

ISBN 978-623-7256-79-3



**BMP.UKI : SDM.ES-29-KA-PK-2019**

## **BUKU MATERI PEMBELAJARAN KEPERAWATAN ANAK**

DISUSUN OLEH :

1. Ns. Sri Melfa Damanik, M.Kep
2. Ns. Erita Sitorus, M.Kep

**PRODI DIII KEPERATAN FAKULTAS FOKASI**

**UNIVERSITAS KRISTEN INDONESIA**

**2019**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan karuniaNya buku materi pembelajaran keperawatan anak ini dapat diselesaikan. Buku materi pembelajaran ini disusun untuk memenuhi proses pembelajaran mata kuliah Keperawatan Anak yang ada pada kurikulum Program studi DIII Keperawatan fakultas vokasi Universitas Kristen Indonesia dan sebagai pegangan bagi dosen dan mahasiswa dalam melaksanakan proses pembelajaran baik di kelas, laboratorium maupun klinik/lapangan sesuai dengan capaian pembelajaran yang telah ditetapkan sehingga proses pembelajaran yang dibahas mengikuti standar yang sudah dibuat.

Dengan diterbitkannya buku materi pembelajaran ini diharapkan mahasiswa dan dosen dapat melaksanakan pembelajaran dengan terarah, mudah dan berorientasi pada pendekatan *Student Centered Learning* sehingga pembelajaran yang dilakukan dapat meningkatkan kualitas pembelajaran dan memotivasi mahasiswa dapat belajar dengan disiplin dan mampu menghadapi soal uji kompetensi nasional DIII keperawatan dengan baik

Terima kasih kepada tim penyusun dan semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan buku materi pembelajaran ini. Semoga buku materi pembelajaran ini dapat bermanfaat bagi dosen dan mahasiswa Prodi keperawatan fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia.

Jakarta, 6 Februari 2019

Tim Penyusun

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	ii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	iii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	iv
Konsep dasar keperawatan anak .....	1
Filosofi atau paradigma keperawatan anak.....	2
Prinsip keperawatan anak .....	6
Peran perawat anak .....	7
Konsep Family Centered Care dan Atraumatic care .....	16
Sistem perlindungan anak di Indonesia .....	32
Konsep dasar pertumbuhan dan perkembangan pada anak .....	43
Pemantauan tumbuh kembang anak .....	73
Upaya-upaya meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anak .....	94
Konsep bermain pada anak.....	113
Konsep imunisasi dasar .....	134
Pelayanan kesehatan neonatal esensial pada saat lahir.....	158
Perawatan Neonatal Esensial setelah lahir .....	192
Konsep dampak hospitalisasi.....	229
Konsep asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen .....	249
Asuhan keperawatan pada anak dengan Pneumonia .....	265
Asuhan keperawatan pada anak dengan PJB.....	277
Asuhan keperawatan pada anak Leukimia.....	297
Asuhan keperawatan anak Thalasemia .....	306
Asuhan keperawatan anak Anemia.....	315
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	331

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Empat komponen landasan berpikir paradigma keperawatan anak .....	2
Gambar 2. Perubahan proporsi tubuh sepanjang pertumbuhan.....	45
Gambar 3. Cara mengukur berat badan bayi dan anak.....	76
Gambar 4. Cara mengukur panjang badan bayi .....	78
Gambar 5. Cara mengukur tinggi badan anak .....	78
Gambar 6. Cara mengukur kepala bayi .....	79
Gambar 7. Cara mengukur tebal lipatan.....	81
Gambar 8. Resiko aspirasi pada bayi.....	102
Gambar 9. Resiko bayi jatuh .....	103
Gambar 10. Resiko jatuh dari sepeda .....	104
Gambar 11. Resiko tertabrak kendaraan.....	104
Gambar 12. Resiko kecelakaan pada anak prasekolah.....	105
Gambar 13. Resiko kecelakaan pada anak sekolah .....	106
Gambar 14. Resiko kecelakaan pada anak remaja .....	106
Gambar 15. Bermain afektif sosial .....	116
Gambar 16. Sense of pleasure play .....	117
Gambar 17. Bermain keterampilan.....	117
Gambar 18. Jenis permainan unoccupied behavior.....	118
Gambar 19. Jenis permainan dramatic play .....	119
Gambar 20. Jenis permainan onlooker play.....	119
Gambar 21. Jenis permainan solitary play .....	120
Gambar 22. Jenis permainan paralel play.....	120
Gambar 23. Jenis permainan associative play .....	121
Gambar 24. Jenis permainan cooperative play .....	121
Gambar 25. Permainan sesuai jenis kelamin .....	122
Gambar 26. Jenis permainan untuk stimulasi motorik kasar.....	125
Gambar 27. Jenis permainan untuk stimulasi motorik halus.....	125
Gambar 28. Jenis permainan untuk stimulasi kognitif .....	126
Gambar 29. Jenis permainan untuk menolong diri sendiri.....	126
Gambar 30. Vaksin BCG.....	141

Gambar 31. Cara pemberian imunisasi BCG .....	142
Gambar 32. Vaksin combo Venta Palent .....	146
Gambar 33. Cara pemberian imunisasi DPT, Heb B dan Combo.....	146
Gambar 34. Cara pemberian imunisasi polio .....	147
Gambar 35. Vaksin polio .....	147
Gambar 36. Vaksin Campak .....	148
Gambar 37. Cara pemberian imunisasi Campak .....	148
Gambar 38. Jadwal pemberian imunisasi.....	153
Gambar 39. Manajemen bayi baru lahir.....	165
Gambar 40. Manajemen bayi baru lahir normal.....	166
Gambar 41. Manajemen bayi baru lahir dengan asfiksia .....	167
Gambar 42. Mekanisme kehilangan panas pada Bayi baru lahir .....	169
Gambar 43. Cara menyusui yang baik .....	215
Gambar 44. Perlekatan menyusu yang baik dan salah .....	215
Gambar 45. Anak dengan Pneumonia.....	265
Gambar 46. Atrial Septal Defect.....	279
Gambar 47. Ventricular Septal defect .....	282
Gambar 48. Tetralogi of Fallot.....	288
Gambar 49. Leukimia .....	297
Gambar 50. Manifestasi klinik Leukimia.....	300
Gambar 51. Mekanisme penurunan penyakit Thalasemia.....	306
Gambar 52. Anak dengan Thalasemia .....	308
Gambar 53. Tanda dan gejala anemia pada anak .....	319

# **KONSEP DASAR KEPERAWATAN ANAK**

## **A. PENDAHULUAN**

Modul ini, akan memberikan pengetahuan dan pemahaman tentang konsep dasar keperawatan anak yang meliputi filosofi dan paradigma keperawatan anak, prinsip-prinsip keperawatan anak dan peran perawat anak. Setelah menyelesaikan kegiatan belajar ini diharapkan anda memahami konsep dasar keperawatan anak secara umum yang penting digunakan dalam melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan dan praktek keperawatan pada anak yang berkualitas diberbagai tatanan pelatanaan kesehatan. Setelah menyelesaikan kegiatan belajar ini, anda diharapkan mampu:

1. Menjelaskan filosofi dan paradigma keperawatan anak
2. Menjelaskan prinsip-prinsip keperawatan anak
3. Menjelaskan peran perawat anak

Berdasarkan capaian pembelajaran pada kegiatan belajar ini, maka secara berurutan bahan kajian yang akan dipaparkan pada kegiatan belajar ini dimulai dengan Filosofi dan Paradigma keperawatan anak, selanjutnya prinsip-prinsip keperawatan anak dan diakhiri dengan pembahasan peran perawat anak.

## **B. URAIAN MATERI**

Saat ini keperawatan anak sudah mengalami beberapa perubahan yang paling mendasar dimana cara memandang terhadap klien anak tentu berbeda dengan dewasa dalam pendekatan pelayanan keperawatan anak. Sebelum memahami lebih lanjut tentang keperawatan anak. Sebaiknya terlebih dahulu kita memahami tentang filosofi dan

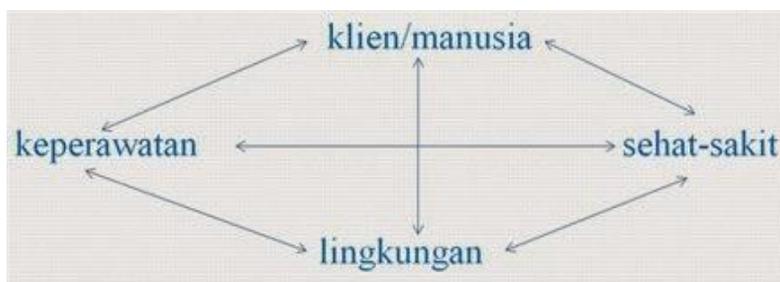
paradigma keperawatan anak berikut ini.

### 1. FILOSOFI ATAU PARADIGMA KEPERAWATAN ANAK

Filosofi merupakan pandangan atau keyakinan yang dimiliki perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan pada anak. Keperawatan anak adalah konsisten dengan pengertian keperawatan *"The diagnosis and treatment of human responses to actual or potential health problems"* (Whaley & Wong, 1995, hal 14). Tujuannya adalah pencapaian derajat kesehatan bagi anak sebagai suatu bagian dari sistem pelayanan kesehatan di keluarga. Keberhasilan pelayanan kesehatan dan kunci filosofi keperawatan anak, meliputi *family center care (FCC)* dan *Atraumatic care*.

Paradigma keperawatan anak merupakan suatu landasan berpikir dalam penerapan ilmu keperawatan anak. Landasan berpikir tersebut terdiri dari empat komponen, diantaranya manusia dalam hal ini anak, keperawatan, sehat-sakit dan lingkungan yang dapat digambarkan berikut ini:

Skema Paradigma Keperawatan



Gambar 1

**Empat komponen landasan berpikir paradigma keperawatan anak**

### **a. Manusia (Anak)**

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

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

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

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

#### **b. Sehat-sakit**

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

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

**c. Lingkungan**

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

**d. Keperawatan**

Bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan kepada anak bertujuan untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan secara optimal dengan melibatkan keluarga. Upaya tersebut dapat tercapai dengan keterlibatan langsung pada keluarga mengingat keluarga merupakan sistem terbuka yang anggotanya dapat dirawat secara efektif dan keluarga sangat berperan dalam menentukan keberhasilan asuhan keperawatan, di samping keluarga mempunyai peran sangat penting dalam perlindungan anak dan mempunyai peran memenuhi kebutuhan anak. Peran lainnya adalah mempertahankan kelangsungan hidup bagi anak dan keluarga, menjaga keselamatan anak dan mensejahterakan anak untuk mencapai masa depan anak yang lebih baik, melalui interaksi tersebut dalam terwujud kesejahteraan anak (Wong, 2009).

## **2. PRINSIP KEPERAWATAN ANAK**

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

- a.** 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.
- b.** 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.
- c.** 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.

- d. 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 keluargasehinggaselalu melibatkan keluarga.
- e. 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*).
- f. 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.
- g. Pada masa yang akan datang kecenderungan keperawatan anak berfokus pada ilmu tumbuh kembang, sebab ini yang akan mempelajari aspek kehidupan anak.

### **3. 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. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan anak, perawat mempunyai peran dan fungsi sebagai perawat anak diantaranya:

**a. Sebagai edukator**

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

**b. Sebagai konselor**

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

alternatif pemecahannya.

**c. Sebagai koordinator atau kolaborator**

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

**d. Sebagai pembuat keputusan etik.**

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

**e. Sebagai peneliti**

Sebagai peneliti perawat anak membutuhkan keterlibatan penuh

dalam upaya menemukan masalah-masalah keperawatan anak yang harus diteliti, melaksanakan 'penelitian langsung dan menggunakan hasil penelitian kesehatan/keperawatan anak dengan tujuan meningkatkan kualitas praktik/asuhan keperawatan pada anak. Pada 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.

### **C. LATIHAN**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut. Anda dianjurkan untuk mencari dan mempelajari bagaimana penerapan prinsip-prinsip keperawatan anak di Rumah Sakit khususnya di ruang keperawatan anak!

#### **Petunjuk latihan**

1. Lakukan observasi lapangan dan interview terhadap perawat di ruang keperawatan anak
2. Sebelumnya anda susun questioner yang mengacu pada teori untuk memudahkan mengumpulkan informasi terkait aplikasi prinsip-prinsip keperawatan anak di ruang perawatan anak.
3. Kumpulkandata dan buat rangkuman hasil interview dan observasi lapangan anda.
4. Bagaimana kesimpulananda, tuangkan dalam bentuk laporan!
5. Selamat mengerjakan tugas.

#### **D. RANGKUMAN**

Paradigma keperawatan anak merupakan suatu landasan berpikir dalam penerapan ilmu keperawatan anak. Landasan berpikir tersebut terdiri dari empat komponen, diantaranya (1) manusia dalam hal ini anak, (2) keperawatan, (3) sehat-sakit dan (4) lingkungan. Prinsip keperawatan anak di mana anak bukan miniatur orang dewasa, mempunyai kebutuhan sesuai tahap perkembangannya, berorientasi pada upaya pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan, berfokus pada kesejahteraan anak, meningkatkan maturasi dan kematangan serta berfokus pada ilmu tumbuh kembang.

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan anak, perawat mempunyai peran dan fungsi sebagai perawat anak diantaranya adalah sebagai berikut: 1) Sebagai pendidik, 2) Sebagai konselor, 3) Melakukan koordinasi atau kolaborasi, 4) Sebagai pembuat keputusan etik, dan 5) Sebagai peneliti.

#### **E. EVALUASI**

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

1. Yang tidak termasuk dalam komponen paradigma keperawatan anak, berikut ini adalah ....
  - A. anak
  - B. keperawatan
  - C. sehat-sakit
  - D. lingkungan
  - E. fasilitas kesehatan
2. Yang dimaksud dengan manusia dalam paradigma keperawatan

anak adalah

1. Anak sakit
  2. Anak bermasalah
  3. Anak berusia 0-18 tahun
  4. Anak dalam asuhan keluarga
  5. Seluruh Anak Indonesia
3. Lingkungan internal yang mempengaruhi kesehatan anak adalah ..
- A. gizi anak
  - B. peran orang tua, saudaradan teman sebaya
  - C. peran masyarakat
  - D. lahir dengan kelainan bawaan
  - E. penyakit infeksi
4. Prinsip keperawatan anak adalah , *kecuali* ...
- A. anak bukan miniature orang dewasa
  - B. anak adalah individu yang unik dan mempunyai kebutuhan khusus sesuai tahap perkembangan
  - C. merupakan disiplin ilmu kesehatan yang berfokus pada kesejahteraan anak
  - D. memberikan perawatan
  - E. mencakup kontrak dengan anak dan keluarga
5. Perubahan orientasi pelayanan keperawatan anak mencakup aspek berikut ini yaitu ....
- A. anak dapat dipandang sebagai miniatur orang dewasa
  - B. perawat dipandang sebagai sumber informasi yang efektif bagi

anak

- C. kerja sama orang tua dan perawat tidak selalu dibutuhkan
  - D. orang tua didorong berpartisipasi aktif dalam perawatan
  - E. perawatan anak sepenuhnya hak perawat
6. Seorang ibu ingin melaksanakan tindakan keperawatan kompres hangat serta melakukan pengukuran suhu pada anak sendiri dan anak memilih ibunya untuk melakukan tindakan tersebut, maka termasuk dalam prinsip ....
- A. mendorong anak dan keluarga untuk menemukan kelebihan dan kekuatan yang dimiliki
  - B. berkolaborasi dengan anak dan keluarga dalam penyusunan dan pengembangan program perawatan anak
  - C. menjamin pelayanan yang diperoleh anak dan keluarga sesuai dengan kebutuhan
  - D. mengenali dan memperkuat kelebihan yang ada pada anak dan keluarga
  - E. menghormati setiap anak dan keluarganya
7. Bentuk penerapan prinsip mendukung dan memfasilitasi pilihan anak dan keluarga dalam memilih pelayanan kesehatan adalah .....
- A. memilih fasilitas kesehatan yang sesuai keinginan mereka
  - B. menempatkan anak sesuai kondisi penyakitnya
  - C. menghargai dan mendukung terhadap kondisi fasilitas yang terbatas
  - D. membiarkan mereka melengkapi fasilitas sesuai keinginannya

- E. membatasi penggunaan alat bermain anak
8. Upaya perawat dalam memberikan waktu untuk berkonsultasi terhadap masalah yang dialami oleh klien dan keluarga. Dengan memberikan kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya adalah peran perawat sebagai .....
- A. advokat keluarga
  - B. Pencegahan penyakit
  - C. Kolaborasi
  - D. konseling
  - E. pendidik
9. Perawat harus melakukan kajian-kajian keperawatan anak, yang dapat dikembangkan untuk perkembangan teknologi keperawatan dan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan anak adalah peran perawat sebagai .
- A. Advokat keluarga
  - B. Pendidik
  - C. Kolaborasi
  - D. Konseling
  - E. Peneliti
10. Perawat memberikan layanan konsultasi pada orang tua maka peran perawat adalah sebagai ....
- A. pendidik
  - B. konselor

- C. penyuluh
- D. pendukung
- E. pengevaluasi

## **KONSEP *FAMILY CENTERED CARE* DAN *ATRAUMATIC CARE***

### **A. PENDAHULUAN**

Pada pertemuan ini anda akan mempelajari kelanjutan dari Modul Konsep Dasar Keperawatan Anak, yaitu kegiatan belajar yang akan memberikan pengetahuan dan pemahaman kepada anda tentang konsep *Family Center Care* dan *Atraumatic Care* yang meliputi: pengertian, manfaat, prinsip-prinsip, elemen-elemen *family center*, pengertian *atraumatic care* dan prinsip-prinsip *atraumatic care*. Setelah menyelesaikan kegiatan belajar ini diharapkan anda memahami konsep *Family Centered Care* dan *Atraumatic Care* secara umum yang penting digunakan dalam melaksanakan asuhan keperawatan /praktek keperawatan yang berkualitas khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan di ruang perawatan anak..

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar ini, diharapkan Anda dapat:

1. Menjelaskan pengertian *family centered care*
2. Menjelaskan manfaat *family centered care*
3. Menjelaskan prinsip-prinsip *family centered care*
4. Menjelaskan elemen-elemen *family centered care*
5. Menjelaskan pengertian *atraumatic care*
6. Menjelaskan prinsip-prinsip *atraumatic care*

Berdasarkan tujuan pembelajaran pada kegiatan belajar 2, maka secara berurutan bahan kajian yang akan dipaparkan dimulai dengan pengertian *family centered care*, selanjutnya manfaat *family centered care*/ prinsip-prinsip *family centered care* dan elemen-elemen *family centered care*. Selanjutnya anda akan mempelajari konsep *Atraumatic Care* yang meliputi pengertian *atraumatic care* dan diakhiri dengan prinsip-prinsip *atraumatic*

*care.*

## **B. URAIAN MATERI**

### **1. FAMILY CENTER CARE**

#### **a. Pengertian**

Perluah orang tua terlibat dalam merawat anak saat anaknya sedang dirawat? Tentu harus terlibat. Mengapa harus melibatkan orang tua? Karena anak tidak bisa jauh dari orang tua dan orang tua mempunyai sumberdaya yang bisa membantu penyembuhan anak sehingga keluarga sangat penting dilibatkan dalam perawatan, dimana istilahnya adalah *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.

