama artemeter atau suntikan Kinin untuk Malaria Berat, cegah gula darah anak tidak menurun, satu dosis Paracetamol diminumkan ke anak untuk mengatasi Demam yang  $\geq 38,5$  °C dan segera Rujuk anak.

##### 1) Malaria

Kondisi ini anak diberikan obat oral pilihan pertama anti malaria, paracetamol untuk demam  $\geq 38,5$  °C, nasihati kapan kembali

segera, anjurkan ibu melakukan kunjungan 3 hari kemudian jika tetap demam dan jika demam > 7 hari agar dilakukan pemeriksaan lanjutan.

2) Demam Mungkin Bukan malaria

Anak diberikan dosis awal parasetamol untuk demam  $\geq 38,5$  °C, penyebab lain dari demam diberikan obat, nasihat kepada ibu untuk kembali segera ke yankes, datang kembali 3 hari jika masih demam, dan anjuran jika demam lebih dari 7 hari untuk pemeriksaan lanjutan.

b. Penyakit Berat Dengan Demam (Non Endemik Malaria, tidak ada bepergian ke wilayah malaria)

Berikan anak dosis pertama antibiotik yang sesuai, cegah agar gula darah tidak turun, beri satu dosis parasetamol untuk demam  $\geq 38,5$  °C, dan Rujuk Segera.

Demam Bukan termasuk Malaria (Non Endemis Malaria, tidak terdapat riwayat perjalanan ke daerah malaria)

Beri satu dosis parasetamol untuk demam  $\geq 38,5$  °C, obati penyebab lain dari demam, nasihati kapan kembali segera, kunjungan ulang 2 hari jika tetap demam, jika demam lebih dari 7 hari Rujuk untuk pemeriksaan lanjutan.

c. Campak Dengan Komplikasi Berat

Berikan anak Vitamin A dosis pengobatan, berikan juga dosis pertama antibiotik yang sesuai, jika ada kekeruhan pada kornea atau nanah pada mata berikan salep mata antibiotik, beri satu dosis parasetamol untuk demam  $\geq 38,5$  °C, dan Rujuk Segera.

1) Campak Dengan Komplikasi Pada mata dan atau Mulut

Berikan anak Vitamin A dosis pengobatan, jika ada nanah pada mata berikan salep mata

antibiotik, jika ada luka pada mulut oleskan antiseptik mulut, jika anak gizi Buruk berikan Vitamin A sesuai dosis, lakukan kunjungan 3 hari.

2) Campak

Berikan anak hanya Vitamin A.

d. DBD

Jika ada syok maka berikan oksigen 2-4 liter/menit dan berikan cairan intravena sesuai petunjuk. Jika ada syok tapi sering muntah maka berikan infus Ringer Laktat/ Ringer Asetat, jumlah cairan rumatan sedangkan jika tidak ada syok dan anak tidak muntah/masih mau minum maka berikan oralit atau cairan sebanyak mungkin sambil perjalanan ke rumah sakit. Beri dosis pertama paracetamol jika demam tinggi  $\geq 38,5$  °C (tidak boleh golongan salisilat atau ibuprofen) dan Rujuk Segera.

1) Demam Mungkin DBD

Beri dosis pertama paracetamol jika demam tinggi  $\geq 38,5$  °C (tidak boleh golongan salisilat atau ibuprofen), anjurkan untuk lebih banyak minum oralit/ cairan lain, nasihati kapan kembali segera dan kunjungan ulang 1 hari.

2) Demam Mungkin Bukan termasuk DBD

Atasi sebab lain dari demamnya anak, memberikan paracetamol dosis pertama jika demam anak tinggi  $\geq 38,5$  °C (bukan golongan salisilat atau ibuprofen).

5. Gangguan pada Telinga

Pemberian parasetamol untuk mengatasi nyeri telinga pada Mastoiditis dan Rujuk Segera, jika pada infeksi telinga akut tindakan dengan memberikan antibiotik sesuai selama 7 hari, memberikan paracetamol untuk atasi nyeri telinga, mengeringkan telinga dengan bahan yang menyerap, beri obat tetes pencuci telinga H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> 3% dan obat tetes antibiotik yang sesuai,

berkunjung ulang setelah 5 hari kemudian. Pada infeksi telinga kronis keringkan telinga dengan bahan yang menyerap setelah mencuci telinga dengan NaCl 0,9% atau H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> 3%, lalu berkunjung ulang setelah 5 hari.

6. Status Gizi

Pada klasifikasi status gizi Buruk dengan Komplikasi maka anak harus berikan antibiotik yang cocok, beri vitamin, mencegah gula darah anak agar tidak drop, badan anak di hangatkan, dan segera Rujuk. Pada status Gizi Buruk Tanpa Komplikasi beri antibiotik untuk 5 hari, vitamin A, pencegahan turunnya gula darah, menghangatkan badan, Rujuk jika gizi buruk akibat penyakit penyerta, nasihat untuk kapan kembali datang segera dan datang ke yankes 7 hari kemudian. Pada status Gizi Kurang nilailah cara ibu memberikan makanan ke anak dan edukasi makanan untuk anak sehat dan sakit. Bila pemberian makan masih bermasalah kembali ulang 7 hari. Rujuk jika ada penyakit penyerta TB lalu kunjungan ulang 30 hari. Pada Status Gizi Baik Anjurkan makan anak sesuai untuk anak sehat dan sakit untuk anak < 2 tahun, anjurkan menimbang BB setiap bulan.

7. Tanda Anemia (kurang Darah)

Anak dengan klasifikasi anemia berat harus dirujuk segera dan apabila anak masih menyusu maka ASI dapat diberikan. Untuk klasifikasi anemia, kaji pemberian makan pada anak, berikan edukasi atau konseling makan untuk anak, memberikan zat besi, lakukan pemeriksaan deteksi kecacingan, jika tinggal di wilayah endemis malaria maka berikan obat minum anti malaria terlebih dahulu jika positif serta anjurkan kunjungan ulang 14 hari. Staus Tidak anemia nilailah pemberian makan padan anak < 2 tahun.

8. Status Imunisasi

Apabila anak belum mendapat imunisasi maka anak dapat diberikan imunisasi dasar umur 0-24 jam, 1 bulan sampai 4 bulan dan 9 bulan (HB 0, BCG, Polio

1, DPT-HB-HiB 1, Polio 2, DPT-HB-HiB 2, Polio 3, DPT-HB-HiB 3, IPV, Polio 4, Campak) atau imunisasi lanjutan di umur 18 bulan (DPT-HB-HiB dan Campak). Vitamin A hanya diberi pada bulan Februari dan Agustus. Umur 6 bulan sampai 11 bulan diberikan kapsul biru Vitamin A 100.00 IU sedangkan umur anak 12 bulan sampai 59 bulan diberikan vitamin A kapsul merah 200.000 IU. Segera Anda berikan vitamin A jika anak belum mendapatkannya.

#### 9. Status HIV

Jika anak terkonfirmasi HIV Rujuk ke RS rujukan ARV, terapi ARV dan kotrimoksazol profilaksis

### **Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) untuk Bayi Muda Umur kurang dari 2 Bulan**

#### **Klasifikasi dan Pengobatan Masalah Kesehatan pada Bayi Muda**

##### 1. Penyakit sangat berat atau Infeksi Bakteri

Bayi Muda dapat mengalami penyakit yang sangat berat atau terinfeksi bakteri jika ada salah satu tanda & gejala yaitu bayi tidak mau minum atau menuntahkan semua minuman, riwayat kejang, bayi bergerak hanya saat distimulus, napas cepat  $\geq 60$  kali/menit, napas lambat  $< 40$  kali/menit, tarikan dinding dada ke dalam sangat kuat, suhu tubuh  $< 36,5$  °C atau  $\geq 37,5$  °C, mata banyak bernanah, pusar kemerahan hingga  $> 1$  cm. Infeksi bakteri lokal berat jika ada sedikit nanah pada area sekitar mata, tali pusat atau umbilicus memerah, pustul di kulit. Tindakan pengobatan diberikan sesuai tanda gejala, cegah turunnya gula darah, tangani apabila pernapasan terganggu, tangani hipotermia, beri antibiotik Intramuskular, jaga bayi tetap hangat, beri salep mata, ajarkan penanganan infeksi lokal, memberikan asuhan dasar bayi muda, nasihati kapan kembali segera & kunjungan ulang atau Rujukan Segera.

## 2. Ikterus

Ikterus berat apabila ditemukan adanya kuning pada hari pertama (kurang dari 24 jam) setelah lahir atau ditemukan pada umur lebih dari 14 hari atau pada daerah telapak kaki dan tangan tampak kekuningan. Kemudian klasifikasi ikterus saja apabila terdapat tanda dan gejala kuning pada umur  $> 24$  jam sampai  $\leq 14$  hari dan kuning tidak sampai telapak tangan atau kaki dan klasifikasi tidak ada ikterus jika tidak ada tanda kuning pada kulit bayi muda. Tindakan pengobatan ikterus dengan mencegah gula darah tidak turun, bayi tetap hangat, lakukan asuhan dasar bayi muda, menyusu lebih sering, nasihati kapan kembali segera, kunjungan ulang atau Rujuk Segera.

## 3. Diare

Diare dehidrasi berat apabila terdapat dua atau lebih tanda letargi atau bergerak hanya jika distimulasi, mata cekung serta turgor kulit kembali sangat lambat. Sedangkan diare dehidrasi ringan/ sedang apabila ditemukan tanda seperti gelisah atau rewel, mata cekung serta turgor kulit kembali lambat. Klasifikasi diare tanpa dehidrasi tidak cukup tanda untuk klasifikasi diatas. Lakukan pemberian terapi cairan C atau B atau A, lakukan asuhan dasar bayi muda, nasihati kapan kembali segera. Rujuk Segera atau Kunjungan Ulang.

## 4. Status HIV

Bayi muda terinfeksi HIV terkonfirmasi jika di tes hasil positif HIV, sedangkan bayi muda terpajan HIV jika ibu HIV dan bayi tes HIV negatif dan masih menyusu ASI  $< 6$  minggu atau baik ibu dan bayi belum dites HIV. Rujuk ke RS rujukan ARV, tes bayi dan ibu jika belum dilakukan tes HIV.

## 5. Kemungkinan Berat Badan Rendah atau Masalah Pemberian ASI

Jika berat badan rendah menurut umur atau ada masalah pemberian ASI, apabila didapatkan satu lebih tanda yaitu berat badan rendah menurut umur,

ASI < 8 x per 24 jam, diberikan makan atau minum selain ASI, posisi bayi menyusui tidak tepat, perlekatan saat menyusui tidak efektif, bayi tak mengisap payudara ibu secara benar, di area mulut terdapat luka atau bercak putih, bayi memiliki celah di bibir atau di palatum. Anjurkan ibu memberikan ASI dengan benar, lakukan asuhan dasar bayi muda, anjurkan menyusui lebih sering jika < 8 x/hari, ajari penggunaan cangkir untuk pemberian ASI, ajarkan perlekatan bayi saat menyusui.

### **Daftar Pustaka**

Depkes RI. (2008). Pengantar manajemen terpadu balita sakit. Jakarta.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Buku bagan: Manajemen terpadu balita sakit (mtbs). Jakarta

## **Profil Penulis**



### **Armina**

Lahir di Koto Majidin, 1 Januari 1986 dan menikah pada bulan Februari 2022. Penulis menyelesaikan masa studi jenjang S1 Program Studi Ilmu Keperawatan di Universitas Andalas Padang tahun 2010, kemudian menyelesaikan Jenjang Profesi Ners pada Program Studi Keperawatan tahun 2011. Penulis melanjutkan pendidikan Program Pascasarjana Magister Keperawatan di Universitas Indonesia Depok tahun 2014 dan menyelesaikan program Peminatan Keperawatan Anak 2018.

Saat ini penulis merupakan dosen tetap Program Studi S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners STIKES BAITURRAHIM Jambi dan telah lulus setifikasi dosen pada tahun 2020. Penulis mengampu mata Kuliah Keperawatan Anak sejak 2018. Selain itu penulis tergabung dalam organisasi Ikatan Perawatan Anak Indonesia (IPANI) Provinsi Jambi, penulis memiliki pengalaman dalam pelatihan Metode Kanguru (PMK), pelatihan dan seminar lokal maupun nasional. Penulis pernah lolos hibah penelitian dan hibah pengabdian masyarakat pada tahun 2019. Penulis juga aktif sebagai peneliti dibidang Kesehatan Ibu dan Anak serta kegiatan pengabdian kepada masyarakat.

Email: [arminanurwa86@gmail.com](mailto:arminanurwa86@gmail.com)



## PERAN PERAWAT ANAK DAN PROMOSI KESEHATAN KEPERAWATAN ANAK

**Ns. Fitri Wahyuni. S, M.Kep., Sp.Kep.An.**

Stikes Mercubaktijaya Padang

### **Peran Perawat Anak**

Perawat anak memiliki peran penting dalam meningkatkan derajat kesehatan anak dan keluarga dengan melakukan promosi kesehatan. Fungsi keperawatan bervariasi sesuai dengan struktur pekerjaan regional, pendidikan dan pengalaman individu, dan tujuan karir pribadi. Sama seperti pasien (anak-anak dan keluarga mereka) memiliki latar belakang yang unik, setiap perawat membawa satu set variabel individu yang mempengaruhi hubungan perawat-pasien. Di mana pun perawat anak berpraktik, perhatian utama mereka adalah kesejahteraan anak dan keluarga.

#### 1. Hubungan terapeutik

Asuhan keperawatan yang berkualitas tinggi didapatkan dari pembentukan hubungan terapeutik yang merupakan dasar penting dalam hubungan perawat dan pasien. Perawat anak perlu memiliki hubungan yang bermakna dengan anak-anak dan keluarganya, namun tetap harus dapat membedakan perasaan dan kebutuhan mereka sendiri. *Caring* antara perawat dengan anak dan keluarga menjadi batasan dalam hubungan terapeutik yang memisahkan keduanya. Batasan dalam hubungan

terapeutik tersebut bersifat positif dan profesional, dan mendorong kontrol keluarga atas perawatan kesehatan anak. Perawat dan keluarga diupayakan untuk menjaga komunikasi yang efektif dan terbuka. Batasan ini menjadi kabur dalam hubungan non terapeutik karena tidak sedikit tindakan perawat yang melayani kebutuhan pribadi, seperti kebutuhan untuk merasa diinginkan dan terlibat, daripada kebutuhan keluarga. Permasalahan yang dialami pasien dapat diidentifikasi dari awal interaksi hubungan terapeutik dan non terapeutik perawat dengan anak-anak dan keluarga.

## 2. Advokasi dan *Caring* Keluarga

Meskipun perawat bertanggung jawab kepada diri mereka sendiri, profesi, dan institusi pekerjaan, tanggung jawab utama mereka adalah kepada konsumen layanan keperawatan: Anak dan keluarga. Kerjasama antara perawat dengan anggota keluarga sangat dibutuhkan untuk mengidentifikasi tujuan dan kebutuhan anak dan keluarga, serta Menyusun rencana intervensi yang paling tepat untuk mengatasi masalah yang ditemukan. Sebagai advokat anak dan keluarga, yang menghargai prinsip perawatan yang berpusat pada keluarga (*family centered care*), perawat anak harus menghormati pandangan dan kekhawatiran keluarga, mengatasi masalah dan kekhawatiran tersebut, menyadari pentingnya posisi orangtua terhadap kesehatan anak dan melibatkan keluarga dalam setiap pengambilan keputusan yang berkaitan dengan kondisi kesehatan anak. Perawat harus menunjukkan sikap peduli (*caring*), kasih sayang, dan empati untuk orang lain. Aspek perawatan mewujudkan konsep perawatan atraumatik dan pengembangan hubungan terapeutik dengan pasien. Orang tua menganggap *caring* sebagai tanda kualitas dalam asuhan keperawatan, yang sering difokuskan pada kebutuhan non-teknis anak dan keluarga. Orang tua menggambarkan perawatan “bersahaja” sebagai tindakan yang menjadi tanggung jawab perawat, yang meliputi memenuhi kebutuhan

anak dan keluarga secara menyeluruh, menunjukkan kehadiran secara fisik, membina hubungan saling percaya dengan anak dan orang tua, memberikan rasa nyaman, melibatkan orang tua dalam setiap aktivitas perawatan dan pengambilan keputusan, menjaga komunikasi dan menunjukkan sikap perhatian dan peka terhadap setiap respon yang ditunjukkan oleh anak dan orang tua.

### 3. Pencegahan Penyakit dan Promosi Kesehatan

Setiap perawat yang terlibat dalam pengasuhan anak harus memahami pentingnya pencegahan penyakit dan promosi kesehatan. Hal ini dikaitkan dengan rencana asuhan keperawatan yang meliputi seluruh aspek pertumbuhan dan perkembangan anak, termasuk kebutuhan nutrisi, eliminasi, imunisasi, sosialisasi, perawatan gigi, pendidikan anak, disiplin, dan keamanan. Jika masalah diidentifikasi, perawat melakukan intervensi secara langsung atau merujuk keluarga ke penyedia layanan kesehatan lain atau lembaga. Pendekatan terbaik untuk pencegahan adalah pendidikan dan bimbingan antisipatif yang merupakan bagian dari promosi kesehatan. Apresiasi terhadap bahaya atau masalah yang ditemukan dari setiap periode perkembangan, memungkinkan perawat membimbing orang tua mengenai praktik pengasuhan anak yang ditujukan untuk mencegah potensi masalah. Salah satu contoh penting adalah keamanan. Karena setiap kelompok usia berisiko mengalami cedera jenis khusus, pengajaran pencegahan dapat secara signifikan mengurangi cedera, menurunkan kecacatan permanen dan angka kematian. Pencegahan juga melibatkan aspek-aspek yang kurang jelas dalam merawat anak-anak. Perawat bertanggung jawab untuk memberikan perawatan yang meningkatkan kesejahteraan mental (misalnya, meminta bantuan seorang spesialis kesehatan anak selama prosedur yang menyakitkan seperti imunisasi).

#### 4. Penyuluhan Kesehatan

Penyuluhan kesehatan berkaitan erat dengan peran advokasi keluarga dan pencegahan. Penyuluhan kesehatan dapat menjadi tujuan langsung perawat, seperti selama berlangsungnya program kegiatan, atau mungkin tidak langsung, seperti memfasilitasi orang tua dan anak dalam memahami setiap informasi yang terkait dengan diagnosis atau perawatan medis, mendorong anak untuk bertanya tentang kondisi tubuh mereka, menyarankan keluarga merujuk ke pelayanan kesehatan terkait. kelompok profesional atau awam, menyediakan pasien dengan literatur yang sesuai, dan memberikan panduan antisipatif. Penyuluhan kesehatan adalah salah satu bidang di mana perawat sering membutuhkan persiapan dan praktik dengan model peran yang kompeten, karena melibatkan penyampaian informasi pada tingkat pemahaman dan keinginan anak dan keluarga untuk informasi. Dalam peran pendidik, perawat menginstruksikan dan menasihati anak-anak dan keluarga mereka tentang semua aspek kesehatan dan penyakit. Perawat anak memastikan bahwa komunikasi dengan anak dan keluarga didasarkan pada usia dan tingkat perkembangan anak. Sebagai pendidik yang efektif, perawat berfokus pada penyediaan penyuluhan kesehatan yang tepat dengan umpan balik dan evaluasi yang tulus untuk mendorong pembelajaran.

#### 5. Pencegahan Cedera

Setiap tahun, cedera membunuh atau melumpuhkan lebih banyak anak berusia di atas 1 tahun daripada gabungan semua penyakit anak. Dalam hal pencegahan cedera, perawat memainkan peran penting melalui pendekatan perkembangan konseling keselamatan untuk orang tua dari anak-anak dari semua kelompok usia anak. Masalah keamanan untuk bayi muda benar-benar berbeda dari risiko cedera remaja perlu diwaspadai dan disadari, perawat perlu membahas kiat-kiat dalam pencegahan cedera

yang tepat kepada orang tua dan anak-anak sebagai bagian dari perawatan rutin pasien.

## 6. Dukungan dan Konseling

Perhatian terhadap kebutuhan emosional membutuhkan dukungan dan, terkadang, konseling. Peran advokat anak atau guru (pendidik) kesehatan mendukung berdasarkan pendekatan individual. Perawat dapat memberikan dukungan baik secara verbal maupun non-verbal. Cara non-verbal diberikan dengan menunjukkan kehadiran secara fisik, memberikan sentuhan dan mendengarkan serta menjaga kontak mata. Teknik ini sangat membantu untuk anak dan keluarga. Pertukaran ide dan pendapat menjadi bagian integral dalam kegiatan konseling yang memberikan dasar untuk pemecahan masalah bersama. Konseling juga melibatkan dukungan, pengajaran, teknik untuk mendorong ekspresi perasaan atau pikiran, dan pendekatan untuk membantu keluarga mengatasi stres. Secara optimal, konseling tidak hanya membantu menyelesaikan krisis atau masalah tetapi juga memungkinkan keluarga mencapai tingkat fungsi yang lebih tinggi, harga diri yang lebih besar, dan hubungan yang lebih dekat. Meskipun konseling sering menjadi peran perawat di bidang khusus, teknik konseling dibahas dalam berbagai bagian dari buku ini untuk membantu peserta didik dan perawat mengatasi krisis langsung dan merujuk keluarga untuk bantuan profesional tambahan.

## 7. Koordinasi dan Kolaborasi

Perawat sebagai bagian dari tim perawatan kesehatan, berkolaborasi dan mengoordinasikan asuhan keperawatan dengan aktivitas perawatan profesional lainnya. Seorang perawat yang bekerja dalam isolasi jarang melayani kepentingan terbaik anak, karena keterbatasan situasi. Konsep perawatan holistik dapat diwujudkan melalui pendekatan terpadu, interdisipliner dengan menyadari kontribusi dan keterbatasan individu dan berkolaborasi dengan

spesialis lain untuk memberikan layanan kesehatan berkualitas tinggi. Kolaborasi dan koordinasi dapat mengalami kegagalan apabila sikap dan kompetensi perawat tidak sesuai, hal ini dapat menghambat keberhasilan perawatan dengan tenaga profesional yang berkualitas.

#### 8. Pengambilan Keputusan yang Etis

Dilema etika muncul ketika pertimbangan moral yang bersaing mendasari berbagai alternatif. Orang tua, perawat, dokter, dan anggota tim perawatan kesehatan lainnya dapat mencapai keputusan yang berbeda tetapi secara moral dapat dipertahankan dengan memberikan bobot yang berbeda pada nilai-nilai moral yang bersaing. Nilai-nilai moral yang bersaing ini mungkin termasuk **otonomi**, hak pasien untuk mengatur diri sendiri; **non-maleficence**, kewajiban untuk meminimalkan atau mencegah bahaya; **beneficence**, kewajiban untuk meningkatkan kesejahteraan pasien; dan **keadilan**. Perawat harus menentukan tindakan yang paling menguntungkan atau paling tidak berbahaya dalam kerangka adat istiadat masyarakat, standar praktik profesional, hukum, aturan kelembagaan, sistem nilai keluarga dan tradisi agama, dan nilai-nilai pribadi perawat. Selain itu, pengambilan keputusan etis kolaboratif perlu dipersiapkan secara sistematis oleh perawat melalui pendidikan khusus dan berkelanjutan.

Perawat juga menggunakan kode etik profesi sebagai pedoman dan sebagai sarana pengaturan diri profesional. Kode Etik Perawat oleh **American Nurses Association** yang berfokus pada akuntabilitas dan tanggung jawab perawat kepada pasien dan menekankan peran keperawatan sebagai profesional independen, yang menjunjung tinggi tanggung jawab hukumnya sendiri. Perawat mungkin menghadapi masalah etika mengenai perawatan pasien, seperti penggunaan tindakan penyelamatan jiwa untuk bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah atau hak anak yang sakit parah untuk menolak pengobatan. Mereka mungkin bergumul dengan pertanyaan

tentang kebenaran, menyeimbangkan hak dan tanggung jawab mereka dalam merawat anak-anak dengan AIDS, pengungkapan rahasia, atau mengalokasikan sumber daya.

#### 9. Peran Restoratif

Peran restoratif merupakan peran paling dasar dari semua peran keperawatan. Restorasi kesehatan diberikan melalui asuhan keperawatan secara langsung oleh perawat dengan memenuhi kebutuhan fisik dan emosi anak, nutrisi, *toileting*, berpakaian, keamanan dan sosialisasi. Pengkajian dan evaluasi status fisik yang berkesinambungan merupakan aspek penting dari restorasi kesehatan. Perawat harus menguasai konsep temuan normal dari hasil pengkajian secara menyeluruh untuk mengidentifikasi dan mendokumentasikan adanya penyimpangan atau temuan abnormal, termasuk juga tentang kebutuhan emosi dan perkembangan individu anak yang sangat berpengaruh terhadap proses perjalanan penyakit.

#### 10. Penelitian / Riset

Perawat pediatrik menggunakan dan mengintegrasikan temuan penelitian untuk membangun praktik berbasis bukti, mengelola pemberian perawatan dengan cara yang hemat biaya untuk meningkatkan kesinambungan perawatan dan hasil yang optimal untuk anak dan keluarga. Perawat pelaksana memiliki penting dalam penelitian, karena mereka yang paling sering berinteraksi dengan pasien dan mengetahui respon dan perkembangan pasien selama perawatan. Keperawatan pediatrik melibatkan semua komponen penting dari praktik keperawatan kontemporer. Perawat anak memanfaatkan teori dan penelitian yang berkaitan secara khusus dengan anak-anak serta konsep dan penelitian keperawatan umum. Perawat harus mengetahui tren kesehatan anak saat ini sehingga dapat memberikan bimbingan, konseling, dan pengajaran antisipatif yang tepat untuk anak dan keluarga serta dapat mengidentifikasi

kelompok berisiko tinggi sehingga intervensi dapat dimulai sejak dini, sebelum penyakit atau kematian terjadi.

#### 11. Rencana Pelayanan Keperawatan

Rencana perawatan standar untuk diagnosis keperawatan spesifik dan jalur kritis untuk manajemen kasus sering digunakan dalam berbagai pengaturan pediatrik. Secara umum, rencana perawatan dan jalur kritis menjadi lebih berbasis bukti, menggunakan kombinasi penelitian, konsensus kelompok, dan keputusan perawatan kesehatan masa lalu untuk mengidentifikasi intervensi yang paling efektif untuk anak dan keluarga. Perawat bertanggung jawab untuk mengindividualisasikan rencana perawatan standar ini berdasarkan data yang dikumpulkan selama pengkajian anak dan keluarga dan untuk mengevaluasi respons anak dan keluarga terhadap intervensi keperawatan. Dalam upaya untuk menjadi lebih hemat biaya dan untuk memberikan perawatan lebih efisien, asuhan keperawatan anak sekarang meliputi kontinum perawatan yang meluas dari pengaturan perawatan akut seperti rumah sakit hingga pengaturan rawat jalan seperti klinik perawatan rawat jalan, unit perawatan primer, unit rehabilitatif, pengaturan perawatan komunitas, fasilitas jangka panjang, rumah, dan sekolah. Misalnya, setelah dirawat di rumah sakit, seorang anak mungkin dapat menyelesaikan terapi di rumah, sekolah, atau lingkungan komunitas lain dan dapat masuk kembali ke rumah sakit untuk waktu yang singkat untuk perawatan atau penyakit tertentu.

Dimensi perawatan kesehatan anak sedang mengalami perubahan yang signifikan mengikuti perkembangan ilmu dan teknologi terkini. Kehidupan dalam lingkup komunitas global saat ini, dengan kemudahan akses informasi dan teknologi memungkinkan kita semua untuk belajar, berbagi, dan bertukar informasi. Perawat pediatrik perlu waspada terhadap kebutuhan perkembangan dan kesehatan mental yang luas dari anak-anak serta sifat

dan perilaku yang dapat menyebabkan masalah kesehatan yang serius. Lingkup praktik perawatan kesehatan anak jauh lebih luas saat ini, dan perawat anak harus menyertakan intervensi berbasis bukti yang berkualitas ketika mengembangkan rencana perawatan. Selain itu, perawat anak harus memasukkan informasi baru tentang genetika dan neurobiologi dan harus terus mengikuti ledakan perkembangan teknologi.

### **Promosi Kesehatan**

Promosi kesehatan anak memberikan kesempatan untuk mengurangi perbedaan status kesehatan saat ini di antara anggota kelompok yang berbeda dan untuk memastikan kesempatan dan sumber daya yang sama untuk memungkinkan semua anak mencapai potensi kesehatan mereka sepenuhnya.

#### **1. Perkembangan**

Promosi kesehatan mengintegrasikan pengawasan perubahan fisik, psikologis, dan emosional yang terjadi pada manusia antara kelahiran dan akhir masa remaja. Setiap tahap perkembangan anak, merupakan proses perkembangan unik yang berkelanjutan untuk penyaringan dan penilaian dalam menentukan intervensi awal saat ditemukan masalah. Masa bayi adalah waktu paling dramatis dalam perkembangan fisik, motorik, kognitif, sosial dan emosionalnya. Interaksi antara orang tua dan bayi sangat penting untuk mempromosikan hasil perkembangan yang optimal dan merupakan komponen kunci dari penilaian bayi. Selama awal masa kanak-kanak, deteksi dini keterlambatan perkembangan sangat penting dilakukan untuk menetapkan intervensi awal terhadap tumbuh kembang anak. Anak usia sekolah yang memasuki fase laten pada perkembangan psikoseksualnya cenderung mengalami gangguan pola eliminasi karena masih berada pada masa transisi pola kebiasaan eliminasi dari pra sekolah memasuki usia sekolah. Gangguan eliminasi yang paling sering terjadi pada

anak yaitu enuresis nokturnal atau mengompol di malam hari (Wahyuni, Guslinda & Monica, 2020).

Strategi bimbingan antisipatif memastikan bahwa orang tua menyadari kebutuhan perkembangan spesifik dari setiap tahap perkembangan. Pengawasan berkelanjutan selama masa kanak-kanak tengah memberikan kesempatan untuk memperkuat atribut kognitif dan emosional, keterampilan komunikasi, harga diri, dan kemandirian. Pengakuan bahwa remaja sangat berbeda dalam kematangan fisik, sosial, dan emosional mereka penting untuk pengawasan selama periode perkembangan ini.

## 2. Nutrisi

Nutrisi merupakan komponen penting untuk pertumbuhan dan perkembangan yang sehat. ASI adalah bentuk nutrisi yang disukai untuk semua bayi. Menyusui memberikan bayi mikronutrien, sifat imunologi, dan beberapa enzim yang meningkatkan pencernaan dan penyerapan nutrisi ini. Peningkatan perilaku menyusui baru-baru ini terjadi karena pendidikan ibu dan ayah tentang manfaatnya dan peningkatan dukungan sosial. Anak-anak membentuk kebiasaan makan seumur hidup selama 3 tahun pertama kehidupan, dan perawat berperan penting dalam mendidik orang tua tentang pentingnya nutrisi. Perubahan pola makan sering terjadi pada kelompok anak usia pra sekolah. Pada usia ini umumnya anak sudah terpapar berbagai makanan dari iklan media elektronik maupun berbagai makanan cepat saji yang dikenalkan orang tua. Anak mulai mengalami kesulitan makan, memilih makanan tertentu untuk dimakan dan mengabaikan makanan yang tidak disukai. Fenomena kebiasaan memilih makanan ini dikenal dengan istilah *picky eater* (Wahyuni, Reni, & Yoza, 2020).

Fenomena *picky eater* pada anak prasekolah seringkali menjadi masalah bagi orang tua karena anaknya hanya menginginkan makanan yang sama dan tidak bergizi. Anak cenderung memilih makanan

cepat saji, kemasan yang menarik, warna, bau, dan tekstur yang menarik, serta makanan yang mengandung bahan pengawet yang tidak sehat (Galgamuwa et al., 2017). Sebagian besar preferensi dan sikap makan yang terkait dengan makanan ditentukan oleh pengaruh dan budaya keluarga. Selama masa remaja, pengaruh orang tua berkurang dan remaja membuat pilihan makanan yang berhubungan dengan penerimaan teman sebaya dan kemampuan bersosialisasi. Kadang-kadang pilihan ini merugikan remaja dengan penyakit kronis seperti diabetes, obesitas, penyakit paru-paru kronis, hipertensi, faktor risiko kardiovaskular, dan penyakit ginjal.

Keluarga dengan pendapatan yang lebih rendah, tunawisma, dan status migran umumnya kekurangan sumber daya untuk memberi anak-anak mereka asupan makanan yang cukup, makanan bergizi seperti buah dan sayuran segar, dan asupan protein yang sesuai. Hasilnya adalah kekurangan nutrisi dengan keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan berikutnya, depresi, dan masalah perilaku.

### 3. Kesehatan mulut

Kesehatan mulut merupakan komponen penting dari promosi kesehatan selama masa bayi, masa kanak-kanak, dan remaja. Kesehatan gigi dan mulut anak termasuk indikator penting dalam pertumbuhan anak, karena merupakan gerbang utama dari sistem pencernaan. Karies merupakan masalah kesehatan gigi dan mulut yang paling banyak terjadi pada anak-anak di dunia. Prevalensi karies gigi di Indonesia adalah: usia 3 tahun (60%), usia 4 tahun (85%) dan usia 5 tahun (86,4%) (Elfarisi, Susilawati, & Suwargiani, 2018). Anak sekolah dasar atau kelompok usia 6-12 tahun yang berada pada gigi bercampur, penting dalam menjaga kesehatan gigi sulung yang saat ini memiliki peran penting dalam perkembangan dan pemeliharaan gigi tetap nantinya (Ahmad et al., 2021). Hasil riset kesehatan dasar Kementerian

Kesehatan RI tahun 2018 menunjukkan bahwa 93% anak di Indonesia memiliki masalah kesehatan gigi dan mulut, artinya hanya 7% yang tidak memiliki masalah kesehatan gigi dan mulut. Anak usia ini sangat menyukai makanan yang manis dan lengket, serta belum memahami cara menjaga kesehatan mulut yang baik. Praktik perawatan kesehatan mulut yang dilakukan selama tahun-tahun awal perkembangan mencegah penyakit periodontal yang merusak dan kerusakan gigi.

## Daftar Pustaka

- Achmad, H., Armedina, R. N., ....., & Riyanti, E. (2021). Literatur Review: Problems of Dental and Oral Health Primary School Children. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 15(2), 4146-4162.
- Elfarisi, R. N., Susilawati, S., & Suwargiani, A. A. (2018). Kesehatan Gigi dan Mulut Terkait Kualitas Hidup Anak Usia 4-5 Tahun di Desa Cilayung. *Journal Kedokteran Gigi*, 30(3), 86-95. <https://doi.org/10.24198/jkg.v30i3.18509>
- Galgamuwa, L. S., Iddawela, D., Dharmaratne, S. D., & Galgamuwa, G. L. S. (2017). Nutritional status and correlated socio-economic factors among preschool and school children in plantation communities, Sri Lanka. *BMC Public Health*, 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4311-y>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong's Nursing Care of Infants and Children 10<sup>th</sup> edition*. Canada: Mosby (Elsevier).
- Kyle, T. & Carman, S. (2012). *Essentials of Pediatric Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wahyuni, F., Guslinda., & Monica, M. (2020)., Hubungan Tingkat Kecemasan Anak dan Pola Asuh Orang Tua dengan Kejadian Enuresis Nokturnal pada Anak Usia Sekolah. *Jurnal Menara Ilmu*, 16(1), 57-65. <https://doi.org/10.31869/mi.v14i2.1715>.
- Wahyuni, F., Reni, I., & Yoza, P. (2020). Relationship of Picky Eater Behaviour With Nutritional Status In Pre Schoolers. *Journal Keperawatan Respati Yogyakarta*, 3(1), 145-149. <http://dx.doi.org/10.35842/jkry.v7i3.540>
- Wong, D. L., Hockenberry, M. J., Wilson, D., Winkelstein, M. L., & Schwartz, P; Alih Bahasa, Sutarna, A., Juniarti, N., Kuncara, H. Y., & Yudha, E. K. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Pediatik Wong, Edisi 6, Volume 1*. Jakarta: EGC.

## **Profil Penulis**

### **Fitri Wahyuni. S**



Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan anak berawal sejak penulis berada dibangku kuliah jenjang Profesi Ners di STIKes MERCUBAKTIJAYA Padang. Pada tahap ini penulis menjalani praktek klinik di Rumah Sakit dan Pelayanan Kesehatan Lainnya.

Hal tersebut membuat penulis sangat tertarik saat berada pada siklus Keperawatan Anak. Dua tahun berikutnya, penulis melanjutkan Pendidikan pasca sarjana dengan peminatan Keperawatan Anak pada Tahun 2014 dan menyelesaikan tahap Pendidikan tersebut sampai Spesialis Keperawatan Anak di Universitas Indonesia.

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 juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: [fitriwahyuniss@gmail.com](mailto:fitriwahyuniss@gmail.com)

# TREN MODEL PENDEKATAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DAN KONSEP BERMAIN

**Ns. Ely Mawaddah, M.Kep., Sp.Kep.An.**

Poltekkes Kemenkes Mataram

## **Pendahuluan**

Badan Pusat Statistik (BPS) memproyeksikan bahwa 30,5 persen atau 79,6 juta jiwa penduduk Indonesia pada tahun 2017 adalah anak-anak berusia 0-17 tahun. Hampir satu diantara tiga penduduk Indonesia adalah anak-anak. Berdasarkan data yang dikeluarkan oleh Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA) dan Badan Pusat Statistik tahun 2018 bahwa Jumlah anak di Indonesia menempati urutan nomor 4 di Dunia. Angka kesakitan anak di Indonesia yang dihitung dalam 1 bulan terakhir mengalami sakit mencapai 15,86% (Susenas, 2017). Berbagai kondisi sakit yang dialami anak menyebabkan anak perlu mendapatkan perawatan di rumah sakit (hospitalisasi). Sakit dan dirawat di rumah sakit merupakan suatu bentuk krisis atau stressor utama yang dialami pada anak. Anak-anak sangat rentan terhadap krisis penyakit dan hospitalisasi yang disebabkan oleh adanya stress akibat perubahan keadaan sehat dan rutinitas lingkungan dirumah sakit, serta keterbatasan anak dalam mekanisme pertahanan untuk menghadapi stressor tersebut (Wong et al., 2009).

Berbagai prosedur tindakan yang diberikan saat perawatan di rumah sakit, peralatan medis yang asing serta anak merasa berpisah sementara dengan orang-orang yang dikenal dan teman yang dicintai membuat ketakutan tersendiri pada anak (Price & Gwin, 2008). Hal ini menyebabkan anak tidak kooperatif saat dilaksanakan prosedur tindakan. Berbagai upaya pendekatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak perlu diterapkan untuk membuat anak merasa lebih nyaman. Tren model pendekatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak telah berkembang saat ini. Beberapa tren yang menjadi pendekatan dalam memberikan asuhan diantaranya perawatan atraumatic (*atraumatic care*), perawatan berpusat pada keluarga (*family centered care*), pemanfaatan teknologi dalam perawatan anak, perawatan yang memperhatikan perkembangan, perawat primer, penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas dan penggunaan terapi non farmakologis (Toruner & Althay, 2018). Bab ini akan menitikberatkan pembahasan tentang *atraumatic care* dan *family centered care*.

## **Tren Model Pendekatan Asuhan Keperawatan Anak**

### 1. *Atraumatic Care*

#### a. Pengertian

*Atraumatic care* merupakan pemberian perawatan dengan cara meminimalkan ancaman emosi dan fisik pada anak. Asuhan terapeutik dilakukan dengan menyediakan lingkungan yang terapeutik, menggunakan intervensi yang bersifat mengurangi atau memperkecil distress psikologis dan fisik terhadap anak dan keluarga dalam sistem pelayanan kesehatan (Wong, et. al., 2009). *Atraumatic care* adalah asuhan yang tidak menimbulkan trauma pada anak dan keluarganya, merupakan asuhan yang terapeutik karena bertujuan sebagai terapi bagi anak. *Atraumatic care* dapat diberikan kepada anak dan keluarga dengan mengurangi dampak psikologis dari tindakan yang diberikan.

b. Prinsip *Atraumatic Care*

Prinsip yang dilaksanakan untuk mencapai tujuan tersebut adalah mencegah dan meminimalkan perpisahan anak dengan keluarganya, meningkatkan kontrol diri anak, dan mencegah terjadinya nyeri serta cedera tubuh (Hockenberry& Wilson, 2010). Hal ini bertujuan untuk membuat anak merasa lebih nyaman.

Ada tiga prinsip yang mendasari dalam mencapai tujuan tindakan *atraumatic care* (Wong et.al., 2009) yaitu:

- 1) Mencegah atau mengurangi pemisahan anak dan keluarga, dengan melibatkan orang tua dalam perawatan anak selama 24 jam
- 2) Meningkatkan pengendalian diri pada anak, meliputi: menghilangkan atau mengurangi ketakutan dan ketidaktahuan; memberikan kesempatan untuk melakukan pengendalian diri; memberikan peningkatan pengetahuan keluarga terkait kondisi kesehatan anak dan ketrampilan untuk mengawasi kondisi anak.
- 3) Mencegah atau mengurangi nyeri dan cedera pada tubuh.

Beberapa tehnik dapat dilakukan dalam menerapkan *atraumatic care*. Untuk mengurangi nyeri saat prosedur yang melibatkan jarum dapat menggunakan jarum dengan ukuran yang lebih kecil pada saat injeksi, penggunaan analgetik saat penusukan jarum. Selain itu tindakan nonfarmakologis juga dapat digunakan dalam prinsip mencegah atau mengurangi nyeri, misalnya dengan teknik distraksi, teknik napas dalam, *imagery*, maupun mengajak anak bermain saat dilakukan tindakan (Mawaddah, et al, 2021).

Nyeri pada anak merupakan salah satu sumber stress dan kecemasan yang utama pada anak yang dirawat di rumah sakit. *International Association for the Study of Pain (IASP)* mendefinisikan nyeri sebagai perasaan dan pengalaman emosi yng tidak menyenangkan yang

berkaitan dengan kenyataan atau potensi terjadinya kerusakan jaringan atau gambaran yang berkaitan kerusakan jaringan tersebut. Nyeri menjadi tanda bahwa tubuh tidak berfungsi optimal atau mengalami kerusakan (Vaajoki, 2013). Nyeri melibatkan sistem syaraf, emosi dan konteks social (Gatzel, McGeary & Lippe, 2014). Nyeri bersifat subyektif dan merupakan kombinasi dari respon sensorik, afektif dan psikomotor, sehingga hubungan nyeri dengan kerusakan jaringan tidak sama sehingga laporan atau keluhan dari pasien merupakan penilaian yang paling penting dalam menegakkan diagnosa nyeri.

Pengkajian nyeri pada anak meliputi *Children's hospital of eastern ontario pain scale (CHEOPS)*, *Neonatal/Infant Pain Scale (NIPS)*, *Riley Infant Pain Scale (RIPS)*, *The Oucher scales*, *Wong Baker faces pain scale*. Wong dan Baker (1988) mengembangkan skala wajah untuk mengkaji nyeri pada anak-anak. Skala tersebut terdiri dari enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah dari wajah yang sedang tersenyum (tidak merasa nyeri) kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah kurang bahagia, wajah yang sangat sedih sampai wajah yang ketakutan (nyeri yang sangat).

## 2. *Family Centered Care (FCC)*

*Family centered care* merupakan salah satu pendekatan dalam pemberian asuhan keperawatan pada anak. Pendekatan ini memungkinkan terjadi hubungan timbal balik antara penyedia layanan kesehatan, anak, dan keluarga. Profesional kesehatan menerima keluarga dengan memberikan kesempatan dalam merawat keluarganya. Memberikan kesempatan pada keluarga terlibat dalam perawatan anak dapat mengurangi efek traumatis akibat hospitalisasi. Langkah ini akan memberikan kesempatan yang lebih banyak bagi keluarga untuk berperan aktif dalam pengambilan keputusan dan pemberian perawatan kesehatan pada anak. Keberadaan keluarga selama hospitalisasi dapat memberikan dukungan emosional sehingga

mengurangi terjadinya trauma pada anak-anak (Paliadelis, Cruickshank, Wainohu, Winskill, & Stevens, 2005).

*Family centered care* didefinisikan sebagai hubungan antara keluarga dan profesional kesehatan dimana keluarga dipandang sebagai unsur yang konstan dalam kehidupan anak-anak sehingga dalam penyediaan pelayanan kesehatan kepada anak-anak keluarga dianggap sebagai mitra. Profesional kesehatan harus mendukung, menghormati, mendorong, dan menambah kekuatan dan kemampuan keluarga melalui pendekatan pemberdayaan dan efektivitas pemberian bantuan. Sistem pelayanan kesehatan harus memberikan dukungan untuk staf, fasilitas yang memadai, inovatif dan layanan yang dapat diakses, dan peluang untuk partisipasi keluarga dalam kebijakan dan fasilitas pengambilan keputusan (Wong et al., 2011).

Elemen *family centered care* yang diterbitkan oleh *Association for the Care of Children's Health* mencakup 8 elemen adalah sebagai berikut: (Harrison, 2010)

- a. Menggabungkan dalam kebijakan dan praktik pelayanan kesehatan bahwa keluarga dipandang sebagai unsur yang konstan dalam kehidupan seorang anak sedangkan sistem layanan dan profesional kesehatan bersifat fluktuatif.
- b. Memfasilitasi kolaborasi keluarga dengan profesional kesehatan pada semua level perawatan kesehatan seorang anak secara individu baik tingkat rumah sakit, rumah, dan perawatan masyarakat dalam hal pengembangan program, pelaksanaan, evaluasi, evolusi dan pembentukan kebijakan.
- c. Bertukar informasi yang lengkap dan jelas antara keluarga dan profesional kesehatan dalam mendukung pemberian perawatan yang tepat pada anak.

- d. Menggabungkan ke dalam kebijakan dan praktik pelayanan kesehatan adanya pengakuan dan saling menghormati keragaman budaya, kekuatan, dan individualitas dalam setiap keluarga, termasuk etnis, ras, spiritual, sosial, ekonomi, pendidikan, dan keragaman geografis.
  - e. Mengakui dan menghormati metode yang berbeda dalam mengatasi dan melaksanakan kebijakan yang komprehensif pada program yang memberikan perkembangan, pendidikan, emosional, lingkungan, dan dukungan keuangan untuk memenuhi beragam kebutuhan keluarga.
  - f. Mendorong dan memfasilitasi keluarga dalam dukungan keluarga dan jaringan.
  - g. Memastikan bahwa rumah sakit, rumah, dan pelayanan masyarakat dan sistem pendukung yang merupakan aspek penting dalam kesehatan dan perawatan perkembangan anak-anak dan keluarga adalah fleksibel, mudah diakses, dan komprehensif dalam menanggapi dan mengidentifikasi beragam kebutuhan keluarga.
  - h. Menghargai keluarga sebagai keluarga dan anak-anak sebagai anak-anak, mengakui bahwa mereka memiliki berbagai kekuatan, kekhawatiran, emosi, dan aspirasi di luar kebutuhan mereka untuk kesehatan khusus dan perkembangan layanan dan dukungan.
3. Konsep Bermain
- a. Pengertian Bermain Terapeutik
 

Anak identik dengan dunia bermain. Pada saat bermain anak belajar banyak hal termasuk bagaimana melatih otak anak dan melatih emosionalnya. Bermain pada anak dapat membuat anak merasa lebih nyaman dan mengurangi beberapa kondisi ketidaknyamanan seperti marah, benci, kesal, takut, dan cemas. Pada saat anak sedang sakit dan dirawat, bermain

dapat menghilangkan rasa ketidaknyamanan akibat hospitalisasi yang dialami anak.

Bermain adalah cerminan kemampuan fisik, intelektual, emosional dan sosial dan merupakan media yang baik untuk belajar karena dengan bermain anak akan berkata-kata, menyesuaikan diri dengan lingkungan, melakukan apa yg dapat dilakukan, dan mengenal waktu, jarak, serta suara. Bermain Terapeutik sangat efektif untuk membantu anak menghadapi kekhawatiran dan ketakutan dan pada saat bersamaan membantu perawat mendapatkan pemahaman tentang kebutuhan dan perasaan anak.

b. Tujuan Bermain Terapeutik

Tujuan bermain terapeutik menurut Koller (2008) dapat dibedakan menjadi 2 yaitu: *Psychological and Behavioral Outcomes* (mengurangi rasa takut, mengurangi *homesick*, mengurangi kecemasan dan meningkatkan perkembangan kognitif) serta *Physiological Outcomes* (mengurangi respon fisiologis seperti peningkatan tekanan darah, nadi, *palm sweating* (tangan berkeringat) dan gerak berlebih).

c. Teknik Bermain Terapeutik

Beberapa tehnik dalam bermain terapeutik dapat dikembangkan selama anak mendapatkan perawatan di rumah sakit diantaranya: (Ball & Bindler, 2010)

1) Bercerita (*Stories*)

Anak dapat diminta untuk bercerita tentang pengalamannya selama di rawat di rumah sakit. Selain itu Perawat dapat membaca atau bercerita tentang kondisi penyakit, hospitalisasi ataupun kondisi lain yang dapat meningkatkan kooperatif pada anak.

## 2) *Drawings*

Teknik ini berguna untuk mengevaluasi level kognitif. Pada tahap pengkajian perawat meminta anak untuk menggambar subjek yang menggambarkan keadaan emosionalnya dengan menggunakan warna. Perawat belajar tentang pengetahuan anak sebelum merencanakan intervensi. Pada tahap intervensi gunakan gambar anak untuk menceritakan tentang perawatan, prosedur dan kondisi. Perawat memberi kesempatan anak untuk menggambarkan gambarnya atau pilihannya atau mengarahkan pada topik seperti gambar keluarga dan pelayanan kesehatan. Perawat meminta pada anak untuk menceritakan tentang gambar. Perawat memperhatikan keadaan emosi anak, anak biasanya takut dengan mesin x-ray yang besar.

## 3) *Music*

Perawat pada tahap pengkajian melakukan observasi tipe musik yang dipilih dan efek dari musik tersebut. Pada tahap intervensi perawat menganjurkan orang tua dan anak untuk membawa tape favorit untuk menurunkan tingkat stress. Ketika musik diputar lakukan tes dan prosedur. Orang tua bisa merekam suaranya untuk bermain dengan infant dan anaknya yang terpisah. Anak dengan hospitalisasi lebih lama bisa merekam pesan untuk saudara atau teman sekolahnya. Perawat menganjurkan anak untuk memutar kembali musik untuk mengetahui respon. Pada saat bermain, perawat dapat menggunakan kesempatan untuk alat permainan dan bernyanyi.

## 4) *Puppets*

Perawat pada tahap pengkajian meminta anak untuk menjawab pertanyaan dengan media

boneka yang dianggap sebagai manusia. Pada tahap intervensi tampilkan cerita pendek untuk menggambarkan informasi tentang kesehatan anak. Perawat melihat keadaan emosi yang terjadi.

5) *Dramatic play*

Perawat pada tahap pengkajian memberikan boneka dan alat kesehatan, kemudian perawat menganalisis peran boneka yang dimainkan dan analisis keadaan emosional anak saat bermain. Perawat pada tahap intervensi menyediakan boneka dan peralatan untuk sesi bermain. Perawat mengawasi lebih dekat ketika peralatan digunakan untuk menjaga keamanan. Berikan respon pada emosi dan perilaku yang ditunjukkan. Perawat menggunakan boneka dan peralatan seperti nebulizer, peralatan intravena, stetoskop untuk menjelaskan perawatan. Perawat melihat emosi dan ekspresi anak saat terapi.

6) *Pets*

Pada tahap pengkajian perawat memberikan pet therapy kemudian melihat interaksi antara anak dan hewan. Perawat merespon terhadap emosi yang ditunjukkan anak. Fasilitasi terhadap belaian dan sentuhan terhadap hewan peliharaan.

d. Bermain Terapeutik sesuai dengan Usia

Bermain terapeutik dapat disesuaikan dengan jenis usia perkembangan anak sebagai berikut:

1) Usia newborn dan infant

Newborn dan infant membutuhkan stimulasi eksternal untuk berkembang. Penggunaan permainan mobil, musik dan cermin membantu meningkatkan stimulasi dan memberikan kenyamanan. Orang tua dan

keluarga dianjurkan untuk memeluk dan menimang infant. Berbicara dengan infant mendorong interaksi dan bermain

## 2) Usia Toddler

Bermain merupakan hal yang penting untuk anak usia toddler. Anak mengeksplorasi lingkungan dan belajar untuk mengidentifikasi orang di sekitarnya. Bermain dianggap sebagai cara bagi anak untuk mengurangi tekanan yang disebabkan oleh stress atau impuls agresif. Jenis permainan yang digunakan misalnya bermain ci-luk-ba, petak umpet dengan menggunakan gordien di sekitar tempat tidur, anak belajar objek ada yang terlihat dan tidak terlihat. Selain itu, anak juga dapat dikenalkan dengan alat medis dengan menggunakan bahasa yang sederhana dan aman.

## 3) Usia Pra Sekolah

Anak usia pra sekolah dapat bermain dengan permainan yang simpel seperti boneka. Anak usia pra sekolah juga menyenangi pet therapy. Anak di rumah sakit mempunyai jadwal kunjungan binatang sering digunakan anjing yang memberikan kontak fisik. Selain itu anak usia pra sekolah dapat diberikan cerita atau rekaman cerita dan dikenalkan dengan peralatan medis yang aman.

## 4) Usia Sekolah

Anak di usia sekolah, perawat bisa menggunakan beberapa teknik terapi bermain untuk menolong anak dengan kasus stress hospitalisasi. Anak usia sekolah sering mengalami regresi perkembangan akibat hospitalisasi. Anak usia sekolah sering mendemostrasikan sikap kecemasan dan kerusakan tubuh. Boneka bisa digunakan untuk mengilustrasikan penyebab dan

pengobatan. Menggambar memberikan tempat untuk mengekspresikan ketakutan dan kemarahan. Anak usia sekolah suka mengoleksi dan mengumpulkan objek dan sering meminta untuk menggunakan peralatan sekali pakai yang digunakan untuk perawatannya. Anak mungkin menggunakan peralatan ini di kemudian hari untuk menggambarkan pengalamannya pada teman mereka. Bermain, buku, pekerjaan rumah, kerajinan tangan, rekaman tape dan komputer dapat meningkatkan kepercayaan diri anak di usia sekolah. Tipe bermain digunakan harus dipromosikan oleh orang yang lebih ahli.

- e. Teknik yang dapat digunakan untuk bermain terapeutik terkait intervensi keperawatan

Tehnik bermain terapeutik terkait intervensi keperawatan dapat dilakukan dengan berbagai cara tergantung tujuan yang diinginkan oleh perawat. Beberapa contoh tehnik permainan yang sesuai dengan intervensi perawat antara lain: (Hockenberry&Willson, 2010)

- 1) Minuman oral
  - a) Membuat *ice cone* dengan menggunakan jus kesukaan anak.
  - b) Membuat agar-agar dengan bentuk yang menyenangkan.
  - c) Membuat permainan seperti *Symon Says*.
  - d) Menggunakan sedikit obat-obatan dalam cangkir dan menghias cangkirnya.
  - e) Menggunakan minuman yang berwarna dengan makanan berwarna.
  - f) Melakukan pesta teh dengan menggunakan meja kecil.

- g) Berikan anak merasakan obat medikasi secara oral melalui *syringe* atau pipet sampai ke mulut.
  - h) Potong sedotan menjadi dua, tempatkan di kotak kecil yang akan mempermudah anak untuk menghisap cairan.
  - i) Menghias sedotan berikan stiker kecil di sedotan.
  - j) Gunakan sedotan yang unik.
  - k) Buat poster kemajuan perkembangan, berikan reward untuk anak yang minum sesuai anjuran.
  - l) Permainan *Fluid Cheker* menggunakan obat dalam cangkir dengan warna yang berbeda-beda dari kemudian setiap hari seseorang melompat untuk minum jus itu.
- 2) Nafas Dalam
- a) Tiup gelembung dengan penggulung gelembung.
  - b) Tiup gelembung dengan sedotan (bukan sabun).
  - c) Tiup dengan menggunakan harmonika, balon dan lain-lain.
  - d) Latihan dengan menggunakan alat-alat band.
  - e) Meniup dengan menggunakan balon, bola dari kain, bola pingpong, selembur kertas.
  - f) Menggunakan botol yang ditiup dengan air yang berwarna untuk memindahkan air dari satu tempat ke tempat.
  - g) Meniup lilin pada kue ulang tahun.

- 3) *Range of Motion* (ROM)
- a) Pindahkan tas ke tempat yang telah ditentukan.
  - b) Pindahkan kertas ke tong sampah.
  - c) Mainkan permainan *Simon Says*.
  - d) Mainkan permainan tebak tebakan
  - e) Mainkan sepeda roda tiga atau kursi oda pada area yang aman
  - f) Mainkan bola kaki atau bola tangan dengan bola yang lembut ditempat yang aman.
  - g) Posisikan tempat tidur agar anak turun ketika ia ingin melihat televisi atau membuka pintu.
  - h) Menyusuri lantai dengan menggunakan tangan seperti laba-laba.
- 4) Berendam (Mandi)
- a) Bermain dengan boneka kecil di air
  - b) Mandikan boneka atau mainan
  - c) Buat gelembung di bak mandi jika memungkinkan
  - d) Mengambil kelereng dari dasar bak mandi anak
  - e) Membuat desain dengan koin di dasar bak mandi anak
  - f) Teknik distraksi dengan bercerita atau bernyayi.
  - g) Membuat gelembung atau melihat gelembung.
  - h) Mendengarkan musik.
  - i) Permainan menggemgam.

- 5) Injeksi
  - a) Biarkan anak memegang *syringe* tanpa jarum vial dan alkohol swab, dan berikan injeksi pada boneka.
  - b) Biarkan anak mempunyai koleksi *syringe* tanpa jarum, buatlah objek yang kreatif dengan menggunakan syringe.
  - c) Jika anak menerima banyak jenis injeksi, buat poster perkembangan anak.
  - d) Berikan *reward* untuk yang diberikan injeksi sesuai dengan terapinya.
- 6) Ambulasi
  - a) Berikan anak sesuatu untuk ditekan untuk toddler tekan boneka, anak usia sekolah minta anak untuk mendorong kereta mainan atau kursi dan anak usia remaja minta anak untuk mendorong tiang infus.
  - b) Buat barisan atau memainkan drum dan lain-lain.
  - c) Bermain dengan menggunakan kaki.
- 7) Imobilisasi dan isolasi
  - a) Pindahkan anak dengan sering seperti ditempatkan ditempat bermain atau di ruangan terbuka.
  - b) Mainkan permainan memancing dengan magnet.
  - c) Mainkan basket, voli atau *softball*.

## **Daftar Pustaka**

- Ball, Bindler dan Cowen. (2010). *Child Health Nursing: Partnering With Children and Families*. Second Edition. London: Pearson.
- Beevi, A. T. M. (2009). *Textbook of pediatric nursing*. Mosby: Elsevier
- Gatchel., R, McGeary, C.A, Lippe Ben (2014). *Interdisciplinary Chronic Pain Management*. American Psychological Association, 69(2), 119–130. DOI: 10.1037/a0035514
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA) dan BPS. 2018. *Profil Anak Indonesia 2018*. Jakarta: Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA).
- Koller, D. (2008). *Therapeutic Play in Pediatric Health Care: The Essence of Child Life Practice*. Retrieved from <https://csds.qld.edu.au/sdc/Provectus/GAPP/Play%20as%20therapy/files/Koller%202008%20EBP%20Play%20statement%20%20therapeutic%20play.pdf>
- Kyle, T. (2008). *Essentials of Pediatric Nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Harrison, T.M. (2010). Family centered pediatric nursing care: State of the science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 335–343.
- Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M.L., & Schwartz, P. (2010). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis: Mosby, Inc.
- Mawaddah, E, Rusmini, Ningsih, MU., Mardiatun. (2021). Penerapan Konsep Atraumatic Care Saat Pemasangan Infus dan Venipunktur pada Anak. *Jurnal Keperawatan Terpadu (Integrated Nursing Journal)*. 3(1), 17-27.

- Paliadelis, P., Cruickshank, M., Wainohu, D., Winskill, R., & Stevens, H. (2005). Implementing family-centred care: An exploration of the beliefs and practices of paediatric nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23 (1).
- Toruner EK, Altay N. (2018). New Trends and Recent Care Approaches in Pediatric Oncology Nursing. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 5, 156-164.
- Wong, D. L., Hockenberry, M., Eaton, Wilson, D., Winkelstein, M. L., & Schwartz, P. (2009). Buku ajar: Keperawatan pediatrik. Edisi 6. (Alihbahasa: Hartono. A., Kurnianingsih. S., &Setiawan). Jakarta: EGC.
- Vaajoki, A. (2013). We have to take pain definition, pain management, and the results of non-pharmacological studies seriously. *Altern Integ Med*, 2 (7), 134. Doi:10.4172/2327-5162.1000134.

## **Profil Penulis**



### **Ely Mawaddah**

Penulis menekuni bidang keperawatan sejak menempuh pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners pada tahun 2002. Penulis menempuh studi Sarjana dan Profesi Ners di Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta dan lulus pada tahun 2007, kemudian penulis melanjutkan studi Magister Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Anak di Universitas Indonesia dan lulus tahun 2017. Pengalaman kerja penulis sebagai Dosen Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Mataram sejak tahun 2011-Sekarang. Penulis mengajar di mata kuliah keperawatan anak dan tergabung dalam keanggotaan Ikatan Perawat Anak Indonesia (IPANI) NTB. Sebagai Dosen, penulis aktif melaksanakan tugas Tri dharma Perguruan Tinggi, penulis aktif melakukan penelitian dan pengabdian pada masyarakat di bidang keperawatan anak. Penulis juga aktif terlibat dalam penelitian di bidang Keperawatan Anak dan beberapa artikel telah diterbitkan baik di jurnal Internasional maupun jurnal nasional.

Email Penulis: [elymawaddah@gmail.com](mailto:elymawaddah@gmail.com)



# PERAWATAN METODE KANGURU (PMK)

**Ns. Whaisna Switaningtyas, S.Kep., M.Kep.**

IHC RS Lavalette

## **Pendahuluan**

Program yang ingin dicapai dalam *Sustainable Development Goal 3.2* pada tahun 2030 adalah angka kematian bayi  $\leq 12$  kasus per 1000 kelahiran hidup. Angka kematian ibu dan bayi di Indonesia saat ini telah mengalami penurunan, namun demikian masih ada beberapa hal yang harus diperbaiki diantaranya adalah perlakuan terhadap bayi lahir dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) sebagai salah satu etiologi kematian neoantus di Indonesia. Data menunjukkan bahwa 16% kematian neoantus disebabkan oleh prematuritas dan BBLR, asfiksia sebesar 11%, dan sepsis sebesar 7%. Prevalensi bayi dengan BBLR adalah 15% dari seluruh angka kelahiran di dunia dan mayoritas terjadi di negara berkembang. Bayi dengan BBLR memiliki resiko angka kematian 35 kali lebih besar jika dibandingkan angka kematian bayi aterm (Yuliana, 2020). Ketidakmampuan orang tua dalam merawat BBLR di rumah merupakan salah satu faktor penyebab hal tersebut. Orang tua perlu mempersiapkan diri sebelum merawat BBLR di rumah agar bayi tetap dalam kondisi yang aman. Metode perawatan perlu mendapat perhatian khusus mengingat belum semua fasilitas pelayanan kesehatan memiliki persamaan persepsi dalam hal *discharge planning* atau perencanaan pulang bayi. Cara yang dapat dilakukan

adalah dengan mempelajari Perawatan Metode Kanguru. Masih terdapat anggapan bahwa menempatkan bayi di dalam inkubator adalah cara terbaik untuk menjaga kehangatan bayi. Metode ini mengharuskan bayi berpisah dari ibunya sehingga dapat menyebabkan kecemasan, gangguan interaksi antara ibu dan bayi, dan keterlambatan tumbuh kembang bayi (Mehrpisheh et al., 2022).

### **Pengertian**

Perawatan Metode Kanguru (PMK) atau *Kangaroo Mother Care* (KMC) adalah suatu metode perawatan yang dilakukan sejak dini dan terus menerus dengan cara melakukan kontak kulit atau sentuhan langsung antara bayi dan ibu, dengan tetap memperhatikan pemberian ASI eksklusif, dan penguatan lingkungan melalui dukungan keluarga (Mustikawati et al., 2020). PMK dapat dilakukan pada bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gram atau usia gestasi kurang dari 37 minggu. Perawatan ini dilakukan sampai tercapainya berat badan ideal bayi, sehingga memberikan cukup waktu bagi bayi beradaptasi dengan lingkungan luar rahim.

### **Manfaat PMK**

Metode PMK membawa banyak manfaat diantaranya adalah:

1. Mengurangi angka kematian bayi,

Bayi baru lahir dengan BBLR yang dilakukan kontak kulit secara langsung dengan ibunya selama minimal 7 jam dalam sehari pada 2 hari awal kehidupan mereka terbukti memiliki angka mortalitas yang lebih rendah (*Neonatal Mortality Rate/NMR*) dibandingkan dengan bayi yang tidak dilakukan kontak kulit secara langsung.

2. Meningkatkan frekuensi pemberian ASI

Ibu yang melakukan PMK dapat secara langsung memberikan ASI karena memiliki waktu yang banyak untuk melakukan *bonding* dengan bayinya, sehingga merangsang produksi ASI, memperbaiki dampak

psikologis dan perubahan perilaku jika dibandingkan dengan pemakaian inkubator (Mori, R., 2010).

### 3. Dampak fisik

Memicu peran sistem saraf otonom untuk mengontrol regulasi homeostatis yang dapat dilihat dari parameter kardiorespirasi berupa detak jantung (*heart rate/ HR*), frekuensi nafas (*respiratory rate/ RR*), saturasi oksigen (*SpO2*), dan suhu tubuh. Bayi yang dirawat dengan metode PMK di rumah cenderung mengalami peningkatan suhu tubuh. Perpindahan panas melalui mekanisme vasodilatasi dari tubuh ke kulit, kemudian selanjutnya terdapat mekanisme konduksi yang terjadi antar panas di kulit ibu yang suhunya lebih tinggi menuju kulit bayi yang suhunya lebih rendah (Hendayani, 2019). Kemungkinan perpindahan panas secara konveksi antara kulit bayi dan udara yang lebih dingin sangat minimal terjadi jika metode PMK dilakukan dengan tepat, karena bayi telah memakai pelindung berupa selendang kanguru yang cukup tebal dan juga topi. Oleh karena itu, semakin luas area kulit bayi yang tersentuh kulit ibu, semakin tinggi tingkat keberhasilan PMK

Peningkatan fungsi saraf otonom memiliki dampak positif terhadap kestabilan bayi. Bayi dengan berat badan lahir ekstrem cenderung menunjukkan adanya apnea periodik yang jika tidak dilakukan tatalaksana awal dengan tepat maka dapat mengancam keselamatan bayi. Penelitian menunjukkan bahwa variabel- variabel tanda vital cenderung menunjukkan angka yang stabil selama PMK dilakukan dengan tepat (Kommers et al., 2017).

### 4. Dampak psikologis

PMK juga berkorelasi secara langsung terhadap dampak psikologis pada ibu dan bayi, diantaranya adalah meningkatkan kualitas tidur, mengurangi tangisan dan rewel tanpa sebab, serta mengurangi respon fisiologis terhadap nyeri prosedural, karena bayi merasa lebih aman dan terlindungi jika berada di dekat ibunya. Metode PMK yang dilakukan secara

teratur juga meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi. Perasaan menyenangkan dan damai juga timbul akibat rangsang kedekatan bayi dalam dekapan ibu. PMK sangat baik dilakukan sesegera mungkin sesaat setelah bayi BBLR lahir jika tidak ada kontraindikasi medis yang menyertai.

### **Hambatan dan Upaya Peningkatan PMK**

Beberapa hambatan dan upaya yang dapat dilakukan untuk peningkatan PMK menurut Mustikawati, *et al* (2019) antara lain:

1. Kepercayaan ibu

Hambatan pertama dalam melakukan PMK adalah ibu yang tidak melakukan PMK secara rutin karena menganggap PMK bukan merupakan hal yang penting dalam perawatan bayi BBLR. Hal ini sangat dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap ibu saat menerima informasi mengenai PMK di rumah sakit. Penguatan edukasi tenaga kesehatan dan komitmen ibu dalam melakukan PMK merupakan hal yang secara langsung dapat meningkatkan kepercayaan ibu dalam melakukan PMK.

2. Dukungan keluarga

Ibu yang melakukan PMK terkadang merasa cemas akan kondisi bayinya, merasa tidak lagi diperhatikan, merasa lelah, dan jenuh saat harus melakukan PMK dalam jangka waktu lama. Peran dan dukungan keluarga sangat diperlukan dalam mengatasi permasalahan ini. Dukungan dapat diberikan dengan cara memberikan motivasi, menyiapkan asupan nutrisi yang cukup, serta menggantikan ibu untuk PMK sementara waktu ketika ibu sedang melakukan kegiatan lain.

3. Pekerjaan rumah tangga

Pekerjaan rumah tangga dapat menjadi faktor penghambat saat ibu harus melakukan PMK. Pekerjaan rumah tangga dapat menyita waktu sehingga waktu PMK menjadi berkurang. Di sisi lain,

ibu tidak dapat melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat saat sedang menggendong bayi. Di sisi lain jika ibu memilih untuk meletakkan dan membedong seperti bayi cukup bulan pada umumnya, maka akan meningkatkan resiko hipotermi yang akan membahayakan bayi. Suami dan anggota keluarga dapat berbagi peran dan membantu ibu untuk menyelesaikan tugas rumah tangga atau sebaliknya dapat menggantikan tugas menggendong kanguru.

#### 4. Masalah medis

Masalah medis dapat timbul baik dari sisi ibu maupun bayi. Ibu dapat merasa kurang nyaman akibat prosedur operasi *sectio caesaria* yang telah dijalani, kaki atau tungkai yang bengkak, ataupun kondisi medis lain yang mungkin menyebabkan ibu harus melakukan tirah baring, pembatasan aktifitas, ataupun pembatasan diet. Masalah medis bayi yang menjadi faktor penghambat diantaranya adalah adanya asfiksia neonatorum, kelainan kongenital, maupun persepsi ibu bahwa bayi akan merasa tidak nyaman dalam gendongan kanguru. Masalah ini dapat diminimalisir dengan melakukan komunikasi dan edukasi kepada orang tua sesuai dengan kondisi medis aktual yang sedang dialami ibu dan bayi, serta dengan mendengarkan kesulitan dan keluhan yang diungkapkan oleh ibu selama berada di rumah sakit (Mustikawati et al., 2020)

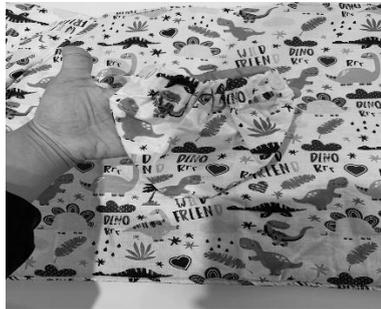
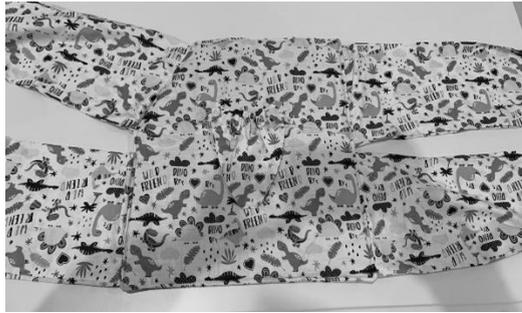
#### **Alat dan Bahan**

Berikut adalah alat dan bahan yang harus disiapkan sebelum memulai PMK:

1. Selendang khusus PMK atau selendang lain sesuai kebutuhan.

Saat melakukan PMK biasanya ibu menggunakan selendang (gendongan) untuk membantu bayi tetap berada pada posisi yang diinginkan. Pada fasilitas yang lebih lengkap menyediakan selendang kanguru khusus untuk ibu PMK dengan melakukan modifikasi pada bagian tengah selendang sehingga dapat

menyerupai kantong yang berfungsi sebagai tempat fiksasi bayi. Berikut adalah contoh modifikasi selendang PMK.



Gambar 12.1. Modifikasi Selendang Khusus PMK

## 2. Pakaian ibu

Siapkan pakaian ibu dengan model terpisah antara bagian atas dan bagian bawah. Bagian atas dapat berupa kemeja atau piama yang dilengkapi dengan kancing atau resleting yang dapat dibuka seluruhnya. Bagian bawah dapat berupa celana atau rok yang nyaman. Anjurkan ibu untuk memilih pakaian dengan bahan yang mudah menyerap keringat.

## 3. Topi bayi

Siapkan topi atau kain lain yang dapat digunakan sebagai penutup kepala bayi untuk mencegah terjadinya hipotermi pada bayi.

## 4. Popok

Bayi dapat menggunakan popok atau *diapers* sesuai kebutuhan. Tujuan penggunaan *diapers* adalah

mencegah bayi kedinginan saat terkena urin ataupun feses bayi yang cenderung memiliki konsistensi lunak sampai cair jika bayi mengkonsumsi ASI saja. Namun pada kasus khusus bayi yang memiliki riwayat alergi ruam popok (*diaper rash*) dapat pula menggunakan popok kain, dengan catatan harus sering mengganti popok jika basah dan harus menyediakan beberapa gendongan kanguru sebagai gantinya.

#### 5. Termometer

Siapkan termometer untuk mengukur suhu bayi secara berkala. Rentang suhu normal bayi adalah 36.5°C sampai dengan 37.5°C. Jika suhu tubuh kurang dari normal, curigai adanya kehilangan panas akibat terpaparnya kulit bayi dengan lingkungan luar atau adanya cairan yang membuat bayi kedinginan, baik itu berasal dari ASI, urine, atau keringat. Tuliskan hasil pengukuran suhu dan observasi pada lembar dokumentasi yang telah disediakan.

#### 6. *Breast Pad*

Siapkan *breast pad* sesuai kebutuhan untuk mencegah ASI membasahi tubuh bayi sehingga meningkatkan resiko hipotermi. Pada beberapa ibu, perlakuan PMK cenderung merangsang peningkatan produksi ASI sehingga penggunaan *breast pad* sangatlah penting selama PMK.

#### 7. Pompa ASI

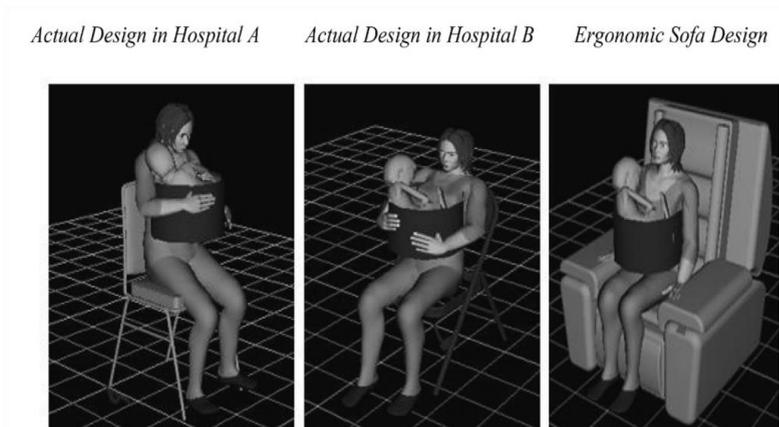
Seperti telah dijelaskan sebelumnya bahwa rangsang produksi ASI cenderung meningkat ketika ibu melakukan kontak kulit dengan bayi ketika PMK, maka dapat pula disediakan pompa ASI baik yang elektrik maupun manual. Pompa ASI dapat dilakukan sepanjang ibu mampu beradaptasi dengan posisi yang nyaman, dengan cara membuka sedikit salah satu sisi gendongan kanguru sehingga pompa ASI dapat ditempatkan di salah satu payudara. Perlu diperhatikan juga kondisi ibu, sehingga penggunaan pompa ASI elektrik dapat menjadi pilihan untuk mengurangi kelelahan pada ibu.



Gambar 12.2. Pompa Manual dan Elektrik

## 8. Kursi

Sediakan kursi yang nyaman untuk ibu selama PMK. Dapat pula disediakan tambahan seperti sandaran atau bantal kepala leher, penopang tangan dan juga pengalas kaki. Perhatikan kursi yang memenuhi syarat posisi ergonomi. Sebuah penelitian mengatakan bahwa posisi ergonomi saat melakukan PMK merupakan salah satu faktor keberhasilan PMK, namun saat ini belum ada kursi yang bisa mengakomodasi kebutuhan ibu sehingga hal ini dapat membuat ibu merasa tidak nyaman yang akhirnya mengakibatkan semangat menurun (Saptaputra et al., 2021). Berikut adalah contoh model kursi yang dianjurkan berdasarkan penelitian tersebut:



Gambar 12.3. Model Kursi Ergonomi untuk PMK (Saptaputra et al., 2021)

## **Prosedur PMK**

Prosedur dalam melakukan Perawatan Metode Kanguru adalah (PPNI, 2021):

1. Melakukan identifikasi bayi dan ibu menggunakan standar yang telah ditetapkan, yaitu konfirmasi minimal 2 identitas berupa nama, nomor rekam medis, dan tanggal lahir.
2. Menjelaskan tujuan dan manfaat PMK, serta meminta kesediaan orang tua pasien menandatangani *informed consent*.
3. Menyiapkan perlengkapan dan alat pendukung yang akan digunakan dalam PMK.
4. Mencuci tangan dengan benar (5 momen, 6 langkah).
5. Mengukur suhu badan bayi dan memastikan suhu dalam rentang normal, yaitu 36.5°C – 37.5°C.
6. Membuka pakaian atau gedong bayi, kecuali popok atau *diapers*.
7. Mempersiapkan ibu dalam posisi yang nyaman, suhu tubuh dalam batas normal, kulit tidak basah atau berkeringat, serta tidak ada sisa ASI yang bercucuran di area payudara dan dada. Bila perlu anjurkan ibu untuk membersihkan diri atau mandi terlebih dahulu sebelum PMK demi menjaga keamanan ibu dan bayi.
8. Memastikan ibu memakai baju dengan model terpisah antara bagian atas (kemeja/ piama) dan bagian bawah (celana/ rok). Baju bagian atas memiliki model kancing yang dapat dibuka seluruhnya. Hal ini bertujuan untuk mempermudah ibu saat menggendong bayi.
9. Mengenakan selendang kanguru kepada bayi atau selendang lain yang telah disediakan.
10. Mempersilahkan penolong ke-2 (ayah/ keluarga lain) untuk menggendong bayi dan memberikan kepada ibu sembari mengatur posisi bayi. Posisi yang disarankan adalah bayi melekat pada kulit bagian dada dan perut

ibu. Pastikan sebanyak mungkin lapang kulit ibu dan bayi yang saling bersentuhan.

11. Mengatur posisi bayi dengan benar, yaitu:
  - a. Posisi kepala bayi berada di dada, diantara kedua payudara ibu. Kepala bayi dipastikan menoleh ke sisi kanan atau kiri untuk menghindari tertutupnya jalan nafas bayi.
  - b. Pastikan leher bayi sejajar dengan kepala, tidak menengadahkan maupun menunduk berlebihan.
  - c. Punggung bayi berada pada satu garis lurus dengan kepala dan leher, tidak condong pada salah satu sisi.
  - d. Atur posisi kaki bayi menyerupai posisi kodok, yaitu kaki fleksi dengan posisi berada di dalam selendang kanguru.
  - e. Kedua telapak tangan bayi menempel diatas dada atau kedua payudara ibu.
12. Lakukan fiksasi dengan cara mengikat selendang kanguru melingkari badan dan punggung ibu dengan tetap memperhatikan kenyamanan bayi dan ibu. Kemudian bantu ibu memakai pakaian kembali. Pakaian berasal dari bahan yang mudah menyerap keringat.
13. Kenakan topi pada bayi.
14. Berikan penjelasan kepada ibu durasi PMK adalah minimal 1 jam dan dapat pula dilakukan selama 24 jam penuh dengan tetap memperhatikan waktu perawatan bayi (minum, mandi, dan mengganti popok).
15. Ajarkan ibu untuk memonitor tanda vital dan kenyamanan bayi saat PMK.
16. Anjurkan kepada ibu untuk melapor jika terdapat salah satu tanda bahaya seperti gawat nafas, bayi nampak kebiruan, tidak bergerak, suhu badan dibawah normal, atau gelisah.

17. Motivasi ibu untuk dapat memberikan ASI sesuai kebutuhan, baik melalui pipet, menetek secara langsung, *cup feeding*, maupun melalui dot bayi.
18. Merapikan alat dan lingkungan pasien.
19. Mencuci tangan dan dokumentasikan tindakan keperawatan PMK (jam dimulainya PMK, tanda vital bayi dan ibu, kendala, dan hal lain yang harus diperhatikan)



Gambar 12.4. Prosedur PMK didampingi oleh keluarga dan perawat

### **Perawatan Bayi selama PMK**

PMK bukanlah penghalang bagi ibu untuk merawat bayi secara optimal. Terdapat kesan atau anggapan bahwa bayi yang dilakukan PMK tidak dapat terpenuhi kebutuhan utamanya karena posisi bayi melekat dengan ibu. Berikut adalah beberapa hal yang dapat diadaptasi selama ibu melakukan PMK:

#### **1. Nutrisi Bayi**

Pemberian nutrisi bayi merupakan tindakan yang bersifat kolaboratif antar beberapa PPA, yaitu dokter, perawat, ahli gizi, dan rehab medik. Kebutuhan nutrisi telah dihitung oleh Neonatolog berdasarkan berat badan, usia gestasi, dan faktor medis lain yang menyertai (Brennan et al., 2016). Perawat dapat

mengambil peran dalam mengakselerasi kemampuan dan kemandirian bayi untuk meningkatkan intake enteral agar sesegera mungkin dapat lepas dari intake nutrisi parenteral. Intake nutrisi enteral yang maksimal atau disebut juga *full feeding* dapat mempercepat perencaan pulang bayi dan memperkecil resiko infeksi. Kecepatan respon bayi dalam beradaptasi dengan pemberian *full feeding* berkorelasi dengan penambahan berat badan bayi (Lubis & Suciati, 2007).

Meskipun tujuan utama adalah peningkatan intake bayi, perlu diperhatikan pula bahwa bayi preterm belum memiliki reflek hisap dan telan yang adekuat. Hal ini diakibatkan oleh dua hal, yaitu: imaturitas susunan saraf pusat dan disfungsi neurologis yang pada akhirnya dapat merusak atau menurunkan sistem koordinasi hisap, telan, dan nafas bayi. Pada awal kelahiran bayi dapat dipasang *orogastric tube* (OGT) untuk memasukkan intake nutrisi langsung ke lambung bayi. Pemberian nutrisi oral juga harus terus dicoba salah satunya dengan bantuan pipet jika bayi belum memiliki reflek hisap yang kuat, namun sudah menunjukkan adanya reflek telan. Kegiatan ini dapat dilakukan langsung oleh orang tua saat PMK, namun perlu diawasi oleh perawat untuk memonitor klinis bayi dan mencegah terjadinya resiko aspirasi. Selain pemberian nutrisi oral dengan bantuan pipet, dapat pula diberikan nutrisi oral melalui *cup feeding* dan sendok bayi.

## 2. Personal Hygiene Bayi

*Personal hygiene* pada bayi tetap bisa meskipun bayi dilakukan PMK. Bayi dapat dimandikan dengan minyak VCO (*Virgin Coconut Oil*), atau *baby oil* jika VCO sulit didapatkan. Minyak diharapkan dapat menjadi materi yang dapat melembabkan kulit bayi BBLR yang memiliki jaringan lemak yang minimal. Penggunaan minyak juga memiliki resiko hipotermi lebih rendah jika dibandingkan dengan penggunaan air. Bayi dapat dimandikan menggunakan minyak minimal 2 kali atau lebih dalam sehari.

Penggantian *diapers* bayi dapat dilakukan sebanyak delapan kali atau tiap 3 jam. Jika bayi menggunakan popok kain dapat diganti sesering mungkin saat bayi BAK atau BAB. Hal ini dilakukan untuk mencegah munculnya *diaper rash* dan ISK (Infeksi Saluran Kemih) pada bayi.

### 3. Kebutuhan Ibu

Selama PMK ibu tidak harus selalu berada pada posisi duduk maupun tidur. Ibu tetap dapat memenuhi kebutuhan dirinya seperti makan, memasak sederhana, ataupun membersihkan rumah. Beberapa ibu didapatkan bisa melakukan kebutuhan BAK dan BAB dengan menggunakan toilet duduk saat sedang melakukan PMK. Sebelum melakukan PMK, sebaiknya ibu menyiapkan asupan nutrisi baik minuman maupun makanan di dekatnya. Selain itu ibu juga dapat menikmati aktifitas rekreasi seperti membaca buku, bermain *gadget*, atau menonton acara televisi. Ibu juga dapat tidur dengan posisi setengah duduk menggunakan bantal sebagai sandaran.

## Daftar Pustaka

- Brennan, A. M., Murphy, B. P., & Kiely, M. E. (2016). Optimising preterm nutrition: Present and future. *Proceedings of the Nutrition Society*, 75(2), 154–161. <https://doi.org/10.1017/S0029665116000136>
- Hendayani, W. L. (2019). Pengaruh Perawatan Metode Kangguru Terhadap Kestabilan Suhu Tubuh BBLR di Ruang Perinatologi RSUD Dr. Achmad Mochtar. *Jurnal Human Care*, 4(1), 26–33. <https://ojs.fdk.ac.id/index.php/humancare/article/download/243/pdf>
- Kommers, D. R., Joshi, R., van Pul, C., Atallah, L., Feijs, L., Oei, G., Bambang Oetomo, S., & Andriessen, P. (2017). Features of Heart Rate Variability Capture Regulatory Changes During Kangaroo Care in Preterm Infants. *Journal of Pediatrics*, 182, 92-98.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.11.059>
- Lubis, G., & Suciati, R. T. (2007). Hubungan Pemberian Enteral Makanan Dini dan Pertambahan Berat Badan pada Bayi Prematur. *Sari Pediatri*, 9(2), 145–150.
- Mehrpisheh, S., Doorandish, Z., Farhadi, R., Ahmadi, M., Moafi, M., & Elyasi, F. (2022). The Effectiveness of Kangaroo Mother Care (KMC) on attachment of mothers with premature infants. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X*, 15(April), 100149. <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2022.100149>
- Mori, R., et al. (2010). Meta-analysis of physiological effects of skin-to-skin contact for newborns and mothers. *Pediatrics International*, 161–170. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1442-200X.2009.02909.x>
- Mustikawati, I. S., Pratomo, H., Martha, E., Murty, A. I., & Adisasmita, A. C. (2020). Barriers and facilitators to the implementation of Kangaroo Mother Care in the community - A qualitative study. *Journal of Neonatal Nursing*, 26(2), 109–114. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2019.11.008>

- PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan* (Edisi 1). DPP PPNI.
- Saptaputra, S. K., Kurniawidjaja, L. M., Susilowati, I. H., & Pratomo, H. (2021). Ergonomic sofa design to support kangaroo mother care in Indonesia. *Journal of Neonatal Nursing*, 27(6), 471–475. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2021.06.013>
- Yuliana, F. (2020). Efektifitas Perawatan Metode Kanguru terhadap Peningkatan Berat Badan pada Bayi Berat Lahir Rendah di Rumah Sakit Kota Banjarmasin. *Research Design*, 11(2), 536–543. <https://doi.org/10.33859/dksm.v11i2.640>

## **Profil Penulis**



### **Whaisna Switaningtyas**

Ketertarikan penulis pada bidang keperawatan bermula ketika kecil harus dirawat di rumah sakit, dan sebagai seorang anak mengalami ketakutan yang luar biasa ketika harus berhadapan dengan tenaga kesehatan yang memakai jubah putih. Namun demikian ada seorang perawat yang dengan lembut menghampiri penulis dan memberikan senyum lebar, mainan modifikasi dari alat kesehatan seadanya yang ada di sekitar, sehingga membuat pengalaman yang menyenangkan walaupun sedang berada di rumah sakit.

Riwayat pendidikan keperawatan penulis dimulai dari jenjang Diploma III Keperawatan, kemudian sambil mengabdikan di sebuah rumah sakit di Kota Malang tepatnya di ruang NICU hingga saat ini, penulis melanjutkan jenjang pendidikan S1 Keperawatan Program alih Jenjang, serta dilanjutkan S2 Keperawatan di Universitas Brawijaya. Penulis ingin terus belajar memberikan manfaat dari sedikit ilmu yang dimiliki bagi organisasi keperawatan tercinta khususnya, dan bagi masyarakat Indonesia pada umumnya, serta mengembangkan ilmu pengetahuan demi kemajuan keperawatan di masa mendatang.

Email Penulis: [whaisnaswita@gmail.com](mailto:whaisnaswita@gmail.com)

## PERSPEKTIF KEPERAWATAN ANAK DALAM KONTEKS KELUARGA

**Eva Oktaviani, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An.**

Poltekkes Kemenkes Palembang

### **Pendahuluan**

Keperawatan anak merupakan pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan kepada anak dengan prinsip bahwa anak bukan miniatur orang dewasa, yang memiliki kebutuhan sesuai dengan tahapan tumbuh kembangnya yang berfokus pada keluarga (*family centered care*), pencegahan terhadap trauma (*atrumatic care*), dan manajemen kasus. Etos asuhan keperawatan yang berpusat pada keluarga pada dasarnya memberikan pelayanan keperawatan dengan rasa aman dan nyaman bukan hanya pada anak tapi juga bagi keluarga. Perawat harus mengakui bahwa keluarga sebagai konstanta dalam kehidupan anak yang memberikan dukungan, menghormati, mendorong dan meningkatkan kekuatan dan kompetensi keluarga. Perawat anak harus memiliki landasan berfikir dalam memberikan pelayanan keperawatan pada anak yang merupakan individu yang unik.

## **Perspektif Keperawatan Pediatrik**

### 1. Mortalitas dan Moribiditas pada Bayi dan Anak-Anak

#### a. Mortalitas

Statistik mortalitas menggambarkan insiden atau jumlah individu yang meninggal selama periode waktu tertentu.

##### 1) Mortalitas bayi

Angka mortalitas bayi adalah jumlah kematian per 1000 kelahiran hidup selama tahun pertama kehidupan yang dibagi menjadi mortalitas neonatal (usia <28 hari) dan mortalitas pascanatal (usia 28 hari sampai 11 bulan). Angka Kematian Bayi (AKB) mencerminkan tingkat pembangunan kesehatan dari suatu negara yang dituangkan ke dalam rumusan *Sustainable Development Goals* (SDGs) tujuan ketiga untuk mencapai target yang diharapkan yaitu salah satu indikatornya menurunkan Angka Kematian Neonatal (AKN) setidaknya hingga 12 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 menunjukkan AKN sebesar 15 per 1000 kelahiran hidup dan AKB sebesar 24 per 1000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2018).

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kematian bayi di Indonesia di antaranya: kematian bayi akibat berat bayi lahir rendah (BBLR), asfiksia, sepsis, kelainan bawaan, diare, jantung, aspirasi, febris, prematur, trauma lahir, dan *Sudden Infant Death Syndrome* (SIDS) (Fatimatusshabrina, Fatimatusshabrina, & Meldawati, 2021). Disparitas kematian bayi di Indonesia sebagian besar disebabkan oleh perbedaan karakteristik faktor individual dan sosial ekonomi rumah tangga seperti pemeriksaan

*Ante Natal Care* (ANC), status bekerja ibu, biaya kesehatan, umur ibu saat melahirkan, jarak kelahiran, penolong persalinan, jenis kelamin anak, ukuran anak saat dilahirkan, paritas ibu, dan pendidikan ibu (Lengkong, Langi, & Posangi, 2020; Palupi & Rizki, 2020).

## 2) Mortalitas anak-anak

Seluruh negara termasuk Indonesia berusaha menurunkan angka kematian balita (AKABA) berdasarkan target indikator SDGs tahun 2030 yaitu menurunkan AKABA setidaknya hingga 25 per 1.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2015). Jumlah total kematian balita di seluruh dunia telah menurun dari 12,6 juta pada tahun 1990 menjadi 5,0 juta pada tahun 2020.

Identifikasi penyebab kematian anak merupakan faktor yang krusial dalam sistem kesehatan untuk memberikan intervensi yang tepat bagi kelangsungan hidup anak. Penyebab kematian anak di bawah 5 tahun secara global di dunia yaitu terutama karena komplikasi kelahiran prematur, infeksi saluran pernapasan bawah, kejadian terkait intrapartum, diare, dan infeksi lainnya (Perin *et al.*, 2022). Studi di Indonesia menjelaskan terjadi penurunan angka kematian neonatus (102.700 menjadi 60.986), pasca neonatus (138.553 menjadi 63.471) dan usia kurang dari 5 tahun (241.253 menjadi 124.457). Angka kematian anak cenderung menurun selama 17 tahun sementara itu angka kematian tertinggi setiap group adalah kelahiran prematur pada neonatus, infeksi saluran pernapasan atas pada pasca neonatus dan kelahiran prematur pada usia dibawah lima tahun (Soleman, 2020).

## b. Morbiditas

Prevalensi penyakit khusus dalam populasi pada waktu tertentu dikenal dengan statistik morbiditas dan disajikan sebagai angka per 1000 populasi karena frekuensi kejadiannya yang tinggi. Statistik morbiditas menunjukkan penyakit akut, penyakit kronik atau ketidakmampuan (*disabilitas*).

### 1) Morbiditas Masa Kanak-kanak

Umumnya, masa kanak-kanak adalah waktu yang relatif sehat. Namun, pada masa ini jarang anak yang tidak mengalami sakit. Tipe penyakit yang diderita anak berbeda-beda sesuai usia. Pendidikan kesehatan pada orang tua mengenai tipe penyakit dan pengenalan gejala yang memerlukan pengobatan sangat penting dalam asuhan keperawatan. Perawat memainkan peranan penting dalam promosi kesehatan anak. Penyakit akut dapat didefinisikan sebagai gejala cukup berat, sehingga membatasi aktivitas atau memerlukan pertolongan medis. Penyakit infeksi yang sering diderita oleh anak balita umumnya adalah diare, radang tenggorokan, infeksi saluran pernapasan akut (ISPA). ISPA dan diare terjadi pada anak balita karena sistem pertahanan tubuh anak rendah. Orang tua yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan baik, akan berdampak positif terhadap penurunan angka kesakitan pada anak (Hidayat & Jahari, 2012).

### 2) Morbiditas Baru

Morbiditas baru atau penyakit sosial yaitu masalah perilaku, sosial (keluarga), dan pendidikan yang dapat mengganggu kesehatan anak secara bermakna. Sekitar 5% sampai 30% masalah psikososial dapat terjadi pada kelompok usia tertentu.

## 9. Keperawatan Pediatrik

### a. Filosofi Asuhan

Filosofi asuhan keperawatan pediatrik yaitu pendekatan pelayanan keperawatan kepada bayi dan anak yang sesuai dengan definisi keperawatan yaitu diagnosis dan penanganan respons manusia terhadap kesehatan aktual atau potensial (Hockenberry & Wilson, 2013).

Prinsip keperawatan anak (Putri & Iskandar, 2021):

- 1) Anak bukan miniatur orang dewasa. Anak adalah individu yang unik dan utuh, bio psiko-sosio kultural spiritual.
- 2) Anak memiliki kebutuhan sesuai dengan tahapan tumbuh kembangnya
- 3) Anak merupakan anggota unit keluarga dalam suatu kultur dan masyarakat.
- 4) Anak meliputi dalam proses perkembangan 0 - 18 tahun yang memiliki ciri fisik dan kognitif, konsep diri, pola koping, dan perilaku sosial
- 5) Pelayanan keperawatan anak berorientasi pada upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan.
- 6) Praktik keperawatan anak mencakup kontrak dengan anak dan keluarga.

### b. Asuhan Berpusat-Keluarga (*Family Centered Care*)

Perawatan yang berpusat pada keluarga (FCC) adalah prinsip utama dalam keperawatan dan umumnya digunakan dalam perawatan anak sebagai *gold standar* di seluruh dunia karena dianggap sebagai cara optimal untuk memberikan perawatan kepada anak-anak yang dirawat di rumah sakit dan melibatkan orang tua dalam pengobatan (Harrison, 2010; O'Connor, Brenner & Coyne, 2019). Salah satu komponen yang paling penting dari FCC adalah komunikasi dan

negosiasi antara keluarga dan tenaga kesehatan profesional (Coyne, Holmström, & Söderbäck, 2018). Komunikasi yang terbuka dan jujur dalam membagi informasi dan pengambilan keputusan bersama merupakan hal yang penting dalam karakteristik FCC. Dalam perspektif FCC keluarga dan tenaga kesehatan profesional adalah patner yang memiliki karakteristik saling menghormati dan percaya (Smith, 2018). Asuhan berpusat-keluarga dapat didefinisikan sebagai filosofi perawatan dimana keluarga berada pada pusat kehidupan pasien, melihat pasien dalam konteks keluarga yang unik, dan mendukung peran anggota keluarga dalam pemberian perawatan pada anak.

Dua konsep dasar dalam asuhan berpusat-keluarga adalah **memampukan (enabling)** (Smith, 2018) dan **memberdayakan (empowering)** (Mikkelsen & Frederiksen, 2011). Profesional memampukan keluarga berarti memberikan kesempatan bagi keluarga untuk menunjukkan kemampuan mereka dan mendapatkan kompetensi yang baru yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan anak dan keluarga. Pemberdayaan menggambarkan interaksi kemitraan keluarga dengan tenaga kesehatan profesional, sehingga keluarga mendapat kontrol atas kehidupan mereka sendiri dan membuat perubahan positif. Orang tua berhak dihargai seperti halnya profesional tenaga kesehatan.

Elemen Penting Asuhan Berpusat-Keluarga (Hockenberry & Wilson, 2013):

- 1) Memasukkan pemahaman ke dalam kebijakan dan praktik bahwa keluarga bersifat konstan dalam kehidupan anak sementara sistem pelayanan pendukung berubah-ubah.

- 2) Memfasilitasi kolaborasi keluarga/profesional pada semua tingkat pelayanan keperawatan di rumah sakit, rumah, dan masyarakat.
- 3) Saling bertukar informasi yang lengkap dan jelas antara anggota keluarga dan tenaga kesehatan profesional
- 4) Menggabungkan pemahaman dan penghormatan terhadap keanekaragaman budaya
- 5) Mengenali dan menghormati metode coping yang berbeda
- 6) Mendorong dan memfasilitasi dukungan dan jaringan kerja sama keluarga dengan keluarga
- 7) Menetapkan bahwa rumah, rumah sakit dan pelayanan masyarakat dan sistem pendukung untuk anak-anak dan keluarganya bersifat fleksibel dan dapat diakses
- 8) Menghargai keluarga sebagai keluarga dan anak-anak sebagai anak-anak

c. Asuhan Atraumatik (*Atraumatic Care*)

Kemajuan sudah sangat luar biasa dalam keperawatan anak, namun pengobatan dan perawatan pada anak masih bersifat traumatik, menyakitkan, dan menakutkan bagi anak. Oleh karena itu, asuhan atraumatik merupakan pendekatan perawatan yang dapat digunakan untuk mengatasi permasalahan tersebut pada anak. Perawatan atraumatik saat ini merupakan perawatan yang inovatif dan terkini dimana perawat anak juga dapat menerapkan peran independennya secara profesional. Asuhan atraumatik adalah suatu pendekatan pengasuhan yang menghilangkan atau mengurangi pengalaman psikis dan fisik yang diderita oleh anak dan keluarganya selama proses perawatan (Hockenberry & Wilson, 2013). Prosedur yang diterapkan dapat menyebabkan kecemasan,

keputusasaan, ketidakjelasan, ketakutan, dan kehilangan kontrol pada anak dan keluarga (Bayraktar & Koyuncuoglu, 2017).

Perawatan atraumatik didasarkan pada prinsip menghindari bahaya. Perawat anak harus menentukan berapa banyak anak yang harus dilindungi di mana, kapan, bagaimana dan mengapa demi kesejahteraan psikologis dan fisik mereka. Ada tiga prinsip perawatan atraumatik yaitu: (1) mencegah atau membatasi pemisahan anak dari keluarga; (2) mengembangkan rasa pengendalian diri pada anak dan keluarga; (3) mencegah cedera tubuh dan mengelola rasa sakit untuk memastikan kenyamanan anak (Hockenberry & Wilson, 2013).

Hospitalisasi atau rawat inap merupakan kondisi krisis bagi anak dan mengharuskan anak-anak untuk beradaptasi dengan berbagai kondisi sulit, seperti seperti pengobatan, tenaga kesehatan, dan pemisahan dari keluarga mereka, terutama orang tua (Rokach, 2016). Perpisahan dari orang tua sering menyebabkan perubahan emosional yang signifikan dalam anak-anak dan berubah menjadi kecemasan, yang dapat memicu trauma pada anak baik jangka pendek maupun jangka panjang. Dengan demikian, untuk mengatasi dan mencegah kondisi itu, penting untuk menghadirkan orang tua sebagai orang terdekat anak selama hospitalisasi.

Salah satu prinsip perawatan atraumatik adalah perawatan yang berpusat pada keluarga (*family centered care*). Handayani dan Daulima (2020) dalam studi kualitatifnya membuktikan manfaat asuhan keperawatan berpusat pada keluarga diantaranya: (1) perawat mendukung kehadiran orang tua selama hospitalisasi, (2) kehadiran orang tua adalah sumber utama coping anak selama hospitalisasi, (3) peran orang tua sangat penting dalam pemenuhan kebutuhan psikologis anak selama hospitalisasi. Orang tua bukan

hanya sekedar menemani anak selama dirawat, tetapi juga dapat dilibatkan dalam proses perawatan anak seperti pemberian obat, pemeriksaan tanda-tanda vital, dan memenuhi kebutuhan dasar anak. Kehadiran orang tua dapat meminimalkan pengalaman psikologis dan tekanan fisik pada anak. Kehadiran orang tua menjadi salah satu kebutuhan penting mereka selama anak menjalani proses perawatan di rumah sakit.

Anak-anak sangat rentan terhadap stress yang berhubungan dengan prosedur tindakan invasif selama hospitalisasi. Beberapa intervensi keperawatan yang terbukti dapat meminimalkan trauma pada anak saat prosedur invasif antara lain kompres dingin, permainan (de Breving, Ismanto, & Onibala, 2015), spalk bermotif (Sartika *et al.*, 2020), kombinasi terapi dekapan dan kompres dingin (Oktaviani & Ridawati, 2021), *facilitated tucking* pada bayi prematur (Oktaviani, Rustina, & Efendi, 2018).

#### d. Penatalaksanaan Kasus

Manajemen kasus awalnya dimulai dari pelayanan keperawatan terhadap orang dewasa, namun saat ini dapat diterapkan pada pelayanan keperawatan pediatrik. Manfaat dari penatalaksanaan kasus dalam asuhan keperawatan pediatrik adalah dapat meningkatkan kepuasan keluarga dan pasien, pengurangan fragmentasi pelayanan, dan kemampuan untuk menguraikan dan mengukur hasil yang dicapai pada sekelompok pasien yang homogen dapat menjadi nyata.

## **Fungsi Perawatan Anak**

Fungsi perawatan anak menurut Hidayah dan Misbahuddin (2011) dapat dijelaskan sebagai berikut:

### 1. *Family Advocacy*

Perawat bertanggung jawab untuk memberikan informasi kepada keluarga mengenai prosedur dan pengobatan anak, mengikutsertakan keluarga dalam perawatan anak. Perawat bersama dengan keluarga mengidentifikasi kebutuhan anak guna merencanakan intervensi keperawatan yang cocok sesuai dengan kebutuhan anak.

### 2. *Prevention*

Perawat membimbing orang tua untuk mencegah kemungkinan adanya masalah pada anak. Pendekatan yang paling baik adalah pendidikan anticipatory guidance.

### 3. *Health Teaching*

Perawat sebagai role model bagi orang tua dan anak diharapkan dapat menjadi panutan dalam berperilaku hidup sehat. Perawat dapat berperan pada masyarakat luas untuk meningkatkan pelayanan kesehatan.

### 4. *Counseling*

*Counseling* dapat dilakukan dengan cara memberikan dukungan bertukar pendapat terkait permasalahan anak. Dukungan perawat juga dapat dilakukan dengan menjadi pendengar yang baik dan kehadiran perawat.

### 5. *Therapeutik Role*

Perawat berperan dalam pemenuhan kebutuhan fisik dan mental anak, bertanggung jawab terhadap pengobatan. Perawat melakukan ongoing assessment dan mengevaluasi bagaimana respon anak terhadap perawatan.

## 6. *Collaboration*

Perawat sebagai anggota tim kesehatan bekerja sama dan mengkoordinasi pelayanan keperawatan dengan kegiatan yang dilakukan tenaga kesehatan lainnya.

### **Pengaruh Keluarga pada Peningkatan Kesehatan Anak**

#### 1. Konsep Keluarga

Secara tradisional dan legal, keluarga mengacu pada dua atau lebih orang yang dihubungkan dengan kelahiran, pernikahan, atau adopsi yang tinggal bersama dalam sebuah rumah tangga (Eshleman & Bulcroft, 2010). Keluarga berhubungan dengan seseorang yang membuat unit keluarga dan tipe hubungan yang terjadi yaitu hubungan darah (*consanguineous*), hubungan pernikahan (*affinal*), dan keluarga asal ia dilahirkan (*family of origin*). Keluarga adalah tempat bagi anak untuk meneruskan kelangsungan hidup, tumbuh kembang, mendapat perlindungan dan pendidikan.

#### 2. Fungsi Keluarga terhadap Kesehatan Anak

Keluarga sebagai kelompok individu dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah kesehatan dalam kelompoknya sendiri. Fungsi keluarga yang paling relevan terhadap pemenuhan kesehatan adalah fungsi perawatan kesehatan keluarga (Friedman & Bowden, 2010). Fungsi perawatan kesehatan keluarga pada dasarnya merupakan tugas keluarga yang wajib dilakukan untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga dan meningkatkan tahap perkembangan anak sesuai usia. Kebutuhan dasar anak harus mendapatkan perhatian lebih dari orang tuanya agar kesehatannya menjadi terjaga dan perkembangannya menjadi tidak terganggu. Menurut pakar tumbuh kembang ada tiga kebutuhan dasar yang harus dipenuhi agar anak bisa tumbuh optimal yaitu:

- a. Kebutuhan kesehatan dan gizi yang baik. Gizi seimbang dibutuhkan pada setiap tahap tumbuh kembang terutama pada kelompok balita. Masa

balita adalah masa emas atau “*golden age periode*”. Balita yang kekurangan gizi tidak mampu membentuk antibody (daya tahan) terhadap penyakit infeksi sebagai akibatnya anak-anak sering kali terkena penyakit sehingga mengganggu pertumbuhannya. Ada hubungan antara pelaksanaan fungsi perawatan kesehatan keluarga dengan status gizi balita (Sari, 2014). Hal ini berarti bahwa balita berstatus gizi kurang dapat diakibatkan oleh belum optimalnya keluarga sebagai sebuah sistem yang memiliki fungsi perawatan kesehatan keluarga dalam melaksanakan fungsi perawatan.

- b. Kebutuhan dasar berikutnya adalah kasih sayang yang berpengaruh terhadap pembentukan karakter dan kepribadian anak. Setiap anak perlu mendapatkan kasih sayang dan perhatian dari keluarga serta rasa aman dan nyaman. Kebutuhan rasa kasih sayang pada anak usia dasar dapat dilakukan dengan cara memberikan perhatian penuh kepada mereka, misalnya menyediakan sarapan atau bekal makanan, menemani anak ketika belajar, mengajak mereka berwisata (*refreshing*), dan bermain.
- c. Kebutuhan dasar yang ketiga adalah stimulasi. Melakukan stimulasi yang memadai artinya merangsang otak anak. Penelitian membuktikan ada hubungan yang signifikan pemberian stimulasi dengan perkembangan anak usia di bawah dua tahun (Sukamti, Aticeh, & Fauziah, 2014). Kebutuhan asah berupa stimulasi perkembangan bagi anak sejak dini sangat penting diberikan oleh orang tua atau pengasuh sesuai dengan usia yang meliputi empat aspek perkembangan yaitu motorik kasar, motorik halus, bahasa dan sosial adaptasi kemandirian.

Faktor keluarga dapat menentukan keberhasilan perbaikan status kesehatan anak. Pengaruh keluarga pada masa pertumbuhan dan perkembangan anak sangat besar melalui pola hubungan anak dan keluarga serta nilai-nilai yang diajarkan. Ada pengaruh pemenuhan kesehatan anak terhadap perkembangan anak (Karimah, Nurwati, & Basar, 2015). Pendidikan orang tua merupakan salah satu faktor yang penting dalam tumbuh kembang anak. Orang tua yang memiliki pendidikan yang baik akan menerima segala informasi dari luar terutama tentang cara pengasuhan anak yang baik, asupan gizi seimbang, dan perlindungan bagi anak (Cahyaningsih, 2011).

## Daftar Pustaka

- Bayraktar, S., & Koyuncuoglu, E. (2017). Pediatric Nursing & Healthcare. *Clin Pediatr*, 2(5).
- de Breving, R. M., Ismanto, A. Y, & Onibala, F. (2015). Pengaruh penerapan atraumatic care terhadap respon kecemasan anak yang mengalami hospitalisasi di RSU pancaran kasih gmim manado dan RSUP Prof. Dr. RD Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan*, 3(2).
- Cahyaningsih, D. S. (2011). Pertumbuhan perkembangan anak dan remaja. Jakarta: CV. *Trans Info Media*.
- Coyne, I., Holmström, I., & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in healthcare: A concept synthesis of family-centered care, person-centered care and child-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 45–56.
- Eshleman, J. R., & Bulcroft, R. A. (2010). The family 12th edition. Boston ma: Allyn & Bacon.
- Fatimatusshabrina, M., Fatimatusshabrina, Z., & Meldawati, Z. (2021). Gambaran Kematian Bayi di Wilayah Kabupaten Hulu Sungai Selatan Tahun 2019. *Proceeding of Sari Mulia University Midwifery National Seminars*.
- Friedman, M. M., & Bowden, V. R. (2010). Buku ajar keperawatan keluarga, Jakarta: EGC.
- Handayani, A., & Daulima, N. H. C. (2020). Parental presence in the implementation of atraumatic care during children's hospitalization. *Pediatric Reports*, 12(S1), 11–14.
- Harrison, T. M. (2010). Family-centered pediatric nursing care: State of the science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(5), 335–343.
- Hidayah, N., & Misbahuddin, M. (2011). Keperawatan Anak. Alauddin Press.
- Hidayat, T. S., & Jahari, A. B. (2012). Perilaku pemanfaatan posyandu hubungannya dengan status gizi dan morbiditas balita. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 40(1), 1–10.

- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2013). *Wong's essentials of pediatric nursing*: Elsevier Health Sciences.
- Karimah, D., Nurwati, N., & Basar, G. G. K. (2015) . Pengaruh Pemenuhan Kesehatan Anak Terhadap Perkembangan Anak. *Prosiding Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat*, 2(1).
- Kemenkes, R. I. (2015). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun*, 2015, 125.
- Kemenkes, R.I. (2018). Data dan informasi profil kesehatan indonesia. *Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Lengkong, G.T., Langi, F.L.F.G., & Posangi, J. (2020). Faktor–Faktor Yang Berhubungan dengan Kematian Bayi di Indonesia', *KESMAS*, 9(4).
- Mikkelsen, G., & Frederiksen, K. (2011). Family-centred care of children in hospital—a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 67(5), 1152–1162.
- O'Connor, S., Brenner, M., & Coyne, I. (2019). Family-centred care of children and young people in the acute hospital setting: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 28(17-18), 3353–3367.
- Oktaviani, E., & Ridawati, I. D. (2021). The Effectiveness of Cutaneous Stimulation and Cuddling Therapy Combination on Toddler's Pain Response. *First International Conference on Health, Social Sciences and Technology (ICOHSST 2020)*. Atlantis Press, 235–240.
- Oktaviani, E., Rustina, Y, & Efendi, D. (2018). Facilitated tucking effective to pain relief on the preterm infants in perinatal unit in Jakarta. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 21(1), 9–16.
- Palupi, W. R., & Rizki, L. K. (2020). Analysis of Factor Affecting Infant Mortality Rate (Imr) in East Java Using Multiple Linear Regression. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*, 9(1), 69. doi: 10.20473/jbk.v9i1.2020.69-76.

- Perin, J. *et al.* (2022). Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 6(2), 106–115. doi: 10.1016/S2352-4642(21)00311-4.
- Putri, N. L., & Iskandar, N. S. (2021). *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Insan Cendekia Mandiri.
- Rokach, A.(2016). Psychological, emotional and physical experiences of hospitalized children. *Clin Case Rep Rev*, 2(4), 399–401.
- Sari, I.S. (2014). Hubungan pelaksanaan fungsi perawatan kesehatan keluarga Dengan status gizi balita. Riau University.
- Sartika, Z. *et al.* (2020). Atraumatic Care dengan Spalk Manakara pada Pemasangan Infus Efektif Menurunkan Tingkat Kecemasan Anak Pra Sekolah. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*, 15(2), 78–83.
- Smith, W. (2018). Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients', *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57–64.
- Soleman, S. R. (2020). The Trend of Children Mortality Rates in Indonesia. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 11(1), 52–62.
- Sukamti, S. S., Aticeh, A. A., & Fauziah, F.F. (2014). Stimulasi Dini pada Pola Asuh Berdampak Positif terhadap Perkembangan Anak Bawah Dua Tahun. *Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan*, 2(1), 27–35.

## **Profil Penulis**



### **Eva Oktaviani**

Penulis saat ini bekerja sebagai Dosen Departemen Keperawatan Anak di Poltekkes Kemenkes Palembang, Prodi Keperawatan Lubuklinggau sejak tahun 2010 sd sekarang. Lahir di Palembang, 10 Oktober 1985. Menempuh pendidikan perawat di S1 PSIK UGM tahun 2003. Pernah bekerja di Siloam Lippo Karawaci dari tahun 2008-2010 di ruang NICU dan Pediatrik. Kecintaan penulis terhadap passion anak mendorong penulis untuk melanjutkan Magister Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Anak di Universitas Indonesia tahun 2014. Penulis aktif menulis buku non fiksi dan fiksi seperti komik anak, antologi puisi, antologi cerpen dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa.

Email Penulis: [evaoktaviani@poltekkeskemenkes.ac.id](mailto:evaoktaviani@poltekkeskemenkes.ac.id)



# FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DAN TATA CARA PENGKAJIAN PEDIATRIK

**Ns. Rina Mariyana, S.Kep., M.Kep.**

Universitas Fort De Kock

## **Format Asuhan Keperawatan Anak**

Anak merupakan individu yang unik yang tidak bisa di pandang dengan kondisi fisik, anak diikuti dengan tahap pertumbuhan dan perkembangan serta memiliki kebutuhan yang berbeda beda (Alderman, H., Behrman, J. R., Glewwe, P., Fernald, L., & Walker, 2017). Tahapan tumbuh kembang pada anak dengan usia berbeda tergantung pada kemampuan motorik halus, motorik kasar, sosial dan bahasa yang mempunyai pola yang jelas, dapat diprediksi dan kontinu (Wachs et al., 2013). Anak membutuhkan suatu perawatan yang berkualitas dimana perawatan menciptakan suatu kenyamanan yang akan berdampak terhadap proses tumbuh kembangnya. Beberapa kondisi memerlukan fokus perhatian dari perawat untuk meningkatkan asuhan pelayanan keperawatan yang berkualitas dengan meningkatkan kenyamanan anak (Wong, D.L., Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M.L., & Schwartz, 2013). Keperawatan anak merupakan suatu pemberian asuhan keperawatan yang mengidentifikasi semua kebutuhan pada anak dimana asuhan keperawatan ini dilakukan secara komprehensif. Keperawatan anak telah banyak mengalami perkembangan dan perubahan yaitu dengan menerapkan prinsip dasar family center care, atraumatic

care dan developmental care (Erita, Hununwidiastuti and Leniwita, 2019). Proses asuhan keperawatan mengidentifikasi hal hal mulai dari proses pengakajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi telah menggunakan teori-teori keperawatan grand theory maupun middle range theory. Salah satu contoh middle range theory yang diplikasikan adalah teori comfort (kenyamanan) oleh Kathrin Colcaba (Alligood & Tomey, 2010). Dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak tentu berbeda dibandingkan dengan orang dewasa. Banyak perbedaan-perbedaan yang diperhatikan dimana harus disesuaikan dengan usia anak serta pertumbuhan dan perkembangan karena perawatan yang tidak optimal akan berdampak tidak baik secara fisiologis maupun psikologis anak itu sendiri. (Ns. Yuliasati and Amelia Arnis, 2016). Rencana asuhan keperawatan adalah proses formal yang mengidentifikasi kebutuhan yang ada dan mengenali potensi kebutuhan atau risiko. Rencana perawatan menyediakan komunikasi perawat, pasien dan penyedia layanan kesehatan lainnya untuk mencapai hasil perawatan. Perencanaan di mulai saat klien di rumah sakit dan di nilai respon klien terhadap perubahan dari intervensi yang telah di berikan dan mengevaluasi pencapaian tujuann(Lee, 2004). Alat penilaian adalah komponen dalam praktik keperawatan yang di perlukan untuk merencanakan dan memberikan perawatan yang berpusat pada pasien. Perawat merencanakan, melaksanakan, mengevaluasi yang di dukung oleh kolaborasi dengan seluruh tim perawat kesehatan. Dengan perawatan suportif dimana meningkatkan kualitas hidup pasien (van der Linden et al., 2018). Pengkajian adalah komponen kunci dari praktik keperawatan yang merupakan tahap awal dari proses keperawatan, yang merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengidentifikasi status kesehatan klien. Mencakup biologi, psikologis, social, spiritual, cultural. Baik pada anak sakit maupun anak yang sehat. Penanganan anak dilakukan sebaik mungkin hingga pulih kembali dan tumbuh kembang optimal sesuai potensi genetiknya (Álvarez et al., 2017) Untuk ini maka diperlukan diagnosa

fisis yg merupakan cara yang baku dan harus dikuasai setiap dokter Caranya diawali dengan anamnesis (pemeriksaan dengan wawancara) kemudian diikuti dengan:

1. Pemeriksaan fisik
2. Pemeriksaan penunjang
3. Diagnosis kerja
4. Diagnosis banding (dd/)
5. Diagnosis akhir

Anamnesis harus dilakukan secara teliti, teratur, lengkap (pengaruhnya 80% terhadap suatu penyakit). Tujuan utama rencana asuhan keperawatan untuk anak yang dirawat di rumah sakit meliputi peningkatan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri, menghilangkan kecemasan, dan peningkatan rasa kekuatan keluarga dalam membuat keputusan dan tidak adanya cedera (Paul Martin, 2022). perencanaan perawatan dan pendekatan kami memfasilitasi peningkatan pemahaman bersama tentang perspektif yang diperoleh melalui kemitraan, yang mengarah pada kemampuan tim perawatan kesehatan untuk memberikan perawatan individual dengan lebih baik di seluruh rangkaian perawatan (Marianne Belleza, 2017)

### **Pemeriksaan Fisik**

pemeriksaan fisik yang baik diawali dengan anamnesis yg sistematis untuk mengetahui riwayat penyakit pasien pemeriksaan fisis pada anak dinilai: penemuan fisis dihubungkan dengan tingkat pertumbuhannya (bayi & anak tumbuh dan berkembang)

1. Anamnesis (pada orangtua/ sumber lain)
2. Cara tercepat menuju diagnosis
3. Kunci menuju diagnosis
4. Didapat data subyektif (rinci)
5. Jangan subyektif

6. Dimulai dengan:

Tujuan Pengkajian:

- a. Mengumpulkan data klien, yang akan dianalisa untuk mengetahui status kesehatan klien
- b. Menentukan diagnose
- c. Menentukan perencanaan keperawatan
- d. Menentukan tindakan keperawatan lebih lanjut

Perawat anak perlu mengkaji status kesehatan:

- a. Klien anak yang sehat dan sakit
- b. Orang tua
- c. Keluarga
- d. Pengasuh/ orang terdekat klien

Pengkajian pada anak dapat di lakukan di:

- a. Ruang pemeriksaan,
- b. Ruang rawat anak
- c. Klinik
- d. Komunitas
- e. Dll

Pengkajian dilakukan pada:

- a. Dimulai sejak klien masuk
- b. Selama klien dirawat (misal setiap habis tindakan)
- c. Pengkajian ulang untuk menambah atau mengevaluasi/ melengkapi data
- d. Evaluasi tindakan

Persiapan sebelum pengkajian:

- a. Persiapan alat: alat pemeriksaan, grafik penilaian
- b. Persiapan perawat: komunikasi
- c. Persiapan lingkungan/ setting
- d. Persiapan klien sesuai dengan usia dan tingkat perkembangan
- e. Format dokumentasi

Ketika seorang anak di bawa ke tempat perawatan kesehatan, penting untuk mengumpulkan informasi mengenai kondisi anak saat ini serta riwayat medis. Informasi mengenai anak mengenai identitas dan alamat digunakan untuk mengumpulkan informasi kuesioner seperti kebiasaan makan, makanan di sukai dan alergi, jadwal tidur, toilet training, serta keluhan utama. Alasan kunjungan anak ke fasilitas kesehatan di sebut sebagai keluhan utama. Penting untuk mendapatkan penjelasan lengkap tentang apa yang membawa anak ke fasilitas perawatan kesehatan. Riwayat masalah kesehatan saat ini membantu perawat menemukan kebutuhan anak, perawat memperoleh informasi mengenai situasi saat ini, termasuk gejala anak, kapan mereka mulai, berapa lamna gejala itu muncul, deskripsi gejala, intensitas dan frekuensi dan pengobatan. Riwayat kesehatan, informasi tentang kehamilan ibu dan riwayat kehamilan disertakan dalam memperoleh riwayat kesehatan anak termasuk penyakit umum, serius dan kronis, imunisasi, makanan dan nutrisi. Riwayat kesehatan keluarga mendapat informasi mengenai kesehatan keluarga perawat menggunakan informasi melakukan pengajaran, pencegahan dengan anak. Riwayat nutrisi anak memberikan informasi mengenai kebiasaan dan preferensi makan serta masalah nutrisi yang mnungkin mebgindikasi penyakit. Tingkat perkembangan mengumpulkan informasi tingkat perkembangan anak dilakukan dengan mengajukan pertanyaan yang berkaitan langsung dengan tumbuh kembang. Perkembangan normal akan membantu perawat menentukan apakah ada kekhawatiran yang harus di nilai lebih lanjut mengenai perkembangan anak. (Marianne Belleza, 2017). Hasil yang diinginkan anak akan mencapai kemampuan perawatan diri dengan atau tanpa bantuan (Paul Martin, 2022).