Filosofi ini memperkenalkan keluarga sebagai suatu kehidupan yang konstan dan seorang individu yang mendukung, menghargai dan meningkatkan kekuatan dan kompetensi dalam memberikan asuhan terhadap anak (Johson, 1989). Hal ini menjelaskan bahwa keluarga merupakan unsur penting dalam merawat anak, mengingat anak adalah bagian dari keluarga. Sebagai perawat, dalam memberikan pelayanan keperawatan pada anak, harus mampu memfasilitasi keluarga dalam berbagai bentuk pelayanan kesehatan baik berupa pemberian tindakan keperawatan maupun pemberian penyuluhan kesehatan.

Ada 2 konsep dasar pada proses filosofi family center care, *yaitu enabling* dan *empowering*. *Enabling* adalah dengan menciptakan kesempatan keluarga untuk menunjukkan kemampuan dan kompetensinya yang berguna dalam memenuhi kebutuhan anak dan keluarga. Dukungan (*empowering*) menjelaskan interaksi profesional dengan keluarga dimana keluarga memerlukan perasaan aman terhadap kehidupan keluarganya dan mendukung perubahan yang positif sebagai dampak dari perilaku saling tolong menolong, memperkokoh kemampuan dan tindakan yang diberikan.

Jadi dalam pemberian asuhan keperawatan anak diperlukan keterlibatan keluarga, mengingat anak selalu membutuhkan orang tua ketika berada dirumah sakit. Keterlibatan keluarga dengan tenaga kesehatan selama anak berada di rumah sakit sangat diperlukan, karena itu menjadi dasar dalam memberikan asuhan keperawatan yang berfokus pada keluarga. Perawat dengan memfasilitasi keluarga dapat membantu proses

penyembuhan pada anak yang sakit selama dirumah sakit, sehingga kebutuhan keamanan dan kenyamanan bagi keluarga dan anak diperhatikan dan berdampak besar bagi program penyembuhan perawatan pada anak.

#### **b. 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.

**c. 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• rubah.
- 2) Memfasilitasi kolaborasi keluarga/profesional pada semua\ tingkat pelayanan keperawatan di rumah sakit, rumah, dan di masyarakat. Perawatan anak secara
- 3) individual, pengembangan implementasi dan evaluasi program serta pembentukan kebijakan.
- 4) Saling bertukar informasi yang lengkap dan jelas antara anggota keluarga dan profesional dalam hal dukungan tentang cara yang supportif di setiap saat.
- 5) 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.
- 6) Mengenali dan menghormati metode coping yang berbeda dan menerapkan program dan kebijakan menyeluruh yang menyediakan pelayanan perkembangan, pendidikan, emosi, lingkungan dan dukungan keuangan untuk memenuhi kebutuhan keluargayang berbeda-beda.
- 7) Mendorong dan memfasilitasi dukungan dan jaringan kerja sama

keluarga dengan keluarga.

- 8) Menetapkan bahwa rumah, rumah sakit, dan pelayanan masyarakat dan system 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.
- 9) 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 perkembangannya.

**d. Prinsip *Family Centered Care* (FCC)**

Beberapa prinsip *Family Centered Care* meliputi:

- 1) Menghormati setiap anak dan keluarganya.
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) Mengenali dan memperkuat kelebihan yang ada pada anak dan

keluarga. Mengkaji kelebihan keluarga dan membantu mengembangkan kelebihan keluarga dalam proses asuhan keperawatan pada klien.

- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) Berbagi informasi secara jujur dan tidak bias dengan anak dan keluarga sebagai cara untuk memperkuat dan mendayagunakan anak dan keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan. Petugas kesehatan memberikan informasi yang berguna bagi pasien dan keluarga, dengan benar dan tidak memihak. Informasi yang diberikan harus lengkap, benar dan akurat.
- 8) 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.
- 9) 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.

10) 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 (*American Academy of Pediatrics; 2003*).

## 2. ATRAUMATIC CARE

### a. Pengertian

*Atraumatic 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.

Pernahkah Anda dirawat di rumah sakit? Tentu ada yang pernah. Bagaimana perasaan Anda saat mendapatkan prosedur tindakan? Pasti takut, stres cemas, berbagai perasaan muncul. Coba Anda bayangkan ketika anak-anak harus menjalani prosedur-prosedur, di mana anak-anak terutama yang masih kecil belum bisa menahan sakit sehingga akan berdampak pada psikologis anak itu sendiri maupun orang tuanya karena orang tua pasti tidak tega melihat anaknya yang kesakitan, sehingga seorang perawat anak harus menerapkan teknik untuk mengurangi atau menghilangkan

dampak tersebut yang disebut dengan *atraumatic care*. Apa sih *atraumatic care*?

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

*Atraumatic care* yang dimaksud di sini adalah perawatan yang tidak menimbulkan adanya trauma pada anak dan keluarga. Perawatan tersebut difokuskan dalam pencegahan terhadap trauma yang merupakan bagian dalam keperawatan anak. Perhatian khusus pada anak sebagai individu yang masih dalam usia tumbuh kembang sangat penting karena masa anak-anak merupakan proses menuju kematangan, yang mana jika proses menuju kematangan tersebut terdapat hambatan atau gangguan maka anak tidak akan mencapai kematangan.

#### **b. Prinsip Atraumatic care**

Apakah Anda sudah pernah praktik di rumah-sakit terutama di ruang anak? Tentu beberapa sudah pernah, sebagai contoh bagaimanacara perawat saat mau memasanginfus pada anak? Tentu anak ketakutan, menangis, merajuk tidak mau tangannya ditusuk sementara orang tua juga ketakutan, tidak tega melihat anaknya, sehingga sering anak tersebut di pegang kuat-kuat bahkan diikat agar cairan infus bisa masuk, padahal kita bisa mempelajari prinsip atau teknik untuk

mengatasi hal tersebut supaya anak tidak mengalami trauma.

Tujuan utama perawatan atraumatik adalah *do no harm*, jangan melukai, yang memberikan kerangka kerja untuk mencapaitujuan ini adalah dengan mencegah atau meminimalkan pemisahan anak dari keluarganya, meningkatkan pengendalian perasaan dan mencegah atau meminimalkan nyeri dan cedera pada tubuh. Beberapa contoh pemberian asuhan atraumatik meliputi pengembangan hubungan anak-orang tua selama dirawat di rumah sakit, menyiapkan anak sebelum pelaksanaan terapi dan prosedur yang tidak dikenalnya, mengendalikan rasa sakit, memberikan privasi pada anak, memberikan aktivitas bermain untuk mengungkapkan ketakutan dan permusuhan, menyediakan pilihan untuk anak-anak dan menghormati perbedaanbudaya.

Beberapa kasus yang sering dijumpai di masyarakat seperti peristiwa yang menimbulkan trauma pada anak adalah cemas, marah, nyeri dan lain-lain. Apabila hal tersebut dibiarkan dapat menyebabkan dampak psikologis pada anak dan tentunya akan mengganggu perkembangan anak. Dengan demikian *atraumatic care* sebagai bentuk perawatan terapeutik dapat diberikan pada anak dan keluarga dengan mengurangi dampak psikologi dari tindakan keperawatan yang diberikan seperti memperhatikan dampak tindakan yang diberikan dengan melihat prosedur tindakan atau aspek lain yang kemungkinan berdampak terjadinya trauma, untuk mencapai perawatan tersebut beberapa prinsip yang dapat dilakukan oleh perawat antara lain:

1) Menurunkan atau mencegah dampak perpisahan dari keluarga.

Dampak perpisahan dari keluarga maka anak mengalami gangguan psikologis seperti kecemasan, ketakutan, kurang kasih sayang sehingga gangguan ini akan menghambat proses penyembuhan anak dan dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak.

- 2) Meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan pada anak.

Melalui peningkatan kontrol orang tua pada diri anak, diharapkan anak mandiri dalam kehidupannya, anak akan selalu berhati-hati dalam melakukan aktivitas sehari-hari, selalu bersikap waspada dalam segala hal, serta pendidikan terhadap kemampuan dan keterampilan orang tua dalam mengawasi perawatan anak.

- 3) Mencegah dan mengurangi cedera (injury) dan nyeri (dampak psikologis).

Mengurangi nyeri merupakan tindakan yang harus dilakukan dalam keperawatan anak. Proses pengurangan rasa nyeri sering kali tidak bisa dihilangkan secara cepat akan tetapi dapat dikurangi melalui berbagai teknik misalnya distraksi, relaksasi, imaginary. Apabila tindakan pencegahan tidak dilakukan maka cedera dan nyeri akan berlangsung lama pada anak sehingga dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak.

- 4) Tidak melakukan kekerasan pada anak.

Kekerasan pada anak akan menimbulkan gangguan psikologis yang sangat berarti dalam kehidupan anak. Apabila ini terjadi pada saat anak dalam proses tumbuh kembang maka kemungkinan pencapaian kematangan akan terhambat, dengan demikian tindakan kekerasan pada anak sangat tidak dianjurkan karena akan

memperberat kondisi anak.

5) Modifikasi /ingkungan.

Melalui modifikasi lingkungan fisik yang bernuansa anak dapat meningkatkan keceriaan, perasaan aman dan nyaman bagi lingkungan anak sehingga anak selalu berkembang dan merasa nyaman di lingkungannya.

### C. LATIHAN

Anda pasti telah mempelajari materi di atas dengan dengan seksama dan penuh konsentrasi. Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi tersebut, kerjakanlah latihan berikut! Anda dianjurkan untuk mencari dan mempelajari:

1. Bagaimana penerapan *Family Centered Care* di ruang perinatologi
2. Bagaimana penerapan *Atraumatic care* pada anak remaja!

### D. RANGKUMAN

Etos asuhan keperawatan yang berpusat pada keluarga atau *family centered care* pada dasarnya karena asuhan dan pemberian rasa aman dan nyaman orang tua terhadap anaknya merupakan asuhan keperawatan anak di rumah sakit sehingga asuhan keperawatan harus berpusat pada konsep anak sebagai bagian dari keluarga dan keluarga sebagai pemberi dukungan yang paling baik bagi anak selama proses hospitalisasi. *Family Centered Care* 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. Elemen *family centered care* meliputi (1) memasukan pemahaman ke dalam kebijakan dan praktik bahwa keluarga bersifat konstan dalam kehidupan anak, (2) memfasilitasi kolaborasi keluarga/profesional pada semua tingkat pelayanan keperawatan, (3) bertukar informasi yang lengkap dan jelas antara anggota keluarga dan profesional.

*Atraumatic care* atau asuhan atraumatik adalah penyediaan asuhan terapeutik dalam lingkungan oleh seseorang (personal) dengan melalui penggunaan intervensi yang menghilangkan atau memperkecil distres psikologis dan fisik yang dialami oleh anak-anak dan keluarga mereka dalam sistem pelayanan kesehatan, yang mencakup pencegahan, diagnosis, penanganan atau penyembuhan kondisi akut atau kronis dengan lingkup pelayanan meliputi lingkungan, personal, distres psikologis dan fisik, di mana fokus yang pertama jangan melukai, dengan tujuan yaitu mencegah atau meminimalkan pemisahan anak dari keluarganya, meningkatkan pengendalian perasaan, mencegah atau meminimalkan nyeri dan cedera pada tubuh.

## **E. EVALUASI**

1. Memodifikasi lingkungan ruang perawatan anak, seperti mengecat dinding dengan warna-warna cerah, melukis dinding dengan gambar binatang, atau tokoh kartun, memasang mainan gantung di koridor, merupakan contoh penerapan prinsip :

A. Asah

B. Asih

- C. Asuh
- D. FamilyCentered Care
- E. Atrumatic care

2. Seorang anak, perempuan, usia 3 tahun, dirawat di rumah sakit karena menderita diare. Saat baru masuk rumah sakit, tampak gelisah, rewel dan takut dengan petugas. Pada saat memasang infus, perawat berupaya membujuk anak, mengalihkan perhatiannya dengan memberikan mainan, dan juga menyiapkan spalk bergambar kartun untuk fiksasi. Dilihat dari filosofi keperawatan anak, maka tindakan yang dilakukan perawat merupakan penerapan dari prinsip :

- A. Mengurangi risiko cedera
- B. Komunikasi terapeutik
- C. Family Centre care
- D. Atrumatic care
- E. Distraksi

3. Dengan menciptakan kesempatan keluarga untuk menunjukkan kemampuan dan kompetensinya van berguna dalam memenuhi kebutuhan anak dan keluarga adalah ...

- A. *Enabling*
- B. *Empowering*
- C. *Primary nursing*
- D. *Case management*
- E. Atraumatic care

4. Yang tidak termasuk dalam konsep yang mendasari pendekatan *family*

*centered care* adalah ....

- A. Fasilitasi keterlibatan orang tua dalam perawatan
- B. Keluarga sebagai pengujung anak yang utama
- C. Peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat anaknya
- D. Mengajarkan keterampilan keperawatan pada orang tua
- E. Memberikan *discharge planning*

5. Peran perawat dalam pendekatan *family centered care*, *kecuali* ....

- A. meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat anaknya
- B. meningkatkan keterampilan dalam merawat anaknya
- C. meningkatkan pengetahuan keluarga dalam merawat anaknya
- D. mengajarkan asuhan keperawatan pada anaknya
- E. memaksimalkan perawatan anak di pelayanan kesehatan

6. *Atraumatic care* adalah, *kecuali* .....

- A. Perawatan selama anak sakit
- B. Perawatan pada tingkat pencegahan
- C. Perawatan memfokuskan pada keluarga
- D. Perawatan selalu memfokuskan pada peningkatan kesehatan
- E. Fokus pada pengobatan anak

7. Prinsip utama dalam *atraumatic care* adalah ....

- A. Cegah perpisahan orang tua-anak dan cegah cedera
- B. Hindari pengobatan yang membuat anak sakit
- C. Kurangi peran orang tua dalam merawat anak
- D. Tidak melibatkan anak dalam masalah keperawatan
- E. Mengajarkan anak mengatasi rasa sakit

8. *Atraumatic care* dari aspek modifikasi lingkungan rumah sakit adalah
- A. Pakaian seragam perawat tidak berwarna putih
  - B. Perkataan perawat yang lemah lembut
  - C. Desain ruangan anak bernuansa anak
  - D. Adanya kamar pemeriksaan khusus
  - E. Gedung rumah sakit yang bagus
9. Tindakan dari prinsip *atraumatic care* dalam mencegah dan mengurangi cedera dan nyeri (dampak psikologis) adalah .
- A. Distraksi, imaginary dan relaksasi
  - B. Istirahat
  - C. Konsumsi vitamin
  - D. Tingkatkan intake nutrisi
  - E. Bermain
10. Salah satu intervensi untuk menghilangkan *atraumatic care* adalah
- A. Menyediakan ruang untuk orang tua tinggal sekamar dengan anak
  - B. Menyediakan alat-alat bermain sesuai usia anak
  - C. Menganjurkan anak membawa mainan yang disukainya
  - D. Menganjurkan orang tua terlibat dalam perawatan
  - E. Menyediakan ruang bermain untuk teman-temannya

# **SISTEM PERLINDUNGAN ANAK DI INDONESIA**

## **A. PENDAHULUAN**

Kegiatan belajar ini akan memberikan pengetahuan dan pemahaman kepada anda tentang system perlindungan anak di Indonesia yang meliputi: pengertian sistem perlindungan anak, hak-hak anak, jenis perlindungan khusus pada anak dan sistem perlindungan anak yang ada di Indonesia.

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar ini diharapkan anda memahami Sistem perlindungan anak di Indonesia secara umum yang penting dipahami oleh setiap perawat dalam melaksanakan fungsi dan perannya sebagai perawat anak dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas di berbagai tatanan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan hak-hak anak sebagai individu yang harus dilindungi. Setelah menyelesaikan kegiatan belajar, diharapkan Anda dapat:

1. Menjelaskan pengertian sistem perlindungan anak.
2. Menjelaskan hak-hak anak.
3. Jenis perlindungan anak khusus
4. Menjelaskan sistem perlindungan anak.

Berdasarkan tujuan pembelajaran pada kegiatan belajar, maka secara berurutan bahan kajian yang akan dipaparkan dimulai dengan pengertian sistem perlindungan anak, dilanjutkan dengan hak-hak anak, jenis perlindungan khusus pada anak, diakhiri dengan membahas sistem perlindungan anak yang ada di Indonesia.

## **B. URAIAN MATERI**

### **1. Pengertian**

Perlindungan anak adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi anak dan hak-haknya agar dapat hidup, tumbuh, berkembang dan berpartisipasi secara optimal sesuai dengan harkat dan martabat kemanusiaan serta mendapat perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi. Sistem perlindungan anak diatur berdasarkan Undang-undang Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2014, dimana pada Pasal 55 menyatakan bahwa Pemerintah dan Pemerintah Daerah (Pemda) wajib menyelenggarakan pemeliharaan, perawatan dan rehabilitasi sosial anak terlantar baik di dalam lembaga maupun di luar lembaga.

### **2. Hak-hak Anak**

Hak anak merupakan hak asasi manusia yang wajib dijamin, dilindungi dan dipenuhi orang tua, keluarga dan masyarakat, pemerintah dan negara. Menurut Undang-undang Republik Indonesia Nomor 35 tahun 2014, hak-hak anak meliputi:

- a. Dapat hidup, tumbuh, berkembang dan berpartisipasi secara wajar sesuai harkat dan martabat kemanusiaan serta mendapat perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.
- b. Identitas diri sejak kelahirannya.
- c. Untuk beribadah menurut agamanya, berpikir dan berekspresi sesuai tingkat kecerdasannya dan usianya dalam bimbingan orang tua.
- d. Untuk mengetahui orang tuanya, dibesarkan dan diasuh orang tuanya sendiri bila karena suatu sebab orang tuanya tidak dapat menjamin tumbuh dan kembang anak, atau anak dalam keadaan terlantar maka anak tersebut berhak diasuh atau diangkat sebagai anak

asuh atau anak angkat oleh orang lain sesuai dengan ketentuan perundang-undanganyang berlaku.

- e. Memperoleh pelayanan kesehatan dan jaminan sosial sesuai kebutuhan fisik, mental, spiritual dan sosial,
- f. Memperoleh pendidikan dan pengajaran dalam rangka pengembangan pribadinya dan tingkat kecerdasannyasesuai dengan minat dan bakatnya, anak yang harus memiliki keunggulan juga berhak mendapatkan pendidikan khusus.
- g. Untuk menyatakan dan didengar pendapatnya, menerima mencari dan memberikan informasi sesuai tingkat kecerdasan dan usianya demi pengembangan dirinya sesuai dengan nilai-nilai kesusilaan dan kepatuhan.
- h. Untuk beristirahat dan memanfaatkan waktu luang, bergaul dengan anak sebaya beriman, berekreasi dan berkreasi sesuai dengan minat, bakat dan tingkat kecerdasannya untuk mengembangkan diri.
- i. Mendapat perlindungan dari perlakuan diskriminasi, eksploitasi baik ekonomi maupun seksual, penelantaran, kekejaman, kekerasan dan penganiayaan, ketidakadilan dan perlakuan salah lainnya.
- j. Diasuh orang tuanya sendiri, kecuali jika ada alasan dan atau ada aturan hukum yang sah menunjukkan bahwa perpisahan tersebut adalah demi kepentingan terbaik bagi anak dan merupakan pertimbangan terakhir.