Intervensi Keperawatan	Rasional
Kaji toleransi fisik dan kemampuan untuk melakukan ADL, dan aktivitas bermain dan pembatasan yang diberlakukan oleh penyakit dan protokol medis.	Memberikan informasi tentang jumlah energi dan efek penyakit pada tingkat aktivitas.
Memberikan perawatan pribadi untuk bayi dan anak kecil; bantu anak dan sesuaikan waktu dan metode agar sesuai dengan rutinitas di rumah.	Memberikan bantuan yang diperlukan di mana menggunakan pola dan artikel yang mendorong orang tua untuk membantu anak. Anak terbiasa menggunakan dan melakukan.
Antisipasi kebutuhan anak untuk toileting, makan, gosok gigi, mandi dan perawatan lainnya jika tidak mampu mengatur sendiri; biarkan anak melakukan sebanyak mungkin.	Mencegah pengalaman memalukan dengan toileting dan menjaga kenyamanan dengan kebersihan dan penampilan pribadi
Pujilah anak atas partisipasinya dalam perawatan sesuai dengan usia, tingkat perkembangan, dan energi.	Mempromosikan harga diri dan kemandirian.
Seimbangkan aktivitas dengan istirahat sesuai kebutuhan; tempatkan barang-barang yang dibutuhkan dan panggil lampu dalam jangkauan jika sesuai.	Mencegah kelelahan dengan menghemat energi dan meningkatkan istirahat.

<p>Sediakan alat bantu atau perangkat untuk melakukan ADL, memungkinkan pilihan bila memungkinkan.</p>	<p>Membantu anak dalam melakukan perawatan diri untuk ADL.</p>
<p>Dorong istirahat dan periode tenang.</p>	<p>Memastikan istirahat yang tepat dan mencegah kelelahan.</p>
<p>Instruksikan orang tua untuk menafsirkan kebutuhan anak jika anak terlalu muda untuk berbicara.</p>	<p>Memberikan perawatan antisipatif untuk anak.</p>
<p>Berikan instruksi dalam mandi, kebersihan, toileting, makan, berpakaian saat berada di lingkungan rumah sakit dan menginformasikan perbedaan dari perawatan di rumah dan metode yang diperlukan.</p>	<p>Meningkatkan kinerja keterampilan ADL yang sudah diketahui anak.</p>
<p>Dorong orang tua untuk membantu anak dalam ADL tetapi untuk membiarkan anak itu mandiri selama kondisi memungkinkan; memberi tahu orang tua bahwa disediakan tempat untuk kebutuhan pribadi mereka agar mereka dapat tinggal bersama anak.</p>	<p>Mempromosikan kemandirian dan beberapa kontrol oleh anak tanpa memisahkan anak dari orang tua.</p>

## **Tata Cara Pengkajian Pediatrik**

Pengkajian fisik yang dilakukan pada anak bersifat kontinu dimana terjadi selama wawancara. Pengkajian akan lebih mudah dilakukan pada anak apabila orang tua di hadirkan dan pemeriksa sudah menjalin hubungan lebih awal kepada anak. Hubungan yang di jalin perawat tidak akan menghilangkan perasaan takt dan ketidaknyamana pada anak namun membangun hubungan saling percaya. Memulai pengkajian pada anak dimulai dari Berkomunikasi dengan anak: (joyce angel, 2008)

1. Sisihkan waktu untuk mengenal anak dan orang tua
2. Ciptakan lingkungan yang hangat, ceria dan menjaga privasi. Pilih dekorasi yang sesuai dengan perilaku anak
3. Tanyakan pada orang tua anak biasa mengatasi situasibaru atau situasi tertekan. Mengetahui bagaimana anak bereaksi hal ini untuk perawat dalam merencanakan intervensi khusus untuk memudahkan dalam komunikasi
4. Tanyakan pada orang tua mengenai fasilitas pelayanan kesehatan yang mereka datang
5. Amati tingkah laku anak yang merupakantanda kesiapan anak pertimbangan tingkat perkembangan anak dan rentang perhatian anak serta gunakan pendekatan imajinatif saat melakukan pemeriksaan
6. Jika sulit anak untyk di kaji, bicara dengan orang tua, berikan anak pujian, mulai dari kaki sampai kepala, lepas pakaian bertahap , lakukan teknik dengan cepat, gunakan bahaa orang ketiga, cerita lucu atau sulap sederhana
7. Dorong anak untuk bertanya saat pengkajian namun tidak memaksa
8. Jelaskna proses pengkajian sesuai usia
9. Buatlah harapan yang jelas dan sederhana
10. Jangan menawarkan pilihan yang tidak ada

11. Berikan pujian yang jujur
12. Jika memeriksa anak lebih dari satu mulai pada anak yang lebih besar atau lebih kooperatif
13. Lakukan pemeriksaan dalam ruang yang menyenangkan dan tidak mengancam, Penerangan, dekorasi dg warna netral
14. Berikan kontak mata, sentuhan, Libatkan anak dalam proses pemeriksaan
15. Anjurkan untuk menggunakan alat tersebut pada boneka, keluarga atau perawat (joyce angel, 2008).

Melakukan Wawancara Klien Sebagian besar data subjektif dikumpulkan melalui wawancara dengan pengasuh keluarga dan anak. Mengapa wawancara? Wawancara membantu membangun hubungan antara perawat, anak, dan keluarga. Mendengarkan dan berkomunikasi. Mendengarkan dan menggunakan teknik komunikasi yang tepat membantu mempromosikan wawancara yang baik. Perkenalkan dan jelaskan tujuan Anda. Perawat harus diperkenalkan kepada anak dan pengasuh dan tujuan wawancara dinyatakan. Membangun hubungan. Sikap yang tenang dan meyakinkan penting untuk membangun kepercayaan dan kenyamanan; pengasuh dan perawat harus duduk dengan nyaman, dan anak harus diikutsertakan dalam proses wawancara. (Marianne Belleza, 2017)

Mewawancarai Pengasuh Keluarga Pengasuh keluarga memberikan sebagian besar informasi yang dibutuhkan dalam merawat anak, terutama bayi atau balita. Ajukan pertanyaan dan catat. Hindari bersikap menghakimi. Perawat harus tidak menghakimi, berhati-hati untuk tidak menunjukkan ketidaksetujuan melalui respons verbal atau nonverbal.

Mewawancarai Anak Adalah penting bahwa anak prasekolah dan anak yang lebih besar diikutsertakan dalam wawancara. Jadilah sesuai usia. Gunakan mainan dan pertanyaan yang sesuai dengan usia saat berbicara dengan anak. Membangun hubungan. Menunjukkan minat pada anak dan pada apa yang dia katakan

membantu anak dan pengasuh untuk merasa nyaman; dengan bersikap jujur saat menjawab pertanyaan anak, perawat membangun kepercayaan dengan anak. Mendengarkan. Komentar anak harus didengarkan dengan penuh perhatian, dan anak harus dibuat merasa penting dalam wawancara.

Mendapatkan Riwayat Klien Ketika seorang anak dibawa ke tempat perawatan kesehatan apa pun, penting untuk mengumpulkan informasi mengenai kondisi anak saat ini, serta riwayat kesehatannya.

Data biografi. Perawat memperoleh informasi identitas tentang anak, termasuk nama, alamat, dan nomor telepon anak, serta informasi tentang pengasuh; kuesioner sering digunakan untuk mengumpulkan informasi, seperti nama panggilan anak, kebiasaan makan, suka dan tidak suka makanan, alergi, jadwal tidur, dan status toilet-training.

Keluhan Utama. Alasan kunjungan anak ke fasilitas kesehatan disebut sebagai keluhan utama; untuk perawatan terbaik bagi anak, penting untuk mendapatkan penjelasan lengkap tentang apa yang membawa anak ke fasilitas perawatan kesehatan.

Riwayat masalah kesehatan saat ini. Untuk membantu perawat menemukan kebutuhan anak, perawat memperoleh informasi tentang situasi saat ini, termasuk gejala anak, kapan mereka mulai, berapa lama gejala itu muncul, deskripsi gejala, intensitas dan frekuensinya, dan pengobatannya. waktu.

Riwayat kesehatan. Informasi tentang kehamilan ibu dan riwayat kehamilan disertakan dalam memperoleh riwayat kesehatan anak; area lain yang ditanyakan perawat termasuk penyakit umum, serius, atau kronis pada masa kanak-kanak; imunisasi dan pemeliharaan kesehatan; makan dan nutrisi; serta rawat inap dan cedera.

Riwayat kesehatan keluarga. Pengasuh biasanya dapat memberikan informasi mengenai riwayat kesehatan keluarga; perawat menggunakan informasi ini untuk melakukan pengajaran pencegahan dengan anak dan keluarga.

Tinjauan sistem untuk masalah kesehatan saat ini. Sementara perawat mengumpulkan data subjektif, pengasuh atau anak ditanyai pertanyaan tentang setiap sistem tubuh; sistem tubuh yang terlibat dalam keluhan utama ditinjau secara rinci. Alergi, obat-obatan, dan penyalahgunaan zat. Reaksi alergi terhadap makanan, obat-obatan, atau alergi lain yang diketahui harus didiskusikan untuk mencegah anak diberikan obat atau zat apa pun yang dapat menyebabkan reaksi alergi; obat-obatan yang diminum atau diminum anak, baik yang diresepkan oleh penyedia perawatan atau yang dijual bebas, dicatat; penting, terutama pada remaja, untuk menilai penggunaan zat-zat seperti tembakau, alkohol, atau obat-obatan terlarang.

Gaya hidup. Riwayat sekolah mencakup informasi mengenai tingkat kelas dan prestasi akademik anak saat ini, serta perilaku yang terlihat di sekolah; sejarah sosial menawarkan informasi tentang lingkungan tempat anak tinggal, termasuk pengaturan rumah, pekerjaan orang tua, saudara kandung, hewan peliharaan keluarga, afiliasi agama, dan faktor ekonomi; riwayat pribadi berkaitan dengan data yang dikumpulkan tentang hal-hal seperti kebersihan anak dan pola tidur dan eliminasi;

Riwayat nutrisi anak memberikan informasi mengenai kebiasaan dan preferensi makan, serta masalah nutrisi yang mungkin mengindikasikan penyakit. Tingkat perkembangan. Pengumpulan informasi tentang tingkat perkembangan anak dilakukan dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan langsung dengan milestone tumbuh kembang; Mengetahui pola perkembangan normal akan membantu perawat menentukan apakah ada kekhawatiran yang harus dinilai lebih lanjut mengenai perkembangan anak.

#### Mengumpulkan Data Objektif

Data objektif dalam keperawatan merupakan bagian dari pengkajian kesehatan yang melibatkan pengumpulan informasi melalui observasi. Pengumpulan data objektif meliputi perawat melakukan pengukuran dasar tinggi badan, berat badan, tekanan darah, suhu, nadi, dan

pernapasan anak. Status Umum Perawat menggunakan pengetahuan tentang pertumbuhan dan perkembangan normal untuk mencatat apakah anak tampak sesuai dengan karakteristik usia yang disebutkan. Mengamati penampilan umum. Wajah bayi atau anak harus simetris; amati status gizi, kebersihan, kewaspadaan mental, serta postur dan gerakan tubuh; periksa warna kulit, lesi, memar, bekas luka, dan tanda lahir; amati tekstur, ketebalan, dan distribusi rambut. Memperhatikan status psikologis dan perilaku. Pengamatan perilaku harus mencakup faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku dan seberapa sering perilaku itu diulang; perilaku fisik, serta respons emosional dan intelektual, harus diperhatikan; pertimbangkan juga usia dan tingkat perkembangan anak, lingkungan fasilitas kesehatan yang tidak normal, dan apakah anak pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya atau dipisahkan dari pengasuh keluarga.

## 1. Persiapan Untuk Pemeriksaan

Persiapan lingkungan

- a. Pastikan lingkungan yang aman termasuk di tempat tidur atau di tempat bermain anak
- b. Hiasi dinding ruangan dengan mainan atau poster poster serta lukisan yang bernuansa anak-anak
- c. Jangan terlalu banyak orang dalam ruangan pemeriksaan
- d. Hindari ruangan yang ada kipas angin untuk menghindari berisik saat auskultasi
- e. Pastikan suhu ruangan tidak terlalu dingin
- f. Terapkan privasi bagi anak sekolah dan remaja

## 2. Persiapan alat

- a. Pastikan alat pemeriksaan sudah di siapkan
- b. Letakkan alat yang asing bagi anak di tempat yang tidak terlihat sebelum memulai pemeriksaan
- c. Hangatkan tangan dengan cara menggosok kedua tangan sebelum memulai pemeriksaan. Alat hangatkan dengan tangan atau air hangat

### 3. Observasi

- a. Walaupun anak tidak / belum dapat berkomunikasi, informasi dapat diperoleh dengan cara melakukan observasi
- b. sejak anak tersebut masuk ke dalam ruang periksa & catat semua hasil observasi di dalam rekam medik
- c. Intinya: pada anak, informasi melalui observasi penting



### 4. Posisi

- a. Pemeriksaan dapat dilakukan saat anak dipangku atau digendong
- b. Ada beberapa pemeriksaan yang harus dilakukan dengan posisi tidur
- c. Mengurangi rasa takut, pemeriksaan dapat dilakukan dari belakang tubuh si anak



## 5. Buka Baju

- a. Baju dibuka secara bertahap untuk mencegah kedinginan atau perasaan malu pada anak yang lebih besar
- b. Minta orangtua yang membukakan baju dan memasukkan termometer di bawah ketiak anaknya
- c. Tetap hargai anak yang tidak mau membuka bajunya

## 6. Pemeriksaan

- a. Mulai pemeriksaan dari bagian tubuh yang paling kecil kemungkinannya untuk terasa sakit / tidak nyaman
- b. Pemeriksaan telinga dan tenggorokan dilakukan paling akhir
- c. Upayakan agar pemeriksa sudah mempunyai alur pemeriksaan yang baku yang dapat diterapkan pada setiap anak yang diperiksa
- d. *Pemeriksaan yang “Menyakitkan”*: Sampaikan kepada anak: apa yang akan dilakukan dan bagaimana anak tersebut dapat membantu bahwa pemeriksaan ini perlu untuk dilakukan, bahwa pemeriksaan akan dilakukan secepat mungkin dan diupayakan tidak sakit, Jangan berbohong

Persiapan pada anak sesuai dengan tingkat tumbuh kembang

### 1. Infant

- a. Kedekatan dengan torang tua ⇒ libatkan Otrang Tua dalam prosedur bila memungkinkan
- b. Cemas terhadap orang asing ⇒ tetapkan orang yang memberikan pelayanan
- c. Fase sensori motor ⇒ gunakan terapi sentuhan
- d. Peningkatan kontrol otot ⇒ jauhkan objek yang berbahaya dari jangkauan

## 2. Toddler

- a. Pemikiran egosentrik ⇨ jelaskan prosedur sesuai dengan yang dilihat, didengar, dirasa
- b. Negativistik ⇨ gunakan teknik distraksi
- c. Animisme ⇨ jauhkan objek yang menakutkan dari anak
- d. keterbatasan berbahasa ⇨ berikan hanya satu petunjuk pada suatu saat
- e. Keterbatasan konsep waktu
- f. berusaha untuk bebas ⇨ berikan alternatif bila memungkinkan

## 3. Pre school

- a. Egosentrik ⇨ biarkan anak bermain dengan miniatur peralatan
- b. Meningkatnya kemampuan berbahasa ⇨ anjurkan anak untuk mengungkapkan perasaan
- c. Keterbatasan terhadap konsep waktu ⇨ berikan sesi pendidikan kesehatan yang lebih lama
- d. Menganggap sakit dan dirawat sebagai hukuman ⇨ klarifikasi setiap prosedur yang dilakukan
- e. Animisme ⇨ simpan peralatan, kecuali yang digunakan oleh anak
- f. Takut tubuhnya rusak ⇨ tentukan bagian yang akan dilakukan prosedur pada boneka
- g. Berusaha untuk memberikan inisiatif ⇨ libatkan anak dalam prosedur bila memungkinkan

## 4. School age

- a. Meningkatnya kemampuan berbahasa ⇨ jelaskan prosedur dengan menggunakan diagram yang sederhana
- b. Meningkatnya konsep waktu ⇨ rencanakan sesi belajar lebih lama

- c. Meningkatnya kontrol diri  $\Rightarrow$  katakan pada anak apa yang diharapkan
  - d. Mengembangkan hubungan dg teman  $\Rightarrow$  berikan privacy selama prosedur
5. Adolescent
- a. Meningkatnya kemampuan berfikir abstrak  $\Rightarrow$  berikan tambahan penjelasan (alasan prosedur dilakukan)
  - b. Memperhatikan penampilan  $\Rightarrow$  berikan privacy
  - c. Lebih peduli terhadap apa yang terjadi saat ini dibandingkan dengan masa depan
  - d. Berusaha untuk bebas  $\Rightarrow$  libatkan dalam pengambilan keputusan
  - e. Mengembangkan hub teman dan identitas kelompok  $\Rightarrow$  biarkan remaja berdiskusi dengan remaja lain yang mengalami prosedur yang sama

## Daftar Pustaka

- Alderman, H., Behrman, J. R., Glewwe, P., Fernald, L., & Walker, S. (2017) Evidence Of Impact Of Interventions On Growth And Development During Early And Middle Childhood. In D. Bundy (Eds.) Et. Al., Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.: Child And Adolescent Health And Development. (3rd Ed.). The International Bank For Reconstruction And Development / The World Bank.
- Álvarez, M. J. Et Al. (2017) 'The Effects Of Massage Therapy In Hospitalized Preterm Neonates: A Systematic Review', International Journal Of Nursing Studies. Elsevier Ltd, 69, Pp. 119–136. Doi: 10.1016/J.Ijnurstu.2017.02.009.
- Alligood, M.R., Tomey, A.M. (2010). Nursing theorist and their work. Seven edition. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Chiocca, Ellen M. (2011). Advanced pediatric assessment. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Erita, Hununwidiastuti, S. And Leniwita, H. (2019) Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak, Universitas Kristen Indonesia. Available At: [Http://Repository.Uki.Ac.Id/2703/1/BMPkeperawat anjiwa.Pdf](http://Repository.Uki.Ac.Id/2703/1/BMPkeperawat_anjiwa.Pdf).
- Hockenberry, M.J. and Wilson, D. (2007). Wong's nursing care of infants and children. Eighth Edition. St. Louis : Mosby Elsevier
- Joyce Angel (2008) Lokasi: Seri Pedoman Praktis Pengkajian Pediatrik. Available At: [Https://Onesearch.Id/Record/IOS2726.Slims-93837](https://Onesearch.Id/Record/IOS2726.Slims-93837) (Accessed: 30 April 2022).
- Kolcaba, K. (2010). An introduction to comfort theory. In The comfort line. Retrieved November 10, 2012, from <http://www.thecomfortline.com/>
- Kyle, T., & Carman, S. (2008). Essentials of Pediatric Nursing (2nd ed.): Lippincott Williams & Wilkins.

- Lee, T. T. (2004) 'Evaluation Of Computerized Nursing Care Plan: Instrument Development', *Journal Of Professional Nursing*. W.B. Saunders, 20(4), Pp. 230–238. Doi: 10.1016/J.PROFNURS.2004.05.001.
- Van Der Linden, S. J. Et Al. (2018) 'Supportive Care', *The European Blood And Marrow Transplantation Textbook For Nurses*. Cham: Springer International Publishing, Pp. 197–219. Doi: 10.1007/978-3-319-50026-3\_10.
- Marianne Belleza, R. N. (2017) *Pediatric Health Assessment And Physical Examination – Nurseslabs*, 2017. Available At: [https://Nurseslabs.Com/Pediatric-Health-Assessment/#Collecting\\_Subjective\\_Data](https://Nurseslabs.Com/Pediatric-Health-Assessment/#Collecting_Subjective_Data) (Accessed: 21 April 2022).
- Ns. Yuliastati, S. K. M. K. And Amelia Arnis, M. N. (2016) *Keperawatan Anak*, 2016. Available At: <http://Bppsdmk.Kemkes.Go.Id/Pusdiksdmk/Wp-Content/Uploads/2017/08/Keperawatan-Anak-Komprehensif.Pdf> (Accessed: 23 April 2022).
- Paul Martin, B. (2022) *5 Hospitalized Child Nursing Care Plans - Nurseslabs*. Available At: <https://Nurseslabs.Com/5-Hospitalized-Child-Nursing-Care-Plans/> (Accessed: 26 April 2022).
- Wachs, T. D. Et Al. (2013) 'Issues In The Timing Of Integrated Early Interventions: Contributions From Nutrition , Neuroscience , And Psychological Research', *Annals Of The New York Academy Of Sciences*, Pp. 89–106. Doi: 10.1111/Nyas.12314.
- Wong, D.L., Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M.L., & Schwartz, P. (2013) *Buku ajar keperawatan pediatric*. Jakarta : EGC.

## **Profil Penulis**



### **Rina Mariyana**

Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2007 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Stikes Fort De Kock dengan memilih Jurusan Keperawatan dan berhasil lulus pada tahun 2011.

Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S2 di Universitas Indonesia pada tahun 2016. Dua tahun kemudian, penulis menyelesaikan studi S2 di prodi Keperawatan Anak. Penulis memiliki kepakaran dibidang Pediatric Nursing. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Penulis memiliki pengalaman di rumah sakit dan komunitas. penulis telah bekerja di universitas Fort De Kock selama 11 tahun. Dia telah terlibat dalam pengajaran keperawatan kegawat daruratan pada anak.

Email Penulis: [rinamariyana@fdk.ac.id](mailto:rinamariyana@fdk.ac.id)



## KUESIONER PRA SKREENING PERKEMBANGAN (KPSP)

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

Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta

### **Perkembangan**

Perkembangan (*development*) adalah perubahan yang bersifat kuantitatif dan kualitatif, yaitu bertambahnya kemampuan (*skill*) struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks. Yaitu perkembangan kognitif, bahasa, motorik, emosi, dan perkembangan perilaku (Soetjiningsih, 2014). Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang lebih teratur, dapat diperkirakan, dan dapat diramalkan sebagai hasil dari proses diferensiasi sel, jaringan tubuh, organ-organ, serta sistemnya yang terorganisasi. Perkembangan adalah proses perubahan struktur dan fungsi tubuh yang meliputi perkembangan kognitif, bahasa, motorik, emosi, dan perkembangan perilaku (Santrock, Jhon W. 2007)

### **Ciri-Ciri Perkembangan**

Ciri-ciri perkembangan anak adalah sebagai berikut:

1. Perkembangan menimbulkan perubahan. Perkembangan terjadi bersamaan dengan pertumbuhan. Setiap pertumbuhan disertai dengan perubahan fungsi, misalnya perkembangan intelegensia pada seorang anak akan menyertai pertumbuhan otak dan serabut saraf.

2. Perkembangan pada tahap awal menentukan perkembangan selanjutnya. Setiap anak tidak akan bisa melewati satu tahap perkembangan sebelum ia melewati tahapan sebelumnya (Nursalam. 2013).
3. Perkembangan mempunyai kecepatan yang berbeda. Sebagaimana pertumbuhan, perkembangan mempunyai kecepatan yang berbeda-beda, baik dalam pertumbuhan fisik maupun perkembangan fungsi organ dan perkembangan pada masing-masing anak.
4. Perkembangan berkorelasi dengan pertumbuhan. Pada saat pertumbuhan berlangsung cepat, perkembangan pun demikian, terjadi peningkatan mental, memori, daya nalar, asosiasi dan lain-lain.
5. Perkembangan mempunyai pola yang tetap. Perkembangan fungsi organ tubuh terjadi menurut dua hukum yang tetap, yaitu:
  - a. Perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah kepala, kemudian menuju ke arah kaudal/anggota tubuh (pola sefalokaudal).
  - b. Perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah proksimal (gerak kasar) lalu berkembang ke bagian distal seperti jari-jari yang mempunyai kemampuan gerak halus/pola proksimodistal (Sulistyawati, Ari. 2014).
6. Perkembangan memiliki tahap yang berurutan. Tahap perkembangan seorang anak mengikuti pola yang teratur dan berurutan. Tahap-tahap tersebut tidak bisa terjadi terbalik, misalnya anak terlebih dahulu mampu membuat lingkaran sebelum mampu membuat gambar kotak, anak mampu berdiri sebelum berjalan dan sebagainya (Narendra, 2008).

### **Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perkembangan Anak**

1. Faktor dalam (internal)
  - a. Perbedaan ras/etnik

Ras berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak. Beberapa ras atau suku bangsa memiliki karakteristik yang khas, misalnya bangsa Asia memiliki tubuh yang cenderung pendek atau kecil sedangkan bangsa Eropa dan Amerika cenderung tinggi besar.

b. Keluarga

Berkaitan dengan genetik dalam suatu keluarga ada kecenderungan memiliki postur tubuh yang pendek atau tinggi.

c. Umur

Pada masa prenatal merupakan tahun pertama kehidupan dimana terjadi pertumbuhan yang sangat pesat.

d. Jenis Kelamin

Pada anak perempuan terjadi perkembangan fungsi reproduksi yang lebih cepat. Berbeda pada saat melewati masa pubertas, perkembangan anak laki-laki akan lebih cepat.

e. Genetik

Genetik adalah bawaan anak yaitu potensi anak yang akan menjadi ciri khasnya. Beberapa kelainan genetik berpengaruh pada tumbuh kembang anak.

f. Kelainan Kromosom

Kelainan kromosom umumnya disertai dengan kegagalan pertumbuhan (Soetjiningsih, 2014).

2. Faktor luar (eksternal)

a. Faktor prenatal

1) Gizi

Nutrisi ibu hamil terutama pada trimester akhir kehamilan akan memengaruhi pertumbuhan janin (Deki, 2016).

2) Mekanis

Posisi fetus yang abnormal bisa menyebabkan kelainan kongenital seperti *club foot*.

3) Toksin/zat kimia

Beberapa obat-obatan seperti Aminopterin atau Thalidomid dapat menyebabkan kelainan kongenital seperti palatoskisis.

4) Endokrin

Diabetes Mellitus dapat menyebabkan makrosomia, kardiomegali, dan hiperplasia adrenal.

5) Radiasi Paparan

Radiasi dan sinar Rontgen dapat mengakibatkan kelainan pada janin seperti mikrosefali, spina bifida, retardasi mental, dan deformitas anggota gerak, kelainan kongenital mata, serta kelainan jantung.

6) Infeksi

Infeksi pada trimester pertama dan kedua oleh TORCH (Toksoplasma, Rubella, Citomegali virus, Herpes simpleks) dapat menyebabkan kelainan pada janin seperti katarak, bisu tuli, mikrosefali, retardasi mental, dan kelainan jantung kongenital.

7) Psikologi ibu

Kehamilan yang tidak diinginkan serta perlakuan salah atau kekerasan mental pada ibu hamil dan lain-lain.

b. Faktor persalinan

Komplikasi persalinan pada bayi seperti trauma kepala, asfiksia dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak.

c. Faktor pascanatal

- 1) Biologis: Ras, jenis kelamin, umur, gizi, perawatan kesehatan, fungsi metabolisme, penyakit kronis serta hormon.
- 2) Fisik: Keadaan geografis suatu daerah, sanitasi, keadaan rumah, serta radiasi
- 3) Psikososial: Cinta dan kasih sayang, kualitas interaksi, motivasi belajar, stimulasi.
- 4) Keluarga: Pekerjaan/pendapatan keluarga, pendidikan ayah/ibu, jumlah saudara, pola asuh, jenis kelamin, kepribadian ayah/ibu, stabilitas rumah tangga, dan agama (Soetjiningsih, 2014).

**Tahapan Perkembangan Anak Menurut Umur**

1. Umur 0-3 bulan

- a. Mengangkat kepala setinggi 45°
- b. Menggerakkan kepala dari kiri/kanan ke tengah.
- c. Melihat dan menatap wajah anda.
- d. Mengoceh spontan atau bereaksi dengan mengoceh.
- e. Suka tertawa keras.
- f. Bereaksi terkejut terhadap suara keras.
- g. Membalas tersenyum ketika diajak bicara/tersenyum.
- h. Mengenal ibu dengan penglihatan, penciuman, pendengaran, kontak

2. Umur 3-6 bulan

- a. Berbalik dari telungkup ke terlentang.
- b. Mengangkat kepala setinggi 90°
- c. Mempertahankan posisi kepala tetap tegak dan stabil.
- d. Menggenggam pensil.

- e. Meraih benda yang ada dalam jangkauannya.
  - f. Memegang tangannya sendiri.
  - g. Berusaha memperluas pandangan.
  - h. Mengarahkan matanya pada benda-benda kecil.
  - i. Mengeluarkan suara gembira bernada tinggi atau memekik.
  - j. Tersenyum ketika melihat mainan/gambar yang menarik saat bermain sendiri
3. Umur 6-9 bulan
- a. Duduk (sikap tripod - sendiri)
  - b. Belajar berdiri, kedua kakinya menyangga sebagian berat badan.
  - c. Merangkak meraih mainan atau mendekati seseorang.
  - d. Memindahkan benda dari tangan satu ke tangan yang lain.
  - e. Memungut 2 benda, masing-masing lengan pegang 1 benda pada saat yang bersamaan.
  - f. Memungut benda sebesar kacang dengan cara meraup.
  - g. Bersuara tanpa arti, mamama, bababa, dadada, tatata.
  - h. Mencari mainan/benda yang dijatuhkan.
  - i. Bermain tepuk tangan/ciluk baa.
  - j. Bergembira dengan melempar benda.
  - k. Makan kue sendiri.
4. Umur 9-12 bulan
- a. Mengangkat benda ke posisi berdiri.
  - b. Belajar berdiri selama 30 detik atau berpegangan di kursi.
  - c. Dapat berjalan dengan dituntun.

- d. Mengulurkan lengan/badan untuk meraih mainan yang diinginkan.
  - e. Menggenggam erat pensil.
  - f. Memasukkan benda ke mulut.
  - g. Mengulang menirukan bunyi yang didengarkan.
  - h. Menyebut 2-3 suku kata yang sama tanpa arti.
  - i. Mengeksplorasi sekitar, ingin tau, ingin menyentuh apa saja.
  - j. Beraksi terhadap suara yang perlahan atau bisikan.
  - k. Senang diajak bermain “CILUK BAA”.
  - l. Mengenal anggota keluarga, takut pada orang yang belum dikenali.
5. Umur 12-18 bulan
- a. Berdiri sendiri tanpa berpegangan.
  - b. Membungkung memungut mainan kemudian berdiri kembali.
  - c. Berjalan mundur 5 langkah.
  - d. Memanggil ayah dengan kata “papa”. Memanggil ibu dengan kata “mama”
  - e. Menumpuk 2 kubus.
  - f. Memasukkan kubus di kotak.
  - g. Menunjuk apa yang diinginkan tanpa menangis/merengek, anak bisa mengeluarkan suara yang menyenangkan atau menarik tangan ibu.
  - h. Memperlihatkan rasa cemburu / bersaing.
6. Umur 18-24 bulan
- a. Berdiri sendiri tanpa berpegangan selama 30 detik.
  - b. Berjalan tanpa terhuyung-huyung.

- c. Bertepuk tangan, melambai-lambai.
  - d. Menumpuk 4 buah kubus.
  - e. Memungut benda kecil dengan ibu jari dan jari telunjuk.
  - f. Menggelindingkan bola kearah sasaran.
  - g. Menyebut 3-6 kata yang mempunyai arti.
  - h. Membantu/menirukan pekerjaan rumah tangga.
  - i. Memegang cangkir sendiri, belajar makan - minum sendiri.
7. Umur 24-36 bulan
- a. Jalan naik tangga sendiri.
  - b. Dapat bermain dengan sandal kecil.
  - c. Mencoret-coret pensil pada kertas.
  - d. Bicara dengan baik menggunakan 2 kata.
  - e. Dapat menunjukkan 1 atau lebih bagian tubuhnya ketika diminta.
  - f. Melihat gambar dan dapat menyebutkan dengan benar nama 2 benda atau lebih.
  - g. Membantu memungut mainannya sendiri atau membantu mengangkat piring jika diminta.
  - h. Makan nasi sendiri tanpa banyak tumpah.
  - i. Melepas pakaiannya sendiri.
8. Umur 36-48 bulan
- a. Berdiri 1 kaki 2 detik.
  - b. Melompat kedua kaki diangkat.
  - c. Mengayuh sepeda roda tiga.
  - d. Menggambar garis lurus.
  - e. Menumpuk 8 buah kubus.
  - f. Mengenal 2-4 warnah.
  - g. Menyebut nama, umur, tempat.

- h. Mengerti arti kata di atas, dibawah, di depan.
  - i. Mendengarkan cerita.
  - j. Mencuci dan mengeringkan tangan sendiri.
  - k. Mengenakan celana panjang, kemeja baju.
9. Umur 48-60 bulan
- a. Berdiri 1 kaki 6 detik.
  - b. Melompat-lompat 1 kaki.
  - c. Menari.
  - d. Menggambar tanda silang.
  - e. Menggambarlingkaran.
  - f. Menggambar orang dengan 3 bagian tubuh.
  - g. Mengancing baju atau pakian boneka.
  - h. Menyebut nama lengkap tanpa di bantu.
  - i. Senang menyebut kata-kata baru.
  - j. Senang bertanya tentang sesuatu.
  - k. Menjawab pertanyaan dengan kata-kata yang benar.
  - l. Bicara mudah dimengerti.
  - m. Bisa membandingkan/membedakan sesuatu dari ukuran dan bentuknya.
  - n. Menyebut angka, menghitung jari.
  - o. Menyebut nama-nama hari.
  - p. Berpakian sendiri tanpa di bantu.
  - q. Bereaksi tenang dan tidak rewel ketika ditinggal ibu.
10. Umur 60-72 bulan
- a. Berjalan lurus.
  - b. Berdiri dengan 1 kaki selama 11 detik.
  - c. Menggambar dengan 6 bagian, menggambar orang lengkap

- d. Menangkap bola kecil dengan kedua tangan.
- e. Menggambar segi empat.
- f. Mengerti arti lawan kata.
- g. Mengerti pembicaraan yang menggunakan 7 kata atau lebih.
- h. Menjawab pertanyaan tentang benda terbuat dari apa dan kegunaannya.
- i. Mengenal angka, bisa menghitung angka 5-10
- j. Mengenal warna-warni
- k. Mengungkapkan simpati.
- l. Mengikuti aturan permainan.
- m. Berpakaian sendiri tanpa di bantu.

### **Aspek-Aspek Perkembangan yang Dipantau**

1. Gerak kasar atau motorik kasar adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan pergerakan dan sikap tubuh yang melibatkan otot-otot besar, seperti duduk, berdiri, dan sebagainya.
2. Gerak halus atau motorik halus adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu dan dilakukan oleh otot-otot kecil, tetapi memerlukan koordinasi yang cermat seperti mengamati sesuatu, menjepit, menulis dan sebagainya.
3. Kemampuan bicara dan bahasa adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan untuk memberikan respons terhadap suara, berbicara, berkomunikasi, mengikuti perintah dan sebagainya.
4. Sosialisasi dan kemandirian adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri anak (makan sendiri, membereskan mainan selesai bermain), berpisah dengan ibu/pengasuh anak, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya, dan sebagainya (Kemenkes RI, 2016).

## **Alat Ukur Perkembangan Anak**

Deteksi dini tumbuh kembang anak adalah kegiatan/pemeriksaan untuk menemukan secara dini adanya penyimpangan tumbuh kembang pada balita. Kuesioner Pra Skreening Perkembangan (KPSP) merupakan deteksi dini yang dapat dilakukan di berbagai usia.

### **1. Pengertian KPSP**

Kuesioner Pra Skreening Perkembangan (KPSP) merupakan tes pemeriksaan perkembangan anak dengan menggunakan kuesioner (Kemenkes RI, 2016).

### **2. Tujuan KPSP**

Tujuan skrining/pemeriksaan perkembangan anak menggunakan KPSP adalah untuk mengetahui perkembangan anak normal atau ada penyimpangan. Instrumen KPSP ini dapat dilakukan di semua tingkat pelayanan kesehatan dasar (Diana, 2010).

### **3. Jadwal skrining/pemeriksaan KPSP**

Jadwal rutin dilakukan pada umur 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60, 66 dan 72 bulan. Jika anak belum mencapai umur skrining tersebut, minta ibu datang kembali pada umur skrining yang terdekat untuk pemeriksaan rutin. Misalnya bayi umur 7 bulan, diminta datang kembali untuk skrining pada umur 9 bulan. Apabila anak mempunyai masalah tumbuh kembang pada usia anak diluar jadwal skrining, maka gunakan KPSP untuk usia skrining terdekat yang lebih muda (Diana, 2010).

### **4. Formulir KPSP menurut umur**

Formulir ini berisi 9-10 pertanyaan tentang kemampuan perkembangan yang telah dicapai anak. Sasaran KPSP anak umur 0-72 bulan.

Alat bantu pemeriksaan berupa: pensil, kertas, bola sebesar bola tennis, kerincingan, kubus berukuran sisi 2,5 cm sebanyak 6 buah, kismis, kacang tanah, potongan biskuit kecil berukuran 0,5-1 cm (Kemenkes RI, 2016).

5. Interpretasi Hasil KPSP
  - a. Hitung jawaban Ya (bila dijawab bisa atau sering atau kadang- kadang).
  - b. Hitung jawaban Tidak (bila jawaban belum pernah atau tidak pernah).
  - c. Bila jawaban YA = 9-10, perkembangan anak sesuai dengan tahapan perkembangan (S).
  - d. Bila jawaban YA = 7 atau 8, perkembangan anak meragukan (M).
  - e. Bila jawaban YA = 6 atau kurang, kemungkinan ada penyimpangan (P).
  - f. Rincilah jawaban TIDAK pada nomer berapa saja (Kemenkes RI, 2016).
6. Intervensi
  - a. 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 BKB. Jika anak sudah memasuki usia pra-sekolah (36-72 bulan), anak dapat diikutkan pada kegiatan di Pusat PAUD, Kelompok Bermain dan Taman Kanak-Kanak.
    - 5) Lakukan pemeriksaan/skrining rutin menggunakan KPSP setiap bulan pada anak berumur kurang dari 24 bulan dan setiap 6 bulan pada anak umur 24 sampai 72 bulan.

- b. 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.
  - 3) Lakukan pemeriksaan kesehatan untuk mencari kemungkinan adanya penyakit yang menyebabkan penyimpangan perkembangannya.
  - 4) Lakukan penilaian ulang KPSP 2 minggu kemudian dengan menggunakan daftar KPSP yang sesuai dengan umur anak.
  - 5) Jika hasil KPSP ulang jawaban “Ya” tetap 7 atau 8 maka kemungkinan ada penyimpangan (P).
- c. Bila tahapan perkembangan terjadi penyimpangan (P), lakukan tindakan berikut:
- Rujukan ke Rumah Sakit dengan menuliskan jenis dan jumlah penyimpangan perkembangan (gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa, sosialisasi dan kemandirian) (Kemenkes RI, 2016).

### **Penilaian Kuesioner Pra Skreening Perkembangan (KPSP)**

#### 1. KPSP umur 3 bulan

NO	PENILAIAN	ASPEK	YA	TIDAK
<b>Bayi Terlentangan:</b>				
1.	Pada waktu bayi terlentang, apakah masing-masing lengan dan tungkai bergerak dengan mudah? Jawaban TIDAK bila salah satu atau kedua tungkai	Gerak Kasar		

	atau lengan bayi bergerak tak terarah/tak terkendali			
2.	Pada waktu bayi terlentang apakah ia melihat dan menatap wajah anda?	Sosialisasi & Kemandirian		
3.	Apakah bayi dapat mengeluarkan suara-suara lain (ngoceh) selain menangis?	Bicara dan Bahasa		
4.	Pada waktu anda mengajak bayi berbicara dan tersenyum, apakah ia tersenyum kembali kepada anda	Sosialisasi & Kemandirian		
5.	Apakah bayi suka tertawa keras walau tidak digelitik atau dirababab?	Bicara dan Bahasa		
6.	Ambil wool merah, letakkan di atas wajah di depan mata, gerakkan wool dari samping kiri ke kanan kepala. Apakah ia dapat mengikuti gerakan anda dengan menggerakkan kepalanya dari kanan/kiri ke tengah?	Gerak Halus		
<b>Bayi Telungkupkan:</b>				
7.	Ambil wool merah, letakkan di atas wajah di depan mata, gerakkan wool dari samping kiri ke kanan kepala. Apakah ia dapat mengikuti gerakan anda dengan menggerakkan kepalanya dari satu sisi hampir sampai pada sisi yang lain?	Gerak Halus		
8.	Pada waktu bayi telungkup di alas yang datar, apakah ia dapat mengangkat kepalanya seperti pada gambar ini?	Gerak Kasar		
9.	Pada waktu bayi telungkup di alas yang datar, apakah ia dapat mengangkat kepalanya sehingga	Gerak Kasar		

	membentuk sudut 45° seperti pada gambar?			
10.	Pada waktu bayi telungkup di alas yang datar, apakah ia dapat mengangkat kepalanya dengan tegak seperti pada gambar?	Gerak Kasar		
	<b>TOTAL</b>			

## 2. KPSP umur 6 bulan

NO	PENILAIAN	ASPEK	YA	TIDAK
<b>Bayi Terlentangan:</b>				
1.	Ambil wool merah, letakkan di atas wajah di depan mata, gerakkan wool dari samping kiri ke kanan kepala. Apakah ia dapat mengikuti gerakan anda dengan menggerakkan kepala sepenuhnya dari satu ke sisi yang lain?	Gerak Halus		
2.	Pada posisi bayi terlentang, pegang kedua tangannya lalu tarik perlahan-lahan ke posisi duduk. Dapatkah bayi mempertahankan lehernya secara kaku seperti gambar? Jawab TIDAK bila kepala bayi jatuh kembali seperti gambar	Gerak Kasar		
<b>Bayi Telungkupkan:</b>				
3.	Ketika bayi telungkup di alas datar, apakah ia dapat mengangkat dada dengan kedua lengannya sebagai penyangga seperti pada gambar?	Gerak Kasar		
<b>Bayi dipangku ibunya / pengasuh di tepi meja periksa:</b>				
4.	Dapatkah bayi mempertahankan posisi kepala dalam keadaan tegak dan stabil? Jawab TIDAK bila	Gerak Kasar		

	kepala bayi cenderung jatuh ke kanan/kiri atau ke dadanya.			
5.	Sentuhkan pensil di punggung tangan atau ujung jari bayi (jangan meletakkan di atas telapak tangan bayi). Apakah bayi dapat menggenggam pensil itu selama beberapa detik?	Gerak Halus		
6.	Dapatkah bayi mengarahkan matanya pada benda kecil sebesar kacang, kismis atau uang logam? Jawab TIDAK jika ia tidak dapat mengarahkan matanya.	Gerak Halus		
7.	Dapatkah bayi meraih mainan yang diletakkan agak jauh namun masih berada dalam jangkauan tangannya?	Gerak Halus		
<b>Tanya Ibu / Pengasuh :</b>				
8.	Pernahkah bayi mengeluarkan suara gembira bernada tinggi atau memekik tetapi bukan menangis?	Bicara dan Bahasa		
9.	Pernahkah bayi berbalik paling sedikit dua kali, dari terlentang ke telungkup atau sebaliknya?	Gerak Kasar		
10.	Pernahkah anda melihat bayi tersenyum ketika melihat mainan yang lucu, gambar atau binatang peliharaan pada saat ia bermain sendiri?	Sosialisasi & Kemandirian		
	<b>TOTAL</b>			

### 3. KPSP umur 9 bulan

NO	PENILAIAN	ASPEK	YA	TIDAK
<b>Bayi Terlentangkan:</b>				
1.	Pada posisi bayi telentang, pegang kedua tangannya lalu tarik perlahan-lahan ke posisi duduk. Jawab YA bila bayi mempertahankan lehernya secara kaku dan Jawab TIDAK bila kepala bayi jatuh kembali	Gerak Kasar		
<b>Bayi dipangku ibunya / pengasuh di tepi meja periksa:</b>				
2.	Tarik perhatian bayi dengan memperlihatkan wool merah, kemudian jatuhkan ke lantai. Apakah bayi mencoba mencarinya? Misalnya mencari di bawah meja atau di belakang kursi?	Gerak Halus		
3	Taruh 2 kubus di atas meja, buat agar bayi dapat memungut masing-masing kubus dengan masing-masing tangan dan memegang satu kubus pada masing-masing tangannya	Gerak Kasar		
4.	Taruh kismis di atas meja. Dapatkah bayi memungut dengan tangannya benda-benda kecil seperti kismis, kacang-kacangan, potongan biskuit, dengan gerakan miring atau menggerapai.	Gerak Kasar		
5.	Letakkan suatu mainan yang dinginkannya di luar jangkauan bayi, apakah ia mencoba mendapatkannya dengan mengulurkan lengan atau badannya?	Sosialisasi & Kemandirian		

<b>Tanya Ibu / Pengasuh :</b>				
6.	Apakah pernah melihat bayi memindahkan mainan atau kue kering dari satu tangan ke tangan yang lain? Benda-benda panjang seperti sendok atau kerincingan bertangkai tidak ikut dinilai.	Gerak Halus		
7.	Apakah bayi dapat makan kue kering sendiri?	Sosialisasi & Kemandirian		
8.	Pada waktu bayi bermain sendiri dan ibu diam-diam datang berdiri dibelakangnya, apakah ia menengok ke belakang seperti mendengar kedatangan anda?  Suara keras tidak ikut dihitung. Jawab YA hanya jika anda melihat reaksinya terhadap suara yang perlahan atau bisikan.	Bicara dan Bahasa		
<b>Bayi dipangku pemeriksa :</b>				
9.	Jika anda mengangkat bayi melalui ketiaknya ke posisi berdiri, dapatkah ia menyangga sebagian berat badan dengan kedua kakinya? Jawab YA bila ia mencoba berdiri dan sebagian berat badan tertumpu pada kedua kakinya	Gerak Kasar		
10.	Tanpa disangga oleh bantal, kursi atau dinding, dapatkah bayi duduk sendiri selama 60 detik?	Gerak Kasar		
	<b>TOTAL</b>			

4. KPSP umur 12 bulan

NO	PENILAIAN	ASPEK	YA	TIDAK
<b>Bayi dipangku ibunya / pengasuh di tepi meja periksa:</b>				
1.	Letakkan pensil di telapak tangan bayi. Coba ambil pensil tersebut dengan perlahan-lahan. Sulitkah anda mendapatkan pensil itu kembali?	Gerak Halus		
2.	Taruh kismis di atas meja. Dapatkah bayi memungut dengan tangannya benda-benda kecil seperti kismis, kacang-kacangan, potongan biskuit, dengan gerakan miring atau menggerapai	Gerak Halus		
3	Tanpa bantuan,apakah anak dapat mempertemukan dua kubus kecil yang ia pegang?	Gerak Halus		
4.	Sebut 2-3 kata yang dapat ditiru oleh anak (tidak perlu kata-kata yang lengkap). Apakah ia mencoba meniru menyebutkan kata-kata tadi ?	Bicara dan Bahasa		
<b>Tanya Ibu / Pengasuh :</b>				
5.	Jika anda bersembunyi di belakang sesuatu/di pojok, kemudian muncul dan menghilang secara berulang-ulang di hadapan anak, apakah ia mencari anda atau mengharapkan anda muncul kembali?	Sosialisasi & Kemandirian		
6.	Apakah anak dapat mengangkat badannya ke posisi berdiri tanpa bantuan anda?	Gerak Kasar		

7.	Apakah anak dapat membedakan anda dengan orang yang belum ia kenal? Ia akan menunjukkan sikap malu-malu atau ragu-ragu pada saat permulaan bertemu dengan orang yang belum dikenalnya.	Sosialisasi & Kemandirian		
8.	Apakah anak dapat duduk sendiri tanpa bantuan?	Gerak Kasar		
9.	Apakah anak dapat mengatakan 2 suku kata yang sama, misalnya: “ma-ma”, “da-da” atau “pa-pa”. Jawab YA bila ia mengeluarkan salah satu suara tadi.	Bicara dan Bahasa		
<b>Coba berdirikan anak :</b>				
10.	Apakah anak dapat berdiri selama 30 detik atau lebih dengan berpegangan pada kursi/meja?	Gerak Kasar		
<b>TOTAL</b>				

#### 5. KPSP umur 15 bulan

NO	PENILAIAN	ASPEK	YA	TIDAK
<b>Anak dipangku ibunya/pengasuh ditepi meja periksa :</b>				
1.	Beri 2 kubus, tanpa bantuan, apakah anak dapat mempertemukan dua kubus kecil yang ia pegang?	Gerak Halus		
2.	Apakah anak anak dapat mengambil benda kecil seperti kacang, kismis, atau potongan biskuit dengan menggunakan ibu jari dan jari telunjuk	Gerak Halus		

<b>Tanya Ibu/Pengasuh :</b>				
3	Apakah anak dapat jalan sendiri atau jalan dengan berpegangan?	Gerak Kasar		
4.	Tanpa bantuan, apakah anak dapat bertepuk tangan atau melambailambai?	Sosialisasi & Kemandirian		
5.	Jawab TIDAK bila ia membutuhkan bantuan. Apakah anak dapat mengatakan "papa" ketika ia memanggil/melihat ayahnya, atau mengatakan "mama" jika memanggil/melihat ibunya?	Bicara dan Bahasa		
6.	Jawab YA bila anak mengatakan salah satu diantaranya. Apakah anak dapat menunjukkan apa yang diinginkannya tanpa menangis atau merengek? Jawab YA bila ia menunjuk, menarik atau mengeluarkan suara yang menyenangkan	Sosialisasi & Kemandirian		
<b>Coba berdirikan anak :</b>				
7.	Apakah anak dapat berdiri sendiri tanpa berpegangan selama kira-kira 5 detik?	Gerak Kasar		
8.	Apakah anak dapat berdiri sendiri tanpa berpegangan selama 30 detik atau lebih?	Gerak Kasar		
9.	Taruh kubus di lantai, tanpa berpegangan atau menyentuh lantai, apakah anak dapat membungkuk untuk memungut kubus di lantai dan kemudian berdiri kembali?	Gerak Kasar		
10.	Apakah anak dapat berjalan di sepanjang ruangan tanpa jatuh atau terhuyung-huyung?	Gerak Kasar		

	<b>TOTAL</b>			
--	--------------	--	--	--

## 6. KPSP umur 18 bulan

NO	PENILAIAN	ASPEK	YA	TIDAK
<b>Anak dipangku ibunya/pengasuh ditepi meja periksa :</b>				
1.	Letakkan kismis diatas meja dekat anak, apakah anak dapat mengambil dengan ibu jari dan telunjuk?	Gerak Halus		
2.	Gelindingkan bola tenis ke arah anak, apakah dapat mengelindingkan/melempar bola kembali kepada anak?	Gerak Halus		
<b>Tanya Ibu/Pengasuh :</b>				
3	Apakah anak dapat bertepuk tangan atau melambaikan tangan tanpa bantuan?	Sosialisasi & Kemandirian		
4.	Apakah anak dapat mengatakan “papa” ketika melihat atau memanggil ayahnya atau mengatakan “mama” ketika melihat atau memanggil ibunya?	Bicara dan Bahasa		
5.	Apakah anak dapat menunjukkan apa yang diinginkan tanpa menangis atau merengek?	Sosialisasi & Kemandirian		
6.	Apakah anak dapat minum dari cangkir/gelas sendiri tanpa tumpah?	Sosialisasi & Kemandirian		

<b>Coba berdirikan anak :</b>				
7.	Apakah anak dapat berdiri kira-kira 5 detik tanpa pegangan?	Gerak Kasar		
8.	Apakah anak dapat berdiri kira-kira lebih dari 30 detik tanpa pegangan?	Gerak Kasar		
9.	Letakkan kubus di lantai, minta anak memungut, apakah anak dapat memungut dan berdiri kembali tanpa berpegangan?	Gerak Kasar		
10.	Minta anak berjalan sepanjang ruangan, dapatkan ia berjalan tanpa terhuyung/jatuh?	Gerak Kasar		
<b>TOTAL</b>				

#### 7. KPSP umur 21 bulan

NO	PENILAIAN	ASPEK	YA	TIDAK
<b>Anak dipangku ibunya/pengasuh ditepi meja periksa :</b>				
1.	Letakkan kismis diatas meja dekat anak, apakah anak dapat mengambil dengan ibu jari dan telunjuk?	Gerak Halus		
2.	Gelindingkan bola tenis ke arah anak, apakah dapat mengelindingkan/melempar bola kembali kepada anak?	Gerak Halus		
3.	Beri kubus didepannya. Minta anak meletakkan 1 kubus diatas kubus lainnya (1 tingkat saja)	Gerak Halus		
<b>Tanya Ibu/Pengasuh :</b>				

4.	Apakah anak dapat menunjukkan apa yang diinginkan tanpa menangis atau merengek?	Sosialisasi & Kemandirian		
5.	Apakah anak dapat minum dari cangkir/gelas sendiri tanpa tumpah?	Sosialisasi & Kemandirian		
6.	Apakah anak suka meniru bila ibu sedang melakukan pekerjaan rumah tangga (menyapu, mencuci, dll)	Sosialisasi & Kemandirian		
7.	Apakah anak dapat mengucapkan minimal 3 kata yang mempunyai arti (selain kata mama dan papa)?	Bicara dan Bahasa		
8.	Apakah anak pernah berjalan mundur minimal 5 langkah?	Gerak Kasar		
<b>Coba berdirikan anak :</b>				
9.	Letakkan kubus di lantai, minta anak memungut, apakah anak dapat memungut dan berdiri kembali tanpa berpegangan?	Gerak Kasar		
10.	Minta anak berjalan sepanjang ruangan, dapatkan ia berjalan tanpa terhuyung/jatuh?	Gerak Kasar		
	<b>TOTAL</b>			

#### 8. KPSP umur 24 bulan

NO	PENILAIAN	ASPEK	YA	TIDAK
<b>Anak dipangku ibunya/pengasuh ditepi meja periksa :</b>				
1.	Apakah anak dapat meletakkan satu kubus di atas kubus yang lain tanpa menjatuhkan kubus itu?	Gerak Halus		

2.	Tanpa bimbingan, petunjuk, atau bantuan anda, dapatkan anak menunjuk dengan benar paling sedikit satu bagian badannya (rambut, mata, hidung, mulut, atau bagian badan yang lain)?	Bicara dan Bahasa		
<b>Tanya Ibu/Pengasuh :</b>				
3.	Apakah anak suka meniru bila ibu sedang melakukan pekerjaan rumah tangga (menyapu, mencuci, dll)?	Sosialisasi & Kemandirian		
4.	Apakah anak dapat mengucapkan paling sedikit 3 kata yang mempunyai arti selain "papa" dan "mama"?	Bicara dan Bahasa		
5.	Apakah anak berjalan mundur 5 langkah atau lebih tanpa kehilangan keseimbangan? (Anda mungkin dapat melihatnya ketika anak menarik mainannya)	Gerak Kasar		
6.	Dapatkan anak melepas pakaiannya seperti : Baju, Rok, atau celananya ?	Gerak Halus		
7.	Dapatkan anak berjalan naik tangga sendiri? Jawab YA jika ia naik tangga dengan posisi tegak atau berpegangan pada dinding atau pegangan tangga. Jawab TIDAK jika ia naik tangga dengan merangkak atau anda tidak mebolehkan anak naik tangga atau anak harus berpegangan pada seseorang.	Gerak Kasar		
8.	Dapatkan anak makan nasi sendiri tanpa banyak tumpah?	Sosialisasi & Kemandirian		

9.	Dapatkan anak membantu memungut mainannya sendiri atau membantu mengangkat piring jika diminta?	Bicara dan Bahasa		
<b>Berdirikan anak :</b>				
10.	Letakkan bola tenis di depan kakinya. Apakah dia dapat menendangnya, tanpa berpegangan pada apapun?	Gerak Kasar		
	<b>TOTAL</b>			

### 9. KPSP umur 30 bulan

NO	PENILAIAN	ASPEK	YA	TIDAK
<b>Anak dipangku ibunya/pengasuh ditepi meja periksa :</b>				
1.	Tanpa bimbingan, petunjuk atau bantuan anda, dapatkan anak menunjuk dengan benar paling sedikit satu bagian badannya (rambut, mata, hidung, mulut, atau bagian badan yang lain)?	Bicara dan Bahasa		
2.	Beri kubus di depannya. Dapatkan anak meletakkan 4 buah kubus satu persatu di atas kubus yang lain tanpa menjatuhkan kubus itu?	Gerak Halus		
3.	Apakah anak dapat menyebut 2 diantara gambar-gambar ini tanpa bantuan?    <i>(menyebut dengan suara binatang tidak ikut dinilai)</i>	Bicara dan Bahasa		

4.	Bila diberi pensil, apakah anak mencoret-coret kertas tanpa bantuan/petunjuk?	Gerak Halus		
<b>Tanya Ibu/Pengasuh :</b>				
5.	Dapatkah anak melepas pakaiannya seperti: baju, rok, atau celananya? (topi dan kaos kaki tidak ikut dinilai).	Sosialisasi & Kemandirian		
6.	Dapatkah anak berjalan naik tangga sendiri? Jawab YA. Jika ia naik tangga dengan posisi tegak atau berpegangan pada dinding atau pegangan tangga Jawab TIDAK. Jika ia naik tangga dengan merangkak atau anda tidak membolehkan anak naik tangga atau anak harus berpegangan pada seseorang.	Gerak Kasar		
7.	Dapatkah anak makan nasi sendiri tanpa banyak tumpah?	Sosialisasi & Kemandirian		
8.	Dapatkah anak membantu memungut mainannya sendiri atau membantu mengangkat piring jika diminta?	Bicara dan Bahasa		
9.	Dapatkah anak menggunakan 2 kata pada saat berbicara seperti "minta minum", "mau tidur"? "Terimakasih" dan "Dadag" tidak ikut dinilai.	Bicara dan Bahasa		
<b>Berdirikan anak :</b>				
10.	Letakkan bola tenis didpn kakinya. Dapatkah anak menendang bola kecil (sebesar bola tenis) ke depan tanpa berpegangan pada apapun? Mendorong tidak ikut dinilai	Gerak Kasar		
	<b>TOTAL</b>			

10. KPSP umur 36 bulan

NO	PENILAIAN	ASPEK	YA	TIDAK
<b>Anak dipangku ibunya/pengasuh ditepi meja periksa :</b>				
1.	Beri kubus di depannya. Dapatkah anak meletakkan 4 buah kubus satu persatu di atas kubus yang lain tanpa menjatuhkan kubus itu?	Gerak Halus		
2.	<p>Apakah anak dapat menyebut 2 diantara gambar- gambar ini tanpa bantuan?</p>  <p><i>(menyebut dengan suara binatang tidak ikut dinilai)</i></p>	Bicara dan Bahasa		
3.	Bila diberi pensil, apakah anak mencoret-coret kertas tanpa bantuan/petuniuk?	Gerak Halus		
4.	Buat garis lurus ke bawah sepanjang sekurang- kurangnya 2.5 cm. Suruh anak menggambar garis lain. Jawab YA bila ia menggambar garis lurus: Jawab TIDAK bila ia menggambar garis bengkok	Gerak Halus		
<b>Tanya Ibu/Pengasuh :</b>				
5.	Dapatkah anak menggunakan 2 kata berangkai pada saat berbicara seperti "minta minum", "mau tidur"? "Terimakasih" dan "Dadag" tidak ikut dinilai	Bicara dan Bahasa		
6.	Dapatkah anak mengenakan sepatunya sendiri?	Sosialisasi & Kemandirian		

7.	Dapatkah anak mengayuh sepeda roda tiga sejauh sedikitnya 3 meter?	Gerak Kasar		
<b>Berdirikan anak :</b>				
8.	Ikuti perintah ini dengan seksama. Jangan memberi isyarat dengan telunjuk atau mata pada saat memberikan perintah berikut ini: "Letakkan kertas ini di lantai". "Letakkan kertas ini di kursi". "Berikan kertas ini kepada ibu".	Bicara dan Bahasa		
9.	Dapatkah anak melaksanakan ketiga perintah tadi? Letakkan selebar kertas seukuran buku ini di lantai. Apakah anak dapat melompati bagian lebar kertas dengan mengangkat kedua kakinya secara bersamaan tanpa didahului lari?	Gerak Kasar		
10.	Beri bola tenis. Minta anak melemparkan kearah dada anda. Dapatkah anak melempar bola lurus ke arah perut atau dada anda dari jarak 1,5 meter?	Gerak Kasar		
<b>TOTAL</b>				

### 11. KPSP umur 42 bulan

NO	PENILAIAN	ASPEK	YA	TIDAK
<b>Anak dipangku ibunya/pengasuh ditepi meja periksa :</b>				
1.	Beri kubus di depannya. Dapatkah anak meletakkan 8 buah kubus satu persatu di atas yang lain tanpa menjatuhkan kubus tersebut?	Gerak Halus		
2.	Beri pensil dan kertas. Buatlah lingkaran di atas kertas tersebut. Minta anak menirunya. Dapatkah anak menggambar lingkaran?	Gerak Halus		
Tanya Ibu/Pengasuh :				

3.	Dapatkah anak mengenakan sepatunya sendiri?	Sosialisasi & Kemandirian		
4.	Dapatkah anak mengayuh sepeda roda tiga sejauh setidaknya 3 meter?	Gerak Kasar		
5.	Apakah anak dapat mencuci tangannya sendiri dengan baik setelah makan?	Sosialisasi & Kemandirian		
6.	Apakah anak dapat mengikuti peraturan permainan bila bermain dengan teman-temannya? (misal: ular tangga, petak umpet, dll)	Sosialisasi & Kemandirian		
7.	Dapatkah anak mengenakan celana panjang, kemeja, baju atau kaos kaki tanpa di bantu? (Tidak termasuk memasang kancing, gesper atau ikat pinggang)	Sosialisasi & Kemandirian		
<b>Minta anak untuk berdiri :</b>				
8.	Suruh anak berdiri satu kaki tanpa berpegangan. Jika perlu tunjukkan caranya dan beri anak anda kesempatan melakukannya 3 kali. Dapatkah ia mempertahankan keseimbangan dalam waktu 2 detik atau lebih?	Gerak Kasar		
9.	Letakkan selembar kertas seukuran buku ini di lantai. Apakah anak dapat melompati panjang kertas ini dengan mengangkat kedua kakinya secara bersamaan tanpa didahului lari?	Gerak Kasar		
	<b>TOTAL</b>			

## **Daftar Pustaka**

- Deki, 2016. Factors Affecting Early Childhood Growth and Development: Golden 1000 Days. *Advanced Practices in Nursing*, 01(01), 1–4.
- Kemenkes RI, 2016. Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi Dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak Di Tingkat Pelayanan Dasar. Jakarta
- Narendra, M.S, dkk. 2008. Tumbuh kembang Anak dan Remaja IPAI. Jakarta: Sagung Seto
- Nursalam. 2013. Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak, Edisi 2, Jakarta: Salemba Medika
- Santrock, Jhon W. 2007. Perkembangan Anak. Jakarta: Salemba
- Soetjiningsih. 2014. Tumbuh Kembang Anak. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Sulistyawati, Ari. 2014. Deteksi Tumbuh Kembang Anak. Jakarta: Salemba Medika

## **Profil Penulis**



### **Ni Ketut Mendri**

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 dan beberapa book chapter keperawatan

Email: [mendriniketut@yahoo.com](mailto:mendriniketut@yahoo.com)

# ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN STRES HOSPITALISASI

**Agustina Ina, S.Kep., M.Kes.**

Poltekkes Kemenkes Kupang

## **Definisi Stres Hospitalisasi**

Hospitalisasi adalah situasi dimana individu dirawat sebagai pasien di rumah sakit dengan tujuan untuk pemeriksaan diagnostik, prosedur operasi, perawatan medis, pemberian obat dan memantau kondisi tubuh. Hospitalisasi menimbulkan krisis bagi anak yang dirawat di rumah sakit (Saputro Heri dan Fazrin Intan (2017). Hospitalisasi merupakan suatu kondisi stres yang dialami anak akibat perawatan di rumah sakit (Nurlaila, dkk., 2018). Hospitalisasi merupakan suatu respon adaptasi terhadap situasi baru yang dialami anak yang dapat menimbulkan krisis (Hendriana Idris 2016).