Sedangkan setiap anak penyandang disabilitas selain memiliki hak tersebut di atas maka memiliki hak lainnya yaitu:

- a. Memperoleh pendidikan inklusif dan atau pendidikan khusus.

- b. Memperoleh rehabilitasi, bantuan sosial dan pemeliharaan dalam taraf kesejahteraan sosial anak bagi anak dengan disabilitas.

Khusus bagi anak yang dirampas kebebasannya selain memiliki hak tersebut di atas maka memiliki hak:

- a. Mendapat perlakuan secara manusiawi dengan memperhatikan kebutuhan sesuai umurnya.
- b. Pemisahan dari orang dewasa.
- c. Pemberian bantuan hukum dan bantuan lain secara efektif.
- d. Pemberlakuan kegiatan rekreasi.
- e. Pembebasan dari penyiksaan, penghukuman atau perlakuan lain yang kejam, tidak manusiawi serta merendahkan martabat dan derajatnya.
- f. Penghindaran dari publikasi atas identitasnya.
- g. Pemberian keadilan di muka pengadilan anak yang objektif, tidak memihak dan dalam sidang yang tertutup umum.

### **3. Jenis perlindungan anak khusus**

Semua anak perlu mendapat perlindungan terutama perlindungan dari orang tuanya tetapi terdapat anak-anak khusus yang memerlukan perlindungan baik dari pemerintah maupun lembaga. Menurut Undang-undang Republik Indonesia Nomor 35 tahun 2014 pasal 59 menyatakan bahwa Pemerintah, Pemerintah Daerah (Pemda) dan lembaga lainnya berkewajiban dan bertanggung jawab untuk memberikan perlindungan khusus kepada anak, di mana anak yang memerlukan perlindungan khusus tersebut adalah:

- a. Anak dalam situasi darurat.
- b. Anak yang berhadapan dengan hukum.

- c. Anak dari kelompok minoritas dan terisolasi.
- d. Anak yang dieksploitasi secara ekonomi dan atau seksual,
- e. Anak yang menjadi korban penyalahgunaan narkoba, alkohol, psikotropika dan zat adiktif lainnya.
- f. Anak yang menjadi korban pornografi.
- g. Anak dengan HIV/AIDS.
- h. Anak korban penculikan, penjualan dan atau perdagangan.
- i. Anak korban kekerasan fisik dan atau psikis.
- j. Anak korban kejahatan seksual,
- k. Anak korban jaringan terorisme.
- l. Anak penyandang disabilitas.
- m. Anak korban perlakuan salah dan penelantaran.

#### **4. Sistem perlindungan anak**

Kerangka hukum dan kebijakan di Indonesia perlu diperkuat untuk mencegah dan menangani kekerasan, perlakuan salah, eksploitasi dan penelantaran anak. Pemerintah pusat dan daerah memerlukan keselarasan peraturan maka langkah terakhir yang dilakukan pemerintah pusat adalah mengembangkan pedoman. Perda yang mengacu pada pendekatan berbasis sistem terhadap perlindungan anak merupakan sebuah langkah yang positif. Perlindungan anak melalui pendekatan berbasis sistem meliputi (1) Sistem perlindungan anak yang efektif melindungi anak dari segala bentuk kekerasan, perlakuan salah, eksploitasi dan penelantaran, (2) Sistem perlindungan anak yang efektif mensyaratkan adanya komponen-komponen yang saling terkait, (3) Rangkaian pelayanan perlindungan anak di tingkat masyarakat dimulai dari layanan pencegahan

primer dan sekunder sampai pelayanan tersier (Unicef Indonesia, 2012).

Berdasarkan Undang-undang Republik Indonesia Nomor 35 tahun 2014, dimana pada Pasal 73a menyatakan bahwa (1) Dalam rangka efektivitas penyelenggaraan perlindungan anak, kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintah di bidang perlindungan anak harus melakukan koordinasi lintas sektoral dengan lembaga terkait, (2) Koordinasi dilakukan melalui pemantauan, evaluasi dan pelaporan penyelenggaraan perlindungan anak. Pada pasal 74 menyatakan bahwa (1) Dalam rangka meningkatkan efektivitas pengawasan penyelenggaraan pemenuhan hak anak, dengan undang-undang ini dibentuk Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) yang bersifat independen, (2) Dalam hal diperlukan, Pemerintah Daerah dapat membentuk Komisi Perlindungan Anak Daerah atau lembaga lainnya yang sejenis untuk mendukung pengawasan penyelenggaraan perlindungan anak di daerah.

Berikut ini cara melindungi anak dari kekerasan fisik dan kejahatan seksual dimana banyak pelaku kekerasan fisik dan seksual banyak dilakukan oleh orang yang dikenal oleh anak. Cara melindunginya yaitu dimulai dengan:

- a. Bangun komunikasi dengan anak.
  - 1) Dengarkan cerita anak dengan penuh perhatian.
  - 2) Hargai pendapat dan seleryawalaupun orang tua tidak setuju.
  - 3) Jika anak bercerita sesuatu hal yang sekiranya membahayakan, tanyakan anak bagaimana mereka menghindari bahaya tersebut.

- 4) Orang tua belajar untuk melihat dari sudut pandang anak. Jangan cepat mengkritik atau mencela cerita anak.
- b. Cara yang dilakukan jika mengira anak menjadi korban kekerasan fisik atau kekerasan seksual:
- 1) Beri lingkungan yang aman dan nyaman agar dia dapat berbicara kepada anda atau orang dewasa yang dapat dipercaya.
  - 2) Yakinkan anak bahwa dia tidak bersalah dan tidak melakukan apapun yang salah. Yang bersalah adalah orang yang melakukan hal tersebut kepadanya.
  - 3) Cari bantuan untuk menolong kesehatan mental dan psikologis
  - 4) Konsultasi dengan aparat negara yang dapat dipercaya bagaimana menolong anak tersebut.
  - 5) Laporkan kejadian ini kepada Komisi Anak Nasional.
  - 6) Jaga rahasia: kejadian dan data pribadi anak agar tidak menjadi rumor yang akan menjadi beban dan penderitaan mental anak. Dalam undang-undang hak anak: anak yang menjadi korban kejahatan seksual berhak untuk dirahasiakan namanya.

### **C. LATIHAN**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut. Bagaimana upaya perlindungan pada anak korban kekerasan fisik dan psikis, anak korban kejahatan seksual dan anak penyandang disabilitas.

#### **D. RANGKUMAN**

Perlindungan anak adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi anak dan hak-haknya agar dapat hidup, tumbuh, berkembang dan berpartisipasi secara optimal sesuai dengan harkat dan martabat kemanusiaan serta mendapat perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi. Hak anak merupakan hak asasi manusia yang wajib dijamin, dilindungi dan dipenuhi orang tua, keluarga dan masyarakat, pemerintah dan negara. Menurut Undang-undang Republik Indonesia Nomor 35 tahun 2014 termasuk hak anak penyandang disabilitas dan khusus bagi anak yang dirampas kebebasannya. Menurut Undang-undang Republik Indonesia Nomor 35 tahun 2014 pasal 59 menyatakan bahwa Pemerintah, Pemerintah Daerah dan lembaga lainnya berkewajiban dan bertanggung jawab untuk memberikan perlindungan khusus kepada jenis anak khusus mendapat perlakuan yang salah. Sistem perlindungan anak diatur berdasarkan Undang-undang Republik Indonesia Nomor 35 tahun 2014. Di mana dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2014 pada 73a menyatakan bahwa dalam rangka efektivitas penyelenggaraan perlindungan anak, kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintah di bidang perlindungan anak harus melakukan koordinasi lintas sektoral dengan lembaga terkait dan pembentukan KPAI di pusat dan di daerah. Cara melindungi anak dari kekerasan fisik dan kejahatan seksual dengan mendorong anak untuk bercerita dan menghargai anak sedangkan cara yang dilakukan jika mengira anak menjadi korban kekerasan fisik atau kekerasan seksual dengan melaporkan pada pihak yang berwenang.

## E. EVALUASI

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat

1. Anak harus mendapat perlindungan dari ....
  - A. kekerasan dan diskriminasi
  - B. kecacatan
  - C. kebodohan
  - D. Kecelakaan di jalan
  - E. penyakit
  
2. Hak anak penyandang disabilitas adalah
  - A. memperoleh pendidikan inklusif dan atau pendidikan khusus
  - B. membatasi pendidikan
  - C. membatasi aktivitas berlebihan
  - D. memperoleh bantuan biaya khusus
  - E. penghindaran dari publikasi atas identitasnya
  
3. Anak yang dirampas kebebasannya selain memiliki hak ....
  - A. memperoleh pendidikan inklusif dan atau pendidikan khusus
  - B. memperoleh rehabilitasi, bantuan sosial dan pemeliharaan dalam taraf kesejahteraan sosial anak bagi anak dengan disabilitas
  - C. pemberlakuan kegiatan rekreasi
  - D. memperoleh bantuan biaya hidup dan sekolah
  - E. memperoleh pendidikan sebanyak-banyaknya
  
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 35 tahun 2014, di mana pada 73a dalam rangka efektivitas penyelenggaraan perlindungan anak maka koordinasi pemerintah meliputi .....

- A. lintas sektoral dan lembaga terkait
  - B. wewenang pemerintah daerah
  - C. keterlibatan pihak swasta
  - D. peran serta masyarakat
  - E. peran serta lingkungan sekolah.
5. Jenis anak yang memerlukan perlindungan khusus adalah anak ....
- A. yang mempunyai penyakit menular
  - B. dari kelompok minoritas dan terisolasi
  - C. yang mempunyai penyakit infeksi
  - D. dengan penyakit keganasan
  - E. hiperaktif
6. Dalam rangka mengefektifkan koordinasi dan pengawasan serta pemenuhan hak anak maka perlu dibentuk .....
- A. sarana untuk mengembangkan kemampuan anak
  - B. membentuk Komisi Perlindungan Anak
  - C. membentuk sistem berbasis masyarakat
  - D. yayasan khusus perlindungan anak
  - E. kelompok masyarakat khusus
7. Untuk mencegah dan menangani kekerasan, perlakuan salah, eksploitasi dan penelantaran anak. Pemerintah pusat dan daerah memerlukan keselarasan peraturan maka langkah terakhir yang dilakukan pemerintah pusat adalah ....
- A. membentuk KPAI
  - B. yayasan perlindungan berbasis masyarakat

- C. mengembangkan pedoman antara pemerintah pusat dan daerah
  - D. membuat peraturan sesuai tingkat kekerasan yang dialami anak
  - E. membentuk rumah perlindungan anak
8. Cara berkomunikasi untuk melindungi anak dari kekerasan fisik dan kejahatan seksual di mana banyak pelaku kekerasan fisik dan seksual adalah, *kecuali* ....
- A. dengarkan cerita anak dengan penuh perhatian
  - B. hargai pendapat dan selera walaupun orang tua tidak setuju
  - C. jika anak bercerita sesuatu hal yang sekiranya membahayakan, tanyakan anak bagaimana mereka menghindari bahaya tersebut
  - D. orang tua belajar untuk melihat dari sudut pandang anak, jangan cepat mengkritik atau mencela cerita anak
  - E. biarkan anak untuk bercerita semua kejadian yang dialaminya

# **KONSEP DASAR PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN PADA ANAK**

## **A. PENDAHULUAN**

Kegiatan belajar modul ini akan memberikan pengetahuan dan pemahaman kepada anda tentang Konsep Dasar Pertumbuhan dan Perkembangan pada anak meliputi pengertian pertumbuhan dan perkembangan, ciri-ciri pertumbuhan, ciri-ciri perkembangan, aspek-aspek pertumbuhan dan perkembangan, faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan, tahapan pertumbuhan dan perkembangan, teori perkembangan anak, kebutuhan dasar anak dan pemantauan tumbuh kembang anak

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

1. Menjelaskan pengertian pertumbuhan dan perkembangan.
2. Menjelaskan ciri-ciri pertumbuhan.
3. Menjelaskan ciri-ciri perkembangan.
4. Menjelaskan aspek-aspek pertumbuhan dan perkembangan
5. Menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak.
6. Menjelaskan tahapan pertumbuhan dan perkembangan anak.
7. Menjelaskan teori perkembangan anak.
8. Menjelaskan kebutuhan dasar anak untuk menunjang tumbuh

kembangnya.

Berdasarkan tujuan yang telah dipaparkan di atas, maka secara berurutan bahan kajian yang akan dibahas dalam kegiatan belajar 1 ini meliputi pengertian pertumbuhan dan perkembangan, ciri-ciri pertumbuhan, ciri-ciri perkembangan, aspek-aspek pertumbuhan dan perkembangan, faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak, tahapan pertumbuhan dan perkembangan anak, teori perkembangan anak, dan kebutuhan dasar anak.

## **B. URAIAN MATERI**

### **1. Pengertian**

Whaley dan Wong (2009) mengemukakan pertumbuhan sebagai suatu peningkatan ukuran dan jumlah sel serta jaringan intraseluler, berarti bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh sebagian atau keseluruhan, sehingga dapat diukur dengan satuan panjang dan berat, sedangkan perkembangan menitikberatkan pada perubahan yang terjadi secara bertahap dari tingkat yang paling rendah ke tingkat yang paling tinggi dan kompleks melalui proses maturasi dan pembelajaran. Pertumbuhan berhubungan dengan perubahan pada kuantitas yang maknanya terjadi perubahan pada jumlah dan ukuran sel tubuh yang ditunjukkan dengan adanya peningkatan ukuran dan berat seluruh bagian tubuh.

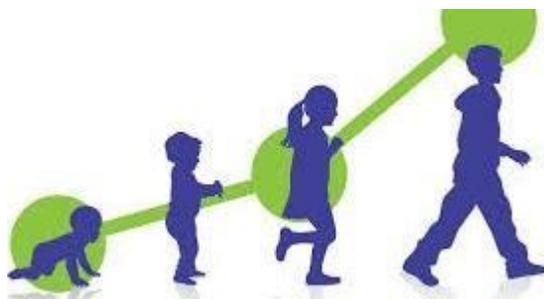
Perkembangan berhubungan dengan perubahan secara kualitas, diantaranya terjadi peningkatan kapasitas individu untuk berfungsi yang dicapai melalui proses pertumbuhan, pematangan dan pembelajaran. Pertumbuhan

terjadi secara simultan dengan perkembangan, berbeda dengan pertumbuhan, perkembangan merupakan hasil interaksi kematangan susunan syaraf pusat dengan organ yang dipengaruhinya, misalnya perkembangan system neuromuskuler, kemampuan bicara, emosi dan sosialisai. Kesemua fungsi tersebut berperan penting dalam kehidupan manusia yang utuh.

## 2. Ciri-ciri pertumbuhan

Menurut Soetjiningsih (2012), pertumbuhan mempunyai ciri-ciri:

- a. Perubahan proporsi tubuh yang dapat diamati pada masa bayi dan dewasa.
- b. Hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru. Perubahan ini ditandai dengan tanggalnya gigi susu dan timbulnya gigi permanen, hilangnya refleks primitif pada masa bayi, timbulnya tanda seks sekunder dan perubahan lainnya.
- c. Kecepatan pertumbuhan tidak teratur. Hal ini ditandai dengan adanya masa•masa tertentu dimana pertumbuhan berlangsung cepat yang terjadi pada masa prenatal, bayi dan remaja (*adolesan*). Pertumbuhan berlangsung lambat pada masa pra sekolah dan masa sekolah.



**Gambar 2**  
**Perubahan proporsi tubuh sepanjang pertumbuhan**

### 3. Ciri-ciri perkembangan

Proses pertumbuhan dan perkembangan anak bersifat individual. Namun demikian perkembangan setiap anak mempunyai ciri-ciri yang sama, yaitu (Depkes, 2006):

a. 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.

b. Pertumbuhan dan perkembangan pada tahap awal menentukan perkembangan selanjutnya. Seorang anak tidak bisa melewati satu tahap perkembangan sebelum ia melewati tahapan sebelumnya. Contoh: seorang anak tidak akan bisa berjalan sebelum ia berdiri dan ia tidak bisa berdiri jika pertumbuhan kaki dan bagian tubuh lain yang terkait dengan fungsi anak terhambat. Perkembangan awal ini merupakan masa kritis karena akan menentukan perkembangan selanjutnya.

c. Pertumbuhan dan perkembangan mempunyai kecepatan yang berbeda. Sebagaimana pertumbuhan, perkembangan juga mempunyai kecepatanyang berbeda beda baik dalam pertumbuhan fisik maupun perkembangan fungsi organ. Kecepatan pertumbuhan dan perkembangan setiap anak juga berbeda-beda.

d. Pertumbuhan berkorelasi dengan perkembangan. Pada saat pertumbuhan berlangsung, maka perkembanganpun mengikuti. Terjadi peningkatan kemampuan mental, memori, daya nalar, asosiasi dan lain-lain pada anak, sehingga pada anak sehat seiring bertambahnya umur maka bertambah pula tinggi dan berat badannya

begitupun kepandaiannya.

- e. Perkembangan mempunyai pola yang tetap. Perkembangan fungsi organ tubuh terjadi menurut hukum yang tetap, yaitu:
  - 1) Perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah kepala, kemudian menuju ke arah kaudal/anggotatubuh (*po/a sefa/okauda/*).
  - 2) Perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah proksimal (gerak kasar) lalu berkembang ke bagian distal seperti jari-jari yang mempunyai kemampuan gerak halus (*po/a proksimodista/*).
- f. Perkembangan memiliki tahap yang berurutan. Tahap perkembangan seorang anak mengikuti pola yang teratur dan berurutan. Tahap-tahap tersebut tidak bisa terjadi terbalik, misalnya anak mampu berjalan dahulu sebelum bisa berdiri.