## **Manfaat Hospitalisasi Bagi Anak dan Orang Tua**

Hospitalisasi tidak saja memberikan dampak negatif bagi anak dan keluarga namun ada manfaat yang bisa diperoleh. Pada saat anak mengalami reaksi stres hospitalisasi, saat itu mekanisme koping dikembangkan untuk mengatasi stres. Bagi anak yang usianya lebih besar, ini adalah kesempatan belajar bagaimana memberi solusi terhadap apa yang dirasakannya. Selain itu, anak yang dirawat bersama anak lain akan saling mengenal satu sama lain. Anak mulai belajar tentang bagaimana cara memperoleh kawan atau bersosialisasi. Di sini, kemampuan interpersonal anak dapat dikembangkan dan

pengalaman bersosialisasi diperoleh. Orang tua pun belajar bagaimana menghadapi anak yang mengalami stres hospitalisasi, cara – cara mengatasinya pun berkembang. Baik orang tua maupun anak memiliki kesempatan belajar untuk menemukan strategi yang baru (Saputro Heri dan Farin Intan, 2017). Menurut Nurlaila (2018), manfaat hospitalisasi, yaitu:

1. Hospitalisasi dapat menjadi kesempatan belajar bagi anak dan orang tua dalam menangani reaksi stres hospitalisasi.
2. Hospitalisasi merupakan media belajar bagi orang tua tentang penyakit yang diderita anaknya, terapi, prosedur keperawatan anaknya. Peran perawat adalah sebagai edukator yang memberikan edukasi tentang penyakit, bagaimana cara perawatannya, hal – hal apa saja yang bisa dilakukan orang tua sesuai peran orang tua.
3. Hospitalisasi merupakan kesempatan belajar bagi anak bagaimana mengambil keputusan, mengendalikan diri atas apa yang dialaminya. Kepercayaan diri dan kemandirian anak perlahan – lahan terbentuk pada saat berhasil melakukannya. Tugas perawat adalah mendukung kemajuan yang dialami anak dengan cara selalu memberikan pujian setiap kemajuan yang dialami anak dan orang tua. Menurut Listiana Ridya (2021) perawat yang *care* terhadap pasien dan keluarga meningkatkan koping keluarga yang anaknya dirawat.
4. Hospitalisasi merupakan saat bagi anak dan orang tua belajar mengembangkan kemampuan interaksi dan sosialisasi dengan sesama pasien yang dirawat.. Perawat memfasilitasi anak dan orang tua untuk saling mengenal dengan sesama pasien dan keluarganya sehingga akan terbentuk kelompok sosial yang baru.

## **Faktor – Faktor yang Menyebabkan Stres Hospitalisasi Pada Anak**

Sebelum anak menginjak usia dewasa, kira – kira hampir sepertiga dari populasi anak menjalani perawatan di rumah sakit. Pengalaman perawatan ini menimbulkan kesan yang berbeda pada setiap anak sesuai usia perkembangannya. Pada dasarnya kesan yang diperoleh menimbulkan reaksi stres hospitalisasi bagi anak dan orang tua serta membutuhkan strategi pemecahan masalah agar dampaknya tidak merugikan perkembangan anak. Penyebab utama stres pada anak yang dirawat di rumah sakit yakni perpisahan dengan lingkungan keluarga, saudara - saudara dan teman – teman bermain, kehilangan kendali karena mekanisme koping masih dalam perkembangan, perubahan gambaran diri kerana penyakitnya, perasaan takut terhadap prosedur tindakan terutama yang menimbulkan rasa nyeri.

Menurut Senja Amalia dkk., 2020, faktor yang mempengaruhi reaksi anak dan orang tua terhadap penyakit anak, antara lain:

1. Pengalaman perawatan dan penyakit sebelumnya
2. Prosedur diagnosa dan pengobatan yang diberikan
3. Support sistem yang tersedia yang berdampak terhadap fungsi.
4. Kekuatan dari dalam diri
5. Stres tambahan yang datang dari keluarga
6. Keyakinan kepada Tuhan sesuai agama yang dianuti dan lingkungan sosial budaya
7. Pola komunikasi di antara keluarga.

Menurut Wong (2009) ada beberapa faktor yang menyebabkan stres akibat hospitalisasi pada anak, yaitu:

1. Lingkungan

Rasa asing dengan lingkungan dan suasana baru di rumah sakit yang dialami anak membawa reaksi stres tersendiri baginya.

## 2. Berpisah dengan keluarga

Hospitalisasi berarti anak berada di rumah sakit untuk memperoleh perawatan dan pengobatan. Anak juga terpisah dari lingkungan keluarga, saudara – saudaranya, teman bermainnya. Perubahan suasana dan rutinitas sehari – hari dialami anak. Perubahan ini membawa reaksi tersendiri bagi anak seperti perasaan asing, sepi, sendirian. Kekuatiran dan ketakutan tentang penyakitnya timbul jika kurang paham tentang penyakitnya, prosedur perawatan dan pengobatan yang dilakukan oleh perawat atau dokter. Keterlibatan orang tua dalam seluruh prosedur menjadi penting demi tetap mempertahankan kontak. Perawat perlu memahami reaksi stres hospitalisasi anak sesuai tahapan perkembangannya.

### **Reaksi Stres Hospitalisasi Berdasarkan Usia Perkembangan Anak**

Reaksi hospitalisasi sangat individual, berbeda-beda pada setiap anak sesuai tahapan perkembangan anak. Nurlaila (2018), membedakan reaksi stres hospitalisasi, sebagai berikut:

#### 1. Bayi (0-1 tahun)

Sumber utama stres hospitalisasi bayi usia 0-11 bulan adalah perpisahan. Perpisahan menyebabkan terganggunya kasih sayang dan rasa percaya bayi. Reaksi hospitalisasi bayi berbeda – beda antara bayi berusia 6 bulan dengan yang lebih dari 6 bulan. Hampir semua reaksi yang ditunjukkan oleh bayi usia 6 bulan adalah dengan menangis atau rewel sehingga sering sulit untuk dipahami. Pada bayi usia lebih dari 6 bulan reaksi khas atas berpisah adalah *stranger anxiety*. Hal ini karena bayi sudah bisa membedakan mana ibunya dengan orang asing. Bayi lebih dari 6 bulan akan menangis, marah dengan gerakan berlebihan tanda menolak. Reaksi lain adalah *separation anxiety* atau cemas akan perpisahan dengan ibunya. Bayi akan menangis dengan keras dan memeluk erat ibunya, tidak mau terlepas darinya.

## 2. Toddler (1-3 tahun)

Toddler menunjukkan reaksi hospitalisasi dengan amarah yang meledak - ledak dan sikap negativistik, tidak mau makan, sulit tidur bahkan bisa menyebabkan regresi. Penyebab utamanya adalah perpisahan dengan ibunya. Kemampuan komunikasi anak toddler sudah lebih berkembang namun masih terbatas pengertiannya. Toddler sudah bisa menyampaikan keinginannya agar ibunya tidak boleh meninggalkannya. Ia mau agar ibunya selalu berada di dekatnya. Harapan ini harus dipenuhi. Jika tidak terpenuhi akan menjadi sumber stres utama baginya yang disebut dengan "*Analitic Depression*".

## 3. Pra Sekolah (3-6 tahun).

Meluasnya lingkungan sosial anak sebagai tanda perkembangan psikologis menjadi ciri khas pada tahapan perkembangan anak usia pra sekolah. Lingkungan keluarga bukan lagi menjadi satu – satunya tempat anak bergaul namun pada saat ini justru anak mulai membutuhkan teman sebaya. Kemampuan disiplin dan pemeliharaan kebersihan diri perlahan dimiliki sehingga anak usia pra sekolah sudah bisa lebih mandiri. Demikian juga dalam mengekspresikan perasaannya bisa disesuaikan dengan suasana yang dialaminya (Izzaty R.E., 2017). Oleh karena itu, anak usia pra sekolah lebih toleran terhadap perpisahan, stres hospitalisasi dibandingkan dengan usia toddler. Hal ini karena rasa percaya dengan orang lain sudah terbentuk. Namun reaksi perpisahan masih bisa dialami oleh anak pra sekolah, yakni berupa menolak makan, menangis pelan-pelan, menarik diri. Anak pra sekolah sering bertanya misalnya: kapan orang tuanya datang mengunjunginya, ini pertanda ia sedang mengalami reaksi stres hospitalisasi. Ia takut terhadap tindakan yang menyebabkan rasa sakit karena dianggap bisa mencederai integritas dirinya. Oleh karena itu, anak tetap membutuhkan perlindungan dari keluarganya.

4. Usia sekolah (6-12 tahun)

Anak usia sekolah memiliki kemampuan koping yang lebih baik dibandingkan usia sebelumnya. Karena itu, anak usia sekolah lebih mudah mengatasi stres hospitalisasi daripada usia pra sekolah. Namun tidak berarti reaksi stres tidak dialami oleh anak usia sekolah. Mereka juga dapat mengalami stres berupa takut, marah dan sedih. Perhatian orangtua agar tercipta rasa aman dan dilindungi tetap dibutuhkan namun tidak memerlukan selalu ditemani oleh orang tuanya.

5. Remaja (12-18 tahun)

Perkembangan anak remaja adalah pada kebebasan dan pencarian jati dirinya. Hospitalisasi dapat menimbulkan reaksi stres karena kebebasannya terancam. Reaksi yang ditunjukkan berupa penolakan, marah, frustrasi, tidak kooperatif dan menarik diri.

### **Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan Pada Anak Di Rumah Sakit**

Saputro Heri dan Fazrin Intan (2017) membedakan faktor yang mempengaruhi kecemasan anak di rumah sakit atas beberapa poin berikut:

1. Usia

Kecemasan sedang lebih banyak dialami oleh anak yang berusia lebih muda, sedangkan kecemasan ringan lebih banyak dialami pada kelompok usia yang lebih besar (Sari F. S. dan Batubara I. M., 2017). Hal ini berkaitan erat dengan perkembangan kognitif anak. Anak usia prasekolah belum mampu berpendapat dan menerima penyakitnya.

2. Karakteristik saudara

Anak pertama lebih merasakan kecemasan pada kondisi yang sama dibandingkan dengan anak kedua, ketiga dan seterusnya. Kecemasan pada anak yang

dirawat di rumah sakit. dapat dipengaruhi oleh urutan kelahiran.

3. Jenis kelamin

Jenis kelamin anak menentukan reaksi stres hospitalisasi yang dialaminya. Menurut Sari F. S. dan Batubara I. M. (2017), kecemasan yang dialami anak perempuan lebih tinggi dibandingkan anak laki-laki. Namun pendapat ini tidak sama dengan penelitian yang lain tentang kecemasan.

4. Pengalaman terhadap sakit dan perawatan di rumah sakit.

Jika anak pernah dirawat di rumah sakit dan mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan pada perawatan sebelumnya, anak cenderung merasa takut dan trauma pada perawatan saat ini. Namun pengalaman perawatan yang baik sebelumnya akan membuat anak lebih kooperatif.

5. Jumlah anggota keluarga

Jumlah saudara kandung sangat berpengaruh terhadap dukungan keluarga yakni perhatian orang tua kepada anak. Dukungan keluarga berbanding terbalik dengan tingkat kecemasan anak, atau kecemasan anak semakin rendah apabila dukungan keluarga semakin tinggi. Hal ini karena saat anak dirawat di rumah sakit cenderung merasa cemas, sendiri, dan kesepian. Perhatian, kasih sayang dan keterlibatan orang tua akan memberikan rasa tenang, nyaman dan mendukung terbentuknya coping dan rasa percaya diri anak terhadap permasalahan yang dialaminya. Kemampuan penguasaan terhadap lingkungan baru yang masih asing bagi anak dapat ditingkatkan.

6. Jumlah anggota keluarga dalam satu rumah..

Jumlah anggota keluarga yang banyak, memungkinkan dukungan keluarga yang semakin baik. Namun semakin banyak saudara kandung, anak cenderung merasa cemas, kesepian, sendirian

ketika dibawa ke rumah sakit. Keterlibatan orang tua menjadi suatu kebutuhan bagi anak yang dirawat sehingga bisa memberikan rasa tenang, disayang, diperhatikan. Emosi anak akan membaik dan strategi koping dapat berkembang.

Tingkatan kecemasan menurut Saputro Heri dan Fazrin Intan (2017) dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu:

1. Kecemasan ringan

Kecemasan ringan terjadi jika peningkatan kewaspadaan dan lahan persepsi menyebabkan ketegangan secara kontinyu setiap hari.

2. Kecemasan sedang.

Kecemasan sedang terjadi jika seseorang masih bisa konsentrasi terhadap suatu hal yang lebih penting dan mengabaikan hal lain yang dirasakan kurang penting. Ia masih bisa melakukan pilihan prioritas atas beberapa hal.

Kekhasan yang dapat dilihat adalah seseorang nampak serius terhadap sesuatu yang sedang diperhatikan, namun suaranya bergetar, terjadi perubahan nada suara, denyut nadi meningkat, tremor, ketegangan otot meningkat.

3. Kecemasan berat.

Ciri khas seseorang pada tingkat kecemasan berat yaitu kurang fokus terhadap suatu kegiatan karena semuanya masih terfokus untuk mengurangi kecemasan. Lahan persepsinya berkurang, pikirannya tidak bisa dialihkan untuk hal lain, perhatiannya ditujukan pada sesuatu yang rinci dan khusus.

Tanda – tandanya nampak dari adanya perasaan terancam, adanya perubahan pernafasan, ketegangan otot berlebihan, tanda –perubahan kardiovaskuler, kemampuan konsentrasi tidak ada, terjadi perubahan gastrointestinal misalnya, mual, muntah, rasa terbakar pada ulu hati, sendawa, hilangnya nafsu makan dan sering buang air besar.

Pada anak yakni nampak seperti panik, fobia, obsesif-kompulsif, gangguan kecemasan pada umumnya dan sebagainya.

### **Reaksi Orang Tua terhadap Anak yang Sakit dan dirawat di Rumah Sakit**

Seriusnya penyakit, baik akut atau kronis mempengaruhi tiap anggota dalam keluarga. Menurut Damanik S. M. dan Sitorus E. (2019), reaksi pada orang tua sebagai berikut:

#### 1. Reaksi orang tua.

Reaksi orang tua terhadap perawatan anak di rumah sakit dapat berupa kuatir bahkan stres tentang kondisi anaknya. Orang tua tidak percaya akan kondisi anaknya dan menolak kenyataan yang terjadi apalagi jika penyakit yang diderita anaknya parah dan terjadi secara tiba – tiba. Masa depan anaknya menjadi kekuatiran tersendiri. Sering orang tua menjadi panik, marah dan menyalahkan dirinya sebagai orang tua yang tidak mampu merawat anak sehingga anaknya menjadi sakit. Ini diperbesar jika kurangnya informasi tentang penyakit, prosedur pengobatan dan perawatan anaknya.

#### 2. Reaksi Sibling

Dirawatnya anak di rumah sakit menuntut perhatian yang lebih besar kepadanya. Seluruh waktu, perhatian, kasih sayang yang tercurah itu sering menimbulkan reaksi sibling terhadap anak yang sakit. Orang tua seringkali mencurahkan perhatiannya lebih besar terhadap anak yang sakit dibandingkan dengan anak yang sehat. Hal ini akan menimbulkan perasaan marah, cemburu dan merasa ditolak pada anak yang sehat.

### **Intervensi Keperawatan untuk Mengurangi Dampak Hospitalisasi**

Menurut Handriana I. (2016), intervensi yang dapat dilakukan perawat dalam mengurangi dampak hospitalisasi adalah:

#### 1. Melakukan persiapan hospitalisasi.

Persiapan hospitalisasi yang dapat dilakukan adalah dengan mengenalkan situasi dan kondisi rumah sakit tempat anak dirawat baik secara langsung melalui orientasi rumah sakit atau ruang rawat anak maupun melalui video atau film, buku – buku cerita, permainan, yang mengisahkan tentang kondisi rumah sakit.

2. Mencegah dan meminimalkan perpisahan.

Rumah sakit hendaknya memfasilitasi orang tua untuk tinggal bersama anak atau sedapat mungkin selalu ada kontak antara orang tua dan anak. Hal ini bertujuan untuk meminimalkan perpisahan dan mencegah reaksi stres hospitalisasi pada anak. Prinsip *family centered care* menjadi pusat perawatan bagi anak. Keterlibatan orang tua dalam perawatan anak, misalnya menyiapkan makan minum bagi anak, mendampingi anak dalam tindakan medis. Prinsipnya selalu mempertahankan interaksi orang tua dengan anak. Menurut Purbasari D. dan Puspita S. (2019) interaksi ibu dengan anak yang baik berdampak positif terhadap tingkat kecemasan anak. Semakin baik interaksi ibu anak maka semakin ringan tingkat kecemasan anak usia prasekolah (3-6 tahun) selama hospitalisasi.

3. Meminimalkan kehilangan kendali.

Perawat perlu tahu apa saja yang dapat menyebabkan kehilangan kendali. Pada anak yang dirawat, kehilangan kendali dapat terjadi oleh karena perpisahan dengan orang tua, perubahan lingkungan dari yang biasa anak alami, perubahan kegiatan sehari – hari. Yang tadinya biasa bermain dengan kawan – kawan, biasa makan bersama dengan seluruh anggota keluarga, biasa mandi di kamar mandi sendiri, dan lain – lain, kini berubah berada di rumah sakit dengan kondisi dan situasi yang berbeda. Untuk mencegah dan meminimalkan kehilangan kendali, anak perlu dilibatkan dalam rutinitas di rumah sakit, misalnya makan sendiri, memilih pakaian dan mengenaikannya, bermain di tempat

tidur atau dan lain – lain sehingga kemandirian dan pemahaman anak ditingkatkan.

4. Mencegah dan meminimalkan ketakutan cedera

Ketakutan akan cedera, rasa nyeri dan menyakitkan akan muncul pada setiap anak yang hendak dilakukan prosedur tindakan tertentu. Oleh karena itu perlu dijelaskan tentang tindakan yang akan dilakukan, bila perlu anak dikenalkan dengan alat – alat yang digunakan, biarkan anak memegang alat itu, misalnya memegang stetoskop, biarkan anak yang meletakkan di bagian tubuh yang akan diperiksa. Pada tindakan yang menimbulkan rasa nyeri, perlu dilakukan manipulasi dan tindakan dilakukan secara cepat. Minta orang tua mendampingi anak selama tindakan agar rasa takut anak dapat diminimalisir.

5. Memfasilitasi aktivitas yang sesuai dengan perkembangan anak.

Kelanjutan tumbuh kembang anak hendaknya dipertahankan selama dirawat di rumah sakit agar proses tumbuh kembang anak tidak terhenti ataupun mundur dari tahapan saat ini. Hal ini bisa dilakukan dengan mempertahankan kontak orang tua dengan anak baik dengan kehadiran orang tua bersama anak di rumah sakit setiap saat maupun dengan melibatkan orang tua dalam perawatan anak. Sedapat mungkin hindari perpisahan orang tua dengan anak.

6. Memberi kesempatan untuk bermain

Bermain merupakan kebutuhan anak untuk bertumbuh dan berkembang termasuk ketika anak dirawat di rumah sakit.

### **Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Stres Hospitalisasi**

1. Pengkajian

Pengkajian pada anak dengan stres hospitalisasi dilakukan berdasarkan reaksi stres hospitalisasi yang ditunjukkan anak. setiap anak dengan usia yang

berbeda menunjukkan reaksi stres hospitalisasi yang berbeda – beda sesuai tahapan perkembangannya.

Berdasarkan reaksi stres oleh Nurlaila (2018), data yang dapat dikaji pada usia bayi kurang dari 6 bulan masih sulit untuk dipahami. Pada dasarnya bayi akan menangis jika mengalami ketidaknyamanan. Sedangkan bayi usia lebih dari 6 bulan akan nampak menangis keras, memeluk erat ibunya, menolak kehadiran orang asing dengan gerakan yang berlebihan. Anak Toddler yang mengalami reaksi stres hospitalisasi dapat dikaji melalui sikapnya yang keras tidak mau berpisah dengan ibunya, memegang erat ibunya dan memohon agar ibunya tidak boleh meninggalkannya. Anak pra sekolah nampak lebih toleransi terhadap perpisahan namun bisa nampak reaksi stres hospitalisasi berupa rasa takut, tidak mau makan, menangis pelan - pelan atau pertanyaan tentang kapan orang tuanya datang menjenguknya. Anak usia sekolah yang mengalami stres hospitalisasi nampak dari rasa takut, marah atau sedih. Anak usia remaja tidak mau bekerja sama, tidak menerima dan menarik diri.

Anak yang mengalami stres hospitalisasi, tanda – tanda vital akan meningkat: nadi, pernafasan, tekanan darah meningkat, lebih waspada, lebih serius, adanya ketegangan otot, jantung berdebar – debar, mual, muntah, anoreksia, sendawa, sering berkemih, diare, panik (Saputro Heri dan Fazrin Intan, 2017)

## 2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI 2017, diagnosa keperawatan yang sesuai untuk anak yang mengalami reaksi stres hospitalisasi adalah:

Ansietas berhubungan dengan hospitalisasi

## 3. Perencanaan keperawatan

Diagnosa keperawatan:

Ansietas berhubungan dengan hospitalisasi

Kriteria hasil: kecemasan anak dikatakan berkurang atau menurun berdasarkan tanda – tanda kecemasan menurut Saputro Heri dan Fazrin Intan, (2017):

Anak tidak rewel, bisa kooperatif, tanda- tanda vital dalam batas normal, tanda – tanda reaksi stres hospitalisasi berkurang (kewaspadaan, keseriusan, ketegangan otot, jantung berdebar – debar, mual, muntah, anoreksia, sendawa, sering berkemih, diare, panik).

Intervensi keperawatan (Handriana I. (2016):

- a. Melakukan persiapan hospitalisasi.
  - b. Mencegah dan meminimalkan perpisahan.
  - c. Meminimalkan kehilangan kendali.
  - d. Mencegah dan meminimalkan ketakutan cedera
  - e. Memfasilitasi aktivitas yang sesuai dengan perkembangan anak.
  - f. Memberi kesempatan untuk bermain
4. Implementasi keperawatan
- Implementasi keperawatan disesuaikan dengan intervensi dan kondisi pasien
5. Evaluasi
- Evaluasi keperawatan dilakukan berdasar kriteria hasil.

## Daftar Pustaka

- Damanik Sri Melfa, Sitorus Erita (2019). *Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak*. Prodi D III Keperawatan Fakultas Fokasi Universitas Kristen Indonesia.
- Handriana Idris (2016). *Keperawatan Anak*. Sindanglaut-Cirebon Jawa Barat. LovRinz Publishing.
- Listiana Ridya, Kustriyani Menik, Widyaningsih Tri Sakti (2021). Caring Perawat dengan Stres Hospitalisasi pada Anak Pra Sekolah di Ruang Rawat Inap Anak. *Jurnal Ilmiah Ners Indonesia, Volume 2, Nomor 2, November 2021*. Fakultas Keperawatan, Bisnis Dan Teknologi, Universitas Widya Husada Semarang.
- Izzaty Rita Eka (2017). *Perilaku Anak Prasekolah*. Jakarta. PT. Elex Media Komputindo Kelopak Gramedia-Jakarta.
- Madyastuti R. Lina (2017). *Bahan Ajar Keperawatan Dasar Anak*.
- Nurlaila, Utami Wuri, W. Cahyani (2018). *Buku Ajar Kepetrawatan Anak*. Yogyakarta. PT. Leutika Nouvalitera.
- Purbasari Dwiyantri dan Puspita Siska (2019). Interaksi Ibu-Anak Dan Tingkat Kecemasan Anak Usia Prasekolah Selama Hospitalisasi Di RS. Sumber Kasih Kota Cirebon. *Jurnal Syntax Idea, Vol. 1, No. 8 Desember 2019, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Mahardika Cirebon*.
- Saputro H., Fazrin Intan, (2017). *Anak Sakit Wajib Bermain Di Rumah Sakit (Penerapan Terapi Bermain Anak Sakit., Proses, Manfaat dan Pelaksanaanya)*. Ponorogo. Forum Ilmiah Kesehatan (FORIKES).
- Sari F. S. dan Batubara I. M. (2017). Kecemasan Anak Saat Hospitalisasi. *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada*. Prodi S-1 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta.

- Senja Amalia, Abdillah Laela Ina, Santoso Budi Eko (2020). *Keperawatan Pediatri*. Jakarta. Bumi Medika.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). *Standar Diagnosa Kperawatan Indonesia*. Jakarta. PPNI
- Ulfa Fivin Maria, Oktavianto Eka, Zuleha Ririn (2018). Hubungan penerapan atraumatic care oleh perawat dengan stres orangtua selama hospitalisasi bayi. *Health Sciences and Pharmacy Journal, Vol. 2, No. 3, Desember 2018*. RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta, Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Surya Global Yogyakarta
- Wong Donna L., Hockenberry-Eaton Marlyn, Wilson David, Winkeistein Marilyn L., Schwartz Patricia (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Wong*. Jakarta. EGC.

## **Profil Penulis**

### **Agustina Ina**



Lahir di Tajo, 04 Agustus 1974. Penulis adalah staf dosen Jurusan Keperawatan, Potekkes Kupang sejak tahun 2000 hingga saat ini. Pertama kali bekerja sebagai pegawai negeri sipil menjadi guru Sekolah Perawat Kesehatan Depkes Kupang pada tahun 1998. Jenjang pendidikan yang dicapai, yakni S1 Keperawatan di PSIK UNDIP Semarang.

Penulis mulai tertarik pada bidang keperawatan anak, sejak melanjutkan pendidikan ke jenjang Magister di FKM UNAIR, peminatan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Sejak tahun 2011, penulis menjadi dosen pengampu mata kuliah keperawatan anak di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang hingga saat ini.

Email: [inaagustina556@gmail.com](mailto:inaagustina556@gmail.com)

## ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA ANAK SAKIT DAN BAYI RESIKO TINGGI

**Fitri Romadonika, S.Kep., Ners.M.Kep.**

Stikes Yarsi Mataram

### **Asuhan Keperawatan Pada Anak Sakit**

Wawancara, pengamatan, dan pemeriksaan fisik digunakan untuk menilai kondisi kesehatan anak-anak yang tidak sehat. Kemampuan perawat untuk menetapkan kebutuhan anak didasarkan pada evaluasi yang komprehensif dan terperinci terhadap anak tersebut. Fokus proses evaluasi ditentukan oleh tujuan kunjungan dan persyaratan anak. Perawat harus memiliki kemampuan tertentu saat melakukan asesmen pada anak yang sakit, salah satunya adalah komunikasi terapeutik dengan anak-anak dan keluarga, agar dapat melakukan kegiatan asesmen pada anak yang sakit seefisien mungkin. Kemampuan perawat sangat penting untuk efektivitas penelitian pada anak-anak (Musviro et al., 2022)

Perawat harus:

1. Membina hubungan saling percaya
2. Menunjukkan penghargaan kepada anak dan orang tua atau pengasuh
3. Berkomunikasi secara efektif dengan mendengarkan secara aktif, menunjukkan rasa empati, dan memberikan umpan balik.

4. Mengobservasi secara sistematis
5. Memperoleh data yang akurat
6. Memvalidasi dan menginterpretasikan data secara akurat

### **Prosedur Tindakan Pengkajian**

Merupakan suatu proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data klien atau anak, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah, dan kebutuhan kesehatan atau keperawatan pada anak sakit (Arnis, 2018)

Tujuan:

1. Mendapatkan informasi tentang anak, kesehatan anak, dan masalah pada anak secara akurat
2. Landasan yang membuat perawat dapat menentukan kebutuhan anak
3. Perawat dapat menggunakan keterampilan berpikir kritis untuk menganalisis data dan membuat prioritas untuk intervensi keperawatan atau perawatan lebih lanjut

### **Pengkajian Keperawatan**

1. Menanyakan siapa orang tua klien atau orang yang terdekat dengan klien
2. Pengkajian pada anak meliputi: Anamnesa dan Pemeriksaan Fisik

### **Perencanaan Keperawatan**

Hasil yang diharapkan selama prosedur:

1. Anak dan keluarga kooperatif dalam tindakan pengkajian
2. Anak dan keluarga memahami tujuan pengkajian pada anak
3. Anak kooperatif, tidak cemas dan tidak takut kepada perawat

Persiapan Alat:

1. Baki plastik
2. Alas baki
3. Tensi anak
4. Stetoskop anak
5. Termometer axila
6. Jam tangan dengan detikan
7. Metline
8. Pengukur LLA
9. Pengukur BB: Timbangan bayi atau timbangan injak
10. Bolpen
11. Lembar dokumentasi atau form pengkajian pada anak.

Persiapan Perawat:

1. Cuci tangan
2. Menggunakan handscoen dan masker wajah untu proteksi (bila perlu).
3. Bina Hubungan dan rasa percaya pada anak dan orang tua
4. Tunjukkan sikap profesional sambil tetap hangat dan bersahabat dengan anak dan orang tua

Persiapan Anak

Memberikan posisi yang nyaman dan aman bagi anak

Persiapan Lingkungan

1. Menciptakan lingkungan yang nyaman, tidak berisik, dan aman
2. Menutup sketsel untuk menjaga privasi klien

### **Implementasi Keperawatan**

1. Mengucapkan salam

2. Menyapa anak dan orang tua dengan memanggil nama
3. Memperkenalkan diri dan jelaskan peran anda
4. Menjelaskan maksud dan tujuan pengkajian yang akan dilakukan kepada orang tua atau keluarga dan meminta keluarga berpartisipasi
5. Melakukan anamnesa pada orang tua dan anak sesuai dengan tumbuh kembang anak
  - a. Saat melakukan anamnesa pada orang tua, berikan mainan atau buku untuk membuat anak sibuk sehingga memungkinkan orang tua berkonsentrasi pada pertanyaan yang diajukan perawat atau memberikan mainan yang sesuai dengan tumbuh kembang anak.
  - b. Lakukan kontak mata jika memungkinkan
  - c. Gunakan sikap tubuh yang tenang
  - d. Berikan pertanyaan terbuka dan hindari membuat komentar yang menghakimi
  - e. Tunjukkan rasa menghargai dengan tetap mudah diajak bicara, lembut dan penuh dengan kesabaran
  - f. Berikan anak kesempatan untuk secara aktif berpartisipasi dalam proses pengkajian
  - g. Komponen anamnesa pada anak dan orang tua: Identitas klien dan keluarga, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kehamilan dan persalinan, riwayat imunisasi, riwayat pertumbuhan dan perkembangan, riwayat pemberian nutrisi, riwayat sosial, reaksi hospitalisasi, pola aktivitas sehari-hari.

Neonatus:

Identitas klien dan keluarga, riwayat neonatus, riwayat maternal

6. Melakukan pemeriksaan fisik

Anak Sakit:

- a. Keadaan umum
- b. Pemeriksaan fisik: pengkajian fokus sesuai dengan pasien secara head to toe.
- c. Pertumbuhan dan Perkembangan
- d. Pemeriksaan TTV: TD, N, RR, S

Neonatus

- a. Keadaan umum
  - b. Pertumbuhan dan perkembangan
  - c. Tanda-tanda Vital
  - d. Reflek: moro, sucking, menelan, rooting, dan reflek primitive lain
  - e. Kepala: fontanela, sutura, molding, rambut, caput succedaneum, caput hematoma
  - f. Pemeriksaan fisik lainnya: THT, paru, jantung, abdomen, ekstremitas, genetalia, anus, kulit
  - g. Kelainan kongenital
7. Mengatur kembali posisi pasien senyaman mungkin
  8. Melakukan terminasi kepada klien atau keluarga
  9. Merapikan alat
  10. Cuci tangan
  11. Dokumentasi

**Evaluasi Keperawatan**

1. Anak nyaman setelah pengkajian dan tidak mengalami distress fisik maupun psikologis
2. Menerapkan prinsip dan teknik pendekatan atraumatik care pada anak dan asuhan yang berpusat pada anak dan keluarga
3. Privacy dan kerahasiaan informasi anak terjaga
4. Alat-alat dibereskan kembali

## **Asuhan Keperawatan Pada Bayi Resiko Tinggi**

Angka kematian ibu dan bayi di Indonesia masih tinggi. Menurut statistik 2018 dari *Sampling Registration System* (SRS), 76 persen kematian ibu terjadi selama persalinan dan persalinan, dengan 24 persen terjadi selama kehamilan, 36 persen saat melahirkan, dan 40 persen setelah melahirkan. Rumah sakit menyumbang lebih dari 62 persen kematian ibu dan bayi baru lahir.

Kematian yang tinggi ini disebabkan oleh berbagai faktor risiko yang terjadi mulai dari fase sebelum kehamilan, yaitu anemia, kekurangan energi kalori, obesitas, penyakit penyerta seperti TB, dan lain-lain. Ibu juga mengalami berbagai komplikasi selama kehamilan, seperti hipertensi, pendarahan, anemia, diabetes, infeksi, penyakit jantung, dan sebagainya.

Selain itu, peningkatan jumlah Kematian Ibu dan Bayi juga terjadi pada COVID-19. Menurut statistik dari Direktorat Kesehatan Keluarga per 14 September 2021, ada 1086 orang yang didiagnosis dengan swab PCR / antigen positivity. Menurut statistik Pusdatin, ada sekitar 302 bayi meninggal yang memiliki hasil positif swab / PCR (*Kementrian Kesehatan RI, 2020*)

Bayi resiko tinggi lebih beresiko untuk mengalami sakit dan kematian dibandingkan dengan bayi lainnya. Karena ini disebabkan mulai saat kehamilan, persalinan dan membutuhkan penyesuaian saat keluar dari rahim. Bayi membutuhkan perawatan dan pengawasan yang ketat mulai dari dia dilahirkan hingga usia 28 hari (neonatus) sehingga dengan kondisi ini bayi membutuhkan perawatan yang ketat (intensive care). Penilaian dan tindakan yang tepat sangat di butuhkan untuk mencegah terjadinya masalah yang akan berakibat fatal bahkan bias menyebabkan kecacatan sampai kematian (Ribek et al., 2018)

## **Pengkajian Pada Bayi Resiko Tinggi**

1. Askep BBLR
  - a. Pengertian

Bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2500 gram atau hingga 2499 gram dapat di kategorikan sebagai bayi berat badan lahir rendah (BBLR).

b. Patofisiologi.

Karena pusat pengatur suhu tubuh masih dalam pengembangan, asupan kalori dan cairan di bawah kebutuhan, cadangan energi juga kurang, jaringan lemak subcutan lebih tipis (isolator kurang), risiko kehilangan panas dan air lebih besar, bayi BBLR menginginkan suhu dalam kandungan adalah 37 °C, sedangkan suhu di dalam ruangan adalah 28-32 °C. Dinding otot di perut masih lemah, otot-otot saluran pencernaan masih lemah, malas minum, BB tidak bertambah lama. Penurunan BB sangat tajam, mengharuskan dikendalikan untuk tidak turun lebih dari 10%. Asfiksia, Pneumonia Bawaan, Apneu Berulang, Hipotermia, Hipoglikemia, Hipoglikemia, Hipokalsemia, dan Hiperbilirubinemia sering ditemui masalah klinis seperti: Asfiksia, Pneumonia Kongenital, Apneu Berulang, Hipotermia, Hipoglikemia, Hipoglikemia, Hipokalsemia, dan Hiperbili Di antara banyak penyebab BBLR adalah Paritas, riwayat kehamilan yang buruk, jarak kelahiran yang terlalu dekat, penyakit akut dan kronis, malnutrisi sebelum dan sesudah kehamilan, kehamilan ganda, infeksi TORCH, dan berbagai faktor lainnya (Yuliastati & Nining, 2016)

c. Pengumpulan data subjektif dan objektif: BBL 2500 gm, PB 45 cm, LD 30 cm, LK 35 cm, HR 100-140 X/ mt, Neonatus normal Sh 36,5–37,5 °C, Tekanan dingin 36–36,4 °C, hipotermi sedang 32-35,9 dan hipotoni seberat 32 °C, refleks hisap dan menelan dasar, cepat d Sebelum 36 bulan, tidak ada kartilago, kulit dada tipis, peristaltik terlihat, pembuluh darah terlihat, hati dan ginjal mudah teraba. Penis dan skrotum kecil, testis teraba karena belum turun, labio mayora teraba, labio minora dan klitoris menonjol pada wanita. Tidak

ada lemak, kuku lembek, dan tidak ada melewati ujung jari atau satu-satunya garis kaki sedikit hisap dan menelan dan refleks moro lemah sebelum 32 minggu.

d. Masalah Keperawatan

1) Gangguan Termoregulasi

Lemak subkutan yang kurang dan belum matangnya system termoregulasi menyebabkan kehilangan panas berlebih pada BBLR tersebut. Tindakan yang dapat dilakukan adalah menaikkan suhu (36,5-37,2° C).

Pertahankan suhu ruangan, menempatkan bayi di inkubator, jaga stabilitas kebutuhan oksigen dengan menilai ernapasan dengan memeriksa suhu di axila setiap 1-4 jam.

2) Intolerans Aktivitas

Menjaga stabilitas oksigen melalui pulsa, menciptakan lingkungan yang nyaman, pemantauan jantung dan paru-paru, dan mengurangi kebisingan.

3) Risiko Tinggi kerusakan Integritas Kulit

Beberapa penyebab termasuk faktor mekanik, kulit tipis, dan real estat. Beberapa tindakan yang bias diberikan yaitu: Tinjau kulit dan selaput lendir setiap 2-4 jam sekali, mengubah posisi setiap 2-4 jam sekali, menghindari menggunakan lotion, krim atau bedak yang berlebihan yang menyebabkan iritasi.

4) Risiko Tinggi Infeksi

Hal ini dapat terjadi karena sistem kekebalan tubuh yang masih belum matang atau tindakan invasive selama perawatan. Tindakan yang dapat dilakukan antara lain meninjau tanda-tanda vital setiap 1-2 jam,

menjaga lingkungan dalam suhu normal, mempertahankan prinsip aseptik.

## 2. Askep Asfiksia Neonatorum

### a. Pengertian

Bayi yang baru lahir tidak dapat bernapas secara spontan, teratur, dan setelah lahir. Kondisi ini umumnya dikaitkan dengan hipoksia dan hiperkapnia, dan sering dikaitkan dengan asidosis. Jika penanganan bayi tidak selesai tepat waktu, Asfiksia akan menjadi buruk.

### b. Patofisiologi.

Asfiksia dapat disebabkan oleh salah satu kondisi berikut: bukan terjadinya pertukaran gas yang cukup atau gangguan transportasi O<sub>2</sub> dari ibu ke janin selama kehamilan, persalinan atau segera setelah lahir dengan hasilnya: O<sub>2</sub> tidak cukup dalam darah (hipoksia),

c. Pengkajian data subyektif dan obyektif. Pernapasan kuping hidung, pernapasan cepat, denyut nadi cepat, sianosis, dan nilai apgar kurang dari 6. Penilaian apgar dapat digunakan untuk menentukan tingkat asfiksia. 0-3 : Asfiksia berat, 4-6 : Asfiksia sedang, 7-10 bayi sangat normal, jika di temukan nilai apgar score di bawah 7, maka harus dilakukan tindakan segera.

### d. Masalah Keperawatan

1) Gangguan pertukaran dapat terjadi akibat penyempitan arteri paru, peningkatan resistensi pembuluh darah di paru-paru, penurunan aliran darah. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan antara lain pemantauan gas darah, denyut nadi, jantung, dan paru dengan melakukan resusitasi dan menyediakan oksigen yang tepat.

2) Penurunan curah jantung pada asfiksia neonatus mungkin disebabkan oleh edema

paru dan stenosis paru, untuk memperbaiki masalah tersebut dapat dilakukan pemantauan kardiopulmoner, penilaian TTV, pemantauan perfusi jaringan per 2 jam, monitor denyut, memantau arus masuk dan keluar, dan bekerja sama dalam administrasi vasodilator.

- 3) Intoleransi aktivitas dapat terjadi akibat gangguan sistem saraf pusat yang pada saat terjadinya sesak napas, yang dapat diatasi dengan melakukan intervensi keperawatan, termasuk meminimalkan stimulasi lingkungan, pemantauan kardiopulmoner, pengurangan taktil (ritme), pemantauan tanda-tanda vital, melakukan penghilang rasa sakit terkoordinasi sesuai dengan status penyakit, menciptakan postur yang nyaman dengan bantal dan tempat tidur.
- 4) Gangguan perfusi jaringan pada asfiksia dapat terjadi karena hipovolemia atau kematian jaringan, yang dapat diatasi dengan pemeliharaan aliran, koordinasi dengan penggunaan diuretik yang diresepkan, urinalisis komprehensif, dan pemantauan tes darah.
- 5) Risiko infeksi yang tinggi ini dapat terjadi akibat infeksi nosokomial dan gangguan respons kekebalan tubuh, yang dapat diatasi dengan mengurangi tindakan penyebab infeksi nosokomial yakni melakukan tindakan keperawatan dengan prinsip teknik aseptik.

### 3. Askep Hiperbilirubinemia atau Ikterus Neonatorum

#### a. Pengertian

Penyakit kuning neonatus (hiperbilirubinemia infantil) adalah peningkatan tidak langsung dalam kadar bilirubin pada bayi baru lahir. Karena peningkatan bilirubin, warna kulit, konjungtiva dan selaput lendir menjadi kuning. Penyakit

kuning dianggap fisiologis jika penyakit kuning terjadi karena metabolisme normal bilirubin bayi selama minggu pertama kehidupan. Peningkatan kadar bilirubin terjadi pada hari ke-2 dan ke-3 dan mencapai puncaknya pada hari ke-5-7, kemudian menurun lagi pada hari 10-14. Pada neonatus yang cukup, kadar bilirubin tidak melebihi 10 mg / dl dan pada bayi prematur kurang dari 12 mg / dl. Pada hari ketiga kenaikan kadar bilirubin < 0,2 mg/dl/jam sedangkan hari ke 4-5 kenaikan kadar bilirubin < 0,2 mg/dl/jam. Penyakit kuning cenderung patologis.

(Hiperbilirubinemia) adalah: penyakit kuning yang terjadi pada 2 jam pertama postpartum, peningkatan kadar bilirubin 5 mg / dl atau lebih setiap 2 jam, siklus dengan BL <2000>8 hari. Kernikterus adalah hiperbilirubinemia ensefalopati yang umum pada neonatus bulan yang cukup dengan penyakit kuning yang parah. Bilirubin tidak langsung lebih besar dari 20 mg n dengan penyakit hemolitik berat.

b. Patofisiologi.

Secara fisiologis, volume darah bayi lebih besar, sedangkan usia sel darah merah pendek, menyebabkan degenerasi sel darah merah, produksi bilirubin meningkat sebesar 7080mg%, produksi bilirubin berasal dari sel darah merah. . Bilirubin albumin-terikat diangkut ke hati sampai, di hati, konjugasi dalam mikrosom hati gagal. Pada bayi baru lahir, usus bebas dari bakteri, sehingga tidak ada pembentukan stercobiline. Sebaliknya, banyak usus bayi mengandung beta-glucuronide, yang menghidrolisis bilirubin gluicoronide menjadi bilirubin tidak langsung, yang akan diserap kembali melalui sirkulasi usus ke dalam aliran darah.

c. Pengkajian data subyektif dan obyektif. Kulit dan selaput lendir tampak kering. Hasil pengamatan

bagus pada matahari. BBL tampak kuning bila kadar bilirubin 6 mg/dl. Bila terjadi ke ikterus (kerusakan otak akibat perlingketan bilirubin indirek) akan ada gejala mata berputar, letargi, kejang, tak mau mengisap, malas minum, leher kaku. Bila lebih berat dapat terjadi tuli, gangguan bicara dan retardasi mental. Warna tinja mungkin akolik dan warna air kemih menjadi kuning tua. Hasil laboratorium: Bilirubin serum meninggi, Hematokrit mungkin turun, kultur darah mungkin positif (+), Bilirubin > 15. Penentuan bilirubin secara Kramer sebagai berikut: Kepala: 4-8 mg/dl, Leher-pusar: 5mg /dl, Perut: 8- 6 mg/dl, Lengan-paha: 11-18 mg/dl, Tangan kaki: > 15 mg /dl.

d. Masalah keperawatan

1) Risiko Tinggi Injuri

Hal ini terjadi karena efek peningkatan kadar bilirubin dan efek transfusi pertukaran yang dapat merusak otak, intervensi keperawatan yang bias dilakukan, antara lain: jika risiko cedera tinggi karena efek peningkatan kadar bilirubin, intervensi yang dapat dilakukan meliputi: Pemeriksaan berikut untuk memeriksa dan memantau dampak perubahan konsentrasi bilirubin seperti penyakit kuning, urin terkonsentrasi, kelesuan, disfagia, refleks Moro, tremor, malaise, Monitor Hb dan HCT dan mencatat penurunan, melakukan prosedur dan persiapan untuk pertukaran darah fototerapi secara tepat waktu. Sementara risiko cedera disebabkan oleh efek pertukaran, kemungkinan intervensi keperawatan meliputi: memantau kadar bilirubin, Hb, dan HCT sebelum dan sesudah transfuse tukar tiap 4-6 jam selama 24 jam post transfusi, pemantauan tekanan darah, denyut nadi . suhu, pemeliharaan sistem kardiopulmoner, penilaian kulit perut, tekanan darah, muntah,

sianosis, pemeliharaan asupan kalori, kebutuhan cairan hingga transfusi pertukaran, dan pemberian obat pendukung untuk meningkatkan transportasi dan konjugasi seperti albumin atau infus plasma dengan dosis 1520 ml/kg BB dan albumin biasanya diberikan sebelum transfusi darah karena albumin dapat mempercepat pelepasan bilirubin dari ekstrasvasi ke pembuluh darah.

2) Risiko Tinggi Kurangnya Volume Cairan

Pemberian fototerapi yang lama dapat menyebabkan resiko kekkurangan volume cairan, untuk itu langkah-langkah yang dapat dilakukan perawat untuk mencegah penipisan volume cairan adalah dengan mempertahankan kadar cairan dengan memberikan cairan secara oral atau intravena (intravena), memantau haluaran, termasuk jumlah urin, warna dan feses, menilai perubahan status hidrasi dengan memantau suhu setiap 2 jam sekali dan memeriksa mukosa, ubun-ubun.

3) Gangguan Integritas Kulit

Gangguan integritas kulit pada bayi baru lahir dengan hiperbilirubinemia disebabkan oleh efek fototerapi yang dapat menyebabkan kulit kering, iritasi mata, dll, untuk mengatasi hal ini dapat dilakukan beberapa tindakan Menjaga integritas kulit selama perawatan dengan mengeringkan area lembab mengurangi iritasi dan menjaga kebersihan kulit.

4) Risiko Tinggi Perubahan Menjadi Orang Tua

Risiko tinggi menjadi orang tua ini karena kehadiran anak terbatas atau terpisah dari anak sejak anak lahir aktif di tempat khusus, intervensi keperawatan dapat dilakukan

sebagai berikut: menjaga kontak antara orang tua dan bayi di ruangan yang terang. Ketika orang tua berkunjung.

#### 5) Kurangnya Pengetahuan

Kurangnya pemahaman pada orang tua ini disebabkan oleh perawatan di rumah, meskipun secara fisiologis penyakit kuning pada anak-anak dapat hilang dengan sendirinya, tetapi anak-anak dengan hiperbilirubinemia memerlukan tindakan khusus dan orang tua juga harus mendapatkan perawatan. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan meliputi: memberikan informasi patofisiologis nyata dengan melakukan tanya jawab, mengklarifikasi kesalahpahaman, dan mendokumentasikan hiperbilirubinemia darah, mendiskusikan tanda dan gejala, dan mengevaluasi penjelasan pada orang tua.

### 4. Askep Sepsis Neonatorum

#### a. Pengertian.

Sepsis neonatorum adalah sindrom klinis yang ditandai dengan infeksi sistemik diikuti oleh sepsis pada neonatus berusia kurang dari 1 bulan.

#### b. Patofisiologi.

Mikroorganisme atau kuman yang menyebabkan infeksi dapat mencapai bayi dengan beberapa cara: a) Selama periode prenatal / prenatal. Pada saat ini, kuman dari ibu, setelah melewati plasenta dan tali pusar, akan masuk ke tubuh bayi melalui sirkulasi darah janin. Kuman yang dapat masuk ke plasenta antara lain: virus rubella, herpes, cytomegalovirus, hepatitis, influenza, dan infeksi insang. Sedangkan bakteri yang bisa masuk melalui jalur ini adalah malaria, sifilis dan roxoplasma b) Selama kehamilan, kuman yang ada di vagina dan leher rahim naik

ke korion dan cincin, dan kemudian melalui tali pusat, mereka memasuki tubuh bayi. Atau selama persalinan, cairan ketuban yang terinfeksi dapat dihirup oleh bayi dan masuk ke saluran pencernaan dan saluran pernapasan, di mana infeksi terjadi. Sumber infeksi lainnya adalah manipulasi janin, pendarahan ibu, dan penjepitan untuk menembus kulit bayi (Erita et al., 2019)

- c. Pengkajian Data subyektif dan obyektif. Dalam hal gejala umum, anak tampak sakit, anak tidak mau minum, suhu naik atau turun, edema (jaringan keras). Gangguan gastrointestinal termasuk muntah, diare, dan perut kembung. Saat bernapas, ada sesak napas, pernapasan cepat dan sianosis. Kardiovaskular: takikardia, edema, dehidrasi dan hematologi, penyakit kuning, petekie, leukosit < 5000 mm<sup>2</sup>. Pemeriksaan laboratorium didapat KFD tinggi, umur bayi < 4 hari maka sel darah putih < 9000, Sel PMN < 4.500, Trombosit < 100.000. Pada umur bayi > 4 hari sel darah putih > 20.000 atau < 5000. Sel PMN > 4.500 atau < 1400, Trombosit < 100.000.
- d. Masalah keperawatan yang Sering Muncul pada Bayi dengan Tetanus Neonatorum

1) Gangguan Fungsi Pernapasan

Dalam hal ini, mungkin karena bakteri menyerang otot-otot pernapasan, membuat otot-otot pernapasan tidak dapat bekerja, kejang pada otot faring juga dapat menyebabkan air liur menumpuk di rongga mulut atau proses pernapasan tenggorokan. Posisikan anak dengan kepala ekstensi, berikan oksigen 12 L / menit dan, jika kritis, tingkatkan kebutuhan oksigen untuk 1/menit setelah kontraksi mereda, menurunkan, mengalirkan lendir, dan memasang alat, menurunkan lidah anak. mencegah lidah jatuh ke belakang, Amati tanda-tanda vital setiap setengah jam, berikan lingkungan yang

hangat, jangan berikan lingkungan yang dingin karena dapat menyebabkan apnea. Bekerja dengan dokter untuk memberikan diazepam pada dosis awal 2,5 mg intravena selama 23 menit, diikuti dengan dosis 810 mg / kg berat badan / hari, setelah perbaikan klinis, dapat diberikan diazepam secara oral, selain diazepam, ATS juga digunakan pada dosis 10.000 U./ hari, ampisilin 100 mg / kg / hari.

#### Perawatan Saat Anak Mengalami Kejang

Adalah tindakan terapi keperawatan untuk mencegah lidah digigit, hipoksia, pasien jatuh, lidah tidak ditarik untuk menutupi jalan napas dan mencegah kejang, cara implementasi berikut:

- a) Letakkan pasien di punggungnya, kepala dimiringkan dan ekstensi
  - b) Pasang pelindung lidah berlapis kain kasa.
  - c) Bersihkan jalan napas dengan menelan lendir.
  - d) Berikan oksigen.
  - e) Terapkan kompresi.
  - f) Amati tanda-tanda vital dan sifat kejang.
- 2) Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi dan Cairan

Penyebabnya karena bayi tidak mampu memenuhi kebutuhan dengan memotong atau minum, untuk itu dalam memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan dapat dilakukan dengan melakukan intervensi keperawatan termasuk memantau tanda-tanda dehidrasi dan kekurangan gizi seperti asupan dan output, selaput lendir, turgor kulit dan lain-lain, kemudian dapat memberikan cairan melalui infus dengan

cairan glukosa 10 % natrium bikarbonat jika pasien sering kejang dan apnea, jika kejang telah berkurang penyediaan nutrisi dapat melalui pipa lambung.

3) Kurang Pengetahuan (Orang Tua)

Dalam masalah perawatan ini, keluarga pasien mungkin kekurangan informasi karena penyakit tersebut memerlukan perawatan dan perawatan khusus, sehingga perlu untuk memberi tahu keluarga tentang penyakit dan upaya pengobatannya. Injeksi, penyembuhan luka dengan alkohol 70 % serta kain kasa steril.