#### **4. Aspek-aspek pertumbuhan dan perkembangan**

##### **a. Aspek pertumbuhan**

Untuk menilai pertumbuhan anak dilakukan pengukuran antropometri. Pengukuran antropometri meliputi pengukuran berat badan, tinggi badan (panjang badan), lingkar kepala. Pengukuran berat badan digunakan untuk menilai hasil peningkatan atau penurunan semua jaringan yang ada pada tubuh, pengukuran tinggi badan digunakan untuk menilai status perbaikan gizi disamping faktor genetik, sedangkan pengukuran lingkar kepala dimaksudkan untuk menilai pertumbuhan otak. Pertumbuhan otak kecil (mikrosefali) menunjukkan adanya retardasi mental, apabila otaknya besar (volume kepala meningkat) terjadi akibat penyumbatan cairan serebrospinal (Hidayat, 2012).

b. Aspek perkembangan

- 1) Motorik kasar (*gross motor*) merupakan aspek perkembangan lokomosi (gerakan) dan postur atau posisi tubuh (Soetjningsih, 2014). Perkembangan motorik kasar pada masa prasekolah, diawali dengan kemampuan untuk berdiri dengan satu kaki selama 1 - 5 detik, melompat dengan satu kaki, membuat posisi merangkak dan lain - lain (Hidayat, 2012).
- 2) Motorik halus (*fine motor skills*) merupakan koordinasi halus pada otot - otot kecil yang memainkan suatu peran utama (Soetjningsih, 2014). Perkembangan motorik halus mulai memiliki kemampuan menggoyangkan jari-jari kaki, menggambar dua atau tiga bagian, menggambar orang, mampu menjepit benda, melambaikan tangan dan sebagainya (Hidayat, 2012).
- 3) Bahasa (*language*) adalah kemampuan untuk memberikan respon terhadap suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan. Pada perkembangan bahasa diawali mampu menyebut hingga empat gambar, menyebut satu hingga dua warna, menyebutkan kegunaan benda, menghitung, mengartikan dua kata, meniru berbagai bunyi, mengerti larangan dan sebagainya (Hidayat, 2012 ).
- 4) Perilaku sosial (*personal social*) adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya. Perkembangan adaptasi sosial pada anak prasekolah, yaitu dapat bermain dengan permainan sederhana, mengenali anggota keluarganya, menangis jika dimarahi, membuat permintaan yang sederhana dengan gaya tubuh, menunjukkan peningkatan kecemasan terhadap perpisahan dan

sebagainya (Hidayat, 2012 : 26). Untuk menilai perkembangan anak yang dapat dilakukan adalah dengan wawancara tentang faktor kemungkinan yang menyebabkan gangguan dalam perkembangan, kemudian melakukan tes skrining perkembangan anak (Hidayat, 2012 ).

## **5.Faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan**

Kualitas tumbuh kembang anak dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor yang berasal dari dalam (*internal*) dan faktor yang berasal dari luar (eksternal) (Depkes, 2006).

### **Faktor internal terdiri dari:**

a. Ras/etnik atau bangsa.

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

b. Keluarga.

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

c. Umur.

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

d. Jenis kelamin.

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

e. Genetik.

Genetik (*heredokonstitusional*) adalah bawaan anak yaitu potensi anak

yang akan menjadi ciri khasnya. Ada beberapa kelainan genetik yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak. Salahsatu contohnya adalah tubuh kerdil.

f. Kelainan kromosom.

Kelainankromosom umumnya disertai dengan kegagalanpertumbuhan dan perkembanganseperti pada *sindrom down* dan *sindrom turner*.

Sedangkan faktor eksternal terdiri dari 3 (tiga) hal yaitu faktor prenatal, faktor persalinandan faktor pascapersalinan.

**a. Faktor prenatal**

1) Gizi

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

2) Mekanis

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

3) Toksin/zat kimia

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

4) Endokrin

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

5) Radiasi

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

6) Infeksi

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

7) Kelainan imunologi

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

8) Anoksia embrio

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

9) Psikologis ibu

Kehamilan yang tidak diinginkan, perlakuan salah/kekerasan mental pada ibu selama hamil serta gangguan psikologis lainnya dapat mempengaruhi pertumbuhan janin.

**b. Faktor persalinan**

Komplikasi yang terjadi pada saat proses persalinan seperti trauma

kepala, asfiksia dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak bayi.

### c. Faktor pasca persalinan

#### 1) Gizi

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

#### 2) Penyakit kronis kelainan *congenital*

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

#### 3) Lingkungan fisik dan kimia

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

#### 4) Psikologis

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

5) Endokrin

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

6) Sosio-ekonomi

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

7) Lingkungan pengasuhan

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

8) Obat-obatan

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

## **6. Tahapan pertumbuhan dan perkembangan anak**

Berdasarkan beberapa teori, maka proses tumbuh kembang anak dibagi menjadi beberapa tahap (Depkes, 2006), yaitu:

a. Masa prenatal atau masa intra uterin (masa janin dalam kandungan).

Masa ini dibagi menjadi 3 periode, yaitu:

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

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

- a) Menjaga kesehatannya dengan baik.

- b) Selalu berada dalam lingkungan yang menyenangkan.
- c) Mendapat asupan gizi yang adekuat untuk janin yang dikandungnya.
- d) Memeriksa kehamilan dan kesehatannya secara teratur ke sarana
- e) kesehatan.
- f) Memberi stimulasi dini terhadap janin.
- g) Mendapatkan dukungan dari suami dan keluarganya.
- h) Menghindari stress baik fisik maupun psikis.

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

Masabayi dibagi menjadi 2 periode:

- 1) Masaneonatal, umur 0-28 hari.

Pada masa ini terjadi adaptasi terhadap lingkungan dan terjadi perubahan sirkulasi darah serta mulai berfungsinya organ-organ.

Masa neonatal dibagi menjadi dua periode:

- a) Masaneonata/dini, umur 0-7 hari.
- b) Masneonata/lanjut, umur 8-28 hari,

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

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

Masa ini juga masa dimana kontak ibu dan bayi berlangsung sangat erat, sehingga dalam masa ini pengaruh ibu dalam mendidik anak sangat besar.

Tahap perkembangan pada bayi dibagi dalam 4 tahap, yaitu perkembangan bayi **Umur 0-3 bulan** adalah: mampu mengangkat kepala setinggi 45°, menggerakkan kepala dari kirikan ke tengah, melihat dan menatap wajah anda, mengoceh spontan atau bereaksi dengan mengoceh, suka tertawa keras, bereaksi terkejut terhadap suara keras, membalas tersenyum ketika diajak bicara/tersenyum dan mengenal ibu dengan penglihatan, penciuman, pendengaran dan kontak.

Perkembangan Bayi **Umur 3-6 bulan**, anak mampu berbalik dari telungkup ke telentang, mengangkat kepala setinggi 90°, mempertahankan kepala tetap tegak dan stabil, menggenggam pensil, meraih benda yang ada dalam jangkauannya, memegang tangannya sendiri, berusaha memperluas pandangan, mengarahkan matanya pada benda-benda kecil, mengeluarkan suara gembira bernada tinggi atau memekik dan tersenyum ketika melihat mainan/gambar yang menarik saat bermain sendiri.

Perkembangan bayi **Umur 6-9 bulan**, adalah mampu duduk (sikap tripod) sendiri, belajar berdiri, kedua kakinya menyangga sebagian berat badan, merangkak meraih mainan atau mendekati seseorang, memindahkan benda

dari satu tangan ke tangan lainnya, memungut 2 benda, masing-masing tangan pegang 1 benda pada saat yang bersamaan, memungut benda sebesar kaeang dengan eara meraup, bersuara tanpa arti , mmmama, bababa, dadada, tatata, meneari mainan atau benda yang dijatuhkan, bermain tepuk tangan atau *ci/uk ba*, bergembira dengan melempar benda dan makan kue sendiri. Sedangkan kemampuan bayi

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

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

Pada periode ini kecepatan pertumbuhan mulai menurun dan terdapat kemajuan dalam perkembangan motorik kasar dan motorik halus serta fungsi ekskresi. Periode ini juga merupakan masa yang penting bagi anak karena pertumbuhan dan perkembangan yang terjadi pada masa balita akan menentukan dan mempengaruhi tumbuh kembang anak selanjutnya. Setelah lahir sampai 3 tahun pertama

kehidupannya (masa toddler), pertumbuhan dan perkembangan sel-sel otak masih berlangsung dan terjadi pertumbuhan serabut-serabut saraf dan cabang-cabangnya sehingga terbentuk jaringan saraf dan otak yang kompleks.

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

Perkembangan anak usia toddler dibagi dalam 3 tahap yaitu, perkembangan anak **Umur 12-18 bulan**, anak sudah mampu berdiri sendiri tanpa berpegangan, membungkuk mengambil mainan kemudian berdiri lagi, berjalan mundur 5 langkah, memanggil ayah dengan kata 'papa' dan memanggil ibu dengan kata 'mama', menumpuk 2 kubus, memasukkan kubus di kotak, menunjuk apa yang diinginkan tanpa menangis merengek, anak bisa mengeluarkan suara yang menyenangkan atau menarik tangan ibu dan memperlihatkan rasa cemburu/bersaing.

Perkembangan anak **Umur 18-24 bulan** adalah berdiri sendiri tanpa

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

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

Pada masa ini pertumbuhan berlangsung stabil, Aktivitas jasmani bertambah seiring dengan meningkatnya keterampilan dan proses berfikir. Pada masa ini selain lingkungan di dalam rumah, anak mulai diperkenalkan pada lingkungan di luar rumah. Anak mulai senang bermain di luar rumah dan menjalin pertemanan dengan anak lain. Pada masa ini anak dipersiapkan untuk sekolah, untuk itu panea indra dan sistem reseptor penerima rangsangan serta proses memori harus sudah siap sehingga anak mampu belajar dengan baik.

Perkembangan anak usia prasekolah dibagi dalam 3 tahap yaitu perkembangan anak **umur 36-48 bulan** anak mampu

berdiri 1 kaki 2 detik, melompat kedua kaki diangkat, mengayuh roda tiga, menggambar garis lurus, menumpuk 8 buah kubus, mengenal 2-4 warna, menyebut nama, umur dan tempat, mengerti arti kata diatas, dibawah, didepan, mendengarkan eeriitra, meneuci dan mengeringkan tangan sendiri, bermain bersama teman, mengikuti aturan permainan, mengenakan sepatu sendiri dan mengenakan eelana panjang, kemeja dan baju. Sedangkan kemampuan anak **Umur 48-60 bulan** adalah berdiri 1 kaki 6 detik, melompat-iompat 1 kaki, menari, menggambar tanda silang, menggambar lingkaran, menggambar orang dengan 3 bagian tubuh, menganeing baju atau pakaian boneka dan menyebut nama lengkap tanpa dibantu. Kemampuan anak **Umur 60-72 bulan** adalah berjalan lurus, berdiri dengan satu kaki selama 11 detik, menggambar dengan 6 bagian, menggambar orang lengkap, menangkap bola kecil dengan kedua tangan, menggambar segi empat, mengerti arti lawan kata, mengerti pembiearaan yang menggunakan 7 kata atau lebih, menjawab pertanyaan tentang benda terbuat dari apa dan kegunaannya, mengenal angka, bisa mneghitung 5-10, mengenal warna-warni, mengungkapkan simpati, mengikuti aturan permainan dan mampu berpakaian sendiri tanpa dibantu.

**e. Masa anak sekolah (6-12 tahun)**

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

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

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

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

**7. Teori perkembangan**

**a. Sigmund Freud (perkembangan psychosexual)**

1) Fase Oral (0 - 1 tahun)

Pusat aktivitas yang menyenangkan di dalam mulutnya, anak mendapat kepuasan saat mendapat ASI, kepuasan bertambah dengan aktivitas mengisap jari dan tangannya atau benda-benda

sekitarnya.

2) Fase Anal (2-3 tahun)

Meliputi retensi dan pengeluaran feces. Pusat kenikmatannya pada anus saat BAB, waktu yang tepat untuk mengajarkan disiplin dan bertanggung jawab.

3) Fase Urogenital atau faliks (usia 3- 4 tahun)

Tertarik pada perbedaan anatomis laki dan perempuan, ibu menjadi tokoh sentral bila menghadapi persoalan. Kedekatan anak laki - laki pada ibunya menimbulkan gairah seksual dan perasaan cinta yang disebut oedipus kompleks.

4) Fase Latent (4-5 tahun sampai masa pubertas)

Masa tenang tetapi anak mengalami perkembangan pesat aspek motorik dan kognitifnya. Disebut juga fase homosexual alamiah karena anak-anak mencari teman sesuai jenis kelaminnya, serta mencari figur (*role model*) sesuai jenis kelaminnya dari orang dewasa.

5) Fase Genitalia

Alat reproduksi sudah mulai matang, heteroseksual dan mulai menjalin hubungan rasa cinta dengan berbedajenis kelamin.

**b. Piaget (perkembangan kognitif)**

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

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

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

- 2) Tahap pra operasional (2-7 tahun)
- 3) Tahap pra konseptual (2-4 tahun) anak melihat dunia hanya dalam hubungan dengan dirinya, pola pikir egosentris. Pola berfikir ada dua yaitu: transduktif; anak mendasarkan kesimpulannya pada suatu peristiwa tertentu (ayam bertelur jadi semua binatang bertelur) atau karena ciri-ciri objek tertentu (truk dan mobil sama karena punya roda empat). Pola penalaran sinkretik terjadi bila anak mulai selalu mengubah• ubah kriteria klasifikasinya. Misalnya mula-mula ia mengelompokkan truk, sedan dan bus sendiri-sendiri, tapi kemudian mengelompokkan mereka berdasarkan warnanya, lalu berdasarkan besar -kecilnya, dst.
- 4) Tahap intuitif( 4-7 tahun)  
Pola pikir berdasar intuitif, penalaran masih kaku, terpusat pada bagian bagian tertentu dari objek dan semata-mata didasarkan atas penampakan objek.
- 5) Tahap operasional konkrit (7-12 tahun)  
Konversi menunjukkan anak mampu menawar satu objek yang diubah bagaimanapun bentuknya, bila tidak ditambah atau dikurangi maka volumenya tetap. Seriasi menunjukkan anak mampu mengklasifikasikan objek menurut berbagai macam cirinya seperti: tinggi, besar, kecil, warna, bentuk, dst.
- 6) Tahap operasional-formal (mulai usia 12 tahun)  
Anak dapat melakukan representasi simbolis tanpa menghadapi

objek• objek yang ia pikirkan. Pola pikir menjadi lebih fleksibel melihat persoalan dari berbagai sudut yang berbeda.

**c. Erikson (perkembangan psikososial)**

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

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

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

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

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

3) Inisiatif vs guilty (3-6 tahun)

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

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

4) Industry vs inferiority (6-11 tahun)

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

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

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

6) Intimacy vs isolation (dewasa awal)

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

7) Generativity vs self absorption (dewasa tengah)

Adanya tuntutan untuk membantu orang lain di luar keluarganya, pengabdian masyarakat dan manusia pada umumnya. Pengalaman di masa lalu menyebabkan individu mampu berbuat banyak untuk kemanusiaan, khususnya

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

8) Ego integrity vs despair (dewasa lanjut)

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

**d. Kohlberg (perkembangan moral)**

1) Pra-konvensional

Mulanya ditandai dengan besarnya pengaruh wawasan kepatuhan dan hukuman terhadap perilaku anak. Penilaian terhadap perilaku didasarkan atas akibat sikap yang ditimbulkan oleh perilaku. Dalam tahap selanjutnya anak mulai menyesuaikan diri dengan harapan-harapan lingkungan untuk memperoleh hadiah, yaitu senyum, pujian atau benda.

2) Konvensional

Anak terpaksa menyesuaikan diri dengan harapan lingkungan atau ketertiban sosial agar disebut anak baik atau anak manis.

3) Purna konvensional

Anak mulai mengambil keputusan baik dan buruk secara mandiri. Prinsip pribadi mempunyai peranan penting. Penyesuaian diri terhadap segala aturan di sekitarnya lebih didasarkan atas penghargaannya serta rasa hormatnya terhadap orang lain.

**e. Hurlock (perkembangan emosi)**

Menurut Hurlock, masa bayi mempunyai emosi yang berupa kegairahan umum, sebelum bayi bicara ia sudah mengembangkan emosi heran, malu, gembira, marah dan takut. Perkembangan emosi sangat dipengaruhi oleh faktor kematangan dan belajar. Pengalaman emosional sangat tergantung dari seberapa jauh individu dapat mengerti rangsangan yang diterimanya. Otak yang matang dan pengalaman belajar memberikan sumbangan yang besar terhadap perkembangan emosi, selanjutnya perkembangan emosi dipengaruhi oleh harapan orang tua dan lingkungan

**8. Kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang**

Menurut Soetjiningsih (2005) kebutuhan dasar anak untuk tumbuh dan berkembang secara umum digolongkan menjadi 3 yaitu:

a. Kebutuhan fisik-biomedik (asuh). meliputi:

- 1) Pangan/gizi, yang merupakan kebutuhan terpenting.
- 2) Perawatan kesehatan dasar, antara lain imunisasi, pemberian ASI, penimbangan bayi/anak secara teratur, pengobatan apabila sakit, dan sebagainya.
- 3) Papan/pemukiman yang layak.
- 4) Hygiene perumahan, sanitasi lingkungan.
- 5) Sandang.
- 6) Kesegaran jasmani, rekreasi.

b. Kebutuhan emosi/kasih sayang (asih).

Pada tahun-tahun pertama kehidupannya, hubungan yang erat

antara ibu/pengganti ibu dengan anak merupakan syarat mutlak untuk menjamin tumbuh kembang yang selaras baik fisik, mental, maupun psikososial. Kehadiran ibu/pengganti ibu sedini dan selanggeng mungkin akan menjamin rasa aman bagi bayi. Hal ini diwujudkan dengan kontak fisik (kulit/rnata) dan psikis sedini mungkin misalnya dengan menyusui bayi secepat mungkin segera setelah lahir. Kasih sayang yang kurang dari ibu pada tahun-tahun pertama kehidupannya akan berdampak negatif pada tumbuh kembangnya baik fisik, mental maupun sosial emosi yang disebut dengan "*Sindrom Devrivasi Meteme!*". Kasih sayang dari orang tua akan menciptakan ikatan yang erat (*bonding*) dan kepercayaan dasar (*basic trust*).

b. Kebutuhan stimulasi mental (*asah*).

Stimulasi mental merupakan cikal-bakal dalam proses belajar (pendidikan dan pelatihan) pada anak. Stimulasi mental akan memupuk perkembangan mental psikososial anak dalam hal kecerdasan, kemandirian, kreativitas, agama, kepribadian, moral-etika, produktivitas dan sebagainya.

### C. LATIHAN

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

#### **D. RANGKUMAN**

Setelah anda membaca dengan seksama uraian materi pertumbuhan dan perkembangan di atas, maka kesimpulan yang dapat diambil di antaranya adalah:

1. Pertumbuhan dan perkembangan adalah dua hal yang berbeda. Pertumbuhan berdampak pada perubahan fisik sedangkan perkembangan berdampak pada tingkat kematangan anak. Namun demikian proses pertumbuhan dan perkembangan secara normal selalu berjalan beriringan. Pada anak sehat, seiring bertambahnya umur maka bertambah pula tinggi dan berat badannya begitu pun kepandaianya.
2. Pertumbuhan dan perkembangan anak juga dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu internal dan eksternal yang saling berkaitan dan mempengaruhi.
3. Setiap tahap usia anak mempunyai karakteristik tersendiri dalam pencapaian tumbuh kembangnya, tetapi yang pasti semakin bertambah usia anak maka kemampuannya akan semakin meningkat.
4. Selama masa tumbuh kembangnya, anak membutuhkan "asah, asih dan asuh".

#### **E. EVALUASI**

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

1. Pertumbuhan mengandung arti .....
- A. peningkatan kemampuan motorik kasar dan halus
  - B. peningkatan kapasitas otak

- C. bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh
  - D. bertambahnya kemampuan anak dalam berbahasa
  - E. peningkatan kemampuan anak dalam bersosialisasi
2. Perkembangan adalah bertambahnya .....
- A. kemampuan dan fungsi tubuh
  - B. ukuran berat badan dan tinggi badan
  - C. gigi geligi anak
  - D. jumlah serabut saraf otak menjadi berlipat-lipat
  - E. massa tulang dan lemak
3. Pertumbuhan dan perkembangan pada tahap awal menentukan perkembangan selanjutnya. Hal ini mengandung arti. ....
- A. sebelum seorang anak bisa berjalan ia harus bisa berdiri dulu
  - B. tumbuh kembang setiap anak bersifat individual
  - C. setiap terjadi penambahan struktur maka akan terjadi perubahan fungsi
  - D. pola perkembangan adalah sefalokaudal dan proksimodistal
  - E. kecepatan pertumbuhan tiap anak berbeda-beda
4. Perkembangan seorang anak berlangsung dari tahapan umum ke tahapan khusus (spesifik) dan terjadi secara berkesinambungan, artinya .....
- A. pertumbuhan dapat diramalkan
  - B. perkembangan merupakan hasil proses
  - C. pola perkembangandapat diramalkan
  - D. perkembangan menimbulkan perubahan

- E. pertumbuhan perkembangan tahap awal menentukan perkembangan selanjutnya
5. Tinggi badan seorang anak biasanya ditentukan oleh tinggi badan orang tuanya. Hal ini berarti bahwa pertumbuhan dipengaruhi oleh faktor .....
- A. ras/etnik
  - B. genetik
  - C. umur
  - D. jenis kelamin
  - E. keluarga
6. Hal yang perlu diperhatikan oleh orang tua untuk mendukung tumbuh kembang optimal diantaranya adalah asupan gizi yang adekuat. Pernyataan yang tidak tepat tentang pemenuhan kebutuhan nutrisi bagi anak adalah .....
- A. ASI saja sampai bayi usia 6 bulan
  - B. MPASI dapat diberikan setelah anak usia 6 bulan
  - C. MPASI diberikan secara bertahap sesuai usia anak
  - D. MPASI diberikan sesering mungkin
  - E. Usia 1 (satu) tahun anak sudah dapat mengonsumsi makanan keluarga
7. Yang bukan merupakan tahapan pertumbuhan anak adalah usia ....
- A. *infant*
  - B. Balita
  - C. pra sekolah
  - D. sekolah
  - E. dewasa awal

8. Karakteristik anak pra sekolah ....
- A. kontak dengan orang tua sangat intens
  - B. kecepatan pertumbuhan mulai menurun
  - C. Terjadi peningkatan dalam aspek motorik kasardan halus
  - F. Anak mulai bersosialisasi dan banyak teman
  - E. perkembangan bahasa meningkat
9. Masa neonatal lanjut adalah usia antara ....
- A. 0-7 hari
  - B. 8-28 hari
  - C. 28 hari sampai 3 bulan
  - D. 0-11 bulan
  - E. 1 bulan-12 bulan
10. Kondisi ibu hamil di bawah ini dapat menghambat pertumbuhan janin
- A. asupan gizi yang adekuat
  - B. dukungan positif suami dan keluarga
  - C. penyakit infeksi pada ibu
  - D. tidak terjadi stress baik fisik maupun psikis
  - E. lingkungan janin kondusif

## PEMANTAUAN TUMBUH KEMBANG ANAK

### A. PENDAHULUAN

Kegiatan belajar ini membahas tentang Pemantauan tumbuh kembang anak meliputi cara pemantauan pertumbuhan, pemeriksaan antropometrik: mengukur berat badan, tinggi badan, lingkar kepala, lingkar lengan atas, tebal lipatan kulit dan pemantauan perkembangan dengan menggunakan pemeriksaan *Denver Development Screening Test (DDSTII)*.

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar ini diharapkananda mampu

1. Menjelaskan tentang cara pemantauan pertumbuhan dengan menggunakan ukuran antropometrik (berat badan, tinggi badan, lingkar kepala, lingkar lengan atas dan tebal lipatan kulit).
2. Mempraktikkan cara pengukuran antropometrik yaitu: berat badan, tinggi badan, lingkar kepala, lingkar lengan atas dan tebal lipatan kulit.
3. Menjelaskan tentang cara pemantauan perkembangan anak dengan menggunakan DDSTII.
4. Mempraktikkan pemeriksaan perkembangan dengan menggunakan DDSTII.

Berdasarkan tujuan yang telah dipaparkan di atas, maka secara berurutan bahan kajian yang akan dibahas dalam kegiatan belajar ini meliputi cara pemantauan pertumbuhan, pemeriksaan antropometrik: mengukur berat badan, tinggi badan, lingkar kepala, lingkar lengan atas, tebal lipatan kulit dan pemantauan perkembangan menggunakan pemeriksaan DDSTII.

## **B. URAIAN MATERI**

### **1. Pemantauan pertumbuhan**

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

- a. Tergantung umur, yaitu hasil pengukuran dibandingkan dengan umur.

Misalnya berat badan (BB) terhadap umur, tinggi badan (TB) terhadap umur, lingkar kepala (IK) terhadap umur dan lingkar lengan atas (ILA) terhadap umur. Dengan demikian maka dapat diketahui apakah hasil pengukuran tersebut tergolong normal untuk anak seusianya atau tidak. Untuk menentukannya maka diperlukan keterangan yang akurat mengenai tanggal lahir anak. Kesulitannya adalah di daerah-daerah tertentu, dimana orang tua kadang-kadang tidak mengingat dan tidak ada catatan tentang tanggal lahir anak.

- b. Tidak tergantung umur yaitu hasil pengukuran dibandingkan dengan pengukuran lainnya tanpa memperhatikan berapa umur anak yang diukur. Misalnya berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB), lingkaran lengan atas (ILA) dan tebal lipatan kulit (TIK).

Hasil pengukuran antropometrik tersebut dibandingkan dengan ukuran baku tertentu misalnya NCHS dari Harvard atau standar baku nasional (Indonesia) seperti yang terekam pada Kartu Menuju Sehat (KMS). Dengan melihat perbandingan hasil penilaian dengan standar baku tersebut maka dapat diketahui status gizi anak. Nilai perbandingan ini dapat digunakan untuk menilai pertumbuhan fisik anak karena menunjukkan posisi anak tersebut pada persentil (%) keberapa untuk suatu ukuran antropometrik pertumbuhannya. Dengan demikian maka dapat disimpulkan apakah anak tersebut terletak pada variasi normal, kurang atau lebih. Selain itu juga dapat diamati *trend* (pergeseran) pertumbuhan anak dari waktu ke waktu. Pemeriksaan antropometri yang paling sering digunakan untuk menentukan keadaan pertumbuhan pada masa Balita adalah (Nursalam, 2005):

1) Berat Badan (BB).

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

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

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

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

$$BB = (\text{Umur bulan} + 9) : 2$$

(c) Berat badan usia 1-6 tahun, digunakan rumus:

$$BB = (\text{Umur (tahun)} \times 2) + 8$$

Untuk memudahkan perhitungan umur anak dalam bulan, maka apabila  $>15$  hari dibulatkan ke atas, sedangkan apabila  $\leq 15$  dihilangkan. Contoh: usia bayi saat pemeriksaan 5 bulan 20 hari, maka untuk perhitungan bayi tersebut dianggap berusia 6 bulan. Sedangkan untuk anak usia di atas satu tahun, bila kelebihan  $> 6$  bulan dibulatkan menjadi 1 tahun dan apabila  $\leq 6$  bulan dihilangkan. Contoh: usia anak saat pemeriksaan adalah 3 tahun 6 bulan, maka untuk perhitungan anak tersebut dianggap berusia 3 tahun.



**Gambar 3**  
**Cara mengukur berat badan bayi (kiri) dan anak (kanan)**

## 2) Tinggi Badan (TB)

Tinggi badan (TB) merupakan ukuran antropometrik ke dua yang terpenting. TB merupakan indikator yang menggambarkan proses pertumbuhan yang berlangsung dalam kurun waktu relatif lama (kronis), dan berguna untuk mendeteksi gangguan pertumbuhan fisik di masa lampau. Keuntungannya adalah pengukurannya objektif, dapat diulang, alat dapat dibuat sendiri, murah dan mudah dibawa. Kerugiannya perubahan tinggi badan relatif lambat dan sukar untuk mengukur tinggi badan secepat. Pengukuran TB pada anak umur kurang dari 2 tahun dilakukan dengan posisi tidur dan pada anak umur lebih dari 2 tahun dilakukan dengan posisi berdiri. Tinggi badan untuk anak kurang dari 2 tahun sering disebut panjang badan. Pada bayi baru lahir, panjang badannya rata-rata mencapai 50 cm. pada tahun pertama pertumbuhannya adalah 1,25 cm/bulan ( $1,5 \times$  panjang badan lahir). Penambahan ini akan berangsur-angsur berkurang sampai usia 9 tahun, yaitu sekitar 5 cm/tahun. Peningkatan tinggi badan yang pesat terjadi pada usia pubertas yaitu sekitar 5-25 cm/tahun pada wanita sedangkan pada laki-laki peningkatannya sekitar 10-30 cm/tahun, Pertambahan tinggi badan akan berhenti pada usia 18-20 tahun. Perkiraan tinggi badan berdasarkan rumus Behrman (1992) adalah sebagai berikut:

(a) Perkiraan panjang lahir: 50 cm.

(b) Perkiraan panjang badan usia 1 tahun =  $1,5 \times$  panjang badan lahir.

Perkiraan tinggi badan usia 2-12 tahun =  $(\text{umur} \times 6) + 77$ . Seperti pada BB, pengukuran TB juga memerlukan informasi seperti umur yang tepat, jenis kelamin dan standar baku yang diacu. TB kemudian dipetakan pada kurve TB atau dihitung terhadap standar baku dan dinyatakan dalam persen. TB/U dibandingkandengan standar baku (%):

- (a) 90-110% = baik/normal
- (b) 70-89% = tinggi kurang
- (c) < 70% = tinggi sangat kurang



**Gambar 4**  
**Cara mengukur panjang badan bayi**



**Gambar 5**  
**Cara mengukur tinggi badan anak**

### 3) Lingkar Kepala (LK).

Lingkar kepala (LK) menggambarkan pertumbuhan otak dari estimasi volume dalam kepala. Lingkar kepala dipengaruhi oleh status gizi anak sampai usia 36 bulan. Pengukuran rutin dilakukan untuk menjarang kemungkinan adanya penyebab lain yang dapat mempengaruhi pertumbuhan otak walaupun untuk itu diperlukan pengukuran LK secara berkala. Apabila pertumbuhan otak mengalami gangguan yang dideteksi dari hasil pengukuran LK yang kecil (dinamakan mikrosefali) maka hal ini bisa mengarahkan si anak pada kelainan retardasi mental.

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

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



**Gambar 6**  
**Cara mengukur lingkaran kepala bayi**

#### 4) Lingkar lengan Atas (LLA).

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

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

Interpretasi hasil pengukuran LLA:

(a) LLA(cm):

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

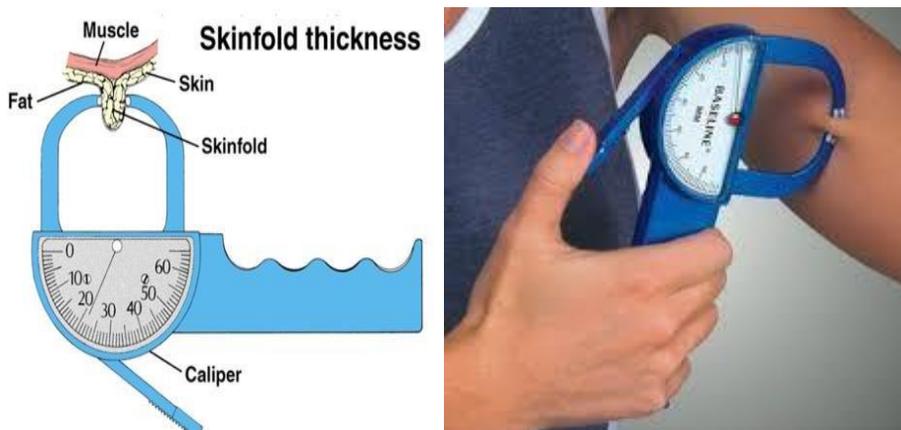
(b) Bila umur tidak diketahui, status gizi dinilai dengan indeks LLA/TB:

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

5) Tebal Lipatan Kulit (TLK).

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

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



**Gambar 7**

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

## 2. Pemantauan perkembangan

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

### a. *Denver Development Screening Test* (DDST) II.

Menurut Soetjningsih (2012), DDST adalah salah satu dari metode skrining terhadap kelainan perkembangan anak. Tes ini bukanlah tes diagnostik. atau tes IQ. DDST memenuhi semua persyaratan yang diperlukan untuk metode skrining yang baik. Tes ini mudah dan cepat (15 sampai 20 menit) dapat diandalkan dan menunjukkan validitas

yang tinggi. Dari beberapa penelitian yang dilakukan ternyata DDST secara efektif dapat mengidentifikasi antara 85-100% bayi dan anak-anak pra sekolah yang mengalami keterlambatan perkembangan, dan pada *follow up* selanjutnya ternyata 89% dari kelompok DDST abnormal mengalami kegagalan di sekolah 5-6 tahun.

#### 1) Kegunaan DDST

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

- a) Menilai perkembangan anak sesuai dengan umurnya.
- b) Memantau anak yang tampak sehat dari umur 0 tahun sampai dengan 6 tahun.
- c) Menjaring anak tanpa gejala terhadap kemungkinan adanya kelainan perkembangan.
- d) Memastikan apakah anak dengan persangkaan ada kelainan, apakah benar-benar ada kelainan perkembangan.
- e) Monitor anak dengan resiko perkembangan misalnya anak dengan masalah perinatal.

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

- a) *Personal social* (perilaku sosial), yaitu aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri, bersosialisasi dan

berinteraksi dengan lingkungannya.

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

Setiap tugas digambarkan dalam bentuk kotak persegi panjang horizontal yang berurutan menurut umur dalam lembar DDST. Pada umumnya saat tes dilakukan, tugas yang diperiksa pada setiap kali skrining hanya berkisar antara 25-30 tugas saja, sehingga tidak memakan waktu lama.

## 2) Prosedur DDST:

Dalam pemeriksaan DDST ada beberapa syarat yang harus digunakan yaitu alat dan prosedur pelaksanaan. Alat yang digunakan: benang wol merah, kismis/manic-manik, kubus warna merah, kuning, hijau, biru, permainan

anak, botol kecil, bola tenis, bel kecil, kertas dan pensil, lembar formulir DDST dan buku petunjuk sebagai referensi. Prosedur DDST terdiri dari 2 tahap:

- a) Tahap pertama dilakukan secara periodik pada semua

anak yang berusia: 3-6 bulan, 9-12 bulan, 18-24 bulan, 3 tahun, 4 tahun dan 5 tahun.

b) Tahap ke dua dilakukan pada mereka yang dieurigai adanya hambatan perkembangan pada tahap 1 kemudian dilanjutkan dengan evaluasi diagnostik yang lengkap.

3) Teknik pemeriksaan:

a) Tentukan umur anak dengan menggunakan patokan 30 hari untuk 1 bulan dan 12 bulan untuk 1 tahun.

b) Bila hasil perhitungan umur kurang dari 15 hari maka dibulatkan ke bawah, bila sama dengan atau lebih dari 15 hari di bulatkan ke atas.

Contoh: Nina lahir pada tanggal 1 januari 2011 dari kehamilan cukup bulan dan tes dilakukan pada tanggal 9 November 2015, maka perhitungannya adalah sebagai berikut:

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

Jadi umur Nina 4 tahun 10 bulan 8 hari. Karena 8 hari lebih kecil dari 15 hari, maka dibulatkan ke bawah sehingga umur Nina adalah 4 tahun 10 bulan.

Lakukan perhitungan penyesuaian usia bila tanggal lahir anak lebih cepat minimal 15 hari dari taksiran persalinan atau hari perkiraan persalinan (HPL). Contoh: Ali lahir tanggal 21

September 2010. Saat dilakukan tes DDST tanggal 19 Juli 2013 menurut ibunya berdasarkan keterangan petugas kesehatan saat pemeriksaan kehamilan, Ali seharusnya lahir tanggal 8 Oktober 2010. Maka usia penyesuaian Ali untuk pemeriksaan DDST adalah:

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

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

- c) Setelah diketahui umur anak, selanjutnya dengan menggunakan penggaris tarik garis secara vertikal dari atas ke bawah berdasarkan umur kronologis yang tertera di bagian atas formulir sehingga memotong kotak tugas perkembangan pada formulir DDST. (√)
- d) Lakukan penilaian pada tiap sektor, apakah **Lulus** (*Passed* = P = beri tanda (√), **Gagal** (*Fail* = F = tanda 0), **Menolak** (*Refusal* = R = tanda M) atau anak tidak mendapat kesempatan melakukan tugas (*No Opportunity*= NO).
- e) Setelah itu dihitung pada masing-masing sektor, berapa item yang mendapat P dan F, selanjutnya hasil tes diklasifikasikan dalam: **Normal, Abnormal, Meragukan**

***(Question-Able) dan Tidak dapat dites (Untestable).***

4) Hasil penilaian (interpretasi hasil DDST):

**Abnormal**

- a) Bila didapatkan 2 atau > *delay* pada 2 sektor atau lebih.
- b) Bila dalam 1 sektor atau > didapatkan 2 atau > *delay* + 1 sektor atau > dengan 1 *delay* dan pada sektor yang sama tidak ada yang lulus pada kotak yang berpotongan dengan garis vertikal usia.

**Meragukan (Suspect)**

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

**Tidak dapat dites (*Untestable*)**

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

### **Normal**

- a) Semuayang tidak tercantum dalam kriteria tersebut di atas b) Bila tidak ada keterlambatan/delay
- c) Maksimal 1 caution
- d) Lakukanulangan pemeriksaanpada kontrak kesehatanberikutnya.  
Untuk lebih jelasnya kita bisa melihat lembar pemeriksaan DDSTII (terlampir).

### **C. LATIHAN**

Untuk memperdalam pemahaman anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikutl anda dianjurkan untuk melakukan penilaian pertumbuhan dan perkembangant erhadap 1 orang anak usia infan (6 bulan). Apakah pertumbuhan dan perkembangan anak tersebut sesuai dengan konsepyang anda pahami.

#### **Petunjuk jawaban latihan**

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

### **D.RANGKUMAN**

Kesimpulan yang dapat diambil berdasarkan uraian di atas adalah:

1. Pertumbuhan seorang anak dapat dinilai dengan cara melakukan serangkaian pemeriksaan pertumbuhan yang disebut dengan pemeriksaan antropometrik yang terdiri dari pengukuran berat badan, tinggi badan, lingkaran kepala, lingkaran lengan atas dan tebal lipatan

kulit. Berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut dapat diketahui status nutrisi anak, tingkat pertumbuhannya, serta deteksi adanya kemungkinan penyakit kongenital seperti hidrosepalus atau retardasi mental.