## **Daftar Pustaka**

- Arnis, A. (2018). *Praktek Keperawatan Anak*.
- Erita, Hununwidiastuti, S., & Leniwita, H. (2019). *Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak*. In Universitas Kristen Indonesia. [http://repository.uki.ac.id/2703/1/BMPKEPERAWA\\_TANJIWA.pdf](http://repository.uki.ac.id/2703/1/BMPKEPERAWA_TANJIWA.pdf)
- Kementrian Kesehatan RI, *Profil Kesehatan Indonesi Tahun 2020* \_\_\_\_ (2020). <https://doi.org/10.1524/itit.2006.48.1.6>
- Musviro, Wahyuningsih, S., Hayati, N., Handayani, D., & Istiqomah, I. N. (2022). *Modul Praktikum Keperawatan Anak (Kholid Rosyidi MN (ed.); pertama)*. KHD Production.
- Ribek, N., Labir, I. K., & Sunarathi, N. K. (2018). *Aplikasi Perawatan Bayi Resiko Tinggi Berdasarkan Kurikulum Berbasis Kompetensi Program Keperawatan*.
- Yuliasati, & Nining. (2016). *Keperawatan Anak*.

## **Profil Penulis**



### **Fitri Romadonika**

Lahir di Gegutu Timur Rembiga pada tanggal 28 Mei 1985 dari pasangan H. Yacub Marzaen dan Hj. Maemunah (Almh). Memasuki pendidikan sekolah dasar di SDN No 3 Mataram, kemudian pendidikan Tsanawiyah dan Aliyah Di Pondok Pesantren Khusus Putri Di Nurul Hakim Kediri Lombok Barat. Dan lulus Sarjana keperawatan & profesi ners tahun 2008 di STIKES Ngudi Waluyo Ungaran serta Magister Keperawatan tahun 2014 di STIKES Jenderal Achmad Yani Cimahi. Tahun 2010 aktif sebagai dosen tetap Program Pendidikan Ners di STIKES YARSI Mataram. Mengampu mata kuliah keperawatan anak. Dan juga aktif dalam organisasi Profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dan Ikatan Perawat Anak Indonesia (IPANI) NTB.

Email Penulis: [romadonika.fitri@gmail.com](mailto:romadonika.fitri@gmail.com)



# GAMBARAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

**Indah Dewi Ridawati, S.Kep., Ns., M.Kep.**

Poltekkes Kemenkes Palembang

## **Pendahuluan**

Anak berkebutuhan khusus adalah anak yang mempunyai keterbatasan ataupun keluarbiasaannya pada salah satu atau beberapa aspek fisik, sosial, emosional dan mental-intelektual, dan aspek ini berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan serta berbeda jika dibandingkan dengan anak normal biasanya. Anak berkebutuhan khusus bukanlah suatu penyakit dan kondisi ini tidak menular. (Kemenppa RI, 2013). Anak berkebutuhan khusus memiliki keunikan tersendiri dan berbeda dengan anak normal biasanya. Keunikan dan keistimewaan pada Anak berkebutuhan khusus membutuhkan pelayanan keperawatan khusus juga dalam mengatasi masalah-masalah biologis, fisiologis, psikologis maupun spiritual. Keperawatan yang berfokus dalam mengatasi masalah keperawatan pada Anak berkebutuhan khusus sangat sesuai jika diterapkan di Sekolah Luar Biasa tempat dimana anak berkebutuhan khusus menimba ilmu. Perawat tidak diperkenankan melakukan diskriminasi terhadap pelayanan kesehatan kepada anak-anak berkebutuhan khusus. Hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan juga dimiliki oleh anak-anak berkebutuhan khusus. Perawat perlu memiliki pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman mengenai

asuhan keperawatan pada anak berkebutuhan khusus untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kemandirian anak berkebutuhan khusus. Penerapan pelayanan asuhan keperawatan pada anak berkebutuhan khusus dapat dilaksanakan di fasilitas kesehatan, fasilitas umum dan Sekolah Luar Biasa. Pada proses pelaksanaan asuhan keperawatan perawat membutuhkan pendampingan baik dari orangtua, keluarga dan masyarakat dengan tujuan asuhan keperawatan yang dilakukan berjalan lebih lancar dan dapat diteruskan di rumah maupun dalam kehidupan sehari-hari. Bahkan orangtua dan keluarga dianjurkan memiliki keahlian dalam menstimulasi perkembangan anak berkebutuhan khusus secara dini baik di rumah maupun di lingkungan sekitar (kemenppa RI, 2013).

Asuhan keperawatan pada anak berkebutuhan khusus adalah suatu teknik ilmiah dalam keperawatan yang bertujuan untuk mengembangkan pondasi ilmu keperawatan pada anak berkebutuhan khusus. Asuhan keperawatan pada anak berkebutuhan khusus merupakan pijakan dalam kemajuan ilmu keperawatan dan asuhan keperawatan ini berbeda dengan asuhan keperawatan lainnya. Asuhan keperawatan pada anak berkebutuhan khusus memiliki ciri khas tersendiri dibandingkan dengan asuhan keperawatan lainnya. Pengembangan asuhan keperawatan pada anak berkebutuhan khusus dapat dilakukan dengan cara melakukan penelitian-penelitian terkait asuhan keperawatan pada anak berkebutuhan khusus. Gaya bahasa yang digunakan pada asuhan keperawatan pada anak berkebutuhan khusus berlandaskan 3S (SDKI, SIKI dan SLKI) membutuhkan standar tersendiri untuk menjadi pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. (Nurhesti, dkk., 2020). SDKI atau Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia merupakan pedoman untuk menegakkan diagnose keperawatan yang dibuat oleh organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). SDKI ini adalah wujud dari gabungan beberapa pedoman penegakkan diagnose keperawatan yaitu NANDA, ICNP dan Carpenito. Jumlah diagnose keperawatan yang terdapat di SDKI sebanyak 148 diagnosa keperawatan dan diagnose keperawatan di

SDKI ini mirip dengan diagnose keperawatan dari NANDA tahun 2015-2017. Perawat Indonesia melakukan inovasi terhadap standar diagnose keperawatan melalui SDKI. Pada SDKI ini baik praktisi keperawatan maupun praktisi akademik mampu menggunakannya dengan praktis dan sesuai dengan kondisi, situasi dan budaya yang berkembang di Indonesia. SDKI merupakan wujud tanggung jawab dari organisasi PPNI dalam usaha peningkatan kualitas pelayanan keperawatan dan profesionalisme perawat memberikan asuhan keperawatan pada klien (SDKI, 2016). Diagnosa keperawatan yang ditegakkan menggunakan pedoman yang sudah diakui sebagai standar pedoman dokumentasi asuhan keperawatan akan meningkatkan kualitas dalam hal lima langkah asuhan keperawatan dari pengkajian sampai evaluasi (Lunney, 2007 dan Muller-Staub, 2009).

SDKI mulai dipublikasikan sejak tahun 2017 (SDKI, 2016). Penggunaan SDKI dalam penegakkan keputusan pada pelayanan klinik keperawatan tidaklah rumit digunakan. Diagnosa keperawatan pada SDKI disusun oleh PPNI dengan jelas, lengkap serta mudah dalam penggunaannya. PPNI menyesuaikan isi dari SDKI untuk sesuai dengan ciri khas pasien-pasien yang ada di Indonesia. Indonesia dengan ratusan ribu suku pastinya memiliki kekayaan akan budaya dan membutuhkan pedoman khusus dalam penegakkan diagnosa keperawatan (Nurhesti, dkk., 2020).

### **Metode Penelitian**

Penelitian ini termasuk penelitian kuantitatif menggunakan desain deskriptif observasional. Teknik sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah total sampling yang berjumlah 39 siswa. Semua responden adalah siswa-siswi berkebutuhan khusus di SLBN (Sekolah Luar Biasa Negeri) Kota Lubuklinggau Sumatera Selatan pada bulan Maret 2022 yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi yang digunakan adalah setuju mengikuti penelitian hingga selesai dan diijinkan oleh orangtua dan pihak sekolah. Kriteria eksklusinya antara lain berperilaku kekerasan terhadap peneliti. Penelitian ini menggunakan kuesioner berupa

format pengkajian keperawatan pada anak berkebutuhan khusus. Metode pengambilan data menggunakan wawancara. Isi format pengkajian keperawatan pada Anak Berkebutuhan Khusus yang diambil dari buku panduan praktik klinik keperawatan pada Anak Berkebutuhan Khusus yang disusun oleh Eva Oktaviani Tahun 2022 memiliki tampilan sebagai berikut:

**Lampiran 10  
FORMAT PENGKAJIAN PADA ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS**

Nama Mahasiswa :  
NPM :  
Kelompok :  
Tempa Praktik :  
Tanggal Pemeriksaan :

**I. IDENTITAS KLIEN**

**A. Identitas Diri**

1. Nama/Nama Panggilan :  
2. Tempat/Tanggal lahir :  
3. Usia :  
4. Jenis Kelamin :  
5. Agama :  
6. Kelas :  
7. Suku :  
8. Alamat :

**B. Identitas Orang Tua**

1. Ayah  
a. Nama :  
b. Usia :  
c. Pendidikan :  
d. Pekerjaan :  
e. Agama :  
f. Alamat :  
2. Ibu  
a. Nama :  
b. Usia :  
c. Pendidikan :  
d. Pekerjaan :  
e. Agama :  
f. Alamat :

**C. Identitas Saudara Kandung**

No	Nama	Usia	Hubungan	Status Kesehatan

## II. Keluhan Utama

.....

.....

.....

.....

.....

## III. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Komponen	Pertanyaan	Jawaban
Riwayat Kelahiran	1. Apakah bayi lahir cukup bulan? 2. Apakah berat badan lahir anak cukup? 3. Keadaan ibu selama hamil?	
Riwayat kesehatan	1. Kapan keluarga mengetahui timbulnya keluhan pada anak? 2. Apa yang dilakukan orang tua?	
Riwayat tumbuh kembang	1. Berjalan ..... bulan 2. Duduk ..... bulan 3. Merangkak ..... bulan 4. Berdiri ..... tahun 5. Berjalan ..... tahun 6. Senyum kepada orang lain pertama kali ..... tahun 7. Bicara pertama kali ..... tahun, dengan menyebutkan ..... 8. Berpakaian tanpa bantuan .....	
Perakit masa kecil	1. Apakah anak pernah sakit? 2. Jika pernah, sakit apa? 3. Berapa lama?	
Riwayat di rumah sakit	1. Apakah anak pernah di rawat di rumah sakit? 2. Jika pernah, kapan dan dengan diagnosis apa? 3. Berapa lama perawatan?	
Obat-obatan yang digunakan	1. Apakah klien menggunakan obat-obatan rutin 2. Obat apa yang digunakan 3. Berdasarkan resep dokter atau beli sendiri	

29

Tindakan operasi	1. Apakah anak pernah mengalami tindakan operasi 2. Jika pernah, kapan dan tindakan operasi apa	
Alergi	1. Apakah anak memiliki riwayat alergi? 2. Jika ada, alergi apa?	
Kecelakaan	1. Apakah anak pernah mengalami kecelakaan? 2. Jika pernah, kecelakaan apa yang dialami? 3. Apakah sampai mengalami perawatan di RS?	
Imunisasi	1. Apa saja jenis imunisasi dasar yang sudah didapatkan klien? 2. Apakah anak pernah mendapatkan imunisasi tambahan? 3. Jika pernah, jenis imunisasi tambahan apa yang diberikan?	

## IV. Riwayat Keluarga (Genogram 3 generasi)

30

Riwayat Penyakit Keluarga

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

V. Kebutuhan Dasar

Komponen	Pertanyaan	Jawaban
Makanan yang disukai/tidak disukai	1. Apa saja jenis makanan kesukaan anak? 2. Apa saja jenis makanan yang tidak disukai anak? 3. Apa saja jenis makanan yang biasa disukai anak selama di rumah?	
Selera	Digemakan selera makan anak sehari-hari	
Alat makan yang dipakai	1. Apa alat makan yang biasa dipakai makan sehari-harinya? 2. Apakah anak makan secara mandiri/dibantu?	
Pola makan/jam	1. Berapa kali anak makan sehari? 2. Kapan saja waktu makan anak?	
Pola Tidur	Jam berapa waktu-waktu tidur anak	
Kebiasaan sebelum tidur	Adakah kebiasaan tertentu sebelum tidur?	
Mandi	1. Apakah anak mandi sendiri/dibantu? 2. Berapa kali anak mandi sehari? 3. Kebiasaan selama mandi?	
Aktivitas	1. Apa aktivitas yang biasa dilakukan anak saat bermain atau waktu luang? 2. Digemakan pengaturan jadwal aktivitas harian? 3. Adakah keterbatasan dalam aktivitas? 4. Adakah penggunaan alat bantu dalam beraktivitas?	
Eliminasi	1. Berapa kali anak BAB dan BAK sehari? 2. Apakah anak melakukannya secara mandiri/dibantu?	

31

VI. Pemeriksaan Fisik

- Tanda-tanda Vital

Denyut Nadi : \_\_\_\_\_ x/menit

Suhu : \_\_\_\_\_ °C

Respirasi : \_\_\_\_\_ x/menit

Tekanan Darah : \_\_\_\_\_ mmHg
- Kondisi Umum

  - Bersih :
  - Kesadahan :
- Rambut

  - Kebersihan : bersih/berminyak/berketombe/berkutu/berbulu
  - Kondisi : rontok / lebat
  - Mudah rontok : ya / tidak
- BB/TB : Kg / cm

Gizi Kurang ( )

Gizi Cukup ( )

Gizi Lebih ( )
- Mata

  - Bersih : ya / tidak
  - Simetris ( ) Asimetris ( )
  - Sekresi :
  - Alat bantu penglihatan:
  - Data lain:
- Hidung

  - Bersih : ya / tidak
  - Simetris ( ) Asimetris ( )
  - Sekresi :
  - Data lain :
- Mulut

  - Bersih : ya / tidak
  - Keterbukaan :
  - Scar-tika : ada/tidak, sebutkan \_\_\_\_\_
  - Data lain :
- Telinga

  - Bersih : ya / tidak
  - Simetris ( ) Asimetris ( )

32

- Sekresi : .....
  - Penggunaan alat bantu dengar: ya/tidak, sebutkan.....
  - Data lain : .....
9. Dada
- Simetris ( ) Asimetris ( )
  - Reteksi dinding dada : .....
  - Bentuk rangka dada : .....
  - Data lain : .....
10. Jantung
- Bunyi jantung normal : (S1, S2)
  - Abnormal : ada/tidak
  - Irama jantung normal ( ) Abnormal ( )
  - Data lain : .....
11. Paru-paru
- Bunyi normal ( ), Abnormal (Crackles/wheezing/rauhki/friction rub)
  - Data lain : .....
12. Abdomen
- Bising usus : .....
  - Hati : .....
  - Limpa : .....
  - Ginjal : .....
13. Muskuloskeletal
- Pergerakan : normal/ tidak normal
  - Kebersihan : .....
  - Kekuatan Otot : .....
14. Genitalia
- Kebersihan : .....
  - Data lain : .....
15. Sistem Imunetik
- Pembesaran : .....
  - Nyeri tekan : .....
  - Lokasi pembesaran/nyeri : .....
16. Ekstremitas
- Turgor : .....

33

- Kelembuhan : .....
  - Jari kaki kanan/kiri : lengkap/tidak lengkap
17. Kulit
- Warna : .....
  - Bau : .....
  - Kelembuhan : .....
  - Turgor : .....
18. Riwayat Pubertas
- Perempuan
- a. Tanda-tanda perubahan seks sekunder:
  - b. Haid pertama kali:
  - c. Respon saat pertama haid:
  - d. Siklus haid:
  - e. Nyeri haid:
  - f. Dimana informasi sumber informasi tentang pubertas?
  - g. Bagaimana pemahaman anak tentang pubertas?
- Laki-laki
- a. Tanda-tanda perubahan seks sekunder:
  - b. Mimpi basah pertama kali:
  - c. Respon pertama saat mimpi basah:
  - d. Dimana sumber informasi tentang pubertas?
  - e. Bagaimana pemahaman anak tentang seksual?

#### VII. PEMERIKSAAN TINGKAT PERKEMBANGAN

- a. Komunikasi dan bergaul : .....
- b. Motorik halus : .....
- c. Motorik kasar : .....
- d. Kognitif : .....

34

e. Bahasa

f. Sosialisasi

#### VIII. RIWAYAT PSIKOSOMAL

Komponen	Pertanyaan	Jawaban
Pengasuhan	1. Anak tinggal bersama siapa? 2. Siapa saja anggota keluarga yang tinggal di rumah? 3. Bagaimanakah karakteristik pola asuh ayah/ibu di rumah? (Otoriter/demokratis/permisif)	
Hubungan dengan anggota keluarga	1. Sistem anak dalam keluarga — 2. Jumlah saudara 3. Bagaimana hubungan anak dengan saudara dan orang tua di rumah? 4. Anak lebih cenderung menceritakan masalahnya ke ayah atau ibu? 5. Apakah orang tua memancarkan nilai budaya tertentu kepada anaknya?	
Hubungan dengan teman sebaya	1. Apakah anak memiliki teman bermain? 2. Bagaimana hubungan anak dengan teman sebayanya? 3. Apakah anak mempunyai kelompok di sekolah? 4. Apakah anak mengikuti kegiatan sosial tertentu di kelompok? 5. Kegiatan apa saja yang dilakukan jika bermain teman?	
Interaksi di sekolah	1. Apakah anak mengalami masalah belajar di sekolah? 2. Apakah anak mengalami masalah dengan teman di sekolah? 3. Apakah anak mengalami masalah dengan guru di sekolah? 4. Kegiatan ekstrakurikuler apa saja yang diikuti anak di sekolah?	
Perubahan secara umum	1. Bagaimana perubahan anak secara umum saat diajak berbicara?	

35

	2. Apakah anak kesulitan berkomunikasi dengan teman sebayanya? 3. Bagaimana cara anak berkomunikasi dengan teman sebayanya?	
Rekreasi dan Hobi	1. Apakah memiliki waktu untuk rekreasi? 2. Jenis/ kegiatan apa yang dilakukan? 3. Dengan siapa teman rekreasi? 4. Apakah hobi anak? Beri alasan 5. Frekwensi melakukan hobi dalam seminggu?	
Emosional	1. Apakah anak sudah mampu mengambil keputusan sendiri? 2. Apakah anak mampu menceritakan sesuatu hal yang penting atau tidak penting? 3. Apakah anak saat ini memiliki teman dekat/sahabat?	
Perilaku	1. Apakah anak pernah atau masih merokok? 2. Siapa/ah yang mempengaruhi anak untuk merokok 3. Apa alasan anak merokok? 4. Apakah anak sudah bercerita kepada keluarga jika ada masalah?	
Lingkungan rumah	1. Bagaimana kondisi lingkungan rumah anak? 2. Kondisi rumah? 3. Hubungan dengan tetangga? 4. Budaya mana yang paling berpengaruh di lingkungan tempat tinggal anak? 5. Apakah orang tua sering membawa anaknya bermain ke luar rumah? 6. Dimana tempat favorit anak di rumah?	

IX. Pemeriksaan lain yang dilakukan:

Nama perawat yang mengkaji

( )

36

**ANALISA DATA**

DATA	ETIOLOGI	MASALAH

Diagnosa Keperawatan:  
 1.....  
 2.....  
 ,dit

**RENCANA KEPERAWATAN**

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN	INTERVENSI	RASIONALISASI

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Diagnosis keperawatan:

Tanggal/hari/ jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
		Jam B: O: A: P:	

37

Gambar 18.1. Format Pengkajian Asuhan Keperawatan pada Anak Berkebutuhan Khusus

## Hasil dan Pembahasan Penelitian

Hasil yang diperoleh dari penelitian kuantitatif ini adalah

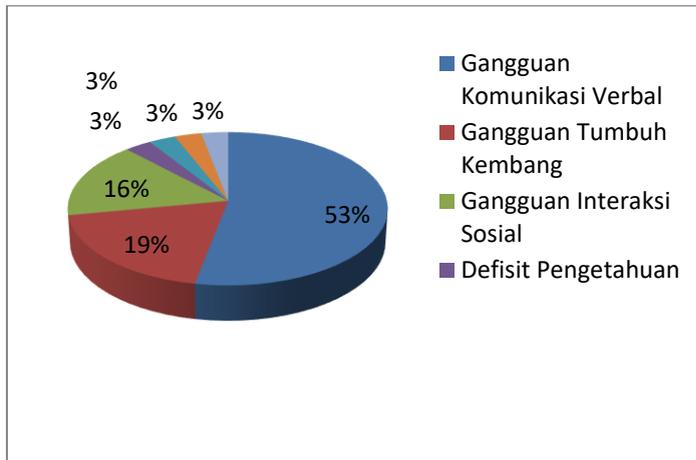
### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dalam melakukan asuhan keperawatan. Melalui pengkajian perawat akan mudah mendapatkan data yang berbeda jika dibandingkan dengan standar untuk anak normal. Data yang berbeda ini dilihat dengan jeli untuk dianalisis apakah cukup jumlahnya untuk penegakan diagnosa keperawatan. Sebanyak 80-100% data mayor yang harus ada untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Contoh jika data mayor berjumlah dua data maka 80-100% dari 2 data adalah dua sehingga semua data tersebut harus ada jika ingin menegakkan diagnosa keperawatan. Jika salah

satu data tidak ada maka masalah keperawatannya berubah menjadi risiko.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Berikut ini adalah hasil pengkajian yang telah melalui analisa data dan diperoleh gambaran masalah-masalah keperawatan pada Anak Berkebutuhan Khusus di SLBN Kota Lubuklinggau.



Gambar 18.2. Diagram masalah Keperawatan Terbanyak pada Anak Berkebutuhan Khusus di SLBN Kota Lubuklinggau

Berdasarkan diagram di atas masalah keperawatan terbanyak yang ditemui pada Anak berkebutuhan khusus di SLBN Kota Lubuklinggau ialah gangguan komunikasi verbal (53%), diikuti gangguan tumbuh kembang (19%), gangguan interaksi sosial (16%), defisit pengetahuan (3%), risiko cedera (3%), defisit nutrisi (3%), dan defisit perawatan diri (3%). Dapat disimpulkan tiga masalah keperawatan terbanyak adalah gangguan komunikasi verbal, gangguan tumbuh kembang dan gangguan interaksi sosial.

Peneliti kemudian menegakkan diagnosa keperawatan yang berasal dari masalah keperawatan tersebut menjadi tiga diagnosa prioritas pada anak-anak berkebutuhan khusus di SLBN Kota Lubuklinggau yaitu:

- a. Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan hambatan individu ditandai dengan

Data objektif berupa

- 1) Tidak mampu berbicara atau mendengar
- 2) Menunjukkan respon tidak sesuai

- b. Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan ketidakmampuan fisik ditandai dengan

DO (Data Objektif):

- 1) Tidak mampu melakukan keterampilan atau perilaku khas sesuai usia (fisik, bahasa, motorik, psikososial)
- 2) Pertumbuhan fisik terganggu

- c. Gangguan Interaksi Sosial berhubungan dengan hambatan perkembangan ditandai dengan:

Data Subjektif /DS:

- 1) Merasa tidak nyaman dengan situasi sosial
- 2) Merasa sulit menerima atau mengkomunikasikan perasaan

Data Objektif:

- 1) Kurang responsif atau tertarik pada orang lain
- 2) Tidak berminat melakukan kontak emosi dan fisik

### 3. Intervensi Keperawatan

Peneliti membuat intervensi keperawatan berdasarkan SLKI dan SIKI yang mana dituangkan dalam tabel berikut ini:

Tabel 18.1. Rencana Asuhan Keperawatan pada Anak Berkebutuhan Khusus

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan</b>	<b>Intervensi</b>
Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan hambatan individu	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kemampuan bicara meningkat</li> <li>b. Kemampuan mendengar meningkat</li> <li>c. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Observasi: <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan bicara</li> <li>2) Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara</li> </ul> </li> <li>b. Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Gunakan metode komunikasi alternatif</li> <li>2) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan</li> </ul> </li> <li>c. Edukasi Anjurkan berbicara perlahan</li> <li>d. Kolaborasi Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis</li> </ul>
Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Keterampilan /perilaku sesuai usia meningkat</li> <li>b. Kemampuan melakukan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Observasi: Identifikasi pencapaian tugas perkembangan anak</li> </ul>

ketidakmampuan fisik	perawatan meningkat	diri	<p>b. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Motivasi anak berinteraksi dengan anak lainnya</li> <li>2) Fasilitasi anak melatih keterampilan pemenuhan kebutuhan secara mandiri</li> <li>3) Bernyayi bersama anak lagu-lagu yang disukai</li> </ol> <p>c. Edukasi</p> <p>Ajarkan anak keterampilan berinteraksi</p>
Gangguan Interaksi Sosial berhubungan dengan hambatan perkembangan	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Perasaan nyaman dengan situasi sosial meningkat</li> <li>b. Perasaan mudah menerima atau mengkomunikasikan perasaan meningkat</li> <li>c. Responsif pada orang lain meningkat</li> <li>d. Minat melakukan kontak emosi meningkat</li> <li>e. Minat melakukan kontak fisik meningkat</li> </ol>		<p>a. Observasi</p> <p>Identifikasi penyebab kurangnya keterampilan sosial</p> <p>b. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Motivasi untuk berlatih keterampilan sosial</li> <li>2) Beri umpan balik positif terhadap kemampuan sosial</li> </ol> <p>c. Edukasi</p> <p>Latih Keterampilan sosial secara bertahap</p>

#### 4. Implementasi Keperawatan

Semua yang tertera pada intervensi keperawatan telah dilaksanakan oleh peneliti namun tidak semua kriteria di SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) diterapkan kepada anak berkebutuhan khusus di SLBN Kota Lubuklinggau. Pertimbangan peneliti melakukan hal tersebut karena waktu penelitian yang terbatas dan penghormatan waktu belajar responden di sekolah. Peneliti menggunakan alat bantu permainan edukatif dalam melakukan asuhan keperawatan pada anak berkebutuhan khusus. Situasi menyenangkan yang berasal dari permainan menggunakan alat permainan edukatif memudahkan anak berkebutuhan khusus percaya kepada peneliti dan melaksanakan penelitian sampai selesai tanpa amarah, sedih, frustrasi dan kecewa.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan hasil evaluasi keperawatan ada peningkatan kemampuan responden dalam hal berkomunikasi secara verbal, tumbuh dan berkembang maupun interaksi sosial. Walaupun peningkatan ini tidak terlalu banyak hanya 1 atau 2 angka dari sebelumnya. Secara keseluruhan dapat disimpulkan masalah keperawatan yang berhasil diatasi adalah gangguan interaksi sosial dan dua masalah keperawatan lainnya hanya bisa teratasi sebagian.

## Daftar Pustaka

- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia. (2013). Panduan Penanganan Anak Berkebutuhan Khusus bagi Pendamping (Orang Tua, Keluarga, dan Masyarakat) <https://www.kemenpppa.go.id/> diakses tanggal 10 Mei 2022
- Lunney, M. (2007). *The Critical need for accuracy of diagnosing human responses to achieve patient safety and quality-based services*. The 6<sup>th</sup> European Conference of the Association for Common European Nursing Diagnoses, Intervention, and Outcomes (ACENDIO), Amsterdam: Oud Consultancy, p. 238-239
- Muller-Staub M. (2009). *Evaluation of The Implementation of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes*, International Journal of Nursing Terminologies and Classifications Volume 20, No.1, January-March, 2009
- Nurhesti, Putu Oka Yuli., dkk. (2020). *Analisis Penggunaan Diagnosis Keperawatan Berbasis SDKI dan NANDA*. Community of Publishing (COPING) Vol.8, No.2, Agustus 2020 Hal. 118-123
- Oktaviani, Eva. (2022). *Panduan Praktik Klinik Keperawatan Anak Berkebutuhan Khusus*. Perpustakaan Prodi Keperawatan Lubuklinggau Poltekkes Kemenkes Palembang
- PPNI.2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Persatuan Perawat Nasional Indonesia

## **Profil Penulis**

### **Indah Dewi Ridawati**



Lahir di Srikaton 27 Januari 1988, penulis menyelesaikan pendidikan Taman Kanak-Kanak sampai dengan Sekolah Menengah Pertama di Kabupaten Musi Rawas, Sekolah Menengah Atas dijalani di Kota Lubuklinggau. Pada tahun 2010 penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan di Universitas Sriwijaya Palembang, selanjutnya pada tahun 2012 penulis menyelesaikan pendidikan Ners di Universitas Sriwijaya. Penulis meneruskan kuliah S2 Keperawatan Minat Keperawatan Maternitas di Universitas Gadjah Mada dan lulus pada Tahun 2016. Selama kuliah S2 Penulis menjadi dosen di Universitas Sahid Surakarta dan STIKES Surya Global Yogyakarta. Sejak Desember 2016 penulis bekerja sebagai dosen di Poltekkes Kemenkes Palembang sampai dengan sekarang. Selain sebagai dosen berbagai pengalaman yang telah diikuti yaitu pelatihan, seminar ilmiah yang berkaitan dengan kesehatan ibu anak dan workshop nasional. Penulis juga aktif sebagai peneliti di bidang Kesehatan Ibu dan Anak, kegiatan pengabdian kepada masyarakat, penulis buku kesehatan, karya ilmiah dan hak kekayaan intelektual.

Email: indahdewi@poltekkespalembang.ac.id

# ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER

**Wyssie Ika Sari, S.Kep., Ns., M.Kep.**

ITKM Widya Cipta Husada

## **Penyakit Jantung Kongenital**

### 1. Pengertian

Merupakan penyakit jantung bawaan (PJB) yang ditemukan pada bayi dan anak berupa malformasi dari pembuluh darah besar dan struktur jantung serta fungsinya. Penyakit ini membutuhkan penanganan yang kompleks dan tepat pada saat bayi mulai terdiagnosa. Apabila tidak ditangani dengan baik, maka bayi tersebut memiliki angka harapan hidup yang rendah. Penyakit jantung kongenital ditemukan pada 8-10 bayi setiap 1000 kelahiran hidup. Perkiraan angka PJB di Indonesia adalah 50.000 bayi dari angka kelahiran 2,3% penduduk Indonesia.

### 2. Etiologi

Penyebab penyakit jantung kongenital belum dapat diketahui secara pasti. Namun demikian terdapat faktor predisposisi yang memicu terjadinya penyakit ini (tabel 1).

Tabel 19.1.  
 Faktor Predisposisi Terjadinya Penyakit Jantung Kongenital

No	Faktor Genetik	Faktor Prenatal
a.	Anak yang lahir sebelumnya mengalami PJB	Ibu alkoholisme
b.	Ayah / Ibu dengan penyakit jantung bawaan	Umur ibu > 40 tahun
c.	Kelainan kromosom (sindrom down)	Ibu menderita rubella
d.	Lahir dengan kelainan bawaan yang lain	Ibu dengan diabetes mellitus (pemakai insulin)
e.		Ibu pengkonsumsi jamu/ obat penenang

### 3. Klasifikasi

Penyakit jantung bawaan dapat ditandai dengan adanya sianosis dan tanpa sianosis, yang terbagi menjadi:

#### a. PJB tipe sianotik

- 1) Adanya aliran darah dari kiri menuju kanan: *patent ductus arteriosus* (PDA), *ventricular septal defect* (VSD), dan *atrial septal defect* (ASD).
- 2) Obstruksi jantung kiri: stenosis katup mitral dan katub aorta
- 3) Obstruksi jantung kanan: stenosis katup pulmonal

#### b. PJB tipe non sianotik

- 1) Tetralogi fallot
- 2) Atresia trikuspid dan pulmoner
- 3) Transposisi arteri besar

#### 4. Pemeriksaan Penunjang

Penegakkan diagnosis PJB memerlukan beberapa pemeriksaan sebagai berikut, antara lain: laboratorium, elektrokardiogram, ekokardiografi, dan pemeriksaan foto thoraks.

### **Asuhan Keperawatan Anak dengan *Patent Ductus Arteriosus* (PDA)**

#### 1. Pengertian

Setelah kelahiran anak terjadi gangguan pada jantung yaitu terdapat *shunt* yang tidak dapat menutup. *Shunt* tersebut terjadi diantara arteri pulmonalis dan aorta di jantung, dimana terdapat pembuluh darah yang menghubungkan keduanya. Pembuluh darah pada *shunt* tersebut dinamakan *ductus arteriosus*. Saat bayi di dalam kandungan, adanya *shunt* ini adalah sesuatu yang normal. Saat proses kelahiran dimulai, dalam beberapa waktu (menit-hari) akan terjadi penutupan *ductus arteriosus*, sehingga sirkulasi darah menjadi normal. Tidak tertutupnya *ductus arteriosus* akan dialami oleh bayi dengan PDA. Hal tersebut mengakibatkan percampuran darah yang belum teroksigenasi dan darah yang sudah teroksigenasi.

#### 2. Manifestasi Klinis

Tanda gejala pada anak dengan PDA, antara lain:

- a. Gagal jantung dengan gawat nafas pada bayi prematur: pemintasan aliran darah ke paru-paru dalam jumlah cukup besar dan tingginya beban jantung kiri
- b. Bising Gipson: bising yang terus menerus terdengar yang merupakan dampak dari aliran darah aorta melalui *shunt* ke arteri pulmonalis (ICS 2 di bawah klavikula kiri)
- c. Vibrasi yang dapat di palpasi di tepi kiri sternum: pemintasan aliran darah
- d. Terdapat impuls pada ventrikel kiri: hipertrofi ventrikel kiri

- e. Pelebaran tekanan nadi terjadi karena tekanan diastolik yang menurun, peningkatan tekanan sistolik, mengurangi tahanan tepi
- f. Lambatnya gerakan motorik
- g. Keterlambatan tumbuh kembang
- h. Sesak nafas dan keletihan saat beraktifitas terjadi pada anak PDA yang tidak terdektesi

### 3. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada anak PDA dapat dilakukan dengan pembedahan. Pembedahan dilakukan dengan ligasi duktus, dapat dilakukan dengan segera atau saat anak berusia > 1 tahun, tergantung pada berat ringannya gejala PDA. Indometasin juga dapat diberikan pada bayi prematur untuk membantu menutupnya duktus karena efek spasme yan ditimbulkan. Penggunaan antibiotik yang diberikan bersamaan dengan profilaksis dapat memberikan perlindungan terhadap penyakit endokaditis infeksiosa. Penanganan dengan komplikasi gagal jantung dapat dilakukan dengan membatasi intake cairan, serta memberikan digoksin dan diuretik. Penanganan lain yaitu dengan pemasangan kateterisasi jantung untuk menghentikan pemintasan yang terjadi pada *shunt*.

### 4. Pengkajian

Pengkajian data fokus pada anak dengan PDA, sebagai berikut:

- a. Identitas anak: PDA terjadi 2x lebih tinggi pada bayi perempuan, penyakit ini sering ditemukan pada saat bayi lahir terutama 15% bayi prematur. Orang tua dengan kelainan kromosom dan PJB dapat menurunkan penyakit ini.
- b. Keluhan Utama: sesak napas dan kelelahan
- c. Riwayat penyakit sekarang: distress pernafasan, nafas cepat, sesak nafas, retraksi dinding dada, pembesaran bilik kiri dan hiposekemia.

- d. Riwayat penyakit terdahulu: infeksi rubella pada ibu, lahir prematur.
- e. Riwayat penyakit keluarga: mengalami PDA
- f. Riwayat psikososial: kebiasaan anak, tumbuh kembang anak, perilaku dan perasaan anak, mekanisme coping anak dan keluarga.
- g. Pemeriksaan Fisik
  - 1) B1 (*Breath*): retraksi dinding dada, dispnea, penggunaan otot bantu nafas, takipnea, bunyi nafas tambahan.
  - 2) B2 (*Blood*): jari tabuh, tingginya sistolik, pembesaran jantung dan bilik kiri, sianosis, edema pada tungkai.
  - 3) B3 (*Brain*): iritabilitas, kesadaran menurun, ketegangan pada otot muka.
  - 4) B4 (*Bladder*): penurunan produksi urin
  - 5) B5 (*Bowel*): tidak menghabiskan 1 porsi makan, penurunan nafsu makan
  - 6) B6 (*Bone*): adanya kelelahan, anak dengan PDA mengalami keterbatasan dalam Bergeraknya persendian

## 5. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada anak dengan PDA, antara lain:

- a. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- b. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan volume sekuncup
- c. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat
- d. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ventilasi-perfusi

## **Asuhan Keperawatan Anak dengan *Ventricular Septal Defect (VSD)***

### 1. Pengertian

Merupakan gangguan pada jantung yang disebabkan ketidaksempurnaan dalam menutupnya sekat kedua bilik jantung sehingga mengakibatkan bercampurnya darah bilik kiri ke kanan, sebagai dampak ketidakberhasilan dalam penyambungan atau fungsi yang gagal pada dinding pemisah kedua ventrikel, sehingga menyebabkan percampuran antara darah bersih dan darah kotor.

### 2. Manifestasi Klinis

- a. Takipneu
- b. Terdapat jari tabuh dan sianosis
- c. Peningkatan sesak nafas saat seminggu pertama setelah kelahiran akibat percampuran darah dari bilik kiri ke kanan yang meningkat
- d. Bayi tertidur saat menyusui karena kelelahan
- e. Terdapat gangguan pernafasan yang mengakibatkan hipoksia sehingga saat istirahat bayi mengalami sesak nafas dan sianosis
- f. Terganggunya pertumbuhan dan perkembangan yang ditandai dengan tidak naiknya berat badan bayi
- g. Pada saat menyusui bayi mengalami muntah
- h. Radiologi: gambaran vaskularisasi paru perifer yang meningkat dan jantung yang membesar
- i. Gambaran elektrokardiogram: aktivitas bilik kiri dan kanan yang meningkat

### 3. Komplikasi

VSD yang tidak ditatalaksana dengan tepat dan baik akan menyebabkan kondisi yang lebih buruk, yaitu adanya komplikasi beberapa penyakit, antara lain: endokarditis, hipertensi pulmonal, insufisiensi aorta, gagal jantung.

#### 4. Penatalaksanaan

##### a. Penatalaksanaan Medis

Penggunaan diuretik dan digoksin untuk gagal jantung. Tindakan operasi dapat dilakukan sampai umur 2-3 tahun jika terdapat membaiknya pernapasan dan pertambahan berat badan, dan dapat dilanjutkan dengan pemberian nutrisi yang adekuat.

##### b. Tindakan Non Pembedahan

Penutupan VSD dengan tehnik transkateter.

##### c. Tindakan Pembedahan

VSD ditutup dengan jaringan perikardium pasien sendiri atau material sintesis.

#### 5. Pengkajian

##### a. Keluhan Utama

Tergantung beratnya keluhan bayi yang didasari dari beratnya gangguan yang terjadi pada bilik atau serambi jantung. Keluhan yang biasa dirasakan, antara lain: edema tungkai, dispnea, jumlah keringat yang banyak.

##### b. Riwayat Kesehatan

###### 1) Riwayat kesehatan sekarang

Terdapatnya edema tungkai, peningkatan jumlah keringat, dan dispnea.

###### 2) Riwayat kesehatan lalu

###### a) Prenatal History

Selama proses kehamilan ibu menderita diabetes mellitus, infeksi rubella, menggunakan obat-obatan dan alkohol.

###### b) Intra natal

Dapat terjadi pada persalinan dengan induksi maupun normal.

c) Riwayat Neonatus

Bayi muda mengalami terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan, masalah pernafasan yaitu: nafas cepat dan dispnea, iritabilitas dan peka rangsang, adanya pembesaran hepar dan pembengkakan tungkai.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Terdapat riwayat PJB pada keluarga.

c. Pengkajian Pola Fungsional:

1) Pola aktivitas dan latihan

TTV dan status mental yang berubah, sesak nafas, lelah, letih, tonus otot yang menurun/menghilang, nafas cepat

2) Pola persepsi dan pemeriksaan kesehatan

Riwayat penyakit endokarditis, hipertensi, dan katup jantung

3) Pola mekanisme koping terhadap stress

Stress, cemas, takut terkait penyakit yang dialami anaknya

4) Pola nutrisi dan metabolik

Edema ekstremitas bawah dan penurunan nafsu makan

5) Pola persepsi dan konsep diri

Pening dan kebingungan

6) Pola peran dan hubungan dengan sesama

Peran dan interaksi sosial menurun

d. Pemeriksaan Fisik

1) Inspeksi

Lingkar kepala yang berubah, sikap dan pergerakan bayi, posisi bayi saat usia kehamilan > 32 minggu.

2) Palpasi

Terdapat bunyi krepitasi pada sendi, nyeri tekan ekstermitas bawah/ atas dan dada.

3) Perkusi

Terdapat perubahan bunyi atau bunyi dada yang normal.

6. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada anak dengan VSD, antara lain:

- a. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan peningkatan kerja jantung, hipertensi pulmonal
- b. Gangguan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplay O<sub>2</sub> ke jaringan perifer
- c. Penurunan curah jantung berhubungan dengan sirkulasi yang tidak efektif sekunder
- d. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan otot dan kelelahan.

**Asuhan Keperawatan Anak dengan *Tetralogi Fallot***

1. Pengertian

Termasuk penyakit jantung bawaan yang ditandai dengan sianosis. Penyakit ini terjadi karena adanya ketidaknormalan dari 4 hal, sebagai berikut:

- a. Defek septum ventrikel yaitu terdapatnya lubang diantara dinding pemisah kedua bilik jantung.
- b. Stenosis pulmonal adalah adanya klep vaskuler yang menyempit dari ventrikel kanan menuju ke paru
- c. Overriding aorta: aorta dari ventrikel kiri mengangkang di dinding pemisah interventrikuler
- d. Hipertrofi ventrikel merupakan akibat dari stenosis pulmonal

## 2. Manifestasi Klinis

Tanda gejala yang muncul pada anak dengan tetralogi fallot, antara lain:

- a. Sesak saat mengejan, menangis, ataupun beraktivitas
- b. Sulitnya peningkatan berat badan
- c. Keterlambatan dalam tumbuh kembang
- d. Jari tabuh dikarenakan adanya vasodilatasi kronis
- e. Sianosis saat menangis, menyusui, ataupun makan

## 3. Klasifikasi

Penyakit ini diklasifikasikan kedalam 4 derajat dengan manifestasi klinis berbeda. Derajat I merupakan derajat yang paling ringan, yaitu ditandai dengan adanya kemampuan kerja yang normal tanpa adanya sianosis. Pada derajat II, bayi mengalami peningkatan gejala dari derajat I, yaitu terdapatnya sianosis pada saat kerja sehingga dapat mengurangi kemampuan dalam bekerja. Manifestasi klinis pada derajat III juga akan dirasakan semakin berat, dengan adanya sesak nafas, sianosis saat beristirahat, dan pada saat bekerja akan terjadi peningkatan sianosis. Derajat IV merupakan derajat terberat, dimana terdapatnya semua tanda gejala pada gejala III ditambah dengan adanya *clubbing fingers*.

## 4. Komplikasi

Beberapa komplikasi pada tetralogi fallot adalah terjadinya stroke yang disebabkan oleh darah yang pekat sehingga risiko terjadinya thrombus. Selain itu, juga dapat terjadi abses otak karena adanya infeksi pada jantung. Polisitemia juga menjadi komplikasi penyakit ini. Sianosis kronik menjadi pemicu adanya kejadian polisitemia. Hal ini merupakan mekanisme kompensasi yang dapat menyebabkan peningkatan kadar hemoglobin dan hematokrit. Komplikasi lain dari penyakit ini adalah terjadinya sianotik spell yang

merupakan dampak dari anemia relatif karena hipoksia jaringan yang berkepanjangan. Retardasi pertumbuhan juga dapat terjadi pada anak dengan tetralogi fallot. Subakut bakterial endokarditis juga merupakan komplikasi yang disebabkan karena menempelnya bakteri di katup/ jaringan jantung yang rusak.

## 5. Penatalaksanaan

- a. Pasien dapat melakukan rawat jalan apabila mengalami derajat I, II, III yang ditandai tanpa adanya sesak nafas yang berat dan sianosis.
- b. Antibiotik
- c. Penggunaan diuretik untuk gagal jantung kongestif yang disertai edema
- d. Penggunaan beta bloker (propranolol) yang berfungsi dalam penurunan kekuatan kontraksi dan denyut jantung sehingga mencegah hipersianosis
- e. Penatalaksanaan asidosis menggunakan  $\text{NaHCO}_3$
- f. Metode bedah/ terapi definitif
- g. Posisikan pasien dengan postur lutut di tekuk ke dada (*knee-chest position*)

## 6. Pengkajian

- a. Riwayat kehamilan ibu: adanya pengaruh faktor eksogen maupun endogen.
- b. Riwayat pertumbuhan: pertumbuhan terhambat akibat dari keletihan/ kelemahan karena penyakit.
- c. Riwayat psikososial / perkembangan
  - 1) Permasalahan pada perkembangan bayi
  - 2) Mekanisme coping pada orang tua/ anak
  - 3) Riwayat di rumah sakit sebelumnya
- d. Pemeriksaan fisik

- 1) Sianosis saat bayi lahir maupun pada saat tumbuh.
  - 2) Adanya Jari tabuh yang akan tampak pada umur > 6 bulan.
  - 3) Serangan sianotik yang berlangsung tiba-tiba (*cyanotic spells* atau *blue spells*) dengan manifestasi adanya sesak nafas, kejang, takipnea, lemas, kehilangan kesadaran, bahkan bayi bisa sampai mengalami kondisi koma dan meninggal.
  - 4) Anak akan melakukan posisi *squatting* setelah berjalan, sebelum akan berjalan kembali.
  - 5) Kerasnya bunyi bising sistolik pada daerah pulmonal dan akan semakin melemah dengan adanya peningkatan derajat obstruksi.
  - 6) Ketidaknormalan pada bunyi jantung II yaitu keras dan tunggal.
  - 7) Pembesaran dan penonjolan dada pada usia anak dibandingkan pada usia bayi disebabkan terdapatnya bilik kanan yang melebar.
  - 8) Sianotik pada gigi dan pembesaran ginggiva.
- e. Pengetahuan orang tua dan anak, yang meliputi: pengetahuan dan pemahaman tentang diagnosis dan prognosis penyakit, pengobatan, rencana tindak lanjut perawatan, serta kemauan dan kesiapan belajar.
7. Diagnosa Keperawatan
- a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan penurunan aliran darah ke pulmonal.
  - b. Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan sirkulasi (anoxia kronis, serangan sianotik akut).
  - c. Penurunan kardiak output berhubungan dengan sirkulasi yang tidak efektif sekunder dengan adanya malformasi jantung.

- d. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan dengan tidak adekuatnya suplai oksigen dan zat nutrisi ke jaringan.
- e. Resiko gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial sekunder abses otak, CVA trombosis.
- f. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.
- g. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan selama makan dan peningkatan kebutuhan kalori, penurunan nafsu makan.
- h. Koping keluarga tidak efektif berhubungan dengan kurang pengetahuan keluarga tentang diagnosis/ prognosis penyakit anak.

## **Daftar Pustaka**

- Aspiani, R. Y. (2014) *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler Aplikasi NIC & NOC*. Jakarta: EGC.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S. and Lopes, camila takao (2021) *NANDA International Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2021 - 2023*. 12th edn. Jakarta: EGC.
- Irnizarifka (2011) *Buku Saku Jantung Dasar*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Kasron (2012) *Kelainan Dan Penyakit Jantung Pencegahan Serta Pengobatannya*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Muttaqin, A. (2009) *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular*. Edited by E. Nurachmach. Jakarta: Salemba Medika.
- Putri, L. and Iskandar, S. (2021) *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Edited by tiya arika Marlin. Sumatra Barat: Insan Cendekia Mandiri.
- Rilantono, lily 1 (2015) *Penyakit Kardiovaskular (PKV)*. Jakarta: FKUI.
- Senja, A., Abdillah, ina laela and Santoso, eko budi (2020) *Keperawatan Pediatri*. Edited by N. Syamsiyah. Jakarta: Bumi Medika.
- Udjianti, W. J. (2010) *Keperawatan Kardiovaskuler*. Jakarta: Salemba Medika.
- Wong, donna 1 (2015) *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. 2nd edn. Jakarta: EGC.

## **Profil Penulis**



### **Wyssie Ika Sari**

Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan khususnya di bidang gangguan/ penyakit kardiovaskular pada semua rentang usia dimulai pada tahun 2003 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Akademi Keperawatan di DIPLOMA III KEPERAWATAN POLTEKES KEMENKES MALANG Program Studi KEPERAWATAN BLITAR dan berhasil lulus pada tahun 2006. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 dan Profesi Ners di PSIK UNIVERSITAS BRAWIJAYA MALANG pada tahun 2010. Enam tahun kemudian, penulis melanjutkan studi S2 di Program Studi MAGISTER KEPERAWATAN UNDIP SEMARANG dan berhasil menyelesaikan studi pada tahun 2018.

Penulis memiliki kepakaran dibidang keperawatan pasien dengan gangguan/ penyakit kardiovaskular pada semua rentang usia. 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 juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Atas dedikasi dan kerja keras dalam menulis buku, Perpustakaan Nasional RI memberikan penghargaan sebagai salah satu Pemenang Buku Terbaik Tahun 2022.

Email Penulis: [wyssieikasari@gmail.com](mailto:wyssieikasari@gmail.com)



# ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM PERNAPASAN

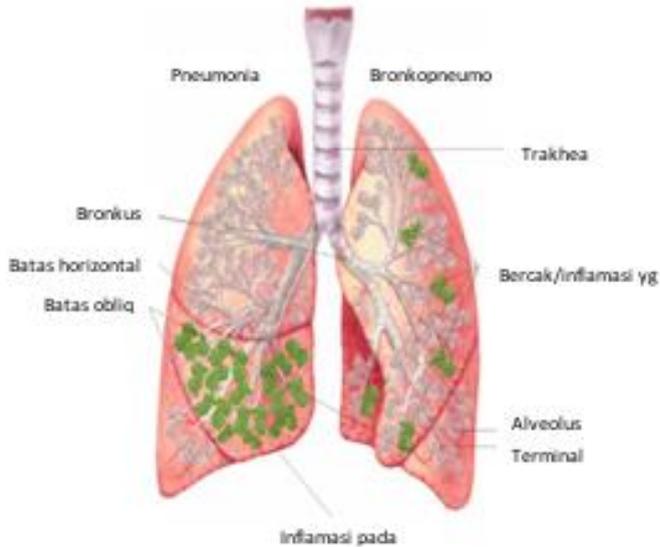
**Ika Arum Dewi Satiti, S.Kep., Ns., M.Biomed.**

STIKES Widyagama Husada

## **Bronkhopneumonia**

### 1. Definisi

Bronkopneumonia merupakan radang akut pada bronkiolus respiratorius. Peradangan pada lobus paru ini melibatkan bronkus atau bronkiolus yang berupa distribusi berbentuk bercak-bercak (*patchy distribution*). Pneumonia disebut sebagai kondisi inflamasi yang akut pada parenkim paru daerah lobus bawah dan alveoli. Kondisi ini nantinya dapat menyebabkan konsolidasi jaringan pada paru dan gangguan pertukaran gas pada parenkim paru (Amin & Hardi, 2015).



Gambar 20.1. Bronkhopneumonia dan Peneumoni

2. Penyebab (Manurung, 2019)
  - a. Bakteri: staphylococcus, h., influenza streptococcus, staphylococcus, h.
  - b. Virus: pneumonia legionella
  - c. Jamur: candida albicans, aspergillus spesies
  - d. Refluks makanan dari lambung ke paru-paru
  - e. Kondisi kongesti paru yang lama akibat penyakit lain
3. Manifestasi Klinis
  - a. Demam. Pada anak, suhu dapat mencapai  $> 39^{\circ}\text{C}$
  - b. Sesak nafas, kondisi ini dialami karena adanya penumpukan secret dan penurunan  $\text{O}_2$
  - c. Diare, biasanya ringan,
  - d. Nyeri abdomen, dipicu oleh batuk terus menerus
  - e. Sumbatan nasal akibat akumulasi sekret

- f. Batuk. Kondisi ini dapat mengganggu aktifitas atau istirahat pada anak
  - g. Bunyi pernafasan tambahan seperti ronchi dan wheezing
  - h. Nyeri tenggorokan, salah satu keluhan yang dirasakan anak. Kondisi ini dibarengi dengan anak tidak mau makan dan minum.
  - i. Kondisi buruk pada usia bayi ditandai dengan tidak mau menyusu, memuntahkan ASI, kejang, tidak sadar, sianosis, depresi nafas.
  - j. Sesak, batuk berat. Pada anak usia 2 bulan sampai 11 bulan RR> 50kali/menit. Pada anak usia 1 tahun sampai 5 tahun RR> 40kali/menit (Amin & Hardi, 2015)
4. Klasifikasi Pneumonia

Jenis pneumonia menurut usia diantaranya (Depkes RI,2015):

- a. Pneumonia pada usia kurang dari dua bulan
  - 1) Pneumonia berat. Ditandai dengan tampaknya nafas cepat yaitu frekuensi nafas < 60 kali/menit atau tampaknya penggunaan otot bantu nafas berupa retraksi intercoste maupun suprasternal
  - 2) Bukan Pneumonia. Tidak tampak nafas cepat dan penggunaan otot bantu nafas
- b. Pneumonia pada usia 2 bulan sampai < 5tahun
  - 1) Pneumonia berat. Anak tampak aau mengeluh sesak, tampak tarikan intercoste bagian bawah
  - 2) Pneumonia. Peningkatan RR, usia 2 bulan sampai 1 tahun 50 kali/menit, dan usia 1 sampai < 5 tahun 40 kali/menit.
  - 3) Bukan Pneumonia. Terdapat batuk pilek namun tidak ada peningkatan RR atau penggunaan otot bantu nafas.

## 5. Manifestasi klinis

Patogen yang menyebabkan kondisi pneumonia tau bronkopneumonia dapat sampai ke paru melalui:

- a. Droplet dari anak yang terinfeksi terhirup oleh anak lain saat batuk, bersin atau berbicara
- b. Aspirasi mikroorganisme penyebab pneumonia melalui alat medis
- c. flora normal orofaring yang masuk ke saluran pernafasan akibat hygiene yang buruk
- d. Staphilococcus dan bakteri gram negatif disebarkan melauai pembuluh darah dari sistemik infeksi, sepsis, atau alat medis intravena yang terkontaminasi.

Mikroorganisme yang masuk pada anak yang sehat dapat dikeluarkan secara langsung lewat upaya pertahanan diri seperti reflek batuk, mukosiliaris klirens, dan fagositosis oleh makrofag alveolar. Sedangkan pada anak dengan kondisi imun yang menurun, invasi pathogen kedalam saluran pernafasan dapat memperbanyak diri, melepaskan zat toksin yang bersifat merusak dan menstimulasi kondisi inflamasi dan respon imun, yang keduanya mempunyai efek samping toksik. Reaksi antigen-antibodi dan endotoksin menyebabkan kerusakan membrane mukosa bronchial dan inflamasi dinding kapiler alveolus dan pembengkakan sel-sel acini dan brokhioventilasi (Sudoyo, 2017)

## 6. Penanganan

Pemberian oksigen, pemberian cairan untuk mengatasi demam, istirahat, kompres hangat, pemberian posisi, anjurkan untuk minum hangat, peningkatan asupan nutrisi, fisioterapi dada, inhalasi/ nebulizer, pengencer dahak, bronkhodilator, antibiotic (Nugroho,2011)

## 7. Komplikasi (Nugroho, 2011)

- a. Atelektasis

- b. Empisema
- c. Otitis Media Akut
- d. Meningitis
- e. Infeksi akut
- f. Abses Paru
- g. Endokarditis

## **Tuberculosis (TBC) Pada Anak**

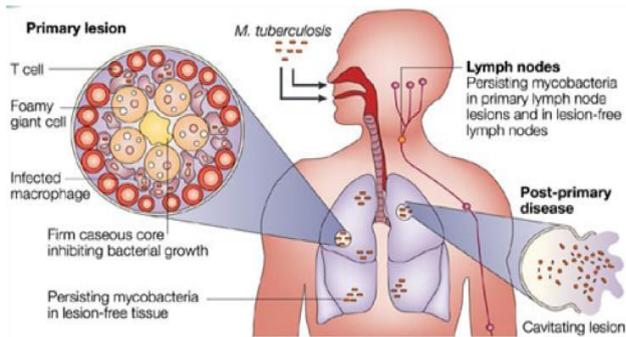
### 1. Definisi

TBC disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* pada paru. TBC pada usia anak mencapai sekitar 10-15 persen kasus TBC di Indonesia. Tuberkulosis usia anak sering dijumpai pada rentang usia 0-14 tahun.

### 2. Penyebaran

Tuberkulosis yang dialami anak tidak menular kepada anak lain. Patogen yang menyebabkan tuberkulosis pada anak bereplikasi di kelenjar paru-paru dan tidak terbuka. Berbeda pada Tuberkulosis yang dialami oleh orang dewasa, kuman berada di paru-paru dan membuat lubang untuk keluar melalui jalan napas. Pada saat orang dewasa dengan TB batuk, droplet dari ludahnya mengandung pathogen. Ini yang biasanya terisap oleh anak-anak, lalu masuk ke paru-paru. Penularan TB biasanya droplet infection. Karena infeksi terjadi secara inhalasi, maka hanya droplet nuklei yang kecil saja (1-5 mikron) yang dapat lewat dan menembus sistem mukosilier saluran napas untuk mencapai bronkiolus dan alveolus. Basil TB juga berkembang biak dan menyebar melalui pembuluh darah dan kelenjar getah bening. Ketika patogen mencapai alveolus akan terjadi reaksi inflamasi. Tubuh merespon dengan cara realese makrofag yang akan memfagosit basil TB tetapi tidak semuanya mati. Penyebaran secara limfatik akan mencapai kelenjar pada daerah regional sedangkan penyebaran melalui sirkulasi pembuluh darah akan mencapai organ tubuh. Pada organ tertentu (paru

terutama lapangan atas, ginjal, dan otak), basil berkembang biak secara luas. Pada anak yang sehat dan sudah imunisasi imunitas spesifik mulai terbentuk, tubuh akan menghambat perkembangan basil TB. Pada anak yang rentan, imunitas spesifik kurang mampu menghambat sehingga dapat terjadi penyakit (Okiawati, 2019).



Gambar 20.2. Proses Penyebaran TBC

3. Manifestasi klinis TB pada anak
  - a. Kondisi perburukan gizi berupa tidak naiknya berat badan dalam jangka waktu 2 bulan ataupun terjadi penurunan dan gagal tumbuh (*Failure to thrive*) meskipun telah diberikan upaya perbaikan gizi yang baik dalam waktu 1-2 bulan.
  - b. Peningkatan suhu yang lama ( $\geq 2$  minggu) namun tidak ada penyebab yang pasti (anak tidak sedang tifoid, ISK, ataupun malaria). Demam biasanya tidak terlalu tinggi. Tidak ada gejala sistemik yang menyertai
  - c. Batuk kronis  $\geq 3$  minggu, batuk bersifat sulit membaik atau semakin parah tiap harinya. Batuk tidak membaik dengan pemberian antitusif dan antibiotika
  - d. Anak tampak lemas, malaise, tidak seperti biasa
  - e. Anoreksia, nafsu makan menurun (Sudoyo, 2017)

#### 4. Penilaian (Skoring) TB Anak

Penegakan diagnosis TB pada anak dapat dilakukan langsung melalui pemeriksaan laboratorium. Namun skrining awal TB dapat dilakukan, terutama pada fasilitas kesehatan dasar yang tidak memiliki sarana laboratorium yang lengkap. Sistem skoring TB dibuat dan dikembangkan oleh para ahli dari Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), Kemenkes RI, dan WHO. Sistem ini dapat mempermudah penegakan diagnosis TB anak, terutama di fasilitas pelayanan kesehatan dasar. Dalam sistem skoring ini, anak didiagnosis TB jika jumlah skor  $\geq 6$ , dengan skor maksimal 13 (Manurung, 2019).