2. Pemantauan perkembangan anak dapat dilakukan dengan beberapa cara, salah satunya dengan menggunakan DDST. DDST merupakan salah satu metode yang bisa dilakukan untuk menilai kemampuan anak dalam melakukan tugas perkembangannya. DDST bukan pemeriksaan diagnostik bukan pula pemeriksaan IQ. Tetapi hasil DDST dapat menjadi indikator perkembangan anak sehingga apabila hasil pemeriksaan banyak item yang gagal dilakukan anak, maka orang tua harus waspada dan hendaknya dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.
3. Indikator perkembangan yang diperiksa dalam DDST terdiri dari 4 sektor yaitu personal sosial, motorik halus, bahasa dan motorik kasar. Kesemuanya dijabarkan menjadi 125 item tugas perkembangan yang harus dilewati anak sesuai dengan usianya.

## **E. EVALUASI**

1. Parameteryang sering digunakan untuk menilai pertumbuhan anak adalah.....
  - A. Atropometri
  - B. Berat badan
  - C. Lingkar lengan atas
  - D. Lingkar kepala
  - E. Lingkar dada

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

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

pada anak adalah .....

- A. Bahasa
- B. Motoric kasar
- C. Motoric halus
- D. Personal social
- E. Social Emosional

10. Nina lahir pada tanggal 1 Januari 2011 dari kehamilan cukup bulan dan tes dilakukan pada tanggal 9 November 2015, maka berdasarkan hasil perhitungan usia Nina adalah:

- A. 4 tahun 8 bulan
- B. 4 tahun 9 bulan
- C. 4 tahun 10 bulan
- D. 4 tahun 11 bulan
- E. 5 tahun

11. Setelah pengukuran makan akan menghitung pada masing-masing sektor, berapa item yang mendapat P dan F, selanjutnya hasil tes diklasifikasikan. Yang bukan merupakan klasifikasi DDSTII adalah....

- A. *Delay*
- B. Normal
- C. Abnormal
- D. Meragukan
- E. *Unstable*

12. Bila didapatkan 2 atau > *delay*, pada 2 sektor atau lebih, maka hasil penilaian tersebut adalah

- A. *Delay*
- B. Normal
- C. Abnormal
- D. Meragukan
- E. *Unstable*

13. Bila didapatkan minimal 2 *caution* atau minimal 1 *delay* (pada satu sektor). Maka hasil penilaian tersebut termasuk klasifikasi.....

- A. *Delay*
- B. Normal
- C. Abnormal
- D. Meragukan
- E. *Unstable*

14. Bila ada skor menolak 1 atau lebih item disebelah kiri garis umur, maka interpretasinya adalah .....

- A. *Delay*
- B. Normal
- C. Abnormal
- D. Meragukan
- E. *Unstable*

15. Hasil penilaian dikatakan normal jika memenuhi kriteria sebagai berikut.....

- A. Maksimal 1 *caution*
- B. Menolak > 1 item area 75%-90%
- C. Bila pada 1 sektor didapatkan 2 keterlambatan/lebih.

- D. Bila didapatkan 2 atau  $>$  *detey*, pada 2 sektor atau lebih
- E. Bila ada skor menolak 1 atau lebih item sebelahkiri garis umur

# UPAYA-UPAYA MENINGKATKAN PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK SECARA OPTIMAL

## A. PENDAHULUAN

Kegiatan belajar ini membahas tentang Upaya-upaya meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anak secara optimal yang meliputi: Konsep *anticipatory guidance*, konsep bermain dan konsep imunisasi dasar. Setelah menyelesaikan kegiatan belajar ini diharapkan anda mampu memahami upaya• upaya meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anak secara optimal yang sangat penting untuk meningkatkan derajat dan .kesejahteraan pada anak. Pengetahuan ini juga sangat dibutuhkan oleh perawat anak dalam menerapkan asuhan keperawatan pada anak sehat diberbagaitatanan pelayanankesehatan

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar ini, diharapkan Anda dapat:

1. Menjelaskan konsep *anticipatory guidance*
2. Menjelaskan konsepbermain
3. Menjelaskan konsepimunisasidasar

Berdasarkantujuan pembelajaran pada kegiatan belajar 3, maka secara berurutan bahan kajian yang akan dipaparkan dimulai dengan Konsep *anticipatory guidance*, konsepbermain dan konsep imunisasidasar.

Petunjuk Antisipasi (*Anticipatory Guidance*)

## B. URAIAN MATERI

Masa anak merupakan masa dimana rasa ingin tahu mereka terhadap lingkungan sekitar sangat tinggi. Mereka akan mengeksplorasi lingkungan sekitar dengan menggunakan seluruh panca indra mereka tanpa

memperhitungkan kemungkinan bahaya yang akan timbul sehingga dapat menyebabkan kecelakaan dan melukai tubuh mereka bahkan bisa mengakibatkan kematian. Tidak jarang luka yang diakibatkan karena kecelakaan pada anak ini bersifat menetap dan harus ditanggung oleh anak sepanjang usianya. Saat anak menginjak usia remaja dimana rasa identitas dirinya muncul, ia akan menjadi minder karena *body imagenya* terganggu, akibatnya anak akan menjadi rendah diri dan dapat membatasi diri dalam pergaulan. Untuk menghindari atau meminimalkan terjadinya kecelakaan dan hal-hal yang tidak diinginkan pada anak, maka perawat perlu membekali orang tua dengan bimbingan petunjuk antisipasi (*anticipatory guidance*) agar masa emas (*go/den age*) ini dapat berlangsung dengan baik dan tidak ada penyesalan orang tua di kemudian hari. Apa yang dimaksud dengan petunjuk antisipasi itu?

1. Pengertian petunjuk antisipasi (*Anticipatory guidance*).

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

*Anticipatory guidance* juga merupakan suatu upaya yang dilakukan oleh perawat dalam membimbing orang tua tentang tahapan perkembangan anak sehingga orang tua sadar akan apa yang terjadi dan mengetahui apa yang harus dilakukan untuk memenuhi kebutuhan sesuai dengan tahapan usia anak.

Bimbingan antisipasi bagi orang tua akan berbeda untuk setiap tahap

usia anak karena disesuaikan dengan karakteristiknya. Sebagai contoh mari kita lihat uraian di bawah ini (Wong, 2004):

*a. Usia bayi*

Enambulan pertama

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

Enambulan kedua

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

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

Usia 12-18 bulan

- 1) Menyiapkan orang tua untuk mengantisipasi adanya perubahan tingkah laku dari toddler khususnya negativisme.
- 2) Dorong orang tua untuk melakukan penyapihan secara bertahap dan peningkatan pemberian makanan padat.
- 3) Adanya jadwal waktu makan yang rutin.
- 4) Pencegahan bahaya kecelakaan yang potensial terjadi terutama di rumah, kendaraan bermotor, keracunan, jatuh.

- 5) Perlunya ketentuan-ketentuan/peraturan/aturan disiplin dengan lembut dan cara-cara untuk mengatasi negatifistik dan temper tantrum yang sering terjadi pada toddler.
- 6) Perlunya mainan baru untuk mengembangkan motorik, bahasa, pengetahuan keterampilan sosial.

#### Usia 18-24 bulan

- 1) Menekankan pentingnya persahabatan sebaya dalam bermain.
- 2) Menekankan pentingnya persiapan anak untuk kehadiran bayi baru dan kemungkinan terjadinya persaingan dengan saudara kandung (*sibling rivalry*). Persaingan dengan saudara kandung adalah perasaan cemburu dan benci yang biasanya dialami oleh anak karena kehadiran/kelahiran saudara kandungnya. Hal ini terjadi bukan karena rasa benci tetapi lebih karena perubahan situasi. Libatkan anak dalam perawatan adik barunya seperti mengambilkan baju, popok, susu dan sebagainya.
- 3) Mendiskusikan kesiapan fisik dan psikologis anak untuk toilet training. Toilet training adalah suatu usaha untuk melatih anak agar mampu mengontrol dalam melakukan buang air kecil atau buang air besar. Toilet training secara umum dapat dilaksanakan pada setiap anak yang sudah mulai memasuki fase kemandirian. Fase ini biasanya terjadi pada anak usia 18-24 bulan.
- 4) Dalam melakukan toilet training ini, anak membutuhkan persiapan fisik, psikologis maupun intelektualnya. Dari persiapan tersebut anak dapat mengontrol buang air besar dan buang air kecil secara mandiri (Hidayat, 2005).
- 5) Perawat bertanggung jawab dalam membantu orang tua

mengidentifikasi kesiapan anak untuk toilet training. Latihan miksi biasanya dicapai sebelum defekasi karena merupakan aktifitas regular yang dapat diduga. Sedangkan defekasi merupakan sensasi yang lebih besar daripada miksi yang dapat menimbulkan perhatian dari anak.

- 6) Mendiskusikan berkembangnya rasa takut seperti pada kegelapan atau suara keras.
- 7) Menyiapkan orang tua akan adanya tanda-tanda regresi pada waktu anak mengalami stress (misalnya anak yang tadinya sudah tidak mengompol tiba-tiba menjadi sering mengompol).

#### Usia 24-36 bulan

- 1) Mendiskusikan kebutuhan anak untuk dilibatkan dalam kegiatan dengan cara meniru.
- 2) Mendiskusikan pendekatan yang dilakukan dalam *toilet training* dan sikap menghadapi keadaan-keadaan seperti mengompol atau buang air besar (BAB) dicelana.
- 3) Menekankan keunikan dari proses berfikir toddler misalnya: melalui bahasa yang digunakan, ketidakmampuan melihat kejadian dari perspektif yang lain.
- 4) Menekankan disiplin harus tetap berstruktur dengan benar dan nyata,
- 5) ajukan alasan yang rasional, hindari kebingungan dan salah pengertian.

#### c. Usia prasekolah

Bimbingan terhadap orang tua selama usia prasekolah di antaranya

adalah:

Usia 3 tahun

- 1) Mengajukan orang tua untuk meningkatkan minat anak dalam hubungan yang luas.
- 2) Menekankan pentingnya batas-batas/peraturan-peraturan.
- 3) Mengantisipasi perubahan perilaku yang agresif (menurunkan ketegangan/tension).
- 4) Mengajukan orang tua untuk menawarkan kepada anaknya alternatif alternatif pilihan pada saat anak bimbang.
- 5) Perlunya perhatian ekstra.

Usia 4 tahun

- 1) Perilaku lebih agresif termasuk aktivitas motorik dan bahasa.
- 2) Menyiapkan meningkatnya rasa ingin tahu tentang seksual,
- 3) Menekankan pentingnya batas-batas yang realistis dari tingkah lakunya.

Usia 5 tahun

- 1) Menyiapkan anak memasuki lingkungan sekolah.
- 2) Meyakinkan bahwa usia tersebut merupakan periode tenang pada anak.

*d.* Usia sekolah

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

Usia 6 tahun

- 1) Bantu orang tua untuk memahami kebutuhan sosialisasi

dengan cara mendorong anak berinteraksi dengan temannya.

- 2) Ajarkan pencegahan kecelakaan dan keamanan terutama naik sepeda.
- 3) Siapkan orang tua akan peningkatan ketertarikan anak keluar rumah.
- 4) Dorong orang tua untuk menghargai kebutuhan anak akan privacy dan menyiapkan kamar tidur yang berbeda.

Usia 7-10 tahun

- 1) Menekankan untuk mendorong kebutuhan akan kemandirian.
- 2) Tertarik untuk beraktivitas di luar rumah.
- 3) Siapkan orang tua untuk menghadapi anak terutama anak perempuan memasuki prapubertas.

Usia 11-12 tahun

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

e. Usia remaja

- 1) Terima remaja sebagai manusia biasa
- 2) Hargai ide-idenya, kesukaandan ketidaksukaan serta harapannya.
- 3) Biarkan remaja mempelajari dan melakukan hal-hal yang disukainya walaupun metdenya berbeda dengan orang dewasa.

- 4) Berikan batasan yang jelas dan masuk akal.
- 5) Hargai privacy remaja
- 6) Berikan kasih sayang tanpa menuntut.
- 7) Gunakan pertemuan keluarga untuk merundingkan masalah dan menentukan aturan-aturan.
- 8) Orang tua juga harus menyadari bahwa: mereka ingin mandiri, sensitif terhadap perasaan dan perilaku yang mempengaruhinya, teman• temannya merupakan hal yang sangat penting dan memandang segala sesuatu sebagai hitam atau putih, baik atau buruk.

## **2. Pencegahan kecelakaan pada anak**

Kecelakaan merupakan peristiwa yang sering dialami oleh anak yang dapat melukai bahkan menyebabkan kematian. Bagaimanapun orang tua merupakan pihak yang paling bertanggung jawab terhadap kebutuhan dan keselamatan anak, sehingga mereka harus memahami karakteristik dan perilaku anak serta menyadari potensi bahaya yang dapat menimbulkan kecelakaan. Anak laki-laki biasanya lebih banyak mengalami kecelakaan terutama saat bermain dibandingkan anak perempuan karena mereka lebih aktif dan banyak menggunakan keterampilan motorik kasarnya seperti berlari, melompat, memanjat, bermain sepeda dan sebagainya. Sedangkan anak perempuan cenderung lebih banyak menggunakan keterampilan motorik halus seperti bermain boneka, masak-masakan, bermain peran dan sebagainya.

Kejadian kecelakaan pada anak sebenarnya dapat dicegah dan diminimalisir dengan melakukan berbagai upaya di antaranya adalah

memodifikasi lingkungan agar aman bagi anak. Di bawah ini adalah upaya-upaya pencegahan kecelakaan yang dapat dilakukan sesuai dengan tahap usia anak (Wong, 2004):

*a.* Masa bayi

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

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



**Gambar 8**  
**Resiko aspirasi pada bayi**

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

tinggi dan bila ragu tempatkan bayi di lantai dengan pengalas.



**Gambar 9**  
**Resiko bayi jatuh**

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

*b.* Masa Toddler

Jenis kecelakaanyang seringterjadi :

- 1) Jatuh/luka akibat mengendaraispeda.
- 2) Tenggelam.
- 3) Keracunanatau terbakar.
- 4) Tertabrak karena lari mengejar bola/halon.
- 5) Aspirasidan asfiksia.



**Gambar 10**  
**Resiko jatuh dari sepeda**

Pencegahan yang bisa dilakukan:

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



**Gambar 11**  
**Resiko tertabrak kendaraan**

c. Pra Sekolah

Kecelakaan terjadi biasanya karena anak kurang menyadari potensi bahaya seperti: obyek panas, benda tajam, akibat naik

sepeda misalnya main di jalan, lari mengambil bola/layangan, menyeberang jalan. Pencegahannya ada 2 cara



**Gambar.12**  
**Resiko kecelakaan pada anak prasekolah**

- 1) Mengontrol lingkungan.
- 2) Mendidikanak terhadap keamanan dan potensial bahaya.  
Jauhkan korek api dari jangkauan, mengamankan tempat-tempat yang secara potensial dapat membahayakan anak dan mendidik anak cara menyeberang jalan, serta arti rambu-rambu lalu lintas.

*d.* Usia Sekolah

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



**Gambar 13**  
**Resiko kecelakaan pada anak sekolah**

*e.* Remaja

Jenis kecelakaan yang sering terjadi pada usia ini adalah:

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

Oleh karena itu perlu diberikan pemahaman kepada remaja tentang:

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



**Gambar 14**  
**Resiko kecelakaan pada anak remaja**

### C. LATIHAN

Untuk memperdalam pemahaman anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut.

Anda telah mengetahui bahwa potensi kecelakaan yang dapat dialami oleh anak dapat berasal darimana saja termasuk dari lingkungan sekitar anda. Tugas anda adalah:

1. Jika anda belum mempunyai anak, bayangkan seandainya anda mempunyai bayi atau anak antara usia satu tahun sampai usia remaja. Kalau anda sudah mempunyai anak, tugas ini akan lebih memudahkan anda karena anda tinggal menyesuaikan dengan usia anak.
2. Identifikasilah potensi-potensi bahaya yang ada di sekitar anda yang dapat rnenvebakkan kecelakaan pada anak.
3. Tulislah di buku catatan hasil identifikasi yang telah anda lakukan.
4. Buatlah rencana pemecahan masalahnya dengan cara memodifikasi lingkungan sesuai dengan kemampuan anda.
5. Lakukan minimal satu pencegahan yang bisa anda buat.
6. Dokumentasikan situasi sebelum dan sesudah perubahan yang anda lakukan.
7. Nah selamat mencoba, semoga sukses.

#### **Petunjuk jawaban latihan**

Untuk mempermudah dalam menyelesaikan tugas tersebut, lakukan langkah•langkahsebagai berikut:

1. Pilih dan tentukan usia anak yang akan diobservasi dan kemungkinan resiko kecelakaan yang terjadi
- 2.Lakukan observasi dan identifikasi kemungkinan resiko kecelakaan

pada anak

3. Di catat dan dokumentasikan
4. Cari sumber, kemudian baca dan pahami cara pencegahan kecelakaan pada anak tersebut.
5. Susun rencana antisipasi kecelakaan berdasarkan buku sumber yang dibaca.
6. Evaluasi keberhasilan dari tindakan yang telah anda lakukan.
7. Buat dokumentasi sebagai bahan laporan!

#### **D. RANGKUMAN**

Masa anak adalah masa dimana mereka aktif mengeksplorasi lingkungan sekitar. Rasa keingintahuannya yang tinggi kadang-kadang membuat mereka tidak memahami bahaya yang dapat ditimbulkan dari apa yang mereka lakukan. Oleh karena itu maka kewajiban orang tua dan keluarga untuk menjaga dan melindungi anak agar tetap terjaga kesehatan dan keamanannya terutama dari bahaya lingkungan yang tidak bisa di modifikasi dan dimanipulasi. Peran perawat dalam hal ini adalah membimbing dan memotivasi orang tua dan keluarga dalam upaya meminimalkan dan menghindari kejadian kecelakaan pada anak dengan cara memberikan alternatif pencegahanyang dapat dilakukan sesuai dengan tahap usia anak.