Tabel 20.1. Skoring TB pada Anak

Parameter	0	1	2	3	Skor
Kontak erat TB	Tidak Jelas	-	Laporan Keluarga, BTA (-), BTA tidak jelas atau tidak tahu	BTA (+)	
Tes tuberculin ( Mantox)	Negatif	-	-	-	
Kondisi Gizi Berdasarkan BB	-	BB/TB < 90%/ atau BB/U < 80%	Klinis gizi buruk BB/TB < 70%/ atau BB/U < 60%	Positif ( $\geq 10\text{mm}$ atau $\geq 5\text{mm}$ pada immuno kompromais	
Demam yg tidak jelas penyebabnya	-	$\geq 2$ minggu	-	-	
Batuk lama	-	$\geq 3$ minggu	-	-	

Pembesaran kelenjar getah bening	-	≥ 1 cm, lebih dari 1 kelenjar, tidak nyeri	-	-	
Pembengkakan tulang/ sendi panggul, lutut	-	Ada	-	-	
Foto thorak	Normal	Gambaran suspect (Mendukung) TB	-		
Skor total					

5. Penatalaksanaan (Okiwati, 2019)

- a. Intervensi TB Anak mencakup dua pokok penting yakni pemberian terapi obat dan pemberian gizi yang adekuat
- b. Jika terdapat penyakit penyerta yang diderita anak, maka harus ditatalaksana secara bersamaan
- c. Pemberian terapi Obat Anti TB (OAT) yang terdiri dari minimal tiga kombinasi obat. Pemberian obat dilakukan minimal 6 bulan
- d. Obat harus diberikan dalam bentuk KDT (Kombinasi Dosis Tetap). Obat diberikan secara utuh, tanpa dibelah ataupun digerus.
- e. Apabila obat diberikan dalam bentuk puyer, harus dibuat terpisah untuk masing-masing obat. Tidak diperbolehkan mencampur beberapa macam obat dalam satu puyer.
- f. Obat diberikan sesuai dengan BB. Jika terdapat kenaikan BB makan dosis dapat menyesuaikan

- g. Pada anak obesitas, dosis KDT sesuai dengan berat badan ideal sesuai dengan umur.
- h. Obat Anti Tuberculosis Anak diberikan dalam bentuk KDT merupakan kombinasi Pirazinamid, Rifampisin dan INH dosis 150mg, 75mg dan 50mg untuk fase awal/intensif dan terapi campuran Rifampisin dan INH dosis 75mg dan 50mg yang diberikan pada fase lanjutan sesuai dengan BB anak.
- i. Infeksi TB dibuktikan dengan uji tuberculin dengan hasil menunjukkan indurasi diameter sebesar 10 mm.

## **Asma**

### 1. Definisi

Asma merupakan gangguan pada saluran pernafasan atas yakni pada bronkus dan trachea. Kondisi ini memicu respon yang berlebihan terhadap stimulus tertentu dan bersifat reversibel. Asma disebut juga penyakit kronis yang terjadi pada jalan napas akibat adanya peradangan dan pembengkakan membran dalam saluran napas sehingga menjadi hipersensitif terhadap adanya benda asing dan memicu reaksi berlebihan. Akibatnya saluran nafas menyempit dan jumlah udara yang masuk dalam paru-paru berkurang. Reaksi hipersensitivitas ini menimbulkan bunyi nafas tambahan (*wheezing*), batuk-batuk, dada sesak, dan gangguan bernapas

### 2. Etiologi

Serangan asma dapat dipicu oleh berbagai kondisi, diantaranya:

- a. Aktivitas fisik (*exercise*)
- b. Alergen yang berada disekitar penderita seperti debu, serbuk bunga, kacang, sayap hewan dan makanan tertentu.
- c. Infeksi virus

d. Penyebab lainnya. Berbagai penyebab dapat memicu terjadinya asma yaitu: Obat-obatan (aspirin, beta-blockers), Gastroesophageal reflux disease, Bahan kimia dan debu di tempat kerja (Nugroho, 2011)

### 3. Manifestasi Klinis

Gejala yang sering dialami penderita asma diantaranya: hipoventilasi, dyspnea, wheezing, sakit kepala, nausea, peningkatan nafas pendek, kecemasan, diaphoresis, dan kelelahan. Hiperventilasi merupakan awitan gejala dari asma. Kemudian sesak nafas parah dengan ekspirasi memanjang disertai wheezing (di apeks dan hilus). Gejala utama yang sering muncul adalah dipsnea, batuk dan mengi. Mengi sering dianggap sebagai salah satu gejala yang harus ada bila serangan asma muncul (Sudoyo, 2017).

### 4. Penanganan

Dalam penatalaksanaan asma, terdapat beberapa prinsip umum yakni:

- a. Membebaskan jalan nafas menggunakan terapi bronkodilator
- b. Mengkaji dan menjauhkan allergen pemicu serangan asma
- c. Memberi penerangan kepada penderita atau keluarga dalam cara pengobatan atau penanganan penyakit
- d. Pemberian steroid dan antiinflamasi untuk meringankan hipersensitifitas

### 5. Proses Keperawatan Anak dengan Gangguan Sistem Pernafasan

#### a. Pengkajian

- 1) Keluhan Utama: Pada anak dengan gangguan sistem pernafasan keluhan utama yang muncul ialah sesak. Sesak napas yang timbul akibat dari adanya proses inflamasi yang memacu penumpukan eksudat pada jalan

nafas baik pada bronkus, rakhea atau alveolus. Kondisi ini juga menimbulkan keluhan batuk yang tidak efektif (kesulitan mengeluarkan dahak) dan terdapatnya suara napas tambahan

- 2) Riwayat Penyakit: 1) Infeksi saluran napas atas 2) Demam 3) Batuk lama 4) sesak nafas 5) Riwayat penurunan kesadaran, nafsu makan menurun, muntah, atau diare pada bayi Menggigil, sakit kepala, dispnea, nyeri dada, nyeri abdomen, (Nugroho, 2011).
- 3) Riwayat Kesehatan Masa Lalu: kondisi lahir prematur, kurang gizi kronis, terpapar asap rokok, pernah menderita penyakit paru, jantung ataupun penurunan sistem imun
- 4) Riwayat Pengkajian Keluarga: keluarga perokok, keluarga dengan riwayat penyakit paru, keluarga dengan riwayat keluhan sesak nafas
- 5) Riwayat Perinatal: APGAR Score, aspirasi meconium, prematuritas
- 6) Riwayat imunisasi: Kelengkapan imunisasi perlu dikaji seperti imunisasi BCG dan PCV. Bila anak belum mendapatkan imunisasi tersebut maka anak yang beresiko menderita penyakit TBC dan Pneumonia dikemudian hari.
- 7) Pola istirahat dan tidur: anak susah beristirahat karena kondisi sesak nafas dan batuk terus-menerus. Anak tampak mengantuk dan rewel, sering terbangun ketika tidur.
- 8) Pola aktivitas dan latihan: anak tampak lemah, malaise, tidak seperti biasa. Anak lebih sering digendong ataupun bedrsest
- 9) Pemeriksaan fisik : anak tampak lemas dan rewel, terdapat pernafasan cuping hidung, RR

dan suhu meningkat, pada anak dengan TB bentuk dada abnormal (barrel chest), terdapat retraksi dinding dada, terdapat bunyi nafas tambahan (Wheezing/ ronchi). Pada bayi dengan gejala berat sering ditemukan tidak mau menyusu

- 10) Hasil laboratorium: perubahan nilai AGD, peningkatan leukosit, peningkatan LED.
- 11) Hasil pemeriksaan diagnostik: X-ray adanya infiltrat pada lapang paru.

b. Diagnosis

Inefektif bersihan jalan nafas (D.0001) (Tim Pokja SDKI, 2017)

- 1) Definisi: keadaan tidak mampu mengeluarkan dahak atau sumbatan jalan napas untuk mempertahankan kepatenan saluran nafas
- 2) Etiologi
  - a) Fisiologis: a) kaku saluran napas b) sekresi berlebih c) obstruksi benda asing d) akumulasi sekret e) infeksi
  - b) Situasional: a) Perokok dan pasif c) Terpapar polusi
- 3) Gejala Mayor
  - a) DS: -
  - b) DO: batuk tidak efektif, secret berlebih pada jalan nafas, ronchi dan wheezing
- 4) Gejala Minor
  - a) Data Subjektif: Dyspnu, kesulitan bicara
  - b) Data Objektif: Sianosis, gelisah, peningkatan RR, pola nafas ireguler

### Inefektif Pola nafas (D.0005)

- 1) Definisi: Kondisi inspirasi dan ekspirasi abnormal sehingga ventilasi tidak adekuat.
- 2) Penyebab: a) Depresi SSP b) upaya nafas terhambat c) ekspansi paru terhambat oleh posisi tubuh d) ansietas
- 3) Gejala Mayor  
Data Subjektif: Dispnea  
Data Objektif: pemakaian otot bantu nafas tambahan, ekspirasi memanjang, pola nafas tidak normal
- 4) Gejala Minor  
Data Subjektif: Ortopnea  
Data Objektif: PCH, Pursed-lip breathing, peningkatan diameter thoraks, menurunnya ventilasi satu menit, menurunnya kapasitas vital, menurunnya tekanan ekspirasi, menurunnya tekanan inspirasi menurun.

### Gangguan pertukaran gas (D.0003)

- 1) Definisi: kekurangan atau kelebihan oksigen dan karbondioksida pada membran alveolus.
- 2) Etiologi: inflamasi pada membran alveolus kapiler
- 3) Gejala Mayor  
Data Subjektif: dispneu  
Data Objektif: menurunnya PO<sub>2</sub>, adanya bunyi nafas tambahan dan takikardi
- 4) Gejala Minor  
Data Subjektif: sakit kepala, kaburnya penglihatan  
Data Objektif: PCH, sianosis, gelisah, abnormal pola nafas

### Hipertermia (D.0130)

- 1) Definisi: meningkatnya suhu sampai di atas suhu normal
- 2) Etiologi: Proses penyakit (adanya infeksi)
- 3) Gejala Mayor  
Data Subyektif: -  
Data Obyektif: termoregulasi tidak normal, suhu tinggi
- 4) Gejala dan Tanda Minor  
Data Subyektif: -  
Data Obyektif: Kulit berwarna merah, Kejang, Takikardi, Takipnu, Kulit teraba panas

### Defisit nutrisi (D.0019)

- 1) Definisi: Asupan nutrisi tidak adekuat untuk mencukupi kebutuhan metabolisme tubuh
- 2) Etiologi: a) asupan makanan kurang b) nutrient tidak diserap tubuh
- 3) Gejala Mayor  
Data Subjektif : -  
Data Objektif: menurunnya berat badan minimal 10% dari BB ideal
- 4) Gejala Minor  
Data Subjektif: lebih cepat kenyang, adanya nyeri abdomen, penurunan nafsu makan  
Data Objektif: meningkatnya bising usus, , menurunnya kemampuan mengunyah dan menelan, mukosa bibir pucat, Diare, sariawan, penurunan albumin

### Intoleransi aktifitas (D.0056)

- 1) Definisi: energy yang tidak mencukupi untuk melakukan aktivitas
- 2) Penyebab: a) Tidak seimbangnya suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub> b) Kelemahan

3) Gejala Mayor

Data Subjektif: Pasien mengeluh lelah

Data Objektif: Heart rate naik lebih dari 20% pada saat istirahat

4) Gejala Minor

Data Subjektif: sesak setelah melakukan aktivitas, tidak nyaman setelah beraktivitas, mengeluh lelah

Data Objektif: Tensi meningkat >20% dari kondisi istirahat, adanya aritmia dan iskemia setelah aktivitas, adanya sianosis

c. Intervensi (Tim Pokja SIKI, 2019)

1) Inefektif bersihan jalan nafas b.d adanya spasme jalan nafas

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan bersihan jalan napas (L.01001) meningkat, dengan kriteria hasil: pasien dapat batuk secara efektif, menurunnya produksi sputum, ronkhi, wheezing, ortopnea, dispneu dan gelisah, Frekuensi dan pola napas membaik

Intervensi Keperawatan

Observasi:

a) Identifikasi kemampuan pasien untuk batuk b) Monitor adanya sputum yang tidak bisa keluar c) Monitor adanya gejala infeksi pada saluran nafas d) Monitor pola pernafasan (kedalaman, usaha dan frekuensi nafas) e) Auskultasi suara nafas anak

Terapeutik

a) Posisikan anak fowler atau semi fowler b) Berikan minum yang hangat c) Lakukan fisioterapi dada pada anak k/p d) Berikan terapi O<sub>2</sub>

### Edukasi

- a) Jelaskan langkah dan tujuan batuk efektif
- b) Ajarkan prosedur batuk efektif
- c) Anjurkan pasien untuk batuk kuat setelah pasien melakukan tarik napas dalam yang ketiga

### Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian terapi mukolitik, ekspektoran dan bronkodilator k/p
- 2) Diagnosa: inefektif pola nafas b.d adanya hambatan upaya nafas

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan pola nafas (L.01004) membaik

Kriteria hasil : Tekanan ekspirasi dan inspirasi meningkat, Dispnea menurun, Penggunaan otot bantu nafas menurun, kedalaman dan Frekuensi nafas membaik

Intervensi Keperawatan:

### Observasi

- a) Monitor suara nafas
- b) Monitor produksi sputum
- c) Monitor irama, kedalaman dan frekuensi nafas
- d) observasi kemampuan batuk efektif pasien
- e) observasi adanya obstruksi jalan nafas
- f) Palpasi kesimetrisan gerakan dinding dada
- g) observasi saturasi oksigen secara berkala

### Edukasi

- a) Anjurkan minum cairan sebanyak 2000 ml/hari
  - b) Ajarkan cara batuk yang efektif
- 3) Diagnosa: Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kerusakan membra nalveolus

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan pertukaran gas (L.01003) meningkat.

kriteria hasil: a) Dispneu menurun b) suara nafas tambahan menurun c) Napas cuping hidung menurun d) tekanan CO<sub>2</sub> membaik e) PO<sub>2</sub> membaik f) Heart rate membaik g) Ph darah arteri membaik

Intervensi Keperawatan:

Observasi

a) Kaji iram, kedalaman dan frekuensi nafas  
b) Observasi pola nafas (seperti hieprventilasi, kussmaul, chynestokes, biot, takipneu, bradipnea)  
c) Monitor obstruksi jalan napas  
d) Auskultasi suara nafas  
e) observasi saturasi oksigen  
f) Monitor BGA secara berkala  
g) Monitor hasil foto torak  
h) Monitor laju aliran O<sub>2</sub>  
i) Monitor mebran mukosa hidung akibat penggunaan oksigen

Terapeutik

a) Tetap berikan terapi oksigen saat pasien dipindahkan

Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian dosis O<sub>2</sub>  
b) Kolaborasi pemberian oksigen saat istirahat dan aktivitas.

4) Diagnosa: Hipertermia b.d proses penyakit

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam, maka suhu (L.14134) membaik

kriteria hasil: a) Menggigil menurun b) warna kulit merah menurun c) Kejang menurun d) Takikardi, takipneu, brakikardi menurun e) termoregulasi membaik

Intervensi keperawatan

Observasi

a) Kaji penyebab meningkatnya suhu tubuh  
b) Ukur tanda-tanda vital secara berkala  
c) Observasi suhu tubuh anak setiap dua jam  
d)

Hitung masukan dan keluaran cairan e)  
Monitor warna kulit f) Monitor efek samping  
peningkatan suhu tubuh

Terapeutik

a) Sediakan tempat perawatan yang dingin b)  
Lepaskan dan longgarkan baju c) kompres  
permukaan tubuh d) Tingkatkan pemberian  
cairan dan makanan yang adekuat e) lakukan  
verbed setiap hari ketika pasien mengalami  
diaporesis g) Lakukan kompres dengan air  
biasa pada dahi, leher, aksila

Edukasi: a) Anjurkan bedrest b) Anjurkan  
minum yang banyak

Kolaborasi:

a) Kolaborasi teapi antiperetik k/p b)  
Kolaborasi teapi antibiotik, k/p

- 5) Diagnosa: Defisit nutrisi b.d peningkatan  
kebutuhan metabolisme tubuh

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi  
keperawatan, diharapkan status nutrisi  
(L.03030) membaik.

kriteria hasil: a) Porsi makanan habis  
meningkat b) Diare menurun c) Berat badan,  
IMT dan nafsu makan membaik

Intervensi Keperawatan:

Observasi

a) Kaji status nutrisi pasien b) Observasi  
intake makanan c) Monitor BB

Terapeutik

a) Berikan makanan yang mengandung serat  
tinggi untuk menghindari konstipasi b)  
Berikan diet makanan TKTP c) Berikan food  
suplemen k/p d) Hentikan pemberian  
makanan via sonde jika intake oral sudah  
dapat dilakukan e) Berikan makanan sesuai  
keinginan dalam porsi sedikit tapi sering

### Edukasi

- a) Anjurkan keluarga atau orang tua agar membantu pasien makan

### Kolaborasi

- a) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah nutrisi dan kalori yang dibutuhkan pasien
  - b) Kolaborasi terapi antiemetic k/p
- 6) Diagnosa: Intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub>

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan toleransi aktivitas (L.05047) meningkat dengan kriteria hasil : a) HR meningkat b) Keluhan lemah menurun c) sesak ketika aktivitas menurun d) Dispnea setelah aktivitas menurun

### Intervensi Keperawatan

#### Observasi

- a) Monitor keluhan tidak nyaman selama beraktivitas
- b) Monitor saturasi O<sub>2</sub>
- c) Ukur tekanan darah, HR dan frekuensi nafas setelah beraktivitas

#### Terapeutik

- a) Ajak keluarga pasien dalam melakukan aktivitas
- b) Berikan tempat yang nyaman dan minim stimulus
- c) Fasilitasi pasien agar duduk di tepi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

#### Edukasi

- a) Anjurkan bedrest
- b) Anjurkan beraktivitas secara bertahap
- c) Anjurkan mengikuti aktivitas kelompok atau terapi

## **Daftar Pustaka**

- Amin & Hardhi. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC (jilid I). Yogyakarta: mediaction.
- Manurung, S. (2019). Gangguan system pernafasan akibat infeksi, Jakarta: kementrian kesehatan RI 2015.
- Nugroho, T. (2011). Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah dan Penyakit Dalam. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Oktiawati, A. & Julianti, E. (2019). Buku Ajar Konsep dan Aplikasi Keperawatan Anak. Jakarta: Trans Info Media.
- Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S. (2017). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid II. Edisi V. Jararta: Interna Publishing
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI

## **Profil Penulis**



### **Ika Arum Dewi Satiti**

Penulis menekuni bidang keperawatan sejak menempuh pendidikan sarjana keperawatan pada tahun 2008. Penulis menempuh studi Sarjana Ners di Universitas Barawijaya Malang dan lulus pada tahun 2012, kemudian penulis melanjutkan studi Magister Ilmu Biomedik di Universitas Brawijaya dan lulus tahun 2014.

Pengalaman kerja penulis sebagai Dosen Keperawatan di STIKES Widyagama Husada Malang 2014-Sekarang. Penulis menekuni bidang keperawatan dasar dan keperawatan anak sejak tahun 2015 dan tergabung dalam keanggotaan Ikatan Perawat Anak Indonesia (IPANI) Jatim dan keanggotaan Perawat di Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Jatim. Untuk memenuhi tugas Tri dharma sebagai dosen, penulis aktif melakukan penelitian dan pengabdian pada masyarakat dengan tema pertumbuhan dan perkembangan anak. Penulis juga aktif terlibat dalam penelitian hibah DIKTI maupun hibah internal institusi. Karya modul dan buku ajar juga sedang ditekuni oleh penulis dengan harapan dapat meningkatkan sumber pustaka keperawatan anak dan mengoptimalkan tumbuh kembang anak yang merupakan cikal bakal Sumber Daya Manusia berkualitas bagi Negara.

Email Penulis: [ikaarumds@gmail.com](mailto:ikaarumds@gmail.com)



## ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM PERSYARAFAN

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

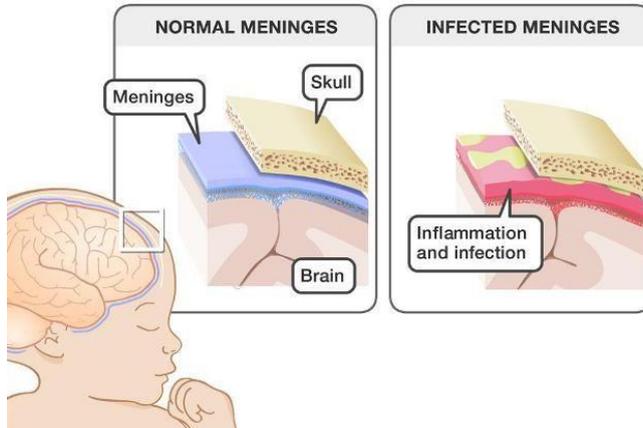
Stikes Banyuwangi

### **Pendahuluan**

Perkembangan sistem saraf pada anak di pengaruhi oleh berbagai faktor. Faktor-faktor tersebut diantaranya adalah adanya cedera, patogen seperti bakteri, virus dan jamur. Berbagai faktor tersebut berdampak pada kondisi sistem saraf yang mengganggu perkembangan anak. Gangguan sistem saraf pada anak yang sering terjadi adalah infeksi otak yang terdiri dari meningitis dan ensefalitis.

### **Definisi**

Meningitis merupakan peradangan pada selaput meningen, selaput yang menyelubungi otak dan sumsum tulang belakang (Griffths, et al., 2018). Meningitis menjadi salah satu penyebab kematian balita di beberapa negara berkembang. Hal ini dikaitkan dengan meningkatnya angka kejadian tuberkulosis pada anak, yang berdampak pada meningkatnya insiden meningitis tuberkulosis. Meningitis terjadi paling sering pada anak usia kurang dari 2 tahun dengan kasus tertinggi pada usia 6-18 bulan (Jansz, et al., 2018).



Gambar 21.1 Anatomi meninges. (Sumber: <http://medicastore>, diunduh 02 Mei 2022)

## Etiologi

Meningitis bisa disebabkan karena proses infeksi dan non infeksi. Patogen penyebab infeksi dapat berupa bakteri, virus, jamur dan parasit. Agen virus yang paling sering menyebabkan meningitis adalah *enterovirus* dan *herpes simplex*. Sedangkan agen bakteri yang paling banyak menyebabkan meningitis adalah *Neisseria meningitidis* dan *streptococcus pneumoniae*. Agen jamur dan parasite jarang terdeteksi menyebabkan meningitis (Turtle, et al., 2015).

Beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan meningitis diantaranya adalah (Nesami, et al., 2015).

1. Trauma kepala. Trauma kepala yang membutuhkan tindakan kraniotomi dapat menyebabkan terjadinya meningitis.
2. Infeksi saluran pernapasan atas, infeksi telinga dan sinusitis dapat memicu terjadinya meningitis.
3. Belum mendapatkan vaksin. Risiko meningitis meningkat pada anak-anak yang belum menyelesaikan jadwal imunisasi secara lengkap.
4. Usia. Meningitis yang di sebabkan oleh virus banyak menyerang anak-anak dibawah usia 5 tahun.

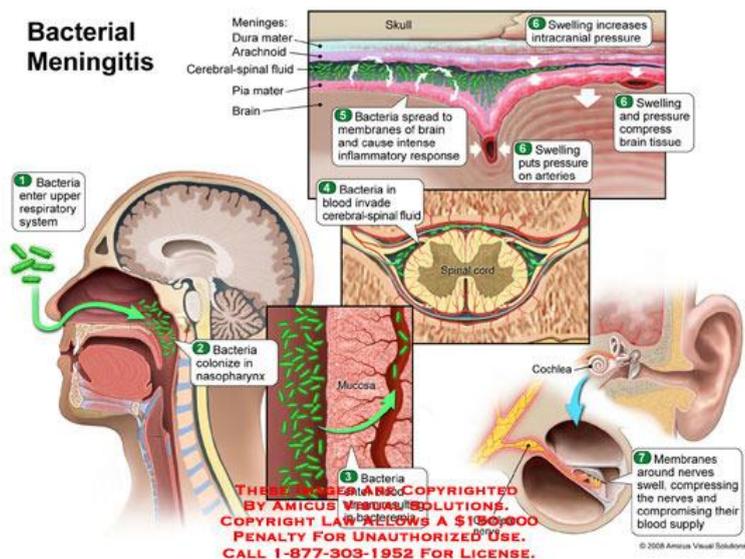
Sedangkan meningitis bakterial lebih sering terjadi pada anak dengan usia lebih besar.

5. Lingkungan tempat tinggal. Pemukiman yang padat, tempat tinggal yang sempit dan tidak memiliki pencahayaan serta ventilasi yang baik, anak-anak sekoleng yang tinggal di asrama maupun fasilitas penitipan anak mempunyai risiko lebih besar untuk terkena meningokokus. Hal ini dampak dari penyebaran bakteri secara droplet sehingga dengan cepat dapat masuk ke saluran pernapasan.
6. Kehamilan. Kehamilan berisiko terinfeksi bakteri listeria yang menyebabkan meningitis. Listeriosis sendiri berisiko meningkatkan kelahiran prematur serta dapat menyebabkan keguguran.
7. Penurunan sistem kekebalan tubuh. Beberapa kondisi yang mempengaruhi sistem kekebalan tubuh seperti diabetes militus, AIDS, penggunaan immunosupresan dapat membuat anak rentan terkena meningitis.
8. Kehamilan prematur. Usia gestasi kurang dari 37 minggu salah satu faktor risiko meningitis bakterial akibat terjadinya sepsis neonatorum awitan akhir (Noviyani, et al., 2021)

### **Patofisiologi**

1. Patogen masuk kedalam selaput meningen melalui beberapa cara diantaranya:
  - a. Kelainan anatomi seperti pada kasus spina bifida
  - b. Benda asing seperti pemasangan shunt ventrikel pada penderita hidrosephalus
  - c. Prosedur tindakan: lumbal pungsi atau prosedur pembedahan
  - d. Fraktur tengkorak yang dapat membuka jalan masuk ke kulit atau sinus
  - e. Infeksi skunder seperti pada sinusitis, mastoiditis atau otitis media

2. Semua *port d' entrée* di atas dapat melintasi sawar darah otak, kemudian berkembangbiak dan menyebar ke cairan serebrospinal untuk selanjutnya masuk ke ruang sub araknoid.
3. Akibatnya akan terjadi peradangan akut pada meninges dan cairan serebrospinal.
4. Timbul eksudat, akumulasi leukosit dan adanya kerusakan pada jaringan sekitar
5. Otak menjadi hiperemi dan timbul edema, seluruh permukaan otak ditutupi oleh eksudat purulent yang bervariasi menurut jenis organisme.
6. Kondisi tersebut menurunkan fungsi serebral, mengakibatkan peningkatan tekanan intracranial, terjadi gangguan metabolisme, vaskulitis → berkontribusi untuk cedera neuron dan adanya iskemia.



Gambar 21.2 Proses terjadinya meningitis.

(Sumber: <https://quizlet.com/249745540/bacterial-meningitis-diagram/>, diunduh 03 Mei 2022)

## **Manifestasi Klinis**

Meningitis memiliki tanda dan gejala yang disebut sebagai trias klasik meningitis. Tiga gejala klasik dari meningitis ini diantaranya adalah (Nesami, et al., 2015):

1. Demam
2. Sakit kepala
3. Kaku kuduk

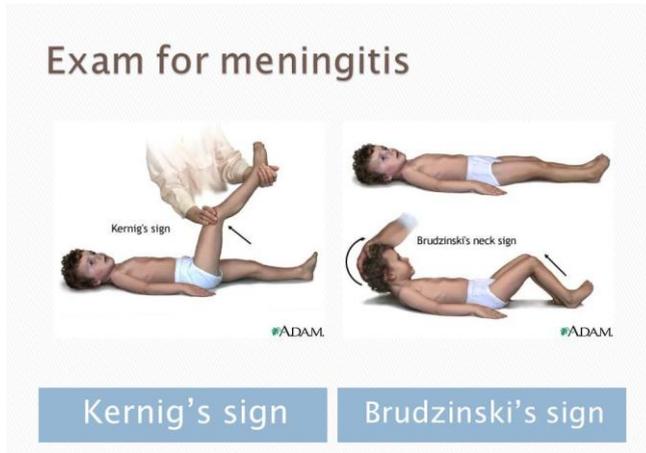
Gejala yang muncul pada bayi kurang spesifik jika dibandingkan dengan anak dengan usia lebih besar, yaitu (*World Health Organization, 2021*):

1. Cenderung cengeng dan menangis saat dipegang.
2. Tidak mau menetek
3. Kesulitan bernapas dan terdapat *grunting*.
4. Fontanela menonjol
5. Dapat mengalami kejang
6. Tangisan bernada tinggi.
7. Iritabilitas
8. Letargi
9. Bayi bisa mengalami hipotermi atau hipertermi.
10. Kulit pucat dan terdapat ptekhie

Gejala pada anak yang lebih besar lebih spesifik diantaranya adalah (Matulyte, et al., 2020):

1. Penurunan kesadaran
2. Mual dan muntah
3. Photophobia
4. Tanda Kernig positif
5. Tanda Brudzinski positif
6. Ptekhie dan purpura
7. Kejang
8. Opistotonus

9. Vertigo
10. Tangan dan kaki teraba dingin



Gambar 21.3 Tanda dan gejala meningitis (Sumber: <https://www.lecturio.com/concepts/meningitis-in-children/>)

### **Pencegahan**

Pencegahan meningitis dapat dilakukan dengan beberapa cara, diantaranya (WHO, 2021):

#### 1. Vaksinasi

Vaksinasi merupakan cara yang paling efektif dalam upaya mencegah terjadinya meningitis serta dapat memberikan perlindungan jangka panjang pada anak. Beberapa vaksinasi yang direkomendasikan oleh WHO bagi anak-anak adalah:

- a. Vaksin *Haemophilus influenzae* tipe b (Hib). Vaksin ini diberikan mulai usia 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan dan booster di berikan pada usia 18 tahun.
- b. Vaksin konjugasi pneumococcus (PCV13). Diberikan pada usia 2 bulan, 4 bulan dan 4 bulan. Usia 12-15 bulan diberikan dosis booster. Vaksin ini juga direkomendasikan bagi anak-anak yang berisiko terhadap pneumococcus, anak-anak

dengan penyakit jantung serta penyakit paru kronis.

- c. *Pneumococcal Polysaccharide Vaccine* (PPSV23). Anak-anak yang lebih besar, orang dewasa dan lansia direkomendasikan untuk mendapatkan vaksin pneumococcus ini. Disamping itu anak-anak dengan sistem kekebalan tubuh yang lemah atau menderita penyakit jantung, penyakit sel sabit, diabetes ataupun anemia disarankan untuk mendapatkan vaksinasi
- d. *Meningococcal Conjugate Vaccine* (mcv4). Diberikan pada anak usia 11-12 tahun dengan booster pada usia 16 tahun. Vaksin ini juga direkomendasikan untuk anak usia 2 bulan dan 10 tahun yang berisiko terkena meningitis bakteri atau yang telah terpajan meningitis.

## 2. Kemoprofilaksis

Selain vaksinasi, pencegahan terhadap meningitis dapat dilakukan melalui pemberian antibiotik . Terbukti dari hasil penelitian yang dilakukan di Afrika, pemberian antibiotik kemoprofilaksis pada anak kontak erat dengan penderita meningokokus dapat menurunkan risiko penularan sehingga dapat mencegah terjadinya meningitis. Kemoprofilaksis yang digunakan untuk meningitidis termasuk golongan rifampisin, ciprofloxacin dan ceftriaxone.

3. Menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) merupakan langkah preventif dalam upaya pencegahan penyakit meningitis. Kebiasaan mencuci tangan dengan cara yang benar dapat mencegah penyebaran kuman. Disamping itu sebagai orang tua wajib mengajarkan beberapa hal penting pada anak seperti jangan berbagi minuman dan makanan dalam wadah yang sama, penggunaan alat makan secara sendiri-sendiri dan selalu menutup hidung dan mulut pada saat batuk dan bersin. Meningkatkan imunitas tubuh dengan cara berolahraga secara teratur, makan-makanan bergizi dan selalu meminum air

yang sudah di masak serta memasak daging hingga benar-benar matang.

## **Diagnosis**

Diagnosis awal meningitis dapat ditegakkan melalui pemeriksaan fisik dan beberapa pemeriksaan penunjang yang mendukung. Beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan dalam mendiagnosa meningitis adalah:

1. Pemeriksaan cairan serebrospinal (CSF)

Analisis cairan serebrospinal yang dilakukan melalui lumbal pungsi meliputi jumlah leukosit, protein, glukosa, kultur serta *polymerase chain reaction* (PCR). Sebelum melakukan pemeriksaan lumbal pungsi harus dipastikan terlebih dahulu penggunaan antibiotik. Antibiotik dapat menyamarkan hasil kultur cairan serebrospinal (El Shorbagy, et al., 2018).

2. Kultur darah. Hasil kultur darah positif pada 50-80% kasus meningitis bakteri.
3. Swab. Usap tenggorokan, nasofaring dan pemeriksaan tinja digunakan untuk mendeteksi enterovirus apabila PCR cairan serebrospinalis negatif.

## **Penatalaksanaan**

1. Antibiotik

Antibiotik dan perawatan suportif dapat diberikan sesegera mungkin pada meningitis yang disebabkan karena bakteri. Pilihan antibiotik yang dapat digunakan pada kasus meningitis yang lazim digunakan antara lain penisilin, ampicilin dan ceftriaxone (Brouwer, et al., 2015).

2. Steroid

Beberapa hasil penelitian menjelaskan bahwa pemberian steroid pada anak-anak dapat mengurangi risiko terjadinya gangguan pendengaran pasca mengalami meningitis yang disebabkan oleh *haemophilus influenzae* (Brouwer, et al., 2015).

### 3. Antiepilepsi

Anak dengan meningitis yang mengalami kejang memerlukan antiepilepsi dan harus selalu di evaluasi (Zainel, 2021).

4. Selain pemberian antibiotik manajemen jalan napas, mempertahankan oksigenasi, pemberian cairan melalui intravena merupakan bagian dari manajemen meningitis.

### **Komplikasi**

1. Efusi subdural.

Angka kejadian ini berkisar 20-30% anak dengan meningitis bakterial. Efusi subdural ini paling sering terjadi pada bayi dibawah 1 tahun dan jarang menunjukkan gejala serta dapat sembuh serta jarang memerlukan intervensi (Barson, et al., 2015).

2. Defisit neurologis fokal.

Komplikasi ini terjadi sesuai dengan lokasi dari lesi pada sistem susunan saraf pusat seperti kelemahan pada ekstremitas (hemiparese), gangguan penglihatan dan kesulitan berbicara. Defisit neurologis fokal ini dapat terjadi akibat stroke iskemik, empyema subdural, abses serebral ataupun perdarahan intracranial. Kondisi ini umumnya dapat membaik selama beberapa bulan setelah serangan awal (Lucas, et al., 2016).

### Komplikasi jangka panjang

1. Gangguan pendengaran.

Tuli sensorik merupakan gejala sisa yang paling banyak didapati. Penyebaran bakteri dapat mencapai koklea dan labirin sehingga menyebabkan labirinitis dan pada akhirnya mengganggu pendengaran. Anak-anak dengan gangguan pendengaran berisiko mengalami gangguan keseimbangan lebih lanjut (Lucas, et al., 2016).

## 2. Gangguan kognitif

Penurunan kognitif terjadi akibat kerusakan saraf yang bersifat ireversibel yang terjadi selama meningitis. Gangguan perkembangan mental, gangguan psikomotorik, kesulitan dalam belajar serta keterlambatan perkembangan dapat dialami anak pasca meningitis. Gangguan bicara dan bahasa yang menyebabkan kesulitan dalam berkomunikasi (Kostenniemi, et al., 2020).

## 3. Kejang dan Epilepsi

Salah satu manifestasi klinis meningitis adalah kejang. Apabila kejang berkepanjangan dapat menimbulkan gejala sisa neurologis. Epilepsi terjadi yang disebabkan oleh adanya infeksi pada susunan saraf pusat (Edmon, et al., 2010).

## 4. Hidrosephalus

Angka kejadian hidrosephalus pada anak berkisar 7%, lebih sering terjadi pada neonates dan bayi dengan angka kejadian 25%. Hidrosephalus dapat terjadi beberapa minggu setelah anak di diagnosa mengalami meningitis. Jenis hidrosephalus yang biasa terjadi adalah hidrosephalus komunikans (Huo, 2018).

## **Pengkajian Keperawatan**

### 1. Riwayat

#### a. Keluhan utama

Keluhan utama anak dengan meningitis bervariasi tergantung usia dan sistem kekebalan tubuh anak. Bayi sering menunjukkan gejala yang kurang spesifik seperti demam atau tanpa hipotermi, mudah marah, lemas, penurunan asupan oral, muntah disertai diare. Sedangkan anak dengan usia lebih besar sering memberikan keluhan sakit kepala, nyeri leher/kaku leher, adanya fotophobia dan dapat disertai kejang.

b. Riwayat kesehatan sebelumnya

Perlu dikaji riwayat penyakit sebelumnya yang di derita sehingga menyebabkan meningitis seperti trauma kepala, infeksi saluran pernapasan atas, infeksi telinga dan sinusitis.

c. Riwayat perinatal

Perlu dikaji riwayat perinatal, adakah penyulit persalinan atau adanya ketuban pecah dini yang dapat memicu timbulnya sepsis .

d. Riwayat vaksinasi

Perlu dikaji kelengkapan vaksinasi penyakit yang dapat menyebabkan meningitis. Beberapa vaksin yang dapat mencegah meningitis seperti pneumococcus, haemophilus influenza tipe B, meningococcus, campak dan varicella.

2. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

Pasien meningitis sering mengalami penurunan kesadaran, tidak jarang disertai kejang. Pada bayi didapati tangisan yang bernada tinggi, cenderung cengeng dan rewel.

b. Pemeriksaan tanda-tanda vital

Terdapat peningkatan suhu tubuh. Pada bayi lebih sering mengalami kesulitan bernapas disertai adanya *grunting*.

c. Pemeriksaan *head to toe*

Pemeriksaan pada bayi sering didapatkan adanya fontanela yang menonjol, ruam pada kulit/purpura, tangisan bernada tinggi dan penurunan asupan oral.

d. Pemeriksaan anak yang lebih besar didapati penurunan kesadaran, kelemahan otot yang menyebabkan kelemahan fisik sehingga anak tidak dapat memenuhi ADL, , adanya lesi pada

kulit (petekchie dan purpura) dan kadang disertai dengan anoreksia.

e. Status neurologis

Pada pemeriksaan 12 saraf kranial, gangguan yang sering muncul pada penderita meningitis diantaranya adalah adanya gangguan pendengaran (tuli persepsi).

f. Rangsang Meningeal

Pada anak yang lebih besar sering di dapatkan kaku kuduk, tanda kernig positif, tanda Brudzinski positif.

**Diagnosis Keperawatan**

Kemungkinan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien meningitis adalah:

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif
2. Hipertermia
3. Nyeri akut

<p><b>Diagnosis Keperawatan</b>  <b>Risiko perfusi serebral tidak efektif</b>  <i>Faktor risiko:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peningkatan tekanan intrakranial</li> <li>2. Edema serebral</li> </ol> <p><i>Definisi:</i>                  Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak</p>	
<b>SLKI</b>	<b>SIKI</b>
<p><b>Perfusi Serebral:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran anak meningkat</li> <li>2. Kognitif meningkat</li> <li>3. Sakit kepala yang dirasakan anak mulai menurun</li> <li>4. Demam menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial;</b></p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial</li> </ol>

<p>5. Tekanan intrakranial membaik</p>	<p>2. Observasi tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakranial.</p> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meminimalkan stimulasi dengan cara menyediakan lingkungan yang tenang.</li> <li>2. Atur posisi semi fowler</li> <li>3. Cegah agar anak tidak kejang</li> </ol> <p><i>Kolaborasi:</i></p> <p>Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu.</p>
--	--

<p><b>Diagnosis Keperawatan</b></p> <p>Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit</p> <p><i>Definisi:</i></p> <p>Peningkatan suhu tubuh di atas rentang nilai normal</p>	
<p><b>SLKI</b></p>	<p><b>SIKI</b></p>
<p><b>Termoregulasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anak tidak menggigil</li> <li>2. Suhu tubuh anak membaik</li> <li>3. Suhu kulit teraba membaik</li> <li>4. Frekuensi nadi dan pernapasan menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hipertermia</b></p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab hipertemia</li> <li>2. Observasi suhu tubuh setiap 2 jam.</li> </ol> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur lingkungan yang dingin</li> <li>2. Longgarkan atau lepaskan pakaian anak</li> <li>3. Berikan cairan per oral</li> <li>4. Berikan kompres</li> </ol> <p><i>Kolaborasi:</i></p> <p>Kolaborasi pemberian cairan intravena</p>

**Diagnosis Keperawatan**

Nyeri akut berhubungan dengan adanya agen pencedera fisiologis (inflamasi)

*Definisi:*

Pegalaman sensorik yang berhubungan dengan kerusakan jaringan fungsional secara mendadak dengan intensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan

<b>SLKI</b>	<b>SIKI</b>
<p><b>Tingkat Nyeri:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Keluhan nyeri anak berkurang</li><li>2. Anak tampak lebih rileks (tidak lagi menringis)</li><li>3. Sikap protektif anak menurun</li><li>4. Keluhan mual dan muntah mmenurun</li><li>5. Anak tidak lagi berfokus pada dirinya sendiri</li></ol>	<p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi skala nyeri</li><li>2. Identifikasi respon nyeri pada anak secara non verbal</li><li>3. Indentifikasi hal-hal yang memperberat atau memperingan rasa nyeri</li></ol> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Berikan terapi bermain dan bermain terapeutik dalam upaya mengurangi rasa yeri</li><li>2. Atur lingkungan yang tenang untuk meningkatkann rasa nyaman anak</li></ol> <p><i>Edukasi:</i></p> <p>Ajarkan teknik non farmakologi dalam mengurangi rasa nyeri (distraksi dan relaksasi bagi anak yang lebih besar)</p> <p><i>Kolaborasi:</i></p> <p>Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu</p>

## Daftar Pustaka

- Brouwer, M. C., McIntyre, P., Prasad, K., Van de Beek, D. (2015). Corticosteroids for acute bacterial meningitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9: CD004405. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004405.pub5>.
- Edmond, K., Clark, A., Korczak, V. S., Sanderson, C., Griffiths, U. K., & Rudan, I. (2010). Global and regional risk of disabling sequelae from bacterial meningitis: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 10(5), 317–328. [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(10\)70048-7](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(10)70048-7).
- El Shorbagy, H. H., Barseem, N. F., Abdelghani, W. E., Suliman, H. A., Al Shokary, A. H., Elsadek, A. E., Maksoud, Y. H. E., & Sabri, J. H. (2018). The value of serum procalcitonin in acute meningitis in children. *Journal of Clinical Neuroscience*. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2018.08.012>.
- Griffiths, M.J., McGill, F., & Solomon, T. (2018). Management of acute meningitis. *Clinical Medicine*, 18(2), 164-169. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.18-2-164>.
- Huo, L., Fan, Y., jiang, C., Gao, J., Yin, M., Wang, H., Yang, F., & Cao, Q. (2018). Clinical features of and risk factors for hydrocephalus in childhood bacterial meningitis. *J. Child Neurol*, 4(1), 11-16. <https://doi.org/10.1177/0883073818799155>.
- Jansz, L., Buys, H., Dijk, M.V., & Rohlwink, U. (2018). The profile of meningitis in a tertiary paediatric hospital in South Africa. *S Afr J Child Health*, 12(1), 15-20. <https://doi.org/10.7196/SAJCH.2018.v12i1.1428>.
- Kostenniemi, U. J., Bazan, A., Karlsson, L., & Silfverdal, S. (2020). Psychiatric disabilities and other long-term consequences of childhood bacterial meningitis. *Pediatr Infect Dis J*, 40(1), 26-31. <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000002908>.

- Lucas, M. J., Brouwer, M. C., & Van de Beek, D. (2016). Neurological sequelae of bacterial meningitis. *Journal of Infection*, 73(1), 18–27. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2016.04.009>.
- Matulyte, E., Kiveryte, S., Paulauskiene, R., Liukpetryte, E., Vaikutyte, R., & matulionyte, R. (2020). Retrospective analysis of the etiology, clinical characteristics and outcomes of community-acquired bacterial meningitis in the University Infectious Diseases Centre in Lithuania. *BMC Infectious Diseases*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05462-0>.
- Namani, S. A., Koci, B. M., Milenkovic, Z., Koci, R., Qehaja-Bucaj, E., Ajazaj, L., Mehmeti, M., & Ismaili-Jaha, V. (2013). Early neurologic complications and long-term sequelae of childhood bacterial meningitis in a limited-resource country (Kosovo). *Child's Nervous System*, 29(2), 275–280. <https://doi.org/10.1007/s00381-012-1917-3>.
- Nesami, M. B., Babamahmoodi, F., & Nikkhah, A. (2015). Types, risk factors, clinical symptoms and diagnostic test of acute adult meningitis in Northern Iran during 2006-2012. *J Clin Diagn Res*, 9(5), IC01-IC05. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/11991.5936>.
- Noviyani, N. M. R., Kardana, I. M., Mahalini, D. S., Suparyatha, I. B. G., Ariawati, K., Nilawati, G. A. P., & Sukmawati, M. (2021). The risk factors of bacterial meningitis in late onset neonatal sepsis. *Journal of Medical Sciences*, 9(B), 1224–1228. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.6706>.
- Olarte, L., Barson, W. J., Barson, R. M., Lin, P. L., Romero, J. R., Tan, T. Q., Givner, L. B., Bradley, J. S., Hoffman, J. A., Hulten, K. G., Mason, E. O., & Kaplan, S. L., (2015). Impact of the 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine on Pneumococcal Meningitis in US Children. *Clinical Infectious Diseases*, 61(5), 767–775. <https://doi.org/10.1093/cid/civ368>.

- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2017). Standar diagnosis keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik. (pp. 51, 284, 172). DPP PPNI.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2019). Standar luaran keperawatan Indonesia: Definisi dan kriteria hasil keperawatan. (pp. 86, 129, 145). DPP PPNI.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2018). Standar intervensi keperawatan Indonesia: Definisi dan tindakan keperawatan. (pp. 205, 181, 201). DPP PPNI.
- Turtle, L., Jung, A., Beeching, N. J., Cocker, D., Davies, G. R., Nicolson, A., Beadsworth, M. B. J., Miller, A. R. O., & Solomon, T. (2015). An integrated model of care for neurological infections: the first six years of referrals to a specialist service at a university teaching hospital in Northwest England. *BMC Infectious Diseases*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12879-015-1109-3>.
- World Health Organization. (2021, September 28). Meningitis. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis>
- Zainel, A., Mitchell, H., & Sadarangani, M. (2021). Bacterial meningitis in children: Neurological complication, associated risk factors and prevention. *Microorganisms*, 9, 535. <https://doi.org/10.3390/microorganisms9030535>

## **Profil Penulis**



### **Ninis Indriani**

Lahir di Banyuwangi, 24 Desember 1978. Karir penulis dimulai pada tahun 2008 sampai sekarang. Penulis memulai pendidikan di Akper Blambangan Banyuwangi pada tahun 2000, kemudian melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan di Stikes Surya Mitra Husada Kediri pada tahun 2007.

Penulis melanjutkan jenjang Pendidikan di program Magister Keperawatan di Universitas Indonesia dan berhasil menyelesaikan pada tahun 2014. Untuk mendalami keilmuan di bidang anak, penulis melanjutkan di program spesialis di Universitas Indonesai dan berhasil menyelesaikan pada tahun 2015. Penulis aktif sebagai peneliti di bidang sesuai kepakaran. Beberapa penelitian yang dilakukan mendapatkan pendanaan dari Kemristek DIKTI.

Email Penulis: [ninisindriani@gmail.com](mailto:ninisindriani@gmail.com)

## DENVER DEVELOPMENTAL SCREENING TEST II (DENVER II)

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

Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta

### **Pengantar**

Aspek tumbuh kembang pada anak merupakan aspek penting yang menjelaskan mengenai proses pembentukan seseorang, baik secara fisik maupun psikososial. Sebagian orang tua belum memahami hal ini. Banyak yang menganggap selama anak tidak sakit berarti anak tersebut tidak mengalami masalah kesehatan termasuk perkembangannya. Periode penting dalam perkembangan anak adalah masa balita atau masa kritis proses tumbuh kembang anak yaitu dibawah 6 tahun. Pada masa ini perkembangan kemampuan anak berbahasa, kreativitas, kesadaran sosial, emosional dan intelegensia berjalan sangat cepat dan merupakan landasan perkembangan berikutnya. Guna deteksi dini perkembangan anak adalah untuk mengetahui penyimpangan tumbuh kembang anak secara dini, sehingga upaya pencegahan, upaya stimulasi dan upaya penyembuhan serta pemulihan dapat diberikan dengan indikasi yang jelas secara dini pada masamasa kritis proses tumbuh kembang. Upaya ini diberikan sesuai umur perkembangan anak, dengan demikian dapat tercapai kondisi tumbuh kembang yang optimal. Dalam ilmu kebidanan untuk menilai sejauh mana perkembangan anak, terdapat atau tidaknya penyimpangan perkembangan digunakan *Denver Developmental Screening Test* (DDST) yang bertujuan

menilai perkembangan anak pada empat aspek yaitu perkembangan personal sosial, motorik halus, bahasa dan motorik kasar anak mulai usia 0 bulan sampai 6 tahun. Problem yang timbul pada bidang-bidang tersebut jika tidak dideteksi secara dini akan mempunyai akibat dalam kehidupan pribadi dan pekerjaan anak diwaktu kemudian. Anak merupakan individu yang unik. Anak memiliki tahap pertumbuhan dan perkembangan yang berbeda-beda. Tumbuh kembang anak akan berlangsung secara teratur, saling berkaitan dan berkesinambungan. Oleh karena itu, kualitas perkembangan anak harus ditingkatkan sejak anak melalui periode penting yaitu masa balita (periode emas/golden period). Perkembangan anak pada masa balita akan menentukan perkembangan selanjutnya (Soetjiningsih, 2014). Pemantauan perkembangan adalah untuk mengetahui sejauh mana perkembangan anak, terjadi gangguan atau tidak bukan untuk mengobati gangguan yang terjadi. Berdasarkan data Unicef (2017), lebih dari 43% anak dibawah usia 5 tahun beresiko untuk mengalami gangguan perkembangan (UNICEF, 2017). Diperkirakan 20-30% keterlambatan perkembangan anak diketahui sebelum usia sekolah. Penilaian perkembangan dan deteksi dini yang berkelanjutan merupakan salah satu intervensi dini untuk mendeteksi keterlambatan. Kegiatan stimulasi, deteksi dan intervensi dini penyimpangan balita dapat dilakukan dalam bentuk kemitraan antara keluarga (orang tua, pengasuh anak dan anggota keluarga lainnya), masyarakat dan tenaga kesehatan professional baik pendidikan maupun sosial, akan meningkatkan kualitas tumbuh kembang anak usia dini dan kesiapan memasuki jenjang pendidikan formal (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

Pemantauan kualitas tumbuh kembang pada anak bisa melalui beberapa cara. Salah satunya adalah dengan deteksi dini. Deteksi dini merupakan suatu upaya pencegahan dan pemantauan perkembangan anak agar tidak terjadi keterlambatan perkembangan. Jika ditemukan adanya keterlambatan pada tumbuh kembang anak akan dilakukan intervensi diniserta pemantauan berkala. Beberapa alat ukur untuk pemantauan tumbuh

kembang anak adalah Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP), dan DDST II (*Denver Development Screening Test*). DDST II merupakan salah alat yang dapat digunakan untuk skrining perkembangan anak. Tujuan pemeriksaan ini adalah untuk mengetahui sedini mungkin penyimpangan yang terjadi pada anak sejak lahir hingga usia 6 tahun. DDST II bukan lah tes IQ dan waktu tes ini mudah dan cepat (15-20 menit), dan menunjukkan validitas yang tinggi. Penilaian DDST II ini bertujuan menilai perkembangan anak pada empat sektor yaitu personal sosial/kemandirian dan bergaul, motorik halus, bahasa dan motorik kasar. Periode penting dalam tumbuh kembang anak pada masa balita, karena pada masa ini pertumbuhan dasar akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan anak selanjutnya. Pada masa balita, perkembangan kemampuan berbahasa, kreativitas, kesadaran sosial, emosional, dan intelegensia berjalan sangat cepat dan merupakan landasan perkembangan selanjutnya. Perkembangan moral dan dasar-dasar kepribadian juga dibentuk pada masa ini, sehingga setiap kelainan atau penyimpangan sekecil apapun bila tidak terdeteksi, apalagi tidak ditangani dengan baik akan mengurangi kualitas sumber daya manusia kelak (Adriana, 2011)

### **Perkembangan Anak**

Perkembangan adalah bertambahnya keterampilan dan fungsi yang kompleks dalam pola yang teratur. Perkembangan (*development*) berkaitan dengan pematangan dan penambahan kemampuan (*skill*) fungsi organ atau individu. Kedua proses ini terjadi secara sinkron pada setiap individu. Penilaian terhadap perkembangan seorang anak dapat di nilai melalui kemampuan fungsi organ seseorang dalam melakukan fungsi tubuhnya, seperti kemampuan dia bergerak, bernyanyi, berbicara dan berjalan atau kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian.

## **Stimulasi**

Stimulasi adalah kegiatan merangsang kemampuan dasar anak umur 0-6 tahun agar anak tumbuh dan berkembang secara optimal. Setiap anak perlu mendapat stimulasi rutin sedini mungkin dan terus menerus pada setiap kesempatan. Stimulasi perkembangan anak dapat dilakukan oleh kedua orang tua, pengasuh anak, anggota keluarga terdekat dan kelompok masyarakat di lingkungan rumah tangga dalam kehidupan sehari-hari. Stimulasi ini diberikan kepada anak dengan klasifikasi status perkembangan abnormal, stimulasi ini oleh sistem sebagai data solusi. Kurangnya stimulasi dapat menyebabkan penyimpangan perkembangan anak bahkan gangguan yang menetap. Stimulasi adalah perangsangan dan latihan-latihan terhadap perkembangan anak yang datangnya dari lingkungan di luar anak. Tujuan stimulasi adalah untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan anak mencapai tingkat pertumbuhan dan perkembangan yang baik dan optimal.

Yang dapat melakukan stimulasi pada anak adalah:

1. Perawat
2. Bidan
3. Perawat
4. Dokter
5. Psikolog
6. Psikiater
7. Physioterapist
8. Guru
9. Keluarga
10. Sosial worker

### ***Denver Development Sreening Test (DDST) II***

*Denver Development Sreening Test (DDST) II* merupakan salah satu alat skrining perkembangan, alat ini membantu tenaga kesehatan untuk mengetahui sedini mungkin penyimpangan perkembangan yang terjadi pada

anak sejak lahir sampai berusia 6 tahun. Pemeriksaan dilakukan secara rutin yaitu setiap bulan. DDST II bukanlah tes diagnostik atau tes *Intelegensi Quotiont (IQ)*. DDST II memenuhi semua persyaratan yang diperlukan untuk metode skrining yang baik. Tes ini dilakukan kurang lebih 20-30 menit, dapat diandalkan dan menunjukkan validitas yang tinggi. Dari beberapa penelitian yang pernah dilakukan ternyata DDST II secara efektif dapat mengidentifikasi antara 85-100% bayi dan anak-anak prasekolah yang mengalami keterlambatan perkembangan, dan pada “*follow up*” selanjutnya ternyata 89% dari kelompok DDST II abnormal mengalami kegagalan di sekolah 5-6 tahun kemudian.

*Denver Developmental Screening Test (DDST) II* adalah sebuah alat klinis yang mudah digunakan untuk identifikasi dini bayi dan anak usia 0-6 tahun dengan keterlambatan perkembangan. DDST II ini lebih mengarah kepada perbandingan kemampuan atau perkembangan anak dengan kemampuan anak lain yang seumurannya.

Dalam perkembangannya DDST mengalami beberapa revisi, hasil revisi dari DDST I tersebut dinamakan Denver II / DDST II (Sulistyawati, 2014). DDST II ini terdiri dari 125 item tes yang relevan dengan usia terkait dengan perkembangan global, dan memiliki empat domain perkembangan: personal sosial/ kemandirian dan bergaul, adaptif motorik halus, motorik kasar dan bahasa. Denver II ini didistribusikan di setiap domain sebagai berikut: 25 personal sosial, 29 adaptif motorik halus, 39 bahasa dan 32 motorik kasar (Santrock, Jhon W. 2007). DDST II tampaknya menjadi alat skrining yang saat ini digunakan dan yang paling banyak diadaptasi, karena kemudahan administrasi dan faktanya bahwa dapat dikelola oleh profesional dan paraprofessional (Narendra, M.S, dkk. 2008).

DDST II merupakan salah satu tes psikomotorik yang sering digunakan di rumah sakit maupun klinik bagian tumbuh kembang anak (Nursalam, 2013). Penguji / perawat harus menyiapkan lembar tes formulir Denver II / DDST II dahulu, sehingga bisa saja formulir DDST II

yang digunakan tertinggal, hilang dan tidak dapat terdokumentasi/terekap. Denver II / DDST II digunakan untuk mengukur perbandingan kemampuan atau perkembangan anak dengan kemampuan anak lain yang seumuran (0- 6 tahun).

1. Pernyataan dari DDST II adalah:
  - a. Bukan tes IQ
  - b. Bukan tes diagnostik
  - c. Mudah dan cepat dilakukan
  - d. Dapat diandalkan
  - e. Validasi tinggi
  - f. Berisi 125 item
  - g. Bukan pemeriksaan fisik
  - h. Bukan peramal kemampuan adaptif untuk masa depan
  - i. Membandingkan kemampuan anak seusia
2. Kegunaan dari DDST II adalah:
  - a. Menilai perkembangan anak sesuai dengan usia
  - b. Memantau anak usia 0-6 tahun
  - c. Monitor anak dengan resiko perkembangan
  - d. Menjaring anak terhadap adanya kelainan
  - e. Memastikan apakah anak dengan persangkaan adanya kelainan, benar-benar ada kelainan
3. Cara pemeriksaan DDST II:
  - a. Dilakukan secara kontinue
  - b. Harus dengan ibu atau pengasuh
  - c. Anak dan ibu dalam keadaan santai
  - d. Satu formulir digunakan beberapa kali pada satu pasien
  - e. Bayi diatas tempat tidur, anak duduk dikursi lengan diatas meja

4. Prinsip dalam melakukan DDST II:
  - a. Bertahap dan berkelanjutan
  - b. Dimulai dari tahapan perkembangan yang telah dicapai anak
  - c. Alat bantu stimulasi yang sederhana
  - d. Suasana nyaman bervariasi
  - e. Perhatikan gerakan spontan oleh anak
  - f. Dilakukan dengan wajar dan tanpa paksaan, tidak menghukum
  - g. Berikan pujian
  - h. Pada saat test hanya satu alat yang berada di
5. Alat untuk DDST II:
  - a. Benang sulaman merah
  - b. Kismis/ permen
  - c. Kerincingan dengan pegangan
  - d. Kubus kayu berwarna 8-10 bh
  - e. Lonceng kecil
  - f. Botol kaca bening
  - g. Boneka dan dot kecil
  - h. Cangkir plastik
  - i. Pensil warna
  - j. Kertas dll

6. Aspek Perkembangan

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

Ada 4 sektor perkembangan yang dinilai dalam DDST II yaitu:

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

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

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

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

- c. *Language* (bahasa)

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

- d. *Gross motor* (gerakan motorik kasar)

Aspek yang berhubungan dengan pergerakan dan sikap tubuh. Menggunakan gerakan ekstremitas kaki. Misalnya berdiri, berjalan, lari, lompat, berjalan mundur, mengangkat kaki 2 detik dll.

7. Cara menghitung umur anak

Contoh kasus:

Fina, dibawa ibunya ke Poliklinik tumbuh kembang anak pada tanggal 19 Oktober 2021, tanggal lahir nanda 5 April 2019. Hitunglah umur Fina dan gambar garis umurnya.

Jawab:

Tgl test	2021	10	19
Tgl lahir	2019	4	5
<hr/>			
Umur anak	2	6	14

Pelaksanaan tes ini berdasarkan selisih umur anak dengan tanggal pengujian tes, apabila perhitungan hari lebih dari 15, maka dibulatkan ke atas menjadi 1 bulan. Kalau kurang dari 15 hari dihilangkan menjadi nol bulan. Kalau sama dengan 15 hari dihitung tetap 15 hari. Kemudian dilanjutkan membuat garis umur pada format DDST II. Dari hasil selisih tadi dicocokkan dengan formulir, item-item yang terkena garis umur yang nantinya akan diujikan ke anak.

8. Cara melakukan test DDST II

Ikuti petunjuk yang ada di lembar DDST II, apakah anak bisa melakukan pada tiap sektor jika lulus ( $P=pass$ ), gagal ( $F=fail$ ) atau jika anak tidak mempunyai kesempatan untuk melakukan uji coba ( $No\ opportunity=NO$ ), dan jika menolak untuk melakukan ( $R=Refusal$ ). Kemudian tarik garis berdasarkan umur yang memotong garis horisontal tugas perkembangan pada formulir DDST II.

9. Penilaian DDST II

Interpretasi penilaian tiap item/gugus tugas:

- $0 = F$  (*fail / gagal*)
- $M = R$  (*refusal / menolak*)
- $V = P$  (*pass / lewat*)
- $No = No\ Opportunity$

10. Penilaian tiap Item

- Advanced*

Apabila anak dapat melaksanakan tugas pada item di sebelah kanan garis umur

b. *Normal*

Apabila anak gagal/menolak tugas pada item di sebelah kanan garis umur

Apabila anak lulus, gagal/menolak tugas di mana garis umur berada di antara 25-75% (warna putih)

c. *Caution*

Apabila anak gagal/menolak tugas pada item di mana garis umur berada di antara 75%-90% (warna hijau)

d. *Delay*

Apabila anak gagal/menolak tugas pada item yang berada di sebelah kiri garis umur

e. *No Oportunity*

Anak mengalami hambatan

Anak tidak ada kesempatan untuk melakukan uji coba

Orang tua melaporkan anak mengalami hambatan

11. Interpretasi hasil keseluruhan dari 4 sektor

a. *Normal*

Bila tidak ada delay paling banyak 1 (satu) *caution*

Lakukan ulangan pemeriksaan berikutnya

b. *Suspect*

Bila di dapatkan 2 (dua) / lebih *caution* atau bila didapatkan 1 atau lebih *delay*

Lakukan uji ulang dalam 1-2 minggu untuk menghilangkan faktor sesaat (takut, lelah, sakit dll)

c. *Untestable*

Bila ada score menolak satu atau lebih item disebelah kiri garis umur

Bila menolak lebih dari satu item pada area 75 % – 90 % (warna hijau)

Metode menggunakan formulir Denver II dimana terdapat beberapa item penilaian yang ditunjukkan pada gambar 22.1 dan gambar 22.2.

**Denver II**

PEMERIKSA : \_\_\_\_\_ NAMA : \_\_\_\_\_  
 TANGGAL : \_\_\_\_\_ TANGGAL LAHIR : \_\_\_\_\_  
 NO.CM : \_\_\_\_\_ TAHUN : \_\_\_\_\_

BULAN 2 4 6 9 12 15 18 24 3 4 5 6

Prosentase anak yang lulus

25 50 75 90

MACAM TEST

**TES PERILAKU**

(Perhatikan kotak ukur. Tes 1, 2 atau 3)

<b>Khusus</b>	1	2	3
<b>Ya</b>			
<b>Tidak</b>			
<b>Patuh</b>	1	2	3
<b>Selalu patuh</b>			
<b>Biasanya patuh</b>			
<b>Kadang kadang patuh</b>			
<b>Tertarik sekelling</b>	1	2	3
<b>Tanggap</b>			
<b>Agar tidak tertarik</b>			
<b>Sangat tidak tertarik</b>			
<b>Ketakutan</b>	1	2	3
<b>Tidak</b>			
<b>Agak</b>			
<b>Sangat</b>			
<b>Lama Perhatian</b>	1	2	3
<b>Cukup</b>			
<b>Agak terganggu</b>			
<b>Sangat terganggu</b>			

BULAN 2 4 6 9 12 15 18 24 3 4 5 6

TAHUN

WWW.ELHOODA.COM

C. 1985, 1989, 1990 W.K. Frankenburg dan J.B. Doodis c. 1978 W.K. Frankenburg

Gambar 22.1. Halaman depan formulir Denver II / DDST II

## PETUNJUK PELAKSANAAN

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



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

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

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



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

Pengamatan :

Gambar 22.2. Halaman belakang formulir Denver II / DDST II

## **Daftar Pustaka**

- Adriana, 2011. Tumbuh Kembang dan Terapi Bermain Pada Anak. Jakarta. Salemba Medika
- Kemenkes RI, 2016. Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi Dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak Di Tingkat Pelayanan Dasar. Jakarta
- Narendra, M. S, dkk. 2008. Tumbuh kembang Anak dan Remaja IPAI. Jakarta: Sagung Seto
- Nursalam. 2013. Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak, Edisi 2, Jakarta: Salemba Medika
- Santrock, Jhon W. 2007. Perkembangan Anak. Jakarta: Salemba
- Soetjningsih. 2014. Tumbuh Kembang Anak. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Sulistyawati, 2014. Deteksi Tumbuh Kembang Anak. Jakarta: Salemba Medika
- UNICEF. 2017. Laporan Baseline SDG tentang Anak-Anak di Indonesia. Jakarta: Bappenas dan UNICEF.

## Profil Penulis



### Atik Badi'ah

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. Pernah menjadi dosen berprestasi Poltekkes tingkat Nasional tahun 2006. Mendapat penghargaan dari Presiden dan Menteri Kesehatan. 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, Reviewer Pengabdian Masyarakat Nasional, Reviewer internal Penelitian tingkat Poltekkes Yogyakarta 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 dan 15 book chapter keperawatan.

Email : atik.cahyo@yahoo.com

## ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN

**Heni Ekawati, S.Kep., Ns., M.Kep.**

STIKes Ngudia Husada Madura

### **Diare**

Diare merupakan gangguan pencernaan yang ditandai buang air besar yang lebih sering dari pola biasa (>3 kali/hari), terdapat perubahan karakteristik feses (menjadi cair), dengan/tanpa darah dan/atau lendir.

Diare akut: peradangan pada abdomen dan usus oleh bakteri, virus dan parasit Pathogen (Hockenberry & Wilson, 2012). Diare akut terjadi secara mendadak yang sebelumnya sehat pada bayi dan anak.

Diare kronik: diare berlangsung sampai 2 minggu atau lebih berdampak pada kehilangan dan tidak bertambahnya berat tubuh (*failure to thrive*) sepanjang masa diare.

#### 1. Etiologi

Berdasarkan patofisiologi kehilangan cairan tubuh, penyebab diare diantaranya:

##### a. Diare sekresi (*secretory diarrhea*)

- 1) Infeksi mikroorganisme (virus, bakteri pathogen dan apathogen)

- 2) Meningkatnya pergerakan usus halus karena bahan kimia pada makanan seperti intoksikasi makanan, makanan pedas, makanan basi dan sebagainya)
  - 3) Defisiensi imun terutama SIgA (*secretory immunoglobulin A*) yang berakibat pertumbuhan bakteri/jamur yang (*overgrowth*)
- b. Diare osmotik (*osmotic diarrhea*) disebabkan oleh:
- 1) Gangguan penyerapan makanan
  - 2) Kekurangan kalori protein
  - 3) Berat badan lahir rendah dan bayi baru lahir

## 2. Patogenesis dan Patofisiologi

### a. Diare Akut

Patogenesis diare akut karena infeksi, digambarkan sebagai berikut:

- 1) Mikroorganisme masuk ke saluran pencernaan
- 2) Setelah melewati asam lambung, mikroorganisme berkembangbiak
- 3) Mikroorganisme membentuk toksin (endotoksin)
- 4) Toksin merangsang mukosa usus yang menyebabkan hiperperistaltik dan sekresi cairan usus menyebabkan diare.

### b. Diare Kronis

Patogenesis diare kronis melibatkan beberapa faktor yang saling mempengaruhi. Faktor tersebut antara lain:

#### 1) Infeksi bakteri

Infeksi bakteri yang sudah resisten terhadap obat seperti Entero Toxigenic E. Coli, infeksi bakteri non patogen yang tumbuh secara

berlipat ganda seperti *Pseudomonas*, *Klebsiella* dan sebagainya.

2) Infeksi parasit

Terutama *E. histolytica*, *Giardia Lamblia*, *Trichuris Trichiura* dan sebagainya.

3) Kekurangan kalori protein (KKP)

Kondisi KPP menyebabkan atrofi pada mukosa usus halus, mukosa lambung, hepar dan pankreas. Kondisi ini mengakibatkan defisiensi enzim yang berasal dari organ tersebut (lactase, maltase, sukrase, HCl, tripsin, pankreatin, lipase dsb), sehingga makanan tidak dapat dicerna dan diabsorpsi secara sempurna. Makanan yang tidak diabsorpsi tersebut menyebabkan peningkatan tekanan osmotik koloid di dalam lumen usus yang menyebabkan diare osmotik. Selain itu menyebabkan *over growth* bakteri yang menambah beratnya malabsorpsi dan infeksi.

4) Gangguan imunologik

Usus adalah organ utama dari daya pertahanan tubuh. Gangguan imunologik berupa defisiensi SIgA dan *Cell Mediated Immunity* (CMI) menyebabkan tubuh tidak mampu mengatasi infeksi dan invasi parasit dalam usus. Selanjutnya mikroorganisme *over growth* dan menyebabkan diare kronik dan gangguan penyerapan makanan.

Selanjutnya diare akut dan kronik menyebabkan kondisi di bawah ini:

a. Dehidrasi

Kondisi ini terjadi karena cairan keluar lebih banyak daripada cairan yang masuk. Kehilangan cairan tubuh ialah pemicu kematian pada diare.

b. Gangguan keseimbangan asam-basa

Kondisi ini terjadi karena:

- 1) Kehilangan Na-bikarbonat bersama feses
- 2) Metabolisme lemak tidak sempurna sehingga keton menumpuk di dalam tubuh (ketosis kelaparan)
- 3) Anoksia jaringan sehingga menyebabkan penimbunan asam laktat
- 4) Ginjal kesulitan mengeluarkan hasil metabolisme yang bersifat asam karena oliguri/anuri
- 5) Ion Na pada cairan ekstraseluler berpindah ke dalam cairan intraseluler

c. Hipoglikemia

Kondisi hipoglikemia terjadi pada anak yang pernah menderita KKP karena penyimpanan glikogen hati terganggu, adanya masalah absorpsi glukosa.

Gejala hipoglikemia muncul glukosa darah turun sampai 40 mg/dl pada bayi dan 50 mg/dl pada anak. Hipoglikemia dicurigai pada kondisi anak yang mengalami kejang mendadak tanpa panas atau penyakit lain atau penderita dipuaskan dalam waktu lama.

Gejala hipoglikemia: lesu, apatis, iritabilitas berlebih, gemetar tidak terkendali, berkeringat, pucat, syok, kejang sampai koma.

d. Gangguan gizi

Kondisi gangguan gizi pada anak disebabkan oleh:

- 1) Makanan sering dihentikan oleh orang tua. Hal ini terjadi karena kekhawatiran bahwa diare/muntah bertambah parah. Orang tua hanya memberikan air teh saja
- 2) Susu diberikan dengan pengenceran dalam waktu yang lama

3) Makanan sering tidak dicerna dan diserap dengan baik karena kondisi pergerakan usus yang berlebih

e. Gangguan sirkulasi

Diare dan muntah dapat berdampak pada gangguan sirkulasi darah yakni syok hipovolemik. Syok mengakibatkan penurunan perfusi jaringan, hipoksia, asidosis bertambah hebat, intracranial *bleeding*, kesadaran menurun (soporokomateus) dan meninggal jika penderita tidak tertolong.

3. Derajat Dehidrasi

Adapun derajat dehidrasi ditentukan berdasarkan beberapa hal:

a. Kehilangan berat badan (BB)

- 1) Dehidrasi ringan: BB turun sebesar 2,5 – 5%
- 2) Dehidrasi sedang: BB turun sebesar 5 – 10%
- 3) Dehidrasi berat: BB turun sebesar >10%

b. Skor Maurice King

Tabel 23.1 Skor Maurice King

Bagian tubuh yang diperiksa	Nilai untuk gejala yang ditemukan		
	0	1	2
Keadaan umum	Sehat	Gelisah, cengeng, apatis, ngantuk	Mengingau, koma atau syok
Kekenyalan kulit	Normal	Sedikit kurang	Sangat kurang
Mata	Normal	Sedikit cekung	Sangat cekung
Ubun – ubun besar	Normal	Sedikit cekung	Sangat cekung

Mulut	Normal	Kering	Kering dan sianosis
Denyut nadi/menit	Kuat >120	Sedang (120-140)	Lebih dari 140

Keterangan:

- 1) Kekenyalan kulit diperiksa dengan “mencubit” kulit perut selama 30 – 60 detik, kemudian dilepas. Waktu kulit kembali normal dinilai sebagai berikut:
    - a) 2 - 5 detik: turgor kulit agak kurang (dehidrasi ringan)
    - b) 5 – 10 detik: turgor kulit kurang (dehidrasi sedang)
    - c) >10 detik: turgor sangat kurang (dehidrasi berat)
  - 2) Berdasarkan skor dapat ditentukan derajat dehidrasi sebagai berikut:
    - a) Skor 0 – 2: dehidrasi ringan
    - b) Skor 3 – 6: dehidrasi sedang
    - c) Skor > 7: dehidrasi berat
- c. Berdasarkan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

**Dehidrasi berat**

Terdapat dua atau lebih dari tanda-tanda berikut :

- 1) Letargis
- 2) Mata cowong
- 3) Tidak bisa minum atau malas minum
- 4) Cubitan kulit perut kembali sangat lambat

**Dehidrasi ringan/sedang**

Terdapat dua atau lebih dari tanda-tanda berikut :

- 1) Gelisah, rewel/marah

- 2) Mata cowong
- 3) Haus, minum dengan lahap
- 4) Cubitan perut kembali lambat

**Tanpa Dehidrasi**

Tidak cukup tanda-tanda diklasifikasikan sebagai dehidrasi berat atau ringan/sedang

(Kemenkes RI, 2019)

d. Tonisitas darah

Menurut tonisitas darah, dehidrasi dibagi menjadi :

- 1) Dehidrasi isotonik, bila kadar  $\text{Na}^+$  dalam plasma antara 131 – 150 mEq/L
- 2) Dehidrasi hipotonik, bila kadar  $\text{Na}^+$  < 131 mEq/L
- 3) Dehidrasi hipertonik, bila kadar  $\text{Na}^+$  > 150 mEq/L

4. Akibat Dehidrasi

<b>Kehilangan cairan tubuh (Volume deficit)</b>	<b>Kehilangan elektrolit tubuh (Electrolit Deficit)</b>
a. Kehilangan turgor kulit	a. Defisiensi bikarbonas/asidosis
b. Denyut nadi lemah atau tidak ada	Muntah
c. Takikardia	Pola napas kussmaul
d. Mata cowong	Cardiac reserve menurun
e. Fontanel anterior cekung	Kekurangan ion $\text{K}^+$ dalam sel
f. Suara parau	b. Defisiensi $\text{K}^+$
g. Kulit dingin	Kelemahan otot
h. Sianosis (jari)	Ileus paralitik (distensi abdomen)
i. Selaput lendir kering	c. Hipoglikemia (lebih sering pada anak kurang gizi dan prematur)
j. Anuria, uremia	

## 5. Pengobatan

Saat ini, badan kesehatan dunia menganjurkan empat al yang efektif dalam menangani anak dengan diare, diantaranya:

- a. Penggantian cairan (rehidrasi) secara oral untuk mencegah dehidrasi dan mengatasi dehidrasi yang sudah terjadi
- b. Pemberian ASI selama diare dan masa penyembuhan bagi anak yang masih menyusui
- c. Tidak menggunakan obat antidiare
- d. Edukasi pada ibu atau pengasuh tentang :
  - 1) Cara merawat anak yang sakit di rumah, terutama oralit dan cara pemberiannya
  - 2) Tanda anak harus dibawa ke pelayanan kesehatan untuk perawatan yang lebih baik
  - 3) Metode yang efektif untuk mencegah diare

## 6. Pengobatan cairan

Tabel 23.2 Penilaian Derajat Dehidrasi dan Rencana Pengobatan

	<b>Kolom A</b>	<b>Kolom B</b>	<b>Kolom C</b>	<b>Kolom D</b>
1. Anamnesis	< 4x sehari	4 – 10 sehari	>10x sehari	Lebih dari 3 minggu (diare kronik)
Frekuensi	(-) atau sedikit	Kadang-kadang	Sering sekali	
Muntah	(-)	Haus	Sangat haus atau tidak bisa minum	
Haus	(-)	Sedikit, pekat	Tidak kecing selama 6 jam	
BAK	Normal			

2. Inspeksi				
Keadaan umum	Baik	Jelek, mengantuk atau gelisah	Tidak sadar atau gelisah	
Air mata	Ada	(-)	(-)	
Mata	Normal	Cekung	Sangat cekung dan kering	
Mulut dan lidah	Basah	Kering	Sangat kering	
Napas	Normal	Lebih cepat	Sangat cepat dan dalam	
3. Palpasi Kulit				
Turgor	Cepat kembali	Kembali pelan	Sangat pelan	
Nadi	Normal	Normal/cepat	Sangat cepat, lemah sampai tak teraba	
Ukun-ukun	Normal	Cekung	Sangat cekung	
4. Suhu Badan				Panas tinggi >38,5°C
5. Berat Badan	Kehilangan 2,5%	Kehilangan 2,5 - 10%	Kehilangan >10%	
6. Kesimpulan	Dehidrasi (-)	2 tanda atau lebih Dehidrasi ringan atau sedang	2 tanda atau lebih Dehidrasi berat	Tinja : darah/lendir + panas  Antibiotika
	Rencana A	Rencana B	Rencana C	

## **Pengkajian Keperawatan**

### 1. Riwayat

Pada pengkajian riwayat tanyakan pada anak dan/atau keluarga kemungkinan konsumsi makanan atau air yang terkontaminasi, kemungkinan adanya infeksi pada organ lain seperti infeksi pada sistem pernapasan atau sistem perkemihan (Hockenberry & Wilson, 2012).

### 2. Pemeriksaan Fisik

- a. Observasi manifestasi klinis diare
- b. Kaji derajat dehidrasi
- c. Catat keluaran feses: frekuensi, volume, karakteristik
- d. Observasi dan catat adanya tanda yang terkait seperti tenesmus, kram dan muntah
- e. Bantu pelaksanaan prosedur diagnostik, misalnya tampung spesimen sesuai kebutuhan : feses u pH, berat jenis, dan frekuensi ; urin u pH, berat jenis dan frekuensi ; HDL ; elektrolit serum ; kreatinin ; dan BUN
- f. Deteksi sumber infeksi, misalnya periksa anggota rumah tangga lain dan rujuk pada pengobatan bila diindikasikan (Sodikin, 2012)

## **Diagnosis Keperawatan**

Masalah keperawatan yang mungkin muncul pada anak dengan gangguan sistem pencernaan merujuk pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) di antaranya sebagai berikut :

1. Diare
2. Hipovolemia
3. Hipertermia
4. Defisit nutrisi

5. Risiko ketidakseimbangan elektrolit
6. Gangguan integritas kulit
7. Ansietas
8. Gangguan proses keluarga
9. Gangguan tumbuh kembang

<p><b>Diagnosis Keperawatan</b></p> <p><b>Diare</b> (D.0020) yang berhubungan dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inflamasi gastrointestinal</li> <li>2. Proses infeksi</li> <li>3. Malabsorpsi</li> <li>4. Terpapar kontaminan</li> <li>5. Bakteri dalam air</li> </ol> <p><i>Definisi:</i> Pengeluaran feses yang sering, lunak dan tidak berbentuk</p>	
<b>Kriteria hasil (SLKI)</b>	<b>Tindakan (SIKI)</b>
<p><b>Eliminasi Fekal (L.04033)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontrol pengeluaran feses meningkat</li> <li>2. Konsistensi feses membaik</li> <li>3. Frekuensi BAB membaik</li> <li>4. Peristaltik usus membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Diare (I.03101)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab diare</li> <li>2. Identifikasi riwayat pemberian makanan</li> <li>3. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja</li> <li>4. Monitor tanda dan gejala hipovolemia</li> <li>5. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal</li> <li>6. Monitor jumlah pengeluaran diare</li> </ol> <p><i>Teraupetik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan asupan cairan oral</li> <li>2. Pasang jalur intravena</li> </ol>

	<p>3. Berikan cairan intravena (ringer asetat, ringer laktat) kalau perlu</p> <p>4. Ambil sampel tinja untuk kultur, kalau perlu</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</p>
--	---

<p><b>Diagnosis Keperawatan</b></p> <p><b>Hipovolemia (D.0023)</b> yang berhubungan dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kehilangan cairan aktif</li> <li>2. Kekurangan intake cairan</li> </ol> <p><i>Definisi :</i> Penurunan volume cairan intravaskuler, interstitial, dan/atau intraseluler</p>	
<b>Kriteria hasil (SLKI)</b>	<b>Tindakan (SIKI)</b>
<p><b>Status Cairan (L.03028)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membran mukosa lembab meningkat</li> <li>2. Rasa haus menurun</li> <li>3. Turgor kulit membaik</li> <li>4. Berat badan membaik</li> <li>5. Intake cairan membaik</li> <li>6. Suhu tubuh membaik</li> </ol> <p><b>Keseimbangan cairan (L.03020)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asupan cairan meningkat</li> <li>2. Dehidrasi menurun</li> <li>3. Mata cekung membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hipovolemia (I.03116)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia</li> <li>2. Monitor intake dan output cairan</li> </ol> <p><i>Teraupetik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hitung kebutuhan cairan</li> <li>2. Berikan posisi modified tredelenburg</li> <li>3. Berikan asupan cairan oral</li> </ol> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>Anjurkan perbanyak asupan cairan oral</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>Kolaborasi pemberian cairan isotonik, hipotonik atau koloid (sesuai kebutuhan pasien)</p>

<p><b>Diagnosis Keperawatan</b></p> <p><b>Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit (D.0037)</b></p> <p><i>Faktor risiko:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakseimbangan cairan</li> <li>2. Diare</li> <li>3. Muntah</li> </ol> <p><i>Definisi:</i> Berisiko mengalami perubahan kadar serum elektrolit</p>	
<b>Kriteria hasil (SLKI)</b>	<b>Tindakan (SIKI)</b>
<p><b>Keseimbangan elektrolit (L.03021)</b></p> <p>Serum natrium membaik</p> <p>Serum kalium membaik</p>	<p><b>Pemantauan Elektrolit (I.03122)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kadar elektrolit serum</li> <li>2. Monitor mual, muntah dan diare</li> <li>3. Monitor tanda dan gejala hiponatremia</li> <li>4. Monitor tanda dan gejala hipokalemia</li> </ol> <p><i>Teraupetik :</i></p> <p>Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</li> </ol> <p><b>Manajemen Elektrolit : Hiponatremia</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tanda dan gejala penurunan kadar Natrium</li> <li>2. Monitor kadar natrium serum dan/atau urin</li> </ol>



## **Daftar Pustaka**

- Hockenberry, M.J & Wilson, D. (2012). Wong's Clinical manual of Pediatric Nursing, 8th edition. USA: Elsevier
- Kemenkes RI. (2019). Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Jakarta: Kemenkes RI
- PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1, Cetakan III (Revisi). Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1, Cetakan II. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1, Cetakan II. Jakarta: DPP PPNI
- Sodikin. (2012). Keperawatan Anak Gangguan Pencernaan. Jakarta: EGC
- Suraatmadja, S. (2010). Kapita Selekta Gastroenterologi Anak. Jakarta: Sagung Seto.

## **Profil Penulis**



### **Heni Ekawati**

Dilahirkan di Bangkalan pada tanggal 10 Oktober 1985. Riwayat pendidikan dimulai tahun 2004 dimana penulis mengawali pendidikan pada jenjang Sarjana Keperawatan dan menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners pada tahun 2009 pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga. Kemudian pada tahun 2016, penulis menyelesaikan strata dua pada Program Studi Magister Keperawatan Anak, Universitas Indonesia. Penulis bekerja di bidang pendidikan dimulai sejak menjadi dosen tetap di Departemen Komunitas-Keluarga dan Keperawatan Anak pada Program Studi S1 Keperawatan, STIKes Wira Medika Bali. Saat ini penulis aktif sebagai dosen tetap di Departemen Keperawatan Anak pada Program Studi Keperawatan, STIKes Ngudia Husada Madura. Penulis memiliki ketertarikan pada asuhan keperawatan anak dengan kasus akut dan kronis yang memiliki dampak pada pertumbuhan dan perkembangan anak serta keluarga.

Email Penulis: [heniekawati50@gmail.com](mailto:heniekawati50@gmail.com)

# ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN

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

Poltekkes Kemenkes Maluku

## **Pendahuluan**

Sistem perkemihan atau sistem urinaria merupakan sistem yang berperan penting dalam menyimpan dan membuang hasil metabolisme atau limbah yang tidak digunakan tubuh (urine). Sistem ini juga berfungsi sebagai pengatur volume darah dan tekanan darah, mengontrol kadar elektrolit dan metabolit, serta mengatur pH (Zuliani et al., 2017). Struktur dan fungsi dari organ pada sistem perkemihan harus dijaga agar tetap sehat. Kerusakan atau abnormalitas struktur dan ketidakmampuan fungsi organ pada sistem ini, apakah itu bawaan atau didapat, dapat meningkatkan akses, retensi, penyebaran, dan penurunan pembersihan mikroba dari saluran kemih, sehingga menyebabkan infeksi mikroba, infeksi berulang, penurunan hingga kegagalan fungsi ginjal (Hickling et al., 2016). Kondisi ini memerlukan penanganan yang serius, jika tidak tertangani akan menyebabkan kesakitan dan kematian pada anak. Untuk mencegah masalah ini perlunya peran dari tenaga kesehatan salah satunya perawat melalui asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan merupakan salah satu peran utama perawat dalam memberikan praktik keperawatan secara langsung, guna mengatasi semua masalah atau gangguan kesehatan termasuk gangguan

system perkemihan pada pasien (anak) maupun keluarga di layanan kesehatan.

### **Sistem Perkemihan Pada Anak**

Beberapa organ tubuh yang berperan dalam sistem sistem perkemihan, baik orang dewasa maupun pada anak-anak sama diantaranya ginjal, ureter, kandung kemih, dan uretra. Ginjal sebagai penyaring darah dari nefron akan membuang limbah tubuh (urine), ke kandung kemih sebagai tempat penampung urin yang selanjutnya dibuang ke luar tubuh melalui uretra yang dikenal dengan buang air kecil atau berkemih (Vay & Robson, 2020; Zuliani et al., 2017).

Meskipun organ perkemihannya sama namun secara fungsional berbeda dengan orang dewasa terutama pada fungsi ginjal yang masih rendah dan pengendalian urine yang belum matur. Proses maturasi keduanya ini akan sempurna seiring bertambahnya usia atau sesuai tumbuh kembang anak. Fungsi ginjal yang masih rendah pada bayi seperti filtrasi glomerulus, absopsi, reabsorpsi glukosa, sintesis dan sekresi urea yang masih kurang (Purwanti & Sulastri, 2019). Pengendalian atau pengontrolan kandung kemih untuk pengeluaran urine juga masih matur. Pada neonates, pengeluaran urin terjadi secara spontan karena adanya refleks medulla spinalis. Pada bayi, refleks untuk proses berkemih terjadi kira-kira 20 kali sehari. Bila jumlah air kemih bertambah, maka terjadi pengembangan pada kandung kemih sehingga terjadi refleks dan kontraksi otot detrusor serta relaksasi otot sfingter eksternal dari kandung kemih. Setelah umur 6 bulan frekuensi miksi berkurang tetapi volume kemih bertambah. Usia 1-2 tahun merupakan awal dimana anak menyadari kandung kemih ketika penuh, karena kemampuan kandung kemih yang membesar dan lobus frontalis dan parietalis otak sudah matur. Kemampuan mengontrol dan pengeluaran urine akan meningkat seiring pertambahan usia, meskipun kadang-kadang kebiasaan ngompol ini masih ditemukan pada anak dengan rentang usia 2,5-3,5 tahun (Soemyarso et al., 2015).

## **Gangguan Sistem Perkemihan yang Lazim Pada Anak**

Gangguan sistem perkemihan pada anak dipengaruhi oleh kelainan bawaan, peradangan / infeksi, gangguan sistem tubuh lainnya atau penyakit ginjal. Beberapa masalah atau gangguan tersebut meliputi; *enuresis* (ngompol), infeksi saluran kemih, sindrom nefrotik, glomerulonefritis, gagal ginjal akut dan kronis dan kelainan bawaan seperti defek eksternal dan uropati obstruktif.

## **Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Gangguan Perkemihan**

### **1. Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan *Enuresis***

#### **a. Pengertian**

Enuresis atau ngompol adalah pengeluaran urin yang terjadi di tempat dan waktu yang tidak tepat dengan frekuensi 2 kali per minggu selama sedikitnya 3 bulan secara terus menerus pada anak usia 5 tahun atau lebih yang bukan karena kondisi fisiologis ataupun efek dari suatu pengobatan. Enuresis dapat terjadi di waktu siang (*enuresis diurnal*) dan malam hari (*enuresis nocturnal*) (Permatasari et al., 2018).

Enuresis dibagi menjadi dua yaitu enuresis primer dan sekunder. Enuresis primer merupakan kejadian ngompol yang selalu dialami anak (anak belum pernah mengalami kondisi kering selama 6 bulan), sedangkan enuresis sekunder adalah kejadian ngompol yang terjadi setelah periode inkontinensia urine (anak pernah mengalami kekeringan selama 6 bulan dan relaps kembali) (Permatasari et al., 2018; Purwanti & Sulastri, 2019). Kondisi ini disebabkan karena stress psikologis atau penyebab organik seperti infeksi saluran kemih, hipoventilasi, obstruktif, diabetes

mellitus/insipidus, dan kandung kemih neurogenic (Bulut & Nazir, 2020).

b. Manifestasi klinis

- 1) Monosimtomatik; anak ngompol pada malam hari saja sedangkan siang tidak
- 2) Polisimtomatik; anak ngompol secara mendadak atau tiba-tiba pada siang hari karena kejadian tertentu atau penyebab lainnya atau anak ngompol pada malam hari karena kesulitan untuk bangun (Purwanti & Sulastri, 2019).

c. Penatalaksanaan

- 1) *Motivasional therapy melalui reward system*
- 2) *Behavioural treatment* yakni dengan cara melatih kebiasaan minum dan berkemih anak secara teratur, maupun berkemih sebelum tidur, *lifting* dan *nightawakening*, *retention control training*, *dry bed training*, dan hipnoterapi
- 3) *Conditioning therapy* dengan menggunakan alarm. Tindakan ini sangat cocok diberikan pada anak yang sering ngompol pada malam hari.
- 4) Penggunaan obat-obatan seperti desmoperin (DDAVP) dengan dosis 5-40 mikrogram, dan Oksibutinin (5-10 mg) cukup efektif, namun perlu diperhatikan efek yang ditimbulkan dari obat ini seperti mulut kering, gangguan pada mata (pandangan kabur), susah buang air besar, dan tremor (Garber, 2021; Permatasari et al., 2018)

d. Pengkajian

Anamnesis: sejak kapan anak ngompol, apakah diurnal atau nocturnal, jika nocturnal tanyakan berapa kali dalam seminggu dan berapa kali dalam semalam; jika diurnal tanyakan kondisi

seperti apa yang dapat memicu anak berkemih contoh ketakutan, menangis dan lain-lain (Richardson, 2018), sifatnya primer atau sekunder. Pada enuresis diurnal ditanyakan juga bagaimana pancaran air kemihnya, urgensi enuresis, apakah intermitten atau terus menerus. kaji riwayat infeksi saluran kemih sebelumnya, riwayat trauma terutama cedera tulang belakang, riwayat psikososial anak, keadaan keluarga (dukungan keluarga), riwayat enuresis pada orang tua atau saudaranya, dan apakah pernah mengalami konstipasi atau enkopresis, kebiasaan minum anak di malam hari (jumlah dan jenis minum) (Garber, 2021; Soemyarso et al., 2015).

Pemeriksaan fisik: periksa abdomen lihat adanya distensi, auskultasi peristaltic usus, palpasi kandung kemih. Periksa genitalia dan haluaran urin terutama aliran urin, tulang belakang adanya riwayat cedera tulang belakang, kelemahan otot kandung kemih, pemeriksaan refleks (refleks kremaster dan refleks anal) (Perkumpulan Kontinensia Indonesia (PERKINA), 2018; Soemyarso et al., 2015)

e. Diagnosis Keperawatan

Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Luaran utama: kontinensia urin membaik. Kriteria hasil: sensasi berkemih cukup menurun, desakan berkemih (urgensi) menurun, distensi kandung kemih menurun, berkemih tidak tuntas menurun, volume residu urine menurun, urine menetes menurun, nokturia menurun, disuria menurun, anuria menurun, frekuensi BAK membaik, karakteristik urine membaik (PPNI, 2019).

f. Intervensi keperawatan

intervensi keperawatan yang dapat diambil yaitu; dukung perawatan diri BAB/BAK dan manajemen eliminasi urine (PPNI, 2018).

## 2. Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Infeksi saluran kemih (ISK)

### a. Pengertian

Infeksi saluran kemih (ISK) atau Urinary Tract Infection (UTI) merupakan infeksi saluran kemih yang sering terjadi pada anak. 80-90% UTI ini disebabkan oleh bakteri *Escherichia coli* (Hodson & Craig, 2015; Simões e Silva et al., 2020), namun beberapa studi juga menunjukkan bahwa selain bakteri dengan spesies gram negatif (*Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterobacter*, *Pseudomonas* dan *Serratia spp*) maupun gram positif (*streptokokus grup B*, *Enterococcus sp* dan *Staphylococcus aureus*), serta virus (*adenovirus*, *enterovirus*, *echovirus*, dan *coxsackievirus*) juga berperan akan terjadinya ISK pada anak (Simões e Silva et al., 2020; Zorc et al., 2005). Virus ini dapat menginfeksi saluran kemih bagian bawah (kandung kemih) atau bagian atas (ginjal, ureter) (Luciani & Mattevi, 2020)

Beberapa faktor lain juga beresiko untuk terjadinya ISK seperti faktor struktural tubuh atau anatomi dan fisik (uretra yang terlalu pendek, adanya kulup, pengosongan kandung kemih yang tidak tuntas), host (kontak seksual, hygiene yang buruk (potty training)) (CDC, 2021).

### b. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis yang timbul pada anak dengan ISK bersifat spesifik dan tidak spesifik. Gejala dan tandanya tidak spesifik ditemukan selama masa bayi. Demam yang tidak dapat dijelaskan adalah gejala ISK yang paling umum selama dua tahun pertama kehidupan, dan gejala dan tanda spesifik dapat dijumpai ketika anak usia >2 tahun (Hodson & Craig, 2015). Pada bayi baru lahir dapat dijumpai *hipotermi*, *jaundice*, *takipnea* dan *sianosis*, pada anak <2 tahun; demam, *iritabilitas*, *anoreksia*, *letargi*, muntah, diare (Purwanti & Sulastri, 2019), sedangkan pada anak >2 tahun

dijumpai pielonefritis tanda dan gejalanya meliputi demam, menggigil, kekakuan, muntah, malaise, nyeri pinggang, nyeri punggung, dan nyeri sudut. Infeksi saluran bawah tanda dan gejalanya antara lain nyeri suprapubik, nyeri perut, disuria, frekuensi buang air kecil, urgensi, urin keruh, urin berbau busuk, enuresis diurnal, enuresis nokturnal yang baru muncul, dan nyeri tekan suprapubik. Uretritis tanpa sistitis dapat muncul sebagai disuria tanpa frekuensi atau urgensi berkemih (Hodson & Craig, 2015).

c. Penatalaksanaan

Tindakan pencegahan dan terapeutik dapat dilakukan pada anak ISK, diantaranya; anjurkan orang tua untuk memantau tanda dan gejala ISK, anjurkan untuk rehidrasi yang adekuat, ajarkan pada anak hygiene genitalia yang benar (cebok dll), bagi remaja yang aktif seksual, ajarkan untuk berkemih setelah melakukan aktivitas seksual. Pemberian terapi antibiotik berdasarkan hasil temuan klinis, uji sensitivitas dan hasil kultur pada anak yang simptomatik. Pemberian terapi empiric untuk demam, penyakit sistemik dan berdasarkan gejala yang muncul. Untuk anak dengan kerusakan anatomis dapat dilakukan bedah korektif (Purwanti & Sulastri, 2019).

d. Pengkajian

Departement for Health and Wellbeing South Australia, (2021) menyatakan bahwa mengkaji UTI pada anak kecil menjadi tantangan karena gejalanya tidak spesifik, namun pengkajiannya dapat dilihat pada gambaran klinis dengan riwayat bervariasi pada tiap usia. Tanda dan gejala yang dapat ditimbulkan secara umum meliputi demam, muntah, *lethargy*, *irritability*, kurang nafsu makan, pertumbuhan dan perkembangan terhambat, *jaundice* dan *haematuria*. selain itu, kaji riwayat pengeluaran urine seperti frekuensi, urgensi, rasa terbakar

saat berkemih, warna, kejernihan dan bau urin, kaji adanya nyeri (waktu, kualitas, durasi, lokasi, faktor yang memperburuk dan mengurangi nyeri) (Zuliani et al., 2017).

Anamnesis juga dilakukan untuk menilai tanda-tanda spesifik pencetus risiko ISK seperti: *malformasi traktus genitourinarius kongenital* (misalnya tanyakan riwayat USG antenatal), spina bifida atau kandung kemih neurogenik, *phimosi* atau *adhesi labial*, disfungsi kandung kemih atau usus; riwayat ISK berulang, aliran urin yang tidak normal seperti menetes (kemungkinan obstruksi) (Departement for Health and Wellbeing South Australia, 2021).

Pemeriksaan fisik; tanda-tanda vital, nyeri tekan perut bagian bawah atau pinggang, palpasi abdomen untuk identifikasi adanya massa, periksa genitalia bagian luar untuk mengidentifikasi kelainan genitourinaria yang merupakan predisposisi ISK, temuan non-spesifik termasuk dehidrasi dan lesu, pemeriksaan neurologis ekstremitas bawah juga dipertimbangkan (Departement for Health and Wellbeing South Australia, 2021; Zuliani et al., 2017).

- e. Diagnosis keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)
  - 1) Hipertemia berhubungan dengan infeksi
  - 2) Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan iritasi kandung kemih
  - 3) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
  - 4) Inkontinensia urin urgensi berhubungan dengan iritasi reseptor kontraksi kandung kemih

Luaran dan kriteria hasil (PPNI, 2019)

- 1) Luaran diagnosis keperawatan hipertemia yaitu: termoregulasi membaik. Kriteria hasil; menggigil menurun, takikardia dan takipnea cukup menurun, suhu tubuh membaik, ventilasi membaik, tekanan darah membaik
- 2) Luaran diagnosis keperawatan gangguan eliminasi urine (lihat penjelasan sebelumnya pada topik enuresis)
- 3) Luaran diagnosis keperawatan nyeri akut: tingkat nyeri menurun dengan kriteria; keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, fungsi berkemih membaik, pola tidur membaik.
- 4) Luaran diagnosis keperawatan inkontinensia urin urgensi: kontinensia urine membaik, eliminasi urine membaik, kontrol gejala meningkat, perawatan diri meningkat, tingkat infeksi menurun.

f. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dapat diambil meliputi; manajemen hipertermi, regulasi hipertemi, manajemen nyeri, pemberian analgesic, manajemen eliminasi urine, dukungan perawatan diri BAB/BAK, edukasi *toilet training*, latihan berkemih, perawatan inkontinensia urine, pengontrolan infeksi dan dukungan kepatuhan program pengobatan (PPNI, 2018).

3. Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Sindrom Nefrotik

a. Pengertian

Sindrom nefrotik (SN) merupakan suatu gejala penyakit pada anak, karena adanya cedera glomerular, dengan gejala yang sering ditemukan berupa edema, yang disertai dengan proteinuria, hypoproteinuria, hypoalbuminemia, dan hyperlipidemia (Ellis, 2016).

b. Etiologi

Penyebab syndrome nefrotik pada anak dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Idiopathic	Minimal change disease, focal segmental glomerulosclerosis, Membranoproliferative glomerulonephritis, Membranous nephropathy, IgM nephropathy, c1q nephropathy, thin basement membrane disease
Penyakit sistemik	Henoch-schönlein purpura, systemic lupus erythematosus, diabetes mellitus, sarcoidosis
Infeksi	Hepatitis B and C, HIV, Malaria, schistosomiasis, syphilis, toxoplasmosis
Penyakit hematology	Leukemia, lymphoma, sickle cell disease
Obat-obatan	Non-steroidal anti-inflammatory drugs, gold, penicillamine, angiotensin-converting enzyme inhibitors, pamidronate, interferon, mercury, heroin, lithium

Sumber: (Downie et al., 2017)

c. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala yang ditemukan pada anak SN diantaranya proteinuria ( $\geq 40$  mg/m<sup>2</sup>/jam atau urine protein/creatinine ratio  $\geq 200$  mg/mL atau 3+ protein pada urine dipstick), hipoalbuminemia < 25 g/l, dan edema (Downie et al., 2017). Edema biasanya lunak dan cekung bila ditekan (pitting). Umumnya ditemukan disekitar mata (periorbital), area ekstremitas (sacrum, tumit dan tangan), dan abdomen (acites), manifestasi lainnya seperti; urine berbau dan berbusa, pucat, diare dan muntah, anorexia, fatigue (Bell, 2002), nyeri abdomen, berat badan meningkat, hiperlipidemia,

hiperkolesterolemia, dan kadang-kadang hiperkoagualabilitas yang menyebabkan resiko terjadinya peningkatan trombosis vena dan arteri (Downie et al., 2017; Eddy & Symons, 2003).

d. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan anak sindrom nefrotik meliputi: hindari penggunaan NSAID; kurangi asupan makanan yang mengandung garam; pastikan nutrisi yang cukup; pantau haluaran urin, fungsi ginjal, elektrolit, albumin serum, berat badan, dan tanda-tanda vital; tinggikan ekstremitas atau gunakan stoking kompresi saat ambulasi; hindari ACE inhibitor karena remisi dapat terjadi pada banyak anak dengan monoterapi kortikosteroid (Ellis, 2016). Downie et al., (2017) menyatakan bahwa pemberian kortikosteroid merupakan first-line therapy pada anak dengan penyakit ini.

e. Pengkajian

Anamnesa: Riwayat kesehatan saat ini: edema (adanya pitting, dan lokasi edema); Riwayat kesehatan masa lalu; apakah anak pernah menderita penyakit sistemik, infeksi, atau hematologi, penyakit ideopatik atau penyakit yang sama sebelumnya (curigai relaps); Riwayat pengobatan yang pernah diterima anak; kebiasaan makan dan minum anak, kebiasaan BAK dan pengeluaran urin (karakteristik urine; warna, jumlah, berbusa dan bau).

Pemeriksaan fisik: pantau tanda-tanda vital, ukur berat badan anak, lihat dan periksa adanya pitting odema, fatigue, asites, lakukan pemeriksaan pada paru (efusi pleura dan edema paru) (Bell, 2002).

Pemeriksaan diagnostik: urinalisis dan mikroskopi urin, rasio protein: kreatinin dalam 24 jam, elektrolit serum, albumin, fungsi ginjal, hitung darah lengkap dan kolesterol. Jika ada kecurigaan gambaran nefritik gabungan atau penyebabnya infeksi dapat dilakukan

pemeriksaan tingkat komplemen serum (C3 dan C4), antigen antinuklear (ANA), DNA untai ganda anti (anti-dsDNA) jika ANA positif, anti-neutrofil sitoplasma antibodi (ANCA), imunoglobulin (IgG, IgA dan IgM) dan titer anti-streptolisin (ASOT) dan biopsi ginjal dengan indikasi; anak usia <1 tahun atau usia >12 tahun, peningkatan kreatinin serum yang persisten, hipokomplementemia, hematuria berat, infeksi HIV, TB atau hepatitis B/C, resistensi steroid (Downie et al., 2017).

f. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan utama yaitu hypervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, efek agen farmakologis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Luaran: keseimbangan cairan meningkat, keseimbangan asam basa meningkat, keseimbangan elektrolit meningkat, status cairan membaik (PPNI, 2019).

g. Intervensi keperawatan

intervensi yang dapat diberikan meliputi; manajemen hipovolemia, pemantauan cairan, pemantauan elektrolit, pemantauan tanda-tanda vital dan manajemen nutrisi (PPNI, 2018).

4. Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Gagal Ginjal Akut

a. Pengertian

Gagal ginjal akut (GGA) merupakan penurunan fungsi ginjal yang terjadi secara mendadak (dalam beberapa jam) akibat cedera (kerusakan struktural) dan gangguan (kehilangan fungsi) (Makris & Spanou, 2016). Hilangnya fungsi ginjal ditandai dengan peningkatan kadar kreatinin serum (penanda fungsi ekskresi ginjal) dan penurunan output urin (oliguria) (penanda kuantitatif produksi urin) yang berlangsung selama 7 hari (Kellum & Anders, 2021). Untuk

mendiagnosis gagal ginjal pada anak *Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO)* membuat kriteria penentuan gagal ginjal akut pada anak berdasarkan jumlah kreatinin serum dan pengeluaran urin yang terbagi dalam 3 tahap dimana tahap 1 adalah tahap risk (risiko), tahap 2 injuri dan tahap 3 adalah *failure* (kegagalan). Penjelasan dari tahapan tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel definisi dan tahapan gagal ginjal pada anak dan neonatus menurut Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) dalam Cho, (2020)				
Tahap	Pediatric		Neonatal	
	Kreatinin serum	Pengeluaran urin	Kreatinin serum	Pengeluaran urin
1 <i>(risk)</i>	1.5–1.9 times baseline* selama 7 hari atau $\geq 0.3$ mg/dL meningkat dalam 48 jam	$< 0.5$ mL/kg/jam pada 6–12 jam	1.5–1.9 times baseline* dalam 7 hari atau $\geq 0.3$ mg/dL meningkat dalam 48 jam	$> 0.5$ and $\leq 1$ mL/kg/h setelah 24 jam
2 <i>(injury)</i>	2.0–2.9 times baseline*	$< 0.5$ mL/kg/jam for $\geq 12$ jam	2.0–2.9 times baseline*	$> 0.3$ and $\leq 0.5$ mL/kg/h setelah 24 jam
3 <i>(failure)</i>	$\geq 3.0$ times baseline atau peningkatan serum creatinine to $\geq 4.0$ mg/dL atau Inisiasi terapi penggantian ginjal	$< 0.3$ mL/kg/h for $\geq 24$ jam atau Anuria for $\geq 12$ jam	$\geq 3.0$ times baseline* atau peningkatan serum creatinine hingga $\geq 2.5$ mg/dL atau Inisiasi terapi	$\leq 0.3$ mL/kg/h setelah 24 jam

	atau penurunan eGFR to <35 mL/min per 1.73 m <sup>2</sup>		penggantian ginjal	
*Baseline serum kreatinin adalah nilai terendah sebelumnya.				

sumber; Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) Dalam Cho, (2020)

b. Etiologi

Etiologi GGA ini diklasifikasikan dalam 3 kategori yaitu prerenal, instrinsik dan pasca renal. Pra renal merupakan kondisi dimana terjadi hipoperfusi ginjal dan penurunan GFR namun tidak terjadi kerusakan pada parenkim ginjal. Kondisi ini dapat disebabkan karena gagal jantung, syok (syok hipovolemi, hemoragik dan septik), transplantasi ginjal dan obat-obatan. Instrinsik merupakan kondisi yang menyebabkan gangguan pada glomerulus atau tubulus, disebabkan karena adanya cedera pada ginjal seperti penyakit tubular, glomerular, interstisium, dan penyakit vascular. Sedangkan pasca renal disebabkan karena adanya obstruksi seperti obstruksi saluran kemih, obstruksi ureter bilateral, disfungsi kandung kemih, dan obstruksi uretra (Kellum & Anders, 2021; Makris & Spanou, 2016).

c. Penatalaksanaan

1) Faktor resiko dan melakukan pencegahan

Memantau pasien anak yang berisiko tinggi seperti prematuritas, dan penyakit kronis seperti CKD, kejadian seperti depleksi volume, paparan nefrotoksin, sepsis, anak yang menjalani operasi besar, dan penyakit kritis

dapat mencegah terjadinya gagal ginjal pada anak.

- 2) Terapi suportif dilakukan dengan mengoptimalkan volume status cairan, tekanan darah, menghindari agen nefrotoksik dan dukungan nutrisi. Pantau Berat badan, pemasukan cairan, pengeluaran urin dan feses, dan tanda-tanda vital harus dipantau setiap hari, dan suara paru serta edema ekstremitas bawah harus diperiksa. selain itu lakukan pemantauan pemeriksaan kimia serum seperti kreatinin dan BUN secara rutin
- 3) Pemberian obat anti-inflamasi, antioksidan dan antiapoptosis
- 4) Pemberian terapi penggantian cairan (*renal replacement therapy / RRT*) diberikan jika perawatan konservatif gagal. Indikasi untuk RRT adalah kelebihan cairan (hipertensi berat atau edema paru), hiperkalemia berat, asidosis metabolik, dan uremia berat
- 5) Tindakan dialysis peritoneal (Cho, 2020)

d. Pengkajian

Anamnesis; Riwayat kesehatan saat ini; mual muntah, diare, letargi, demam dan penurunan haluaran urin; Riwayat kesehatan masa lalu; riwayat syok, trauma, luka bakar, abnormalitas urologi, penyakit ginjal dan riwayat konsumsi obat nefrotoksik (Kyle & Carman, 2014).

Pemeriksaan fisik dan diagnostic;

- 1) Kaji keadaan umum nampak keletihan atau kelemahan
- 2) Sirkulasi: penurunan atau peningkatan tekanan darah, perhatikan adanya aritmia
- 3) Eliminasi: hematuria, disuria, adanya distensi abdomen

- 4) Nutrisi dan cairan: asupan makan/minum dalam sehari, penambahan atau penurunan berat badan, mual muntah, nafsu makan dan keluhan sakit pada ulu hati
- 5) Pernapasan: auskultasi paru (identifikasi adanya *krekels*) takipnea, kedalaman pernapasan, dan bau napas.
- 6) Integumen: penurunan elastisitas kulit, suhu (demam), membrane mukosa, kulit kering, dan edema.
- 7) Pemeriksaan laboratorium; kadar BUN, kreatinin serum. protein dan elektrolit (Kyle & Carman, 2014)

e. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang dapat diambil pada anak dengan gagal ginjal akut yaitu (1) hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, (2) risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif dan ketidakadekuatan pertahanan tubuh (imunosupresif), (3) gangguan eliminasi urin, kelelahan berhubungan dengan kondisi psikologis, (4) gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi dan kekurangan/kelebihan volume cairan (Silva et al., 2017; Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Luaran: (PPNI, 2019).

- 1) Luaran diagnosis keperawatan 1; keseimbangan cairan meningkat, keseimbangan asam basa meningkat, keseimbangan elektrolit meningkat, status cairan membaik
- 2) Luaran diagnosis keperawatan 2; tingkat infeksi menurun, status imun membaik, status nutrisi membaik
- 3) Luaran diagnosis keperawatan 3; eliminasi urine membaik, kontinensia urin membaik

4) Luaran diagnosis keperawatan 4; integritas kulit/jaringan meningkat.

f. Intervensi keperawatan (PPNI, 2018)

Intevensi keperawatan yang dapat dilakukan mencakup; dukung perawatan diri BAB/BAK, manajemen eliminasi urine, manajemen hipovelemlia, pemantauan cairan, pemantauan elektrolit, pemantauan tanda-tanda vital dan manajemen nutrisi, pencegahan infeksi, perawatan integritas kulit, dan edukasi perawatan kulit (PPNI, 2018).

## Daftar Pustaka

- Barakat, A. J. (2012). Presentation of the Child with Renal Disease and Guidelines for Referral to the Pediatric Nephrologist. *International Journal of Pediatrics*, 2012(2), 1–5. <https://doi.org/10.1155/2012/978673>
- Bell, F. (2002). Assessment and management of the child with nephrotic syndrome. 14(1), 37–42. <https://doi.org/10.7748/paed2002.02.14.1.37.c783>
- Bulut, S., & Nazir, T. (2020). Implications of Enuresis in Children and Their Families. *Open Journal of Depression*, 09(03), 31–42. <https://doi.org/10.4236/ojd.2020.93004>
- CDC. (2021). *Urinary Tract Infection*. CDC (Center For Disease Control and Prevention). <https://www.cdc.gov/antibiotic-use/uti.html>
- Cho, M. H. (2020). Pediatric Acute Kidney Injury : Focusing on Diagnosis and Management. *Child Kidney Diseases*, 0242(Table 1), 19–26.
- Department for Health and Wellbeing South Australia. (2021). *Urinary Tract Infection in Children*. Government of South Australia. [https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/ebd4e56e-7ae1-408d-b3b1-20c75f9f12de/Urinary+Tract+Infection+in+Children\\_Paed\\_v1\\_0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORLDSPACE-ebd4e56e-7ae1-408d-b3b1-20c75f9f12de-nKQDLcY](https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/ebd4e56e-7ae1-408d-b3b1-20c75f9f12de/Urinary+Tract+Infection+in+Children_Paed_v1_0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORLDSPACE-ebd4e56e-7ae1-408d-b3b1-20c75f9f12de-nKQDLcY)
- Downie, M. L., Gallibois, C., Parekh, R. S., Noone, D. G., Downie, M. L., Gallibois, C., Parekh, R. S., & Noone, D. G. (2017). Pediatrics and International Child Health Nephrotic syndrome in infants and children: pathophysiology and management. *Pediatrics and International Child Health*, 9047(September), 1–11. <https://doi.org/10.1080/20469047.2017.1374003>
- Eddy, A. A., & Symons, J. M. (2003). Nephrotic syndrome in childhood. *The Lancet*, 362(9384), 629–639. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(03\)14184-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(03)14184-0)

- Ellis, D. (2016). Pathophysiology, evaluation, and Management of edema in Childhood Nephrotic Syndrome. *Frontiers in Pediatrics*, 3(111), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fped.2015.00111>
- Garber, K. M. (2021). Enuresis: An Update on Diagnosis and Management. *Pediatric Health Care*, 10(5), 202–208. <https://doi.org/10.4103/0028-3886.315972>
- Hickling, D. R., Sun, T. T., & Wu, X. R. (2016). Anatomy and physiology of the urinary tract: Relation to host defense and microbial infection. *Urinary Tract Infections: Molecular Pathogenesis and Clinical Management*, 3(4), 3–25. <https://doi.org/10.1128/9781555817404.ch1>
- Hodson, E. M., & Craig, J. C. (2015). Urinary tract infections in children. *Pediatric Nephrology, Seventh Edition*, 1695–1714. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-43596-0\\_49](https://doi.org/10.1007/978-3-662-43596-0_49)
- Kellum, J. A., & Anders, J. (2021). Acute kidney injury. *Nature Reviews Disease Primers*, 7(52), 1–17. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00284-z>
- Kyle, T., & Carman, S. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Pediatri volume 3* (2nd ed.). EGC.
- Luciani, L. G., & Mattevi, D. (2020). Urinary Tract Infections: Virus Lorenzo. *Encyclopedia of Infection and Immunity*, 1(January), 1–12. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818731-9.00139-7>
- Makris, K., & Spanou, L. (2016). Acute Kidney Injury: Definition, Pathophysiology and Clinical Phenotypes. *Clinical Biochemistry Review*, 37(2), 85–98.
- Perkumpulan Kontinensia Indonesia (PERKINA). (2018). Panduan tata laksana inkontinensia urin pada anak. In I. Wahyudi (Ed.), *Perkumpulan Kontinensia Indonesia (PERKINA)* (dua).
- Permatasari, R. C., Perdani, R. R. W., & Bustomi, E. C. (2018). Diagnosis dan Tatalaksana Enuresis Pediatri. *Medical Journal Of Lampung University*, 7(2), 283–287.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia; Defenisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI.

- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia; Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI.
- Purwanti, N. H., & Sulastri, T. (2019). *Tinjauan Elsevier Keperawatan Anak* (1st ed.). Elsevier.
- Richardson, D. (2018). Assessment and treatment of nocturnal enuresis in children and young people. *Nursing Children and Young People*, 30(5), 40–47. <https://doi.org/10.7748/ncyp.2018.e1073>
- Silva, R. A. R. da, Bezerra, M. X., Souza Neto, V. L. de, Mororo, D. D. S., & Andrade, I. C. F. de. (2017). Children With Kidney Diseases: Association Between Nursing Diagnoses And Their Diagnostic Indicators. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(1), 73–79. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700011>
- Simões e Silva, A. C., Oliveira, E. A., & Mak, R. H. (2020). Urinary tract infection in pediatrics: an overview. *Jornal de Pediatria*, 96, 65–79. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2019.10.006>
- Soemyarso, N., Suryaningtyas, W., & Prasetyo, R. V. (2015). *Gangguan Berkemih Pada Anak*. Airlangga University Press.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Vay, D. Le, & Robson, J. S. (2020). Renal system. In *Handbook of Toxicology of Chemical Warfare Agents* (pp. 673–684). Encyclopedia Britannica IPC. <https://www.britannica.com/print/article/1800823>
- Zorc, J. J., Kiddoo, D. A., & Shaw, K. N. (2005). Diagnosis and management of pediatric urinary tract infections. *Clinical Microbiology Reviews*, 18(2), 417–422. <https://doi.org/10.1128/CMR.18.2.417-422.2005>
- Zuliani, Malinti, E., Faridah, U., Sinaga, R. R., Rahmi, U., Malisa, N., Mandias, R., Frisca, S., Matongka, Y. H., & Suwanto, T. (2017). Gangguan Pada Sistem Perkemihan & Penatalaksanaan Keperawatan. In *Deepublish* (Issue August). Yayasan Kita Menulis.

## **Profil Penulis**



### **Wa Nuliana**

Ketertarikan penulis terhadap Keperawatan Anak dimulai pada tahun 1998 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Menengah Kejuruan Keperawatan di Masohi, Maluku Tengah dan berhasil lulus pada tahun 2001. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 dan profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan FAMIKA MAKASSAR pada tahun 2008. Kemudian, pada tahun 2009 diangkat sebagai pegawai negeri di Poltekkes Kemenkes Maluku hingga sekarang. Pada tahun 2017 melanjutkan studi S2 di prodi keperawatan PROGRAM PASCA SARJANA Universitas Gadjah Mada, Jogjakarta dan lulus pada tahun 2019.

Email Penulis: [nulianamajid@gmail.com](mailto:nulianamajid@gmail.com)



# ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM MUSKULOSKELETAL

**Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep.**

Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta

## **Pendahuluan**

Sistem muskuloskeletal merupakan komponen sebagai kerangka pendukung dan pelindung tubuh. Sistem ini berfungsi memberikan gerakan yang penting pada anak untuk berinteraksi dan beradaptasi dalam lingkungan. Sistem muskuloskeletal meliputi tulang yang menyusun sistem rangka, otot yang menyusun sistem otot, sendi yang menyusun sistem artikular, tendon, dan ligamen. Tendon dan ligamen menempel dengan otot pada permukaan tulang, sehingga dari semua bagian tersebut memungkinkan anak untuk ambulasi, perawatan pribadi, dan bermain (Comer and Jaffe, 2005). Masalah muskuloskeletal dipengaruhi oleh otot, tulang, sendi, dan tendon, yang semuanya digunakan untuk pergerakan, dan itu sangat penting untuk perkembangan anak. Banyak masalah musculoskeletal pada anak terjadi karena aktivitas motorik yang merupakan bagian dari kehidupan anak sehari-hari, dan cepatnya pertumbuhan dari sistem kerangka juga mempunyai peranan penting.