#### **E. EVALUASI**

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

1. Bimbingan antisipasi adalahsalahsatu upaya perawat untuk ..
  - A. mengajari orang tua mendidik anaknya
  - B. membimbing orang tua dalam memahami kebutuhan anak sesuai

tahap usia

- C. memotivasi orang tua untuk menjaga anaknya seketat mungkin
  - D. memberi pemahaman pada orang tua bahwa *over protective* pada anak adalah hal yang wajar
  - E. memberi penegasan pada orang tua bahwa tidak ada orang tua yang tidak sayang pada anak
2. Di bawah ini adalah hal-hal yang berhubungan dengan bimbingan antisipasi ....
- A. bimbingan antisipasi berbeda untuk tiap tahap usia
  - B. pada dasarnya setiap orang tua telah memahami bahaya yang mungkin terjadi pada anaknya
  - C. potensi bahaya biasanya berasal dari lingkungan karena lingkungan tidak dapat dimodifikasi
  - D. kecelakaan tidak akan terjadi bila fasilitas keamanan lingkungan tersedia
  - E. bimbingan antisipasi pada prinsipnya sama untuk tiap tahap usia anak
3. Bimbingan antisipasi yang dapat dilakukan pada bayi 6 bulan ke dua adalah.
- A. ajarkan perawatan bayi dan bantu orang tua untuk memahami kebutuhan dan respons bayi
  - B. bantu orang tua untuk memenuhi kebutuhan stimulasi bayi
  - C. siapkan orang tua untuk *responsstranger anxiety* dari anak
  - D. tekankan kebutuhan imunisasi

- E. persiapkan untuk pengenalan makanan padat
4. Bimbingan antisipasi yang dapat dilakukan pada anak usia 2 tahun adalah.
- A. menganjurkan orang tua untuk meningkatkan minat anak dalam hubungan yang luas
  - B. menekankan pentingnya batas-batas/peraturan-peraturan
  - C. mengantisipasi perubahan perilaku yang agresif (menurunkan ketegangan/*tension*)
  - D. mendiskusikan pendekatan yang dilakukan dalam *toilet training* dan sikap menghadapi keadaan-keadaan seperti mengompol atau buang air besar (BAB) di celana
  - E. menganjurkan orang tua untuk menawarkan kepada anaknya alternatif•alternatif pilihan pada saat anak bimbang.
5. Menghargai *privacy* anak merupakan salah satu strategi yang dapat dilakukan oleh orang tua dalam menghadapi anak usia .....
- A. bayi
  - B. *toddler*
  - C. pra sekolah
  - D. sekolah
  - E. remaja
6. Kejadian kecelakaan pada anak lebih sering terjadi pada anak laki-laki dibanding anak perempuan. Hal ini terjadi karena ..
- A. anak laki-laki lebih bebas bermain dibandingkan anak perempuan
  - B. anak perempuan cenderung pasif dibandingkan dengan anak laki-laki

- c. anak laki-laki lebih banyak menggunakan motorik kasar dalam aktifitasnya terutama bermain
  - D. orang tua lebih percaya pada anak laki-laki pada saat bermain
  - E. anak laki-laki lebih percaya diri dalam melakukan aktifitasnya dibanding anak perempuan.
7. Untuk menghindari kejadian aspirasi maka orang tua sebaiknya
- A. buang peralatan yang mengandung zat kimia seperti baterai bekas
  - B. jauhkan bahan-bahan dari plastik dari jangkauan anak
  - C. jauhkan benda-benda kecil seperti kancing dari jangkauan anak
  - D. beri penghalang di tempat tidur bayi
  - E. jangan letakkan anak di tempat yang tinggi
8. Untuk menghindari bahaya luka bakar, maka pencegahan yang dapat dilakukan di antaranya adalah ..
- A. simpan bahan-bahan kimia di tempat yang aman
  - B. hindari kabel listrik menjuntai ke lantai
  - C. cek air mandi sebelum dipakai
  - D. hindari sudut permukaan tajam
  - E. simpan kantung plastik di lemari
9. Kecelakaan yang sering terjadi pada anak remaja adalah ..
- A. keracunan
  - B. tenggelam
  - C. aspirasi
  - D. jatuh
  - E. kecelakaan lalu lintas

10. Pemahaman yang perlu diberikan pada remaja di antaranya adalah ..
- A. pendidikan tentang cara bersepeda yang benar
  - B. berikan pemahaman tentang aturan dan cara berlalu lintas yang benar
  - c. beri pengertian bahwa berkendara adalah kegiatan yang membahayakan
  - D. beri pemahaman pada anak untuk mentaati aturan sekolah
  - E. ajarkan anak untuk tidak menggunakan alat yang bisa meledak/terbakar

## **KONSEP BERMAIN PADA ANAK**

### **A. URAIAN MATERI**

#### **1. Pengertian bermain**

Bermain adalah cerminan kemampuan fisik, intelektual, emosional dan sosial dan bermain merupakan media yang baik untuk belajar karena dengan bermain anak akan berkata-kata, belajar menyesuaikan diri dengan lingkungan, melakukan apa yang dapat dilakukan dan mengenal waktu, jarak, serta suara (Wong, 2009). Bermain juga merupakan suatu aktivitas dimana anak dapat melakukan atau mempraktekkan keterampilan, memberikan ekspresi terhadap pemikiran, menjadi kreatif, serta mempersiapkan diri untuk berperan dan berperilaku dewasa (Hidayat, 2005).

Bermain sama dengan bekerja pada orang dewasa, dan merupakan aspek terpenting dalam kehidupan anak serta merupakan satu cara yang paling efektif untuk menurunkan stres pada anak dan penting untuk kesejahteraan mental dan emosional anak (Nursalam, 2005).

#### **2. Fungsi bermain**

Anak bermain pada dasarnya agar ia memperoleh kesenangan, sehingga tidak akan merasajenuh. Bermain tidak sekedar mengisi waktu tetapi merupakan kebutuhan anak seperti halnya makan, perawatan dan cinta kasih. Fungsi utama bermain adalah merangsang perkembangan sensoris-motorik, perkembangan sosial, perkembangan kreativitas, perkembangan kesadaran diri, perkembangan moral dan bermain sebagai terapi (Soetjiningsih, 1995). Untuk lebih jelasnya di bawah ini

terdapat beberapa fungsi bermain pada anak di antaranya:

a. Membantu perkembangan sensorik dan motorik

Cara yang dapat dilakukan adalah dengan merangsang sensorik dan motorik terutama pada bayi. Rangsangan bisa berupa taktil, audio dan visual. Anak yang sejak lahir telah dikenalkan atau dirangsang visualnya maka di kemudian hari kemampuan visualnya akan lebih menonjol seperti lebih cepat mengenal sesuatu yang baru dilihatnya. Demikian juga pendengaran, apabila sejak bayi dikenalkan atau dirangsang melalui suara-suara maka daya pendengaran di kemudian hari lebih cepat berkembang dibandingkan tidak ada stimulasi sejak dini.

b. Membantu perkembangan kognitif

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

c. Meningkatkan sosialisasi anak

Proses sosialisasi dapat terjadi melalui permainan. Sebagai contoh pada usia bayi ia akan merasakan kesenangan terhadap kehadiran orang lain dan merasakan ada teman yang dunianya sama. Pada usia toddler anak sudah mencoba bermain dengan sesamanya dan ini sudah mulai proses sosialisasi satu dengan yang lain. Pada usia *toddler*

anak biasanya sering bermain peran seperti berpura-pura menjadi seorang guru, menjadi seorang anak, menjadi seorang bapak, menjadi seorang ibu dan lain-lain. Kemudian pada usia prasekolah ia sudah mulai menyadari akan keberadaan teman sebaya sehingga anak mampu melakukansosialisasi dengan teman dan orang lain.

d. Meningkatkan kreatifitas

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

e. Meningkatkan kesadaran diri

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

f. Mempunyai nilai terapeutik

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

g. Mempunyai nilai moral pada anak

Bermain juga dapat memberikan nilai moral tersendiri kepada anak. Pada permainan tertentu seperti sepak bola, anak belajar benar atau salah karena dalam permainan tersebut ada aturan-aturan yang harus ditaati dan tidak boleh dilanggar. Apabila melanggar, maka konsekuensinya akan mendapat sanksi. Anak juga belajar benar atau

salah dari budaya di rumah, di sekolah dan ketika berinteraksi dengan temannya.

### 3. Jenis-jenis permainan

Dalam bermain kita mengenal beberapa sifat bermain pada anak, di antaranya bersifat aktif dan bersifat pasif, sifat demikian akan memberikan jenis permainan yang berbeda. Dikatakan bermain aktif jika anak berperan secara aktif dalam permainan, selalu memberikan rangsangan dan melaksanakannya. Sedangkan bermain pasif terjadi jika anak memberikan respons secara pasif terhadap permainan dan lingkungan yang memberikan respons secara aktif. Melihat hal tersebut kita dapat mengenal macam-macam dari permainan di antaranya (Nursalam, 2005):

#### a. Berdasarkan isinya

##### 1) Bermain afektif sosial (*Social affective play*)

Inti permainan ini adalah adanya hubungan interpersonal yang menyenangkan antara anak dengan orang lain. Misalnya, bayi akan mendapat kesenangan dan kepuasan dari hubungan yang menyenangkan dengan orang tuanya dan/atau orang lain.

Contoh: bermain "cilukba", berbicara sambil tersenyum/tertawa, atau sekedar memberikan tangan pada bayi untuk menggenggamnya.



**Gambar 15**  
**Bermain afektif sosial**

2) Bermain bersenang-senang (*Sense of pleasure play*)

Permainan ini menggunakan alat yang dapat menimbulkan rasa senang pada anak dan biasanya mengasyikkan. Misalnya: dengan menggunakan pasir, anak akan membuat gunung-gunungan atau benda-benda apa saja yang dapat dibentuknya dengan pasir. Ciri khas permainan ini adalah anak akan semakin lama semakin asyik bersentuhan dengan alat permainan ini dan dengan permainan yang dilakukannya sehingga susah dihentikan.



**Gambar 16**  
*Sense of pleasure play*

3) Bermain keterampilan (*skill play*)

Sesuai dengan sebutannya, permainan ini meningkatkan keterampilan anak, khususnya motorik kasar dan motorik halus. Misalnya: memindahkan benda dari satu tempat ke tempat lain, dan anak akan terampil naik sepeda. Jadi, keterampilan tersebut diperoleh melalui pengulangan kegiatan permainan yang dilakukan.



**Gambar 17**  
**Bermain keterampilan (*skill play*)**

4) *Games* atau permainan

*Games* dan permainan adalah jenis permainan yang menggunakan alat tertentu dengan menggunakan perhitungan atau skor. Permainan ini bisa dilakukan oleh anak sendiri atau dengan temannya. Banyak sekali jenis permainan ini mulai dari yang sifatnya tradisional maupun modern. Misalnya: ular tangga, congklak, puzzle.

5) *Unoccupied behavior*

Pada saat tertentu, anak sering terlihat mondar mandir, tersenyum, tertawa, jinjit-jinjit, bungkuk-bungkuk, memainkan kursi, meja, atau apa saja yang ada di sekitarnya. Jadi, sebenarnya anak tidak memainkan alat permainan tertentu, dan situasi atau objek yang ada di sekelilingnya yang digunakan sebagai alat permainan.



**Gambar 18**

***Jenis permainan Unoccupied behavior***

6) *Dramatic play*

Sesuai dengan sebutannya, pada permainan ini anak memainkan peran sebagai orang lain melalui permainannya. Anak berceletoh sambil berpakaian meniru orang dewasa, misalnya ibu guru, ibunya, ayahnya, kakaknya dan sebagainya yang ingin ia tahu.



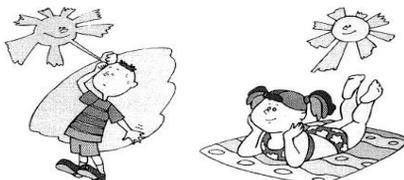
**Gambar 19**  
*jenis permainan Dramaticplay*

Apabila anak bermain dengan temannya, akan terjadi percakapan di antara mereka tentang peran orang yang mereka tiru. Permainan ini penting untuk proses identifikasi anak terhadap peran tertentu.

b. Berdasarkan karakteristik sosial:

1) *Onlooker play*

Pada jenis permainan ini, anak hanya mengamati temannya yang sedang bermain, tanpa ada inisiatif untuk ikut berpartisipasi dalam permainan. Jadi, anak tersebut bersifat pasif, tetapi ada proses pengamatan terhadap permainan yang sedang dilakukan temannya.



**Gambar 20**  
*Jenis permainan Onlookerplay*

2) *Solitary play*

Pada permainan ini, anak tampak berada dalam kelompok permainan, tetapi anak bermain sendiri dengan alat permainan yang dimilikinya dan alat permainan tersebut berbeda dengan alat permainan yang digunakan temannya. Tidak ada kerja sama

ataupun komunikasi dengan teman sepermainannya.



**Gambar 21**  
***Jenis permainan Solitary play***

### 3) Parallel play

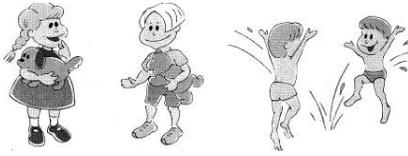
Pada permainan ini, anak dapat menggunakan alat permainan yang sama tetapi antara satu anak dengan anak lain tidak terjadi kontak satu sama lain sehingga antara anak satu dengan anak lain tidak ada sosialisasi satu sama lain. Biasanya permainan ini dilakukan oleh anak *toddler*.



**Gambar 22**  
***Jenis permainan Parallelplay***

### 4) Associative play

Padapermainan ini sudah terjadi komunikasi antara satu anak dengan anak lain tetapi tidak terorganisasi, tidak ada pemimpin atau yang memimpin permainan dan tujuan permainan tidak jelas. Contoh permainan jenis ini adalah bernain boneka, bermain hujan-hujan, dan bermain masak• masakan.



**Gambar 23**  
*Jenis permainan Associative play*

5) *Cooperative play*

Aturan permainan dalam kelompok tampak lebih jelas pada permainan jenis ini juga tujuan dan pemimpin permainan. Anak yang memimpin permainan mengatur dan mengarahkan anggotanya untuk bertindak dalam permainan sesuai dengan tujuan yang diharapkan dalam permainan tersebut. Misalnya, pada permainan sepak bola, ada anak yang memimpin permainan, aturan main harus dijalankan oleh anak dan mereka harus dapat mencapai tujuan bersama yaitu memenangkan permainan dengan memasukan bola ke gawang lawan mainnya.



**Gambar 24**  
*Jenis permainan Cooperative play*

4. **Faktor-faktor yang mempengaruhi bermain pada anak**

Menurut Supartini (2004), ada beberapa faktor yang mempengaruhi bermain, yaitu:

a. Tahap perkembangan anak

Aktivitas bermain yang dilakukan anak harus sesuai dengan tahapan pertumbuhan dan perkembangannya. Artinya, permainan anak usia

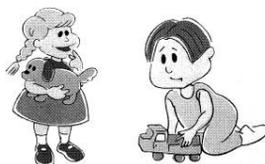
bayi tidak lagi efektif untuk pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah, begitupun sebaliknya, Permainan adalah alat stimulasi pertumbuhan dan perkembangan anak sehingga jenis dan alat permainannya pun harus sesuai dengan karakteristik anak untuk tiap-tiap tahap usianya.

b. Status kesehatan anak

Untuk melakukan aktifitas bermain diperlukan energi. Walaupun demikian, bukan berarti anak tidak perlu bermain pada saat sedang sakit. Kebutuhan bermain pada anak sama halnya dengan kebutuhan bekerja pada orang dewasa. Yang terpenting pada saat kondisi anak sedang menurun atau anak terkena sakit, bahkan dirawat di rumah sakit, orang tua dan perawat harus jeli memilihkan permainan yang dapat dilakukan anak sesuai dengan prinsip bermain pada anak yang sedang dirawat di rumah sakit.

c. Jenis kelamin anak

Ada beberapa pandangan tentang konsep gender dalam kaitannya dengan permainan anak. Permainan adalah salah satu alat untuk membantu mengenal identitas diri sehingga sebagian alat permainan anak perempuan tidak dianjurkan untuk digunakan oleh anak laki laki.



**Gambar 25**  
**Permainan sesuai jenis kelamin**

d. Lingkungan

Terselenggaranya aktifitas bermain yang baik untuk perkembangan anak salah satunya dipengaruhi oleh nilai moral, budaya, dan lingkungan fisik rumah. Fasilitas bermain tidak selalu harus yang dibeli di toko atau mainan jadi, tetapi lebih diutamakan yang dapat menstimulus imajinasi dan kreatifitas anak, bahkan sering kali mainan tradisional yang dibuat sendiri dari atau berasal dari benda-benda di sekitar kehidupan anak lebih merangsang anak untuk kreatifitas.

e. Alat dan jenis permainan

Orang tua harus bijaksana dalam memberikan alat permainan untuk anak. Pilih yang sesuai dengan tahapan tumbuh kembang anak. Label yang tertera pada mainan harus dibaca terlebih dahulu sebelum membelinya, apakah mainan tersebut sesuai dengan usia anak. Orang tua dan anak dapat memilih mainan bersama-sama, tetapi harus diingat bahwa alat permainan harus aman bagi anak. Oleh karena itu, orang tua harus membantu anak memilihkan mainan yang aman.

## 5. Pedoman untuk keamanan bermain

Menurut Soetjiningsih (1995), agar anak-anak dapat bermain dengan maksimal, maka diperlukan hal-hal seperti:

a. Ekstraenergi

Untuk bermain diperlukan energi ekstra. Anak-anak yang sakit kekil kemungkinan untuk melakukan permainan.

b. Waktu

Anak harus mempunyai waktu yang cukup untuk bermain sehingga stimulus yang diberikan dapat optimal.

c. Alat permainan

Untuk bermain, alat permainan harus disesuaikan dengan usia dan tahap perkembangan anak serta memiliki unsur edukatif bagi anak.

d. Ruang untuk bermain

Bermain dapat dilakukan di mana saja, di ruang tamu, halaman, bahkan di tempat tidur.

e. Pengetahuan era bermain Dengan mengetahui era bermain maka anak akan lebih terarah dan pengetahuan anak akan lebih berkembang dalam menggunakan alat permainan tersebut.

f. Teman bermain

Teman bermain diperlukan untuk mengembangkan sosialisasi anak dan membantu anak dalam menghadapi perbedaan. Bila permainan dilakukan bersama dengan orangtua, maka hubungan orangtua dan anak menjadi lebih akrab.

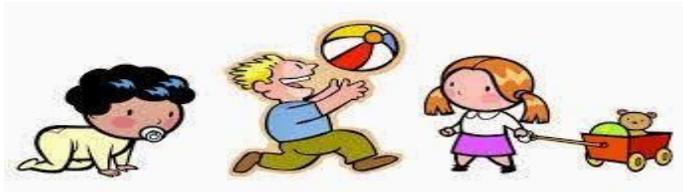
## **6. Alat Permainan Edukatif (APE)**

Alat permainan edukatif merupakan alat permainan yang dapat memberikan fungsi permainan secara optimal dan perkembangan anak, dimana melalui alat permainan ini anak akan selalu dapat mengembangkan kemampuan fisiknya, bahasa, kemampuan kognitifnya dan adaptasi sosialnya. Dalam mencapai fungsi perkembangan secara optimal, maka alat permainan ini harus aman, ukurannya sesuai dengan usia anak, modelnya jelas, menarik, sederhana dan tidak mudah rusak.

Pada kenyataannya masyarakat kadang kurang memahami

penggunaan alat permainan edukatif ini. Banyak orang tua membeli mainan tanpa memperdulikan kegunaannya sehingga terkadang harganya mahal tetapi tidak sesuai dengan umur anak. Untuk mengetahui alat permainan edukatif, di bawah ini beberapa contoh alat permainan yang bersifat edukatif seperti:

- a. Permainan sepeda roda tiga atau dua, bola, mainan yang ditarik dan didorong. Jenis ini mempunyai fungsi pendidikan dalam pertumbuhan fisik atau motorik kasar



**Gambar 26**

**Jenis permainan untuk stimulasi motorik kasar**

- b. Untuk mengembangkan motorik halus alat-alat permainan dapat berupa gunting, pensil, bola, balok, lilin dan sebagainya.



**Gambar 27**

**Jenis permainan untuk stimulasi motorik halus**

- c. Buku bergambar, buku cerita, *puzzte*. boneka, pensil warna, radio dan lain-lain dapat digunakan untuk mengembangkan kemampuan

kognitif atau kecerdasan anak.