Anak dengan perubahan atau gangguan muskuloskeletal memberikan kesempatan yang unik dan khas bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Pengetahuan umum perawat tentang struktur dan fungsi

sistem diperlukan untuk memahami alasan perubahan dan gangguan muskuloskeletal. Perawat perlu menyadari tingkat pertumbuhan dan perkembangan anak yang normal dengan abnormal diperlukan untuk mengenali keterlambatan, variasi, dan kondisi medis anak.

### **Pertumbuhan dan Perkembangan Muskuloskeletal Pada Anak**

Tulang mulai terbentuk sejak bayi masih berada di dalam kandungan. Sebagian besar rangka tubuh janin dalam rahim awalnya adalah kartilago. Pada saat janin berumur 8 minggu, tulang mulai menggantikan kartilago dalam proses osifikasi (Johnson dan Walker, 2008). Otot sepenuhnya terbentuk saat lahir dengan ukuran yang meningkat akibat hipertrofi dan fungsi kekuatan otot meningkat dengan berjalan, memanjat, lari, dan lompat yang sudah matang pada usia 3 tahun. Perkembangan otot dan pertumbuhan tulang terus matang dengan pemanjangan rangka dan penguatan otot meningkat sepanjang masa kanak-kanak. Osifikasi tulang berlanjut dengan 25 pusat osifikasi baru muncul selama tahun kedua dan tulang terus mengeras hingga matang. Pertumbuhan tulang terjadi di epifisis di ujung tulang panjang sampai menutup, pada saat itu pertumbuhan berhenti (Comer and Jaffe, 2005). Sistem muskuloskeletal selama periode *toddler* panjang tulang bertambah dan otot matang serta menjadi lebih kuat. Tulang Panjang dan otot terus tumbuh pada anak usia prasekolah serta mengalami penguatan dan matang. Akan tetapi sistem muskuloskeletal masih belum matang sepenuhnya, sehingga anak pra sekolah rentan terhadap cedera atau jatuh, karena pengerahan tenaga atau aktivitas yang berlebihan. Pada anak usia sekolah pertumbuhan muskuloskeletal memicu peningkatan koordinasi dan kekuatan meskipun otot masih belum matang dan mudah mengalami cedera tulang terus mengalami osifikasi selama masa anak-anak tetapi mineralisasi tidak komplit sampai maturasi terjadi. (Kyle, 2014). Fungsi muskuloskeletal pada anak sebagai fungsi perkembangan motorik kasar, motorik halus, sebagai kekuatan dan

perkembangan otot yang terus berlanjut pada anak pra sekolah dan usia sekolah.

### **Gangguan Sistem Muskuloskeletal Pada Anak**

Masalah yang terjadi pada sistem musculoskeletal pada anak bisa akibat dari kelainan bawaan/kongenital, gagal pertumbuhan dan perkembangan, kegawatdaruratan, trauma dan lain-lain. Tulang pada anak menahan tekanan dan tarikan otot lebih sedikit daripada orang dewasa, sehingga cedera akibat trauma sering terjadi (Wong *et al.*, 2008).

Berikut beberapa jenis gangguan atau disfungsi muskuloskeletal atau articular pada anak yang bisa terjadi (Hockenberry, 2017) yaitu:

1. Anak dengan imobilisasi: imobilisasi
2. Cedera Traumatis: cedera jaringan lunak, fraktur, anak dengan traksi, distraksi, amputasi,
3. Cidera akibat partisipasi olahraga
4. Kelahiran dan cacat perkembangan: displasia perkembangan pinggul, clubfoot or Talipes Equinovarus (TEV), Metatarsus Adductus (Varus), Defisiensi anggota badan Kerangka/ Limb Deficiency, osteogenesis imperfecta
5. Cacat yang Diperoleh/Kongenital: Penyakit Legg-Calvé-Perthes, Slipped Capital Femoral Epiphysis (SCFE), Kyphosis dan Lordosis, Idiopathic Scoliosis,
6. Infeksi Tulang dan Sendi: osteomielitis, artritis septik, tuberkulosis skeletal,
7. Gangguan Sendi: Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA), Systemic Lupus Erythematosus (SLE).

Masalah atau kelainan apa pun pada sistem ini biasanya memengaruhi fungsi satu atau lebih sistem organ lainnya. Gangguan fungsional yang terjadi sebagai akibat dari masalah muskuloskeletal yang memerlukan imobilisasi menyebabkan gangguan fisik dan perubahan emosi pada anak yang biasanya aktif dan ingin tahu. Dengan pertumbuhan dan perkembangan struktur sistem serta

perkembangan motorik kasar dan halus, secara progresif berfungsi dalam parameter untuk gerakan dan aktivitas kehidupan sehari-hari anak.

### **Pemeriksaan Diagnostik**

Berikut merupakan jenis pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada anak dengan gangguan muskuloskeletal diantaranya:

1. *Radiografi (X-ray)*

Mendeteksi kelainan atau menentukan usia tulang seseorang. Radiografi adalah pemeriksaan yang diutamakan sebagai evaluasi ortopedi.

2. *Ultrasound*

Menggambarkan struktur jaringan tubuh mulai dari otot, tendon jaringan tulang rawan, tulang, dan organ dalam atau untuk dianalisis dengan gelombang Doppler.

3. *Computed Tomography (CT)*

Memvisualisasikan detail tulang dan jaringan lunak. Pemeriksaan ini mempunyai paparan radiasi yang lebih besar, sedasi mungkin diperlukan untuk bayi dan anak untuk tetap diam/relaks selama pemeriksaan.

4. *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*

Menjelaskan struktur organ, menunjukkan adanya perubahan jaringan lunak, seperti edema, aliran darah, infark. Mendemonstrasikan tumor sumsum, tulang dan jaringan lunak, struktur otot, ligamen, tulang.

5. *Radionuclide Scintigraphy (Bone Scan)*

Menelusuri lebih lanjut trauma pada fraktur, tumor dan kista untuk melokalisasi lesi, infeksi, seperti osteomyelitis dan diskitis dan nekrosis avascular

6. *Arthrography*

Mengevaluasi dugaan kerusakan sendi, seperti robekan tulang rawan

### 7. *Joint Aspiration*

Menganalisis cairan untuk mendeteksi infeksi, mengevaluasi arthritis, atau menghilangkan rasa sakit.

### 8. *Arthroscopy*

Pencitraan bagian dalam sendi untuk diagnosis cedera atau perbaikan bedah kecil. Biasanya artrografi dilakukan terlebih dahulu sebelum artroskopi

## **Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal**

Anak yang mengalami gangguan sistem musculoskeletal akan mendapatkan asuhan keperawatan sesuai dengan tahapan usia serta pertumbuhan perkembangannya. Asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan muskuloskeletal memerlukan pemahaman tentang struktur dan fungsi sistem muskuloskeletal, pemahaman tentang tumbuh kembang, dan kesadaran akan perbedaan sistem muskuloskeletal bayi dan anak dibandingkan dengan orang dewasa.

Perawat dituntut untuk menerapkan peran perawat dengan pendekatan pada anak supaya dalam mengoptimalkan asuhan keperawatan. Pendekatan komunikasi pada anak dengan melibatkan orang tua/pengasuh serta keterampilan terapi bermain merupakan salah satu sarana untuk mengoptimalkan keberhasilan asuhan keperawatan pada anak. Pada bagian ini akan diuraikan secara umum asuhan keperawatan pada anak dengan masalah muskuloskeletal yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan yang meliputi luaran/*outcome* yang harus dicapai dan rencana intervensi yang dapat diberikan sesuai dengan usia anak dan masalah muskuloskeletal yang muncul.

## **Pengkajian Keperawatan**

Tahap pengkajian keperawatan pada anak yang mengalami gangguan system musculoskeletal secara umum meliputi pengkajian status kesehatan anak sekarang dan dahulu melalui wawancara secara auto anamnesa atau alo anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. Keterampilan perawat anak dalam melaksanakan pengkajian serta interaksi pada anak dan orang tua sangat penting untuk keberhasilan memperoleh data selama pengkajian sesuai dengan usia dan kebutuhan anak.

Berikut merupakan hal yang dapat dikaji oleh perawat:

### 1. Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan memberikan perawat gambaran menyeluruh tentang apa yang dialami anak. Riwayat kesehatan meliputi keluhan utama dan riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat perkembangan dan riwayat fungsional anak. Riwayat penyakit bervariasi sesuai dengan usia anak dan jenis kondisi sakit.

Berikut beberapa hal yang dapat ditanyakan pada anak atau pada orang tua dan diobservasi terkait sistem musculoskeletal saat pengkajian (Kyle, 2014) yaitu:

- a. Mengalami atau merasakan nyeri sendi atau tulang kaku
- b. Pembengkakan
- c. Adanya cedera seperti tulang patah atau keseleo
- d. Keterbatasan pergerakan
- e. Penurunan kekuatan
- f. Perubahan gaya berjalan
- g. Perubahan koordinasi
- h. Adanya nyeri

- i. Perubahan postur atau lengkung spinal/tulang belakang

Karakteristik umum riwayat kesehatan yang dieksplorasi saat pengkajian pada anak dengan gangguan sistem muskuloskeletal sebagai berikut:

- a. Onset (tiba-tiba atau bertahap, terkait dengan cedera atau ketegangan)
  - b. Kronologi
  - c. Lokasi dan karakteristik
  - d. Kualitas, keparahan, dan luasnya
  - e. Waktu (frekuensi, durasi, intermiten atau konstan)
  - f. Deformitas (seperti pembengkakan, peradangan, kontraktur, posisi atau penampilan yang tidak biasa)
  - g. Faktor pencetus dan yang memberatkan
  - h. Menghilangkan faktor
  - i. Gejala terkait
  - j. Efek pada aktivitas dan permainan sehari-hari
  - k. Diagnosis sebelumnya dari episode serupa
  - l. Perawatan sebelumnya
  - m. Efikasi pengobatan sebelumnya
  - n. Tanyakan tentang adanya demam
  - o. Riwayat cedera sebelumnya dan perawatan yang diterima
  - p. Kaji dan pantau ketidaknyamanan menggunakan instrumen intensitas nyeri yang sesuai dengan usia seperti “Skala Nyeri FLACC, Wong-Baker FACES, VAS dll” (Michaleff *et al.*, 2017)
2. Riwayat medis (khusus sistem musculoskeletal anak)  
Kaji riwayat adanya:

- a. Infeksi terbaru, seperti infeksi saluran pernapasan atas, meningitis atau infeksi jaringan lunak
- b. Imunisasi baru-baru ini (khususnya jika vaksin diberikan pada anggota tubuh yang terkena)
- c. Trauma sebelumnya (tulang, sendi, ligamen)
- d. Arthritis (radang sendi rheumatoid remaja)
- e. Imobilisasi baru-baru ini pada ekstremitas
- f. Obat-obatan (misalnya, steroid)
- g. Kegemukan
- h. Masalah kongenital dengan keterlibatan ortopedi
- i. Riwayat kehamilan dan kelahiran seperti sungsang, presentasi bahu, kelahiran kembar, oligohidramnion, asfiksia saat lahir atau penyalahgunaan alkohol atau zat oleh ibu<sup>3</sup>
- j. Riwayat perkembangan seperti mencapai tonggak perkembangan pada usia yang sesuai usia anak
- k. Riwayat keluarga adanya radang sendi, diabetes mellitus atau lupus eritematosus

### 3. Pemeriksaan fisik

#### Tanda-tanda vital

- a. Suhu dapat meningkat pada penyakit inflamasi atau infeksi
- b. Takikardia karena nyeri atau syok jika melibatkan trauma besar
- c. Tekanan darah normal, kecuali jika anak mengalami syok akibat trauma berat

### 4. Inspeksi

Inspeksi harus dimulai dari umum ke khusus meliputi keadaan yang terlihat, anak mungkin terlihat sakit parah karena proses infeksi atau inflamasi, tampilan kenyamanan atau ketidaknyamanan, adanya distress (terkait dengan nyeri) sering diamati

jika ada penyebab infeksi, inflamasi, atau fraktur, adanya trauma yang signifikan pada ekstremitas dapat menyebabkan penampilan seperti syok, warna kulit (misalnya, memerah, pucat), status gizi (obesitas atau kurus), mobilitas anak, gait dan postur tubuh, adanya lemas atau ketidakmampuan untuk menanggung berat badan, deformitas anggota tubuh simetris seperti valgus: deviasi atau angulasi ke luar segmen distal tulang atau sendi (amati bentuk kedua kaki  $> <$  ); atau varus: deviasi atau angulasi ke dalam dari segmen distal tulang atau sendi (amati bentuk  $< >$  dari kedua kaki).

Selain itu amati kemampuan anak untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari (misalnya, duduk, berdiri, berjalan, berpakaian, bermain), membandingkan sendi dan tulang yang sesuai untuk adanya karakteristik pembengkakan (di sekitar area sendi dapat mengindikasikan artritis: kronis, akut atau menular, di atas area tulang (dapat mengindikasikan trauma, fraktur, atau tumor), dalam jaringan lunak (dapat mengindikasikan trauma atau infeksi), kemerahan (menyiratkan proses inflamasi atau infeksi, perhatikan adanya indurasi dan tingkat kemerahan, serta ruam).

#### 5. Palpasi

Palpasi lokasi secara perlahan, jika suatu area terasa panas saat disentuh, dibandingkan dengan sendi atau kulit yang tidak terlibat), adanya nodul subkutan, adanya pembengkakan di sekitar sendi (dapat mengindikasikan efusi sendi atau infeksi), adanya krepitasi mungkin teraba dengan gerakan sendi atau di jaringan lunak di atas tulang yang fraktur.

#### 6. Rentang gerak

Nilai normal dari gerakan sendi berhubungan dengan usia (misalnya, rotasi pinggul eksternal lebih besar pada masa bayi). Kaji batas pergerakan tulang. Rentang gerak pasif dengan pemeriksa menggerakkan sendi, mobilitas dan stabilitas sendi, serta batas tendon dan otot yang mungkin berkontraksi. Rentang

gerak aktif dengan anak menggerakkan sendi (memberikan informasi tentang otot dan struktur tulang yang memungkinkan gerakan fungsional). Periksa gaya berjalan dan postur anak (sebaiknya berjalan tanpa sepatu dan membuka pakaian untuk mengamati postur).

#### 7. Tulang, Sendi dan Otot

Adanya nyeri/rasa sakit (anak dengan usia lebih kecil mungkin tidak dapat melokalisasi nyeri dengan baik), terbangun di malam hari karena nyeri, adanya pembengkakan, kemerahan, panas, kekakuan, waktu paling mengganggu saat gejala muncul, keterkaitan gejala yang dirasakan dengan gerak, adanya keterbatasan Gerakan, perubahan gaya berjalan atau aktivitas bermain (misalnya, pincang dll) adanya kelainan bentuk, temuan ruam dan trauma

#### 8. Penilaian fungsional

Adanya ketidakmampuan atau penolakan untuk menggunakan anggota tubuh atau menahan beban (terutama pada anak yang lebih kecil), adanya defisit perawatan diri (misalnya, dalam mandi, berpakaian, toileting, dandan), mobilitas dan penggunaan alat bantu pada anak.

#### 9. Neurologi dan vascular

Pengkajian yang perlu dilakukan meliputi adanya muka pucat, suhu ekstremitas (terutama dingin), denyut perifer, parestesia, kelumpuhan, kaji status neurologis anggota tubuh lain yang terkena. Kaji terkait *compartment syndrome* yaitu dengan 5P yaitu pain, pulselessness, pallor, paresthesia, paralysis dan pressure (Hockenberry, 2017)

### **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan yang mungkin bisa muncul pada anak yang mengalami gangguan muskuloskeletal merujuk pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, (PPNI, 2016) di antaranya sebagai berikut :

#### 1. Gangguan mobilitas fisik

2. Nyeri akut/kronis
3. Risiko cedera
4. Risiko luka tekan
5. Risiko perdarahan
6. Risiko perlambatan pemulihan pasca bedah

### **Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan keperawatan dengan gangguan sistem musculoskeletal berfokus pada aktivitas dan istirahat yaitu intervensi keperawatan yang memulihkan fungsi musculoskeletal, penggunaan energi serta istirahat tidur (PPNI, 2018a). Berikut beberapa intervensi keperawatan terkait aktivitas dan istirahat pada gangguan sistem musculoskeletal, yaitu:

1. Dukungan ambulasi
2. Dukungan mobilisasi
3. Dukungan tidur
4. Latihan rehabilitasi
5. Latihan gerak tentang gerak
6. Manajemen energi
7. Manajemen program latihan
8. Pembidaian
9. Perawatan gips
10. Perawatan traksi
11. Promosi latihan fisik
12. Teknik latihan penguatan otot
13. Teknik latihan penguatan sendi
14. Terapi aktivitas
15. Terapi relaksasi otot progresif

Berikut prioritas perencanaan keperawatan terkait diagnosis keperawatan pada anak dengan gangguan sistem muskuloskeletal dilakukan dengan *outcome* atau

luaran mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia , (PPNI, 2018b) dan intervensi mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, (PPNI, 2018a) yang dapat diturunkan menjadi prosedur sebagai Langkah-langkah untuk menyelesaikan masalah (PPNI, 2021), sebagai berikut:

Diagnosis Keperawatan: <b>Gangguan mobilitas fisik</b>	
Luaran/ <i>outcome</i>	Intervensi
<p>Mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:            pergerakan ektrimitas, kekuatan otot, rentang gerak (ROM), nyeri menurun, kaku sendi menurun, Gerakan terbatas menurun, kelainan fisik menurun, Gerakan tidak terkoodinasi menurun,</p>	<p>Dukungan ambulasi, dengan tindakan:</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain pada anak</li> <li>▪ Identifikasi toleransi fisik anak untuk melakukan ambulasi</li> <li>▪ Pantau frekuensi jantung dan tekanan darah</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fasilitasi anak dengan alat bantu misal tongkat kruk dan lain-lain</li> <li>▪ Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik jika perlu</li> <li>▪ Libatkan keluarga untuk membantu anak dalam meningkatkan aktivitas</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jelaskan tujuan dan prosedur pada orang tua dan anak</li> <li>▪ Anjurkan ambulasi sederhana (miring kanan/kiri)</li> </ul>

Diagnosis Keperawatan: <b>Gangguan mobilitas fisik</b>	
Luaran/ <i>outcome</i>	Intervensi
	<p>Dukungan mobilisasi, dengan tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>▪ Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>▪ Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu misal pagar tempat tidur</li> <li>▪ Fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anjurkan orang tua membantu anak melakukan mobilisasi dini sesuai indikasi</li> </ul> <p>Latihan rehabilitasi, dengan tindakan :</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitor kemampuan dan perkembangan rehabilitasi</li> </ul> <p>Therapeutic</p>

Diagnosis Keperawatan: <b>Gangguan mobilitas fisik</b>	
Luaran/ <i>outcome</i>	Intervensi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Motivasi anak untuk beraktivitas sesuai usia</li> <li>▪ Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jelaskan perlunya Latihan rehabilitasi pada anak</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kolaborasi dengan rehabilitasi medis jika perlu</li> </ul> <p><b>Latihan gerak tentang gerak</b>, dengan tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi</li> </ul> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Berikan pakaian yang longgar pada anak</li> <li>▪ Latihan ROM aktif pasif pada anak dan cegah terjadinya cedera saat latihan</li> <li>▪ Fasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif</li> <li>▪ Berikan dukungan positif/pujian pada anak saat melakukan rentang gerak</li> </ul> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ajarkan tentang gerak aktif pada orang tua dan anak sesuai dengan program dan toleransi</li> </ul>

Diagnosis Keperawatan: <b>Gangguan mobilitas fisik</b>	
Luaran/ <i>outcome</i>	Intervensi
	<p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kolaborasi dengan fisioterapis mengembangkan program latihan</li> </ul> <p><b>Pembidaian,</b> dengan tindakan :</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifikasi perlu dilakukan pembidaian pada anak (fraktur, dislokasi)</li> <li>▪ Pantau bagian distal area cedera (pulsasi nadi dan pengisian kapiler)</li> <li>▪ Monitor adanya perdarahan pada area cedera</li> <li>▪ Identifikasi material bidai yang sesuai misal lurus dan keras panjang bidai melewati dua sendi</li> </ul> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tutup luka terbuka dengan balutan</li> <li>▪ Atasi perdarahan sebelum dipasang bidai</li> <li>▪ Minimal meminimalkan pergerakan terutama pada bagian cedera</li> <li>▪ Berikan bantalan dinding pada bidai</li> </ul>

Diagnosis Keperawatan: <b>Gangguan mobilitas fisik</b>	
Luaran/ <i>outcome</i>	Intervensi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tempatkan ekstremitas yang cedera dalam posisi fungsional jika mungkin</li> <li>▪ Gunakan kain gendongan atau <i>sling</i> secara tepat</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur dan perawatan sebelum pembidaian</li> <li>▪ Jelaskan tanda dan gejala sindrom kompartemen yaitu 5 P (<i>pulsesless, paratesia, pain, paralysis, dan palor</i>)</li> <li>▪ Anjurkan membatasi gerak pada area cedera</li> </ul> <p><b>Perawatan traksi</b>, dengan tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kaji pemenuhan perawatan diri disaat terpasang traksi</li> <li>▪ Monitor alat fiksasi eksternal dan tempat insersi</li> <li>▪ Pantau tanda-tanda kerusakan integritas kulit pada area tulang yang menonjol</li> <li>▪ Kaji sirkulasi pergerakan dan sensasi pada ekstremitas</li> </ul> <p>Terapeutik:</p>

Diagnosis Keperawatan: <b>Gangguan mobilitas fisik</b>	
Luaran/ <i>outcome</i>	Intervensi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Posisikan tubuh anak pada <i>body alignment</i> yang tepat</li> <li>▪ Pertahankan posisi tirah baring anak yang tepat di tempat tidur</li> <li>▪ Pastikan beban traksi terpasang dengan tepat</li> <li>▪ Pastikan tali dan katrol bebas menggantung serta tarikan tali dan beban tepat</li> <li>▪ Lakukan perawatan kulit pada area-area gesekan bila diperlukan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anjurkan perawatan alat penopang sesuai yang diprogramkan</li> </ul>

Diagnosis Keperawatan : <b>Nyari akut/kronis</b>	
Luaran/ <i>outcome</i>	Intervensi
<p>Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>Keluhan nyeri, meringis, gelisah, sikap protektif, ketegangan otot, kualitas tidur, frekuensi nadi membaik</p>	<p><b>Manajemen nyeri</b>, dengan tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifikasi lokasi karakteristik durasi frekuensi kualitas dan intensitas nyeri identifikasi skala nyeri</li> <li>▪ Identifikasi respon nyeri non verbal anak</li> <li>▪ Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul>
	<p>Terapetik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tetapkan target efektivitas untuk mengoptimalkan respon anak</li> <li>▪ Diskusikan jenis analgesik untuk mencapai analgesik optimal jika perlu dokumentasikan respon terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</li> </ul> <p>Kolaborasi</p>

Diagnosis Keperawatan : <b>Nyari akut/kronis</b>	
Luaran/ <i>outcome</i>	Intervensi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgetik sesuai indikasi</li> </ul> <p><b>Terapi bermain</b>, dengan tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pantau penggunaan peralatan bermain pada anak</li> <li>▪ Monitor respon anak dan orang tua terhadap terapi bermain</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman</li> <li>▪ Atur sesi bermain untuk memfasilitasi hasil yang diinginkan tetapkan batasan untuk sesi bermain secara terapeutik sediakan peralatan bermain yang aman kreatif tepat guna motivasi anak untuk berbagi perasaan dan pengetahuan</li> <li>▪ Lanjutkan sesi bermain secara teratur</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jelaskan tujuan bermain bagi anak dan orang tua</li> </ul>

Diagnosis Keperawatan : <b>Nyari akut/kronis</b>	
Luaran/ <i>outcome</i>	Intervensi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jelaskan prosedur bermain pada anak dan orang tua dengan bahasa yang mudah dipahami</li> </ul> <p><b>Pemantauan tanda-tanda vital</b>, dengan tindakan : Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ukur tekanan darah</li> <li>▪ Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, dan irama)</li> <li>▪ Monitor pernapasan (frekuensi dan kedalaman)</li> <li>▪ Cek suhu tubuh anak</li> <li>▪ Pantau oksimetri anak</li> <li>▪ Lakukan pengukuran 4-5 jam sekali atau sesuai kondisi</li> <li>▪ Sampaikan hasil pemantauan tanda-tanda vital jika perlu</li> </ul>

Diagnosis Keperawatan : <b>Risiko Cidera</b>	
Luaran/ <i>outcome</i>	Intervensi
Tingkat cedera dengan kriteria hasil:	<p><b>Pencegahan cedera</b>, dengan tindakan :</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera pada anak</li> <li>▪ Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera identifikasi kesesuaian alas kaki atau stocking elastis pada ekstremitas jika perlu</li> </ul>
	<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sosialisasi pada keluarga dan anak dengan lingkungan rawat inap seperti penggunaan tempat tidur penerangan lokasi kamar mandi dan lain-lain</li> <li>▪ Pastikan bel panggilan atau telepon mudah dijangkau pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat digunakan</li> <li>▪ Pastikan roda tempat tidur atau kursi roda terkondisi dengan baik</li> <li>▪ Gunakan pengaman tempat tidur sesuai</li> <li>▪ Diskusikan mengenai alat bantu mobilisasi yang sesuai diskusikan bersama keluarga untuk dapat mendampingi anak</li> </ul>

Diagnosis Keperawatan : <b>Risiko Cidera</b>	
Luaran/ <i>outcome</i>	Intervensi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pada anak</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jelaskan alasan intervensi pencegahan cedera dan jatuh kepada keluarga dan anak</li> <li>▪ Anjurkan berganti posisi secara perlahan sebelum beraktivitas atau bergerak</li> </ul>

Diagnosis Keperawatan : <b>Risiko Luka Tekan</b>	
Luaran/ <i>outcome</i>	Intervensi
Integritas kulit jaringan meningkat/membaik dengan kriteria hasil : hidrasi, elastisitas, suhu kulit, sensasi, kerusakan jaringan menurun dan kerusakan lapisan kulit menurun	<p><b>Pencegahan luka tekan</b>, dengan tindakan : Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observasi kondisi luka (ukuran, derajat, perdarahan warna dasar luka, infeksi, eksudat, bau, kondisi tepi luka</li> <li>▪ Monitor adanya tanda dan gejala infeksi di area luka</li> </ul>
	<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bersihkan kulit di sekitar luka dengan tehnik aseptik menggunakan Nacl 0,9%</li> <li>▪ Lakukan pembalutan luka serta oleskan salep bila perlu</li> <li>▪ Gunakan tempat tidur dan kasur khusus jika perlu pertahankan kepala tempat tidur pada posisi terendah yang dapat ditoleransi</li> <li>▪ Lakukan perubahan posisi setiap 2-3 jam atau sesuai kondisi anak</li> </ul>

Diagnosis Keperawatan : <b>Risiko Luka Tekan</b>	
Luaran/ <i>outcome</i>	Intervensi
	<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ajarkan untuk melaporkan tanda-tanda kerusakan kulit anjurkan menghindari duduk dalam jangka waktu lama ajarkan prosedur perawatan luka</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu</li> <li>▪ kolaborasi prosedur <i>debridement</i> jika</li> </ul>

Diagnosis Keperawatan : <b>Risiko Perdarahan</b>	
Luaran/ <i>outcome</i>	Intervensi
Tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil: perdarahan pasca operasi, kelembapan kulit meningkat, hemoglobin membaik	<p><b>Pencegahan perdarahan</b>, dengan tindakan:</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitor tanda dan gejala perdarahan pada anak</li> <li>▪ Pantau hasil laboratorium hematokrit atau hemoglobin</li> <li>▪ Monitor koagulasi misal prothrombin time (PT) parsial thromboplastin time (PTT) dan atau platelet</li> </ul> <p>Teurapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pertahankan anak <i>bedrest</i> jika atau selama perdarahan</li> <li>▪ Batasi tindakan invasif pada anak</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jelaskan tanda dan gejala perdarahan pada orang tua dan anak</li> <li>▪ Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi</li> </ul>

Diagnosis Keperawatan : <b>Risiko Perdarahan</b>	
Luaran/ <i>outcome</i>	Intervensi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Minta melaporkan jika terjadi perdarahan lebih lanjut</li> </ul> <p>Kolaborasi            Kolaborasi pemberian obat pengontrol darah dan atau produk darah jika perlu</p>

Diagnosis Keperawatan : <b>Risiko perlambatan pemulihan pasca bedah</b>	
Luaran/ <i>outcome</i>	Intervensi
<p>Pemulihan pasca bedah</p> <p>Meningkat dengan kriteria hasil : area luka operasi membaik, mobilitas, waktu penyembuhan</p>	<p><b>Manajemen nutrisi</b>, dengan tindakan :</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifikasi status nutrisi anak</li> <li>▪ Kaji kebutuhan kalori sesuai usia anak</li> <li>▪ Identifikasi perlunya penggunaan nasogastric pada anak</li> </ul> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lakukan <i>oral hygiene</i>/kebersihan mulut, jika perlu</li> <li>▪ Fasilitasi menentukan diet sesuai usia anak</li> <li>▪ Berikan makanan dan jenis sesuai usia dan kebutuhan anak</li> <li>▪ Berikan makanan tinggi kalori dan protein,</li> </ul>

Diagnosis Keperawatan : <b>Risiko perlambatan pemulihan pasca bedah</b>	
Luaran/ <i>outcome</i>	Intervensi
	Kolaborasi: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan jika perlu seperti pereda nyeri atau antiemetik</li> <li>▪ Kolaborasi dengan ahli gizi terkait kebutuhan nutrisi</li> </ul>

## **Daftar Pustaka**

- Comer, S. and Jaffe, M.S. (2005) *Delmar's Periatric nursing care plans*. Delmar Learning.
- Hockenberry, M.J., R.C.C.W.D.M. (2017) *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. 10th edn.
- Jhonson dan Walker. (2008). *Rangka Kerangka Tubuh Kita*. Jakarta: PT Widyadara
- Kyle, T.S. (2014) *Buku Ajar Keperawatan Pediatri*. 2nd edn. Jakarta: EGC.
- Michaleff, Z.A. et al. (2017) 'Measuring musculoskeletal pain in infants, children, and adolescents', *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*. *Movement Science Media*, pp. 712-730. doi:10.2519/jospt.2017.7469.
- PPNI (2016) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. 1st edn. Edited by PPNI. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018a) *Standar intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. 1st edn. Edited by PPNI. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018b) *Standar luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. 1st edn. Edited by PPNI. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2021) *Pedoman Standar prosedur Operasional Keperawatan*. 1st edn. Edited by PPNI. Jakarta: DPP PPNI.
- Staheli, L. T. (2008). *Fundamentals of pediatric orthopedics* (4th ed., pp. 1-56, 90-92). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins
- Wong, D.L. et al. (2008) *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. 6th edn. Jakarta: EGC.

## **Profil Penulis**



### **Tri Arini**

Penulis merupakan salah satu dosen tetap di Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta yang mulai berkarir mulai tahun 2006 setelah menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan dan Ners dari Program Studi Ilmu Keperawatan UGM Yogyakarta tahun 2006 dan telah menyelesaikan Program Magister Ilmu Keperawatan (Minat Keperawatan Anak) UGM Yogyakarta pada tahun 2015. Sebagai dosen keperawatan khususnya dalam bidang keperawatan anak, telah banyak pengalaman dalam mengaplikasikan ilmu dan mendampingi mahasiswa dalam menjalankan asuhan keperawatan pada anak. Penulis juga aktif sebagai pengurus di organisasi DPW PPNI DIY.

Email Penulis: [nengtriarini@yahoo.com](mailto:nengtriarini@yahoo.com)



# ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM INTEGUMEN

**Ns. Mira Utami Ningsih, S.Kep., M.NSc.**

Poltekkes Kemenkes Mataram

## **Pendahuluan**

Gangguan pada sistem integumen sangat umum terjadi pada segala usia, namun seringkali anak-anak khususnya bayi dan balita merupakan kelompok yang lebih rentan mengalami gangguan kulit. Hal ini karena kulit anak biasanya lebih sensitif dari pada kulit orang dewasa. Selain itu, sistem kekebalan tubuh pada anak-anak, terutama pada bayi dan balita, belum berkembang dengan sempurna. Pada bab ini, akan dibahas *review* mengenai sistem integumen, penyakit-penyakit yang biasanya terkait atau mengganggu sistem integumen pada anak dan asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan sistem integumen meliputi pengkajian, rumusan diagnosa keperawatan dan intervensi keperawatan yang dapat dilakukan.

## **Review Anatomi Fisiologi Sistem Integumen**

Sistem integumen merupakan sistem tubuh terbesar pada manusia, sesuai dengan namanya yang berasal dari bahasa latin yaitu *integumentum*, yang berarti penutup organ terbesar tubuh. Integumen atau kulit, merupakan organ terluas melindungi, memisahkan dan membedakan tubuh manusia dari lingkungan sekitarnya. Sistem

integumen terdiri dari kulit dan kelenjar keringat, rambut serta kuku.

## 1. Kulit

Merupakan organ penting yang berperan sebagai pelindung tubuh. Luas kulit sekitar 1,5 – 2 m<sup>2</sup> dengan ketebalan sekitar 1,5 – 5 mm terletak diseluruh permukaan tubuh. Kulit juga berfungsi sebagai pengatur suhu tubuh, organ ekskresi, serta pengindra. Pada kulit terdapat ujung-ujung syaraf sensoris yaitu Paccini yang berfungsi menerima rangsang tekanan, Meissner untuk merasakan sentuhan, Krause untuk merasakan rasa dingin dan ruffini untuk merasakan rasa panas. Kulit terdiri dari 3 lapisan yaitu epidermis, dermis dan subkutis/hipodermis. Epidermis merupakan lapisan terluar yang terdiri dari *stratum korneum*, *stratum lusidum*, *stratum granulosum*, *stratum spinosum* dan *stratum germinativium*. Di dalam epidermis juga terdapat 2 kelenjar keringat yaitu ekrin dan apokrin. Juga terdapat kelenjar sebaceous, rambut dan kuku. Lapisan Dermis merupakan lapisan tengah antara epidermis dan hipodermis. Dermis merupakan jaringan ikat yang terdiri dari pars papularis yang terjalin rapat dan *pars reticularis* yang terjalin lebih longgar di bagian bawahnya. Pada lapisan pars reticularis terdapat pembuluh darah, syaraf, folikel rambut, kelenjar keringat dan kelenjar sebacea. Lapisan terbawah yaitu hipodermis merupakan lapisan yang Sebagian besar terdiri dari sel-sel liposit yang menghasilkan lemak. Pada lapisan ini terdapat syaraf, pembuluh darah, dan limfe, rambut dan kelenjar keringat dibagian atasnya. Lapisan ini berfungsi sebagai penyimpan panas, bantalan pelindung terhadap trauma dan tempat penyimpanan cadangan makanan berupa lemak.

## 2. Rambut

Rambut terdapat hampir di seluruh kulit, namun tidak dijumpai di telapak tangan dan kaki, bagian dorsal dari falang distal jari, kaki dan tangan, penis

dan labia minora. Komponen rambut adalah akar rambut dan batang rambut. Akar rambut merupakan sel tanpa keratin sedangkan batang rambut merupakan sel keratin. Rambut terdiri dari dua jenis yaitu rambut terminal yang dapat panjang dan pendek serta rambut velus yang biasanya pendek, lembut dan halus. Ada dua fase pertumbuhan rambut yaitu fase pertumbuhan (*anagen*) yang berlangsung sampai usia 6 tahun, dimana pada satu saat yang sama, 90% dari 100.000 folikel rambut kulit kepala mengalami fase pertumbuhan. Selanjutnya adalah fase istirahat (*telogen*) dimana rambut mengalami kerontokan sekitar 50 – 100 helai per hari. Warna rambut sangat dipengaruhi oleh jumlah melanin. Pada daerah tertentu, pertumbuhan rambut dikontrol oleh hormon seks yaitu hormon androgen misalnya pada kumis dan janggut.

### 3. Kuku

Kuku merupakan bagian tubuh yang tumbuh di ujung jari, terbentuk dari sel protein yaitu keratin yang juga membentuk batang rambut. Sel-sel pembentuk kuku, merupakan sel lembut yang mati, mengeras dan menjadi kuku. Kuku berfungsi melindungi ujung jari yang lembut dan penuh dengan ujung-ujung saraf dan pembuluh darah dibawahnya. Kuku juga meningkatkan daya sentuh. Kulit di bawah kuku memiliki banyak pembuluh kapiler sehingga menimbulkan warna kemerah-merahan pada kuku. Kuku jari tangan tumbuh empat kali lebih cepat dari pertumbuhan jari kaki, dengan rata-rata pertumbuhan 0,5 – 1,5 mm dalam satu minggu.

### **Penyakit-Penyakit yang Terkait Sistem Integumen Pada Anak**

Penyakit-penyakit yang terkait sistem integumen pada anak-anak dapat disebabkan oleh virus (Herpes Zoster dan Varicela); bakteri (Impetigo, karbunkel dan furunkel); inflamasi dan alergi atau gangguan sistem imun (dermatitis kontak, ruam popok, urtikaria); dan agen pencedera fisik dan termal (luka bakar). Berikut penyakit-

penyakit terkait sistem integument yang umum dialami oleh anak-anak.

#### 1. Herpes Zooster

Merupakan peradangan pada kulit yang bersifat akut, khas seperti kumpulan vesikel unilateral sesuai dengan persyarafannya. Penyebab herpes zoster adalah reaktivasi virus varicella zoster. Gejala klinis yang muncul pada penyakit ini biasanya diawali dengan demam, nyeri, malaise, rash atau kemerahan, kulit terasa tertekan, nyeri, rasa tertusuk atau terbakar, kesemutan dan gatal. Nyeri dapat hilang timbul atau terus menerus. Selanjutnya timbul erupsi kulit dan lesi, berbentuk papul yang dalam waktu 12-24 jam berkembang menjadi vesikel.

#### 2. Varicella

Sama dengan herpes zoster, varicella atau cacar air disebabkan oleh infeksi virus Varicella zoster. Gejala yang biasa muncul adalah demam, dan ruam di kulit. Ruam ini muncul dalam bentuk lepuhan, dan bitnik-bintik yang bisa pecah dan mengeluarkan cairan. cacar air merupakan penyakit yang sangat menular dan berlangsung sekitar seminggu.

#### 3. Impetigo

Merupakan jenis penyakit kulit yang disebabkan oleh infeksi bakteri dan membutuhkan antibiotik untuk penyembuhannya. Ciri utama impetigo adalah munculnya ruam yang mengeluarkan cairan kekuningan. Cairan ini kemudian mengering dan berubah menjadi kerak berwarna kekuningan. Gejala lain dari impetigo adalah adanya rasa gatal yang apabila digaruk dapat meningkatkan penyebaran penyakit.

#### 4. Furunkel dan Karbunkel

Furunkel atau yang biasa dikenal dengan bisul merupakan peradangan pada kulit yang menyebabkan kulit menjadi merah, bengkak, berisi nanah dan terasa nyeri. Furunkel disebabkan oleh

adanya bakteri pada folikel rambut. Bakteri penyebab furunkel yang paling sering adalah *Staphylococcus aureus*. Sedangkan Karbunkel adalah sekelompok furunkel yang saling berhubungan di bawah kulit dan merupakan infeksi yang lebih parah, lebih besar dan terasa lebih sakit. Gejala karbunkel dapat disertai dengan demam dan menggigil.

#### 5. Dermatitis

Merupakan peradangan berat yang menyebabkan gejala kulit melepuh atau vesikel yang dapat pecah dan mengeluarkan cairan. Pada anak-anak atau bayi, dermatitis yang sering terjadi adalah Dermatitis kontak yang disebabkan oleh bahan/zat yang menempel atau mengenai kulit, contohnya adalah ruam popok (diaper dermatitis), atau gatal dan kemerahan akibat detergen atau sabun mandi yang merupakan alergen. Dermatitis atopik (eksim) juga seringkali terjadi pada bayi dan anak-anak, dimana terjadi peradangan yang disertai rasa gatal dan adanya papul, kulit menebal, kemerahan dan pecah-pecah. Dermatitis atopik biasa disebabkan oleh peningkatan IgE dalam serum. Dermatitis seboroik juga sering kali terjadi pada anak-anak dan balita, dengan gejala kulit terasa berminyak, biasanya terdapat sisik putih atau kekuningan tebal di permukaan kulit kepala bayi (*cradle cap*), dan dapat juga terjadi pada kelopak mata, alis, lipatan hidung, leher, dan ketiak.

#### 6. Luka bakar

Merupakan kerusakan jaringan kulit akibat kontak dengan sumber panas baik berupa bahan kimia, listrik maupun radiasi. Kerusakan jaringan kulit yang terjadi bisa pada lapisan epidermis, dermis maupun hipodermis. Semakin dalam dan luas lapisan yang terkena, semakin tinggi derajat luka bakar. Anak-anak sangat rentan terhadap luka bakar karena mereka belum memahami risiko terpapar panas yang ada disekitar mereka. Orang dewasa perlu menjaga dan memperhatikan adanya risiko-risiko tersebut

agar tidak mengenai anak-anak. Pada anak-anak, luka bakar ringan apabila luasnya <10%, luka bakar sedang apabila luasnya 10-20% pada anak usia <10 tahun, luka bakar berat apabila terdapat luka derajat II – III >20% pada anak berusia <10 tahun dan terdapat cedera inhalasi atau cedera pada jalan nafas.

### **Pengkajian Fokus Sistem Integumen Pada Anak**

Pengkajian kasus gangguan sistem integumen pada anak harus dilakukan dengan cara anamnesa dan pemeriksaan fisik langsung terhadap keluhan atau gejala yang ada dan area yang terkena.

#### 1. Anamnesa

- a. Identitas pasien, Keluhan utama, riwayat penyakit saat ini, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit dahulu.

**Identitas pasien.** Meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat, orangtua/penanggungjawab anak.

**Keluhan utama** yang sering didapatkan adalah adanya keluhan nyeri, gatal-gatal, lesi atau vesikel di kulit, kulit kemerahan atau bengkak. Gejala sesak nafas dan nyeri mungkin dapat ditemukan pada pasien luka bakar dengan derajat luka bakar yang tinggi dimana terjadi cedera pada kulit sampai lapisan hipodermis. **Riwayat penyakit sekarang** didapatkan riwayat adanya demam dan vesikulasi atau nyeri hebat. Pada kasus luka bakar, kaji riwayat penyebab terjadinya luka bakar, lamanya kontak dengan sumber panas, pertolongan pertama yang dilakukan serta keluhan klien selama menjalani perawatan. Pada **Riwayat penyakit keluarga** mungkin didapatkan adanya anggota keluarga yang mengalami penyakit kulit akibat virus dan menularkan kepada pasien. Mungkin terdapat riwayat penyakit varicella atau dermatitis pada **riwayat penyakit dahulu**.

b. Pola kehidupan

**Kaji pola personal hygiene, dan kebersihan diri.**

Mungkin di dapatkan data penggunaan popok/diaper dalam waktu lama, kurang terjaga kebersihan diarea-area tertentu pada tubuh seperti area belakang leher dan lipatan-lipatan. Penggunaan sabun atau detergen yang merupakan iritan bagi kulit.

**Kaji pola aktivitas dan istirahat.** Mungkin didapatkan keluhan gangguan tidur akibat rasa nyeri dan gatal. Keluhan cemas dan gangguan aktivitas akibat nyeri.

**Kaji pola nutrisi dan metabolik.** Mungkin didapatkan keluhan penurunan nafsu makan, riwayat pemberian makanan yang tertentu yang mengakibatkan reaksi alergi pada kulit seperti makanan laut yang menimbulkan ruam atau eksim.

**Kaji pola eliminasi.** Pada kasus varicella, mungkin ditemukan keluhan diare. Eliminasi urine pada banyak kasus gangguan integumen, tidak didapatkan perubahan eliminasi urine. Namun pada kasus luka bakar berat, haluaran urine mungkin menurun/ tidak ada selama fase darurat.

**Kaji pola hubungan dan peran.** Mungkin didapatkan keluhan anak merasa malu dengan kondisi kulitnya dan adanya gangguan citra tubuh sehubungan dengan perubahan, warna dan tekstur kulit, serta rasa gatal dan nyeri.

**Kaji pola persepsi dan konsep diri.** Pasien mungkin mengalami perubahan dalam gambaran dirinya sebagai akibat perubahan pada kulit. Kaji adanya kecemasan dan depresi atau rasa takut dan stress. Stessor dapat menurunkan daya tahan tubuh dan menyebabkan kekambuhan pada penyakit dermatitis.

**Kaji pola kognitif/persepsi.** Pasien mungkin belum memahami tentang kondisi sakitnya karena masih anak-anak. Kaji kemampuan berkomunikasi pasien dan kemampuan memahami sesuatu. Kaji adanya nyeri dan respon serta persepsi pasien terhadap nyeri atau keluhan gatal yang dialami.

2. Pemeriksaan fisik

a. **Keadaan Umum.** Meliputi pengkajian tingkat kesadaran dan tanda-tanda vital. Tingkat kesadaran umumnya baik, kecuali pada kasus luka bakar derajat berat, mungkin didapatkan penurunan tingkat kesadaran. Terjadi perubahan tanda vital terutama pada suhu tubuh. Terjadi peningkatan suhu tubuh masuk kategori demam.

b. **Pemeriksaan *head to toe***

- 1) **Kepala.** Bentuk kepala umumnya normal, tidak ada kelainan. Pada kulit kepala mungkin didapatkan kulit yang kering, menebal dan mengelupas, dan ada keluhan gatal. Pertumbuhan rambut mungkin tidak merata atau terganggu pada daerah yang mengalami sakit. Palpasi pada area yang sakit biasanya didapatkan keluhan nyeri, atau gatal dan adanya edema.
- 2) **Leher.** Pada leher mungkin terdapat lesi atau vesikel, ruam atau kemerahan pada kulit, penebalan kulit dan gatal.
- 3) **Dada.** Pada penderita herpes zoster, di area torak mungkin didapatkan adanya kumpulan vesikel berisi cairan berwarna merah, seperti melepuh. Beberapa mungkin tampak telah pecah dan mengering. Didapatkan keluhan nyeri.
- 4) **Abdomen.** Bentuk abdomen biasanya normal, bising usus mungkin meningkat pada pasien herpes zoster atau varicella yang mengalami gejala diare.

- 5) **Reproduksi.** Pada area genitalia, dan bokong mungkin terdapat kemerahan, keluhan nyeri dan ruam akibat pemakaian diapers dalam jangka waktu yang lama. Perlu dicatat luas, jenis, bentuk dan warna lesi yang muncul.
- 6) **Ekstremitas.** Pada pasien dengan dermatitis kontak, mungkin terdapat keluhan nyeri pada telapak kaki dan tangan. Ada lesi, vesikel, kulit menebal, memerah dan mengelupas. Kaji kelembaban kulit dan turgor kulit. Mungkin terdapat ulkus pada penderita furunkel dan karbunkel.

### **Diagnosa Keperawatan yang Dapat Muncul Pada Anak dengan Gangguan Sistem Integumen**

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada anak dengan gangguan sistem integument diantaranya:

1. Gangguan integritas kulit dapat berhubungan dengan bahan kimia iritatif, faktor mekanis (kontak dengan alergen, tekanan, gesekan, terpapar panas), proses inflamasi akibat virus.
2. Gangguan rasa nyaman; nyeri berhubungan dengan kerusakan kulit atau jaringan sekunder terhadap proses inflamasi akibat virus, bakteri atau agen iritan.
3. Gangguan istirahat tidur berhubungan dengan nyeri dan gatal
4. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan penampilan sekunder terhadap kerusakan kulit.
5. Risiko penyebaran penyakit berhubungan dengan infeksi virus
6. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan kerusakan pertahanan primer tidak adekuat akibat kerusakan perlindungan kulit.
7. Kurang pengetahuan tentang penyakit dan program terapi berhubungan dengan kurangnya informasi

8. Kecemasan orangtua/anak berhubungan dengan krisis situasi dan kurang pengetahuan.

### **Intervensi Keperawatan yang Dapat Diberikan Pada Anak dengan Gangguan Sistem Integumen**

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk tiap-tiap diagnose keperawatan diatas adalah sebagai berikut:

1. Gangguan integritas kulit dapat berhubungan dengan bahan kimia iritatif, faktor mekanis (kontak dengan alergen, tekanan, gesekan, terpapar panas), proses inflamasi akibat virus.

Kriteria yang diharapkan: menunjukkan perbaikan integritas kulit dan jaringan, mencapai penyembuhan luka tepat waktu.

Intervensi:

- a. Observasi karakteristik luka atau lesi, adanya vesikel, bula, kulit menebal, mengelupas dan kelembaban kulit.
  - b. Hindarkan lesi dari manipulasi, kontaminasi zat iritan.
  - c. Jaga kebersihan area lesi atau area kulit yang mengalami kerusakan
  - d. Berikan diet tinggi kalori dan tinggi protein
  - e. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam sekali
  - f. Segera lakukan penggantian popok/diaper setiap 3-4 jam sekali atau jika didapatkan diaper sudah penuh. Atau pertimbangkan penggunaan popok kain dan segera diganti setiap kali basah.
  - g. Gunakan sabun yang mengandung pelembab atau sabun untuk kulit sensitive.
  - h. Kolaborasi pemberian obat topikal.
2. Gangguan rasa nyaman; nyeri berhubungan dengan kerusakan kulit atau jaringan sekunder terhadap proses inflamasi akibat virus, bakteri atau agen iritan.

Kriteria yang diharapkan: Nyeri berkurang/hilang, dapat menerapkan teknik menurunkan nyeri.

Intervensi:

- a. Kaji kualitas dan kuantitas nyeri dan respon klien terhadap nyeri
  - b. Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi dengan bermain.
  - c. Hindari rangsangan nyeri seperti gesekan, garukan atau kontak dengan bahan iritan.
  - d. Libatkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang terapeutik
  - e. Kolaborasi pemberian analgetik
3. Gangguan istirahat tidur berhubungan dengan nyeri dan gatal

Kriteria yang diharapkan: Klien dapat beristirahat tanpa adanya nyeri dan gatal, mencapai tidur nyenyak, dapat melakukan Tindakan untuk meningkatkan tidur.

Intervensi:

- a. Kaji pola tidur dan kecukupan tidur pasien
  - b. Berikan lotion atau pelembab kulit sebelum tidur
  - c. Libatkan keluarga dalam menyediakan tempat tidur yang nyaman. Berikan pengalas tempat tidur yang lembut, kering dan bersih
  - d. Libatkan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang nyaman untuk tidur, matikan/redupkan lampu kamar tidur, batasi pengunjung.
  - e. Kolaborasi pemberian obat anti nyeri dan/atau obat anti gatal sebelum tidur.
4. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan penampilan sekunder terhadap kerusakan kulit.

Kriteria yang diharapkan: Klien dapat mengembangkan atau meningkatkan citra tubuh

positif. Mengembangkan kemauan untuk menerima keadaan diri, berpartisipasi dalam Tindakan perawatan diri.

Intervensi:

- a. Kaji adanya gangguan citra diri (menghindari kontak mata, tidak ingin bertemu dengan orang lain, mengungkapkan perasaan malu)
  - b. Berikan kesempatan bagi klien untuk mengungkapkan perasaannya
  - c. Perkenalkan dengan orang tau kelompok yang berhasil melewati pengalaman yang sama
  - d. Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan
  - e. Motivasi untuk terlibat dalam kegiatan sosial
  - f. Libatkan keluarga dalam memberikan dukungan dan perhatian pada anak
5. Risiko penyebaran penyakit berhubungan dengan infeksi virus

Kriteria yang diharapkan: tidak terjadi penyebaran infeksi.

Intervensi:

- a. Lakukan teknik isolasi, batasi interaksi pasien dengan saudara atau teman-teman untuk sementara waktu
  - b. Gunakan teknik aseptik dalam perawatan luka.
  - c. Batasi pengunjung dan minimalkan kontak langsung
  - d. Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang proses penularan penyakit akibat penyebaran virus
  - e. Jaga kebersihan klien.
6. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan kerusakan pertahanan primer tidak adekuat akibat kerusakan perlindungan kulit.

Kriteria yang diharapkan: tidak terjadi infeksi, tidak ada tanda-tanda infeksi.

Intervensi:

- a. Terapkan teknik isolasi sesuai indikasi
  - b. Tekankan pentingnya cuci tangan yang benar untuk semua individu yang kontak dengan pasien
  - c. Cukur rambut disekitar area yang terbakar meliputi 1 inci dari abtas yang terbakar
  - d. Catat adanya tanda-tanda infeksi (kemerahan, nyeri hebat, peningkatan suhu tubuh dan keterlambatan penyembuhan luka)
  - e. Bersihkan jaringan nekrotik yang lepas (termasuk pecahnya lepuhan/bula) dengan alat steril
  - f. Kolaborasi pemberian antibiotik profilaksis.
7. Kurang pengetahuan keluarga/orangtua/pasien tentang penyakit dan program terapi berhubungan dengan kurangnya informasi

Kriteria yang diharapkan: memiliki pemahaman tentang program terapi, dan mau berkerjasama dalam proses perawatan.

Intervensi:

- a. Kaji pengetahuan dan pemahaman klien tentang penyakit, penyebab dan program perawatan yang akan dijalankan
- b. Berikan informasi yang benar tentang penyakit, penyebab dan program perawatan, klarifikasi kesalahan informasi atau kesalahan pemahaman.
- c. Demonstrasikan di hadapan keluarga dan pasien cara perawatan kulit, cara penggunaan obat dan cara menjaga kondisi yang mendukung penyembuhan
- d. Motivasi klien untuk senantiasa menjaga personal hygiene dan lingkungan

- e. Jelaskan prognosis penyakit dan kemungkinan sembuh.
8. Kecemasan orangtua/anak berhubungan dengan krisis situasi dan kurang pengetahuan.

Kriteria yang diharapkan: orangtua/anak menyatakan kecemasan menurun, menunjukkan keterampilan pemecahan masalah.

Intervensi:

- a. Jelaskan tentang prosedur perawatan
- b. Libatkan pasien dan orangtua dalam pengambilan keputusan
- c. Beri kesempatan pasien dan orangtua mendiskusikan atau mengungkapkan perasaannya tentang proses penyakitnya.
- d. Jelaskan pada pasien apa yang terjadi, kemungkinan positif dari proses penyembuhan, beri kesempatan untuk bertanya dan berikan jawaban terbuka dan jujur.

## **Daftar Pustaka**

- Arif, M., & Kumala, S. (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Integumen*. Jakarta: Salemba Medika.
- Majid, A., & Prayogi, A. S. (2013). *Buku pintar perawatan pasien luka bakar*. Penerbit: Gosyen Publishing. Yogyakarta.
- PPNI. (2016a). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik (1 ed.)*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2016b). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan (1 ed.)*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2016c). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan (1 ed.)*. Jakarta: DPP PPNI.
- Purwanto, H. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan; Keperawatan Medikal Bedah II*. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan, Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Kesehatan Kemenkes RI.
- Wahyuningsih, H. P., & Kusmiyati, Y. (2017). *Anatomi Fisiologi: Bahan Ajar Kebidanan*.

## **Profil Penulis**

### **Mira Utami Ningsih**



Memulai karir sebagai perawat di Rumah Sakit Swasta di Mataram, sejak lulus dari Program Studi D3 Keperawatan Poltekkes Kemenkes Mataram pada tahun 2007.

Pada tahun 2009, penulis melanjutkan pendidikan Sarjana Keperawatan Ners di Fakultas Keperawatan UNAIR dan lulus pada tahun 2012. Penulis Kembali bekerja selama 1 tahun di RS Swasta sebelum akhirnya mendapatkan beasiswa Australia Awards untuk melanjutkan pendidikan Master di Australia

pada tahun 2013. Penulis menamatkan pendidikan Masternya dari School of Nursing the University of Adelaide, Australia Selatan tahun 2015. Saat ini penulis menjadi Dosen di Poltekkes Kemenkes Mataram. Penulis aktif melakukan penelitian di bidang keperawatan dan aktif menjadi pengelola jurnal keperawatan yang telah terakreditasi SINTA.

Email Penulis: [mirautami85@gmail.com](mailto:mirautami85@gmail.com)

- 1 KONSEP DASAR, TREN DAN ISU KEPERAWATAN  
Ns. Neneng Fitri Ningsih, S.Kep., M. Biomed
- 2 FILOSOFI DAN PARADIGMA KEPERAWATAN ANAK  
Ainul Mufidah, S.Kep., Ns., M.Kep.
- 3 PERSPEKTIF KEPERAWATAN ANAK DARI SISI KESEHATAN  
Atik Pramesti Wilujeng, S.Kep., Ns., M.Kep.
- 4 PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK  
Eka Adithia Pratiwi., S.Kep., Ners., M.Kep.
- 5 NILAI APGAR, NILAI GIZI DAN PENILAIAN TUMBUH KEMBANG ANAK  
Ns. Putri Eka Sudarti, M.Kep.
- 6 IMUNISASI ANAK  
Matje Merlaty Huru, S.ST., M.Kes.
- 7 PEMERIKSAAN FISIK PADA ANAK DAN ANTROPOMETRI  
Melati Inayati Albayani, S.Kep., Ners., MPH.
- 8 TINDAKAN KEPERAWATAN PADA ANAK  
Umbu Nggiku Njakatara, S.Kep., Ns., M.Kep.
- 9 MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT  
Ns. Armina, M.Kep., Sp.Kep.An.
- 10 PERAN PERAWAT ANAK DAN PROMOSI KESEHATAN KEPERAWATAN ANAK  
Ns. Fitri Wahyuni. S., M.Kep., Sp.Kep.An.
- 11 TREN MODEL PENDEKATAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DAN KONSEP BERMAIN  
Ns. Ely Mawaddah, M.Kep., Sp.Kep.An.
- 12 PERAWATAN METODE KANGURU (PMK)  
Ns. Whaisna Switaningtyas, S.Kep., M.Kep.
- 13 PERSPEKTIF KEPERAWATAN ANAK DALAM KONTEKS KELUARGA  
Eva Oktaviani, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An.
- 14 FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DAN TATA CARA PENGKAJIAN PEDIATRIK  
Ns. Rina Mariyana, S.Kep., M.Kep.
- 15 KUESIONER PRA SKREENING PERKEMBANGAN (KPSP)  
Dra. Ni Ketut Mendri, S.Kep.Ns., M.Sc.
- 16 ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN STRES HOSPITALISASI  
Agustina Ina, S.Kep., M.Kes.
- 17 ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA ANAK SAKIT DAN BAYI RESIKO TINGGI  
Fitri Romadonika, S.Kep., Ners.M.Kep.
- 18 GAMBARAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS  
Indah Dewi Ridawati, S.Kep., Ns., M.Kep.
- 19 ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER  
Wyssie Ika Sari, S.Kep., Ns., M.Kep.
- 20 ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM PERNAPASAN  
Ika Arum Dewi Satiti, S.Kep., Ns., M.Biomed.
- 21 ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM PERSYARAFAN  
Ns. Ninis Indriani, M. Kep., Sp.Kep.An.
- 22 DENVER DEVELOPMENTAL SCREENING TEST II (DENVER II)  
Dr. Atik Bad'ah, S.Pd., S.Kp., M.Kes.
- 23 ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN  
Henri Ekawati, S.Kep., Ns., M.Kep.
- 24 ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN  
Wa Nuliana, S.Kep., Ns., M.Kep.
- 25 ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM MUSKULOSKELETAL  
Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep.
- 26 ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM INTEGUMEN  
Ns. Mira Utami Ningsih, S.Kep., M.NSc.

*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