**Gambar 28**

**Jenis permainan untuk stimulasi kognitif**

- d. Alat permainan seperti buku gambar, buku cerita, majalah, radio, tape dan televisi dapat digunakan dalam mengembangkan kemampuan bahasa,
- e. Alat permainan seperti gelas plastik, sendok, baju, sepatu, kaos kaki dapat digunakan dalam mengembangkan kemampuan menolong diri sendiri



**Gambar 29**

**Jenis permainan untuk menolong diri sendiri**

- f. Alat permainan seperti kotak, bola dan tali, dapat digunakan untuk mengembangkan tingkah laku sosial,

Selain penggunaan alat permainan secara edukatif, peran orang tua atau pembimbing dalam bermain sangat penting. Orang tua harus memahami dan memiliki kemampuan tentang jenis alat permainan dan

kegunaannya, sabar dalam bermain, tidak memaksakan, mampu mengkaji kebutuhan bermain seperti kapan harus berhenti dan kapan harus dimulai serta memberikan kesempatan untuk mandiri. Peran orang tua lainnya dalam kegiatan bermain anak adalah:

1) Memotivasi

Dengan memberikan motivasi, anak akan semakin percaya diri dan yakin akan kemampuannya yang ia miliki.

2) Mengawasi

Pengawasan dalam bermain juga mutlak diperlukan apapun jenis permainannya, hal ini dilakukan untuk mencegah hal-hal yang tidak diinginkan seperti jatuh saat bermain.

3) Mitra

Peran orang tua sebagai mitra bermain akan memunculkan rasa kekompakan dan melatih anak untuk bisa bekerja sama saat bermain.

## **7. Bermain di rumah sakit**

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

a. Anak tidak banyak menggunakan energi, waktu bermain lebih

singkat untuk menghindari kelelahan. Alat permainan yang digunakan bersifat sederhana. Contoh permainannya: menyusun balok, membuat kerajinan tangan dan menonton televisi

- b. Relatif aman dan terhindar dari infeksi silang.
- c. Sesuai dengan kelompok usia.
- d. Untuk rumah sakit yang mempunyai tempat bermain, hendaknya waktu bermain perlu dijadwalkan dan dikelompokkan sesuai dengan usia karena kebutuhan bermain berbeda antara masing-masing tahap usia.
- e. Tidak bertentangan dengan terapi.

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

Keuntungan bermain di rumah sakit bagi anak:

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

## **B. LA TIHAN**

Untuk memperdalam pemahaman anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut! Sebagai latihan untuk kegiatan ini, anda diminta untuk mengidentifikasi aktifitas bermain yang di lakukan oleh anak.

Caranya:

1. Carilah beberapa aktifitas bermain yang dilakukan oleh anak-anak yang ada di sekitar anda. Solehdi sekitar tempat tinggal, tempat kerja atau arena bermain.
2. Observasidan catatlah setiap perilaku yang diperlihatkan oleh setiap anak yang terlibat dalam permainan, termasuk di dalamnyajenis permainanyang dilakukan dan alat permainanyang digunakan.
3. Anda dapat menggunakan kamera atau video untuk mengabadikan peristiwa tersebut.
4. Simpanlah catatan dan hasil observasi dengan baik sebagai bukti bahwa anda telah melakukantugas.
5. Buat laporan sebagaihasil tugas yang telah anda laksanakan
6. Nah selamat beraksi, yakin tugas ini akan sangat menyenangkan bagi anda.

### **Petunjuk jawaban latihan**

Sebelum mengerjakan tugas, Anda bisa memahami dulu materi di atas dan dapat membaca sumber lain untuk menambah informasi, baik di perpustakaan atau melalui internet.

## **C. RANGKUMAN**

Setelah mempelajari kegiatan belajar tentang bermain, maka kita dapat mengambil kesimpulanbahwa:

1. Bagi anak bermain merupakan kebutuhan. Hampir sebagian besar waktu anak dihabiskan dengan kegiatan bermain.
2. Bermain pada anak pada dasarnya tidak hanya menghabiskan waktu saja, tetapi di dalamnya terdapat fungsi yang berguna bagi perkembangannya. Fungsi bermain bagi anak diantaranya adalah membantu perkembangan sensorik dan motorik, membantu perkembangan kognitif, meningkatkan sosialisasi anak, meningkatkan kreatifitas, mengembangkankesadaran diri dan mengembangkan nilai moral. Selain itu bermain juga mempunyai fungsi terapeutik karena dengan bermain maka anak akan merasa nyaman dan dapat menghilangkan stress.

#### **D. EVALUASI**

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

1. Bermain bagi anak merupakan suatu ..
  - A. keharusan
  - B. kebutuhan
  - C. tantangan
  - D. keinginan
  - E. paksaan
2. Saat bermain, anak dapat belajar warna, memahami bentuk ukuran dan berbagai manfaat benda yang digunakan dalam permainan. Dengan demikian maka fungsi bermain bisa untuk .....

  - A. membantu perkembangan kognitif
  - B. meningkatkan sosialisasi anak
  - C. meningkatkan kreatifitas

- D. mengembangkan kesadaran diri
  - E. mengembangkan nilai moral
3. Kreatifitas seorang anak dapat dilihat saat ia sedang bermain. Karena dengan bermain anak akan ....
- A. belajar mengatur perilaku dan membandingkan perilakunya dengan perilaku orang lain
  - B. belajar benar salah dari permainan kerjasama seperti bermain sepak bola
  - C. biasanya bermain bersama dengan temannya dan memainkan berbagai jenis permainan
  - D. dapat mengetahui berbagai manfaat benda yang digunakan dalam permainan
  - E. belajar menciptakan sesuatu dari permainan yang ada dan mampu memodifikasi objek yang akan digunakan dalam permainan
4. Berdasarkan isinya, bermain dapat dibedakan menjadi ..
- A. *onlooker play*
  - B. *parallel play*
  - C. *solitary play*
  - D. *dramatic play*
  - E. *cooperative play*
5. Jenis permainan yang sering dilakukan oleh anak *toddler* adalah .
- A. *onlooker play*
  - B. *parallel play*

- C. *solitary play*
- D. *dramatic play*
- E. *cooperative play*

6. Yang dimaksud dengan *associative play* adalah ..
- A. anak hanya mondar mandir, tersenyum, tertawa, jinjit-jinjit, bungkuk•bungkuk, memainkan kursi, meja, atau apa saja yang ada di sekitarnya.
  - B. anak tampak berada dalam kelompok permainan, tetapi anak bermain sendiri dengan alat permainan yang dimilikinya.
  - C. terjadi komunikasi antara satu anak dengan anak lain tetapi tidak terorganisasi, tidak ada pemimpin atau yang memimpin permainan dan tujuan permainan tidak jelas.
  - D. anak menggunakan alat permainan yang sama tetapi antara satu anak dengan anak lain tidak terjadi kontak.
  - E. aturan permainan jelas sudah ada tujuan dan pemimpin permainan.
7. Bermain harus disesuaikan dengan pertumbuhan dan perkembangan anak, artinya
- A. pada saat kondisi anak sedang menurun maka alat dan jenis permainan harus disesuaikan
  - B. permainan anak usia bayi tidak lagi efektif untuk pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah
  - C. fasilitas bermain tidak harus selalu lengkap dan mahal, yang penting dapat merangsang stimulus anak
  - D. dalam aktifitas bermain anak laki-laki dan perempuan tidak

dibedakan

E. alat permainan harus disesuaikan dengan usia dan keamanan anak

8. Bermain dapat dilakukan di mana saja, di ruang tamu, halaman, bahkan di tempat tidur. Hal ini berarti bahwa bermain membutuhkan..

A. energi

B. waktu

C. alat permainan

D. ruang untuk bermain

E. teman bermain

9. Alat permainan yang dapat digunakan untuk mengembangkan kemampuan kognitif atau kecerdasan anak adalah.

A. buku bergambar, buku cerita, puzzle, boneka, pensil warna, radio

B. sepeda roda tiga atau dua, bola, mainan yang ditarik dan didorong

C. gunting, pensil, bola, balok, lilin

D. gelas plastik, sendok, baju, sepatu, kaos kaki

E. kotak, bola dan tali

10. Untuk mengembangkan sosialisasi anak dan membantu anak dalam menghadapi perbedaan, maka dalam permainan diperlukan

A. energy

B. waktu

C. alat permainan

D. ruang untuk bermain

E. teman bermain

## KONSEP IMUNISASI DASAR

### A. PENDAHULUAN

Program imunisasi di Indonesia dikembangkan sebagai salah satu upaya pencegahan penyakit tertentu yaitu penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) antara lain: tuberkulosis, dipteri, pertusis, tetanus, hepatitis B, polio dan campak (Pusdatin Kemenkes, 2014). Setiap bayi (0-11 bulan) wajib mendapatkan imunisasi dasar lengkap yang terdiri dari 1 dosis hepatitis B, 1 dosis BeG, 3 dosis DPT-hepatitisB, 4 dosis polio dan 1 dosiscampak.

Setiap tahun ada sekitar 2,4 juta anak usia kurang dari 5 (lima) tahun di dunia yang meninggal karena penyakit-penyakit yang seharusnya dapat dicegah dengan imunisasi. Di Indonesia sendiri sekitar 7 (tujuh) persen anak belum mendapatkan imunisasi. Keadaan ini tentu akan berpengaruh terhadap kesehatan dan kelangsungantumbuh kembang anak. Imunisasi adalah investasi terbesar bagi anak di masa depan. Imunisasi adalah hak anak yang tidak bisa ditunda dan diabaikan sedikitpun. Imunisasi sudah terbukti bermanfaat, efektif dan teruji keamanannya secara ilmiah dengan berdasarkan kejadian berbasis bukti. Walaupun demikian sampai saat ini masih banyak saja orangtua dan kelompok orang yang menyangsikannya sehingga berpengaruh terhadap tercapainya cakupan imunisasi (IDAI, 2012).

Berdasarkan data hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) sampai tahun 2013 cakupan imunisasi masih belum mencapai target yang diharapkan. Secara nasional target yang harus dicapai pada tahun

2013 adalah 88% dan tahun 2014 menjadi 90%. Pencapaian cakupan imunisasi dasar lengkap nasional dari tahun ke tahun mengalami peningkatan, akan tetapi tidak sesuai dengan target yang diharapkan. Tahun 2010 cakupan imunisasi baru mencapai 58,3% dan di tahun 2013 naik menjadi 59,2% (PusdatinkemenkesRI, 2014).

Data basil RISKESDAS diatas berbeda dengan data yang diperoleh berdasarkan data rutin yang dikumpulkan oleh Subdit imunisasi Ditjen P2PL yang menyatakan bahwa sampai tahun 2014 cakupan imunisasi dasar nasional sudah mencapai target yang diharapkan yaitu sebesar 90%. Di Jawa Barat, cakupan imunisasi berdasarkan data rutin Ditjen P2PL tahun 2013 sudah mencapai lebih dari 95% dan sudah melampaui target *Universal Child Immunization* (UCI). UCI merupakan gambaran suatu desa/kelurahan dimana ~80% dari jumlah bayi (0-11 bulan) yang ada di daerah tersebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap. Target UCI pada tahun 2013 adalah 95% dan tahun 2014 sebesar 100%. Sampaiakhir tahun 2013, terdapat 9 provinsi yang mencapaitarget 95% yaitu DI Yogyakarta, DKI Jakarta, Jambi, Lampung, Jawa Tengah, Kepulauan Bangka Belitung, Jawa Barat, Bali dan NusaTenggara Barat (Pusdatin Kemenkes RI, 2014).

Begitu pentingnya pemberian imunisasi bagi anak, maka pada kegiatan belajar kali ini kita akan membahas tentang berbagai hal tentang imunisasi dan pelaksanaannya.

## B. URAIAN MATERI

### 1. Pengertian Imunisasi

Imunisasi adalah cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang terhadap suatu penyakit, sehingga bila kelak terpajan penyakit tersebut ia tidak menjadi sakit. Kekebalan yang diperoleh dari imunisasi dapat berupa kekebalan pasif maupun aktif (Satgas IDAI, 2008). Sedangkan imunisasi dasar adalah pemberian imunisasi awal pada bayi yang baru lahir sampai usia satu tahun untuk mencapai kadar kekebalan di atas ambang perlindungan. (Depkes RI, 2005).

Imunisasi yang diberikan untuk memperoleh kekebalan pasif disebut imunisasi pasif dengan memberikan *antibody* atau faktor kekebalan pada seseorang yang membutuhkan. Contohnya pemberian *immunoglobulin* spesifik untuk penyakit tertentu misalnya *immunoglobulin antitetanus* untuk penderita tetanus. Kekebalan pasif tidak berlangsung lama karena akan dimetabolisme oleh tubuh, seperti kekebalan alami yang diperoleh janin dari ibu akan perlahan menurun dan habis.

Kekebalan aktif dibuat oleh tubuh sendiri akibat terpajan pada antigen secara alamiah atau melalui imunisasi. Imunisasi yang diberikan untuk memperoleh kekebalan aktif disebut imunisasi aktif dengan memberikan zat bioaktif yang disebut vaksin dan tindakannya disebut vaksinasi. Kekebalan yang diperoleh dengan vaksinasi berlangsung lebih lama dari kekebalan pasif karena adanya memori imunologis walaupun tidak sebaik

kekebalan aktif yang terjadi karena infeksi alamiah.

Secara khusus, antigen merupakan bagian protein kuman atau racun yang jika masuk ke dalam tubuh manusia, maka sebagai reaksinya tubuh harus memiliki zat anti. Bila antigen itu kuman, zat anti yang dibuat tubuh manusia disebut antibody. Zat anti terhadap racun kuman disebut antitoksin. Dalam keadaan tersebut, jika tubuh terinfeksi maka tubuh akan membentuk antibody untuk melawan bibit penyakit yang menyebabkan terinfeksi. Tetapi antibody tersebut bersifat spesifik yang hanya bekerja untuk bibit penyakit tertentu yang masuk ke dalam tubuh dan tidak terhadap bibit penyakit lainnya (Satgas IDAI, 2011).

## 2. Tujuan imunisasi

### b. Tujuan umum

Tujuan umum imunisasi adalah untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi akibat penyakit yang dapat dicegah dengan irhunisasi (PD3I). Penyakit tersebut adalah difteri, tetanus, pertusis (batuk rejan), measles(campak), polio dan tuberculosis.

### c. Tujuan khusus

- 1) Tercapainya target *Universal Child Immunization* (UCI), yaitu cakupan imunisasi lengkap minimal 80% secara merata pada bayi di 100% desa/kelurahan pada tahun 2010.
- 2) Tercapainya ERAPO (Eradikasi Polio), yaitu tidak adanya

virus polio liar di Indonesia yang dibuktikan dengan tidak ditemukannya virus polio liar padatahun 2008.

- 3) Tercapainya eliminasi tetanus maternal dan neonatal MNTE (*Maternal Neonatal Tetanus Elimination*).
- 4) Tercapainya RECAM (Reduksi Campak), artinya angka kesakitan campakturun pada tahun 2006.
- 5) Peningkatan mutu pelayanan imunisasi.
- 6) Menetapkan standar pemberian suntikan yang aman (*safe injection practices*).
- 7) Keamanan pengelolaan limbah tajam (*safe waste disposal management*).

### **3. Sasaran program imunisasi**

Sasaran program imunisasi mencakup:

- a. Bayi usia 0-1 tahun untuk mendapatkan vaksinasi BCG, DPT, polio, campak dan hepatitis-B.
- b. Ibu hamil dan wanita usia subur dan calon pengantin (Catin) untuk mendapatkan imunisasi IT.
- c. Anak sekolah dasar (SD) kelas 1, untuk mendapatkan imunisasi DPT.
- d. Anak sekolah dasar (SD) kelas II *sid* kelas VI untuk mendapatkan imunisasi IT (dimulai tahun 2001 *sid* tahun 2003), anak-anak SD kelas II dan kelas III mendapatkan vaksinasi IT (OepkesRI, 2005).

### **4. Manfaat imunisasi**

Manfaat yang didapat dari pemberian imunisasi di antaranya

adalah sebagai berikut:

- a. Untuk anak, bermanfaat mencegah penderitaan yang disebabkan oleh penyakit menular yang sering berjangkit.
- b. Untuk keluarga, bermanfaat menghilangkan kecemasan serta biaya pengobatan jika anak sakit.
- c. Untuk negara, bermanfaat memperbaiki derajat kesehatan, menciptakan bangsa yang kuat dan berakal untuk melanjutkan pembangunan negara (DepkesRI, 2005).

## 5. Jenis imunisasi

### a. Imunisasi aktif

Imunisasi aktif adalah proses mendapatkan kekebalan dimana tubuh anak sendiri membuat zat anti yang akan bertahan selama bertahun-tahun. Vaksin dibuat "hidup dan mati". Vaksin hidup mengandung bakteri atau virus (*germ*) yang tidak berbahaya, tetapi dapat menginfeksi tubuh dan merangsang pembentukan antibodi. Vaksin yang mati dibuat dari bakteri atau virus, atau dari bahan toksit yang dihasilkannya yang dibuat tidak berbahaya dan disebut *toxoid*. Imunisasi dasar yang dapat diberikan kepada anak adalah:

- 1) BcG, untuk mencegah penyakit TBC.
- 2) DPT, untuk mencegah penyakit-penyakit difteri, pertusis dan tetanus.
- 3) Polio, untuk mencegah penyakit poliomyelitis.
- 4) Campak, untuk mencegah penyakit campak (*measles*).
- 5) Hepatitis B, untuk mencegah penyakit hepatitis.

**b. Imunisasi pasif**

Imunisasi pasif adalah pemberian antibody kepada resipien, dimaksudkan untuk memberikan imunitas secara langsung tanpa harus memproduksi sendiri zat aktif tersebut untuk kekebalan tubuhnya. Antibody yang diberikan ditujukan untuk upaya pencegahan atau pengobatan terhadap infeksi, baik untuk infeksi bakteri maupun virus (Satgas IDAI, 2008).

Imunisasi pasif dapat terjadi secara alami saat ibu hamil memberikan antibody tertentu ke janinnya melalui plasenta, terjadi di akhir trimester pertama kehamilan dan jenis antibody yang ditransfer melalui plasenta adalah immunoglobulin G (IgG). Transfer imunitas alami dapat terjadi dari ibu ke bayi melalui kolostrum (ASI), jenis yang ditransfer adalah immunoglobulin A (IgA). Sedangkan transfer imunitas pasif secara didapat terjadi saat seseorang menerima plasma atau serum yang mengandung antibody tertentu untuk menunjang kekebalan tubuhnya.

**6. Jenis-jenis vaksin imunisasi dasar dalam program imunisasi**

- a.** Vaksin BCG memberikan perlindungan terhadap penyakit tuberculosis, yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Imunisasi BCG (*Bacillus Calmette Guerin*) merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit TBC yang berat sebab terjadinya penyakit TBC yang primer atau yang ringan dapat terjadi

walaupun sudah dilakukan imunisasi BCG. TBC yang berat contohnya adalah TBC pada selaput otak, TBC miller pada seluruh lapangan paru, atau TBC tulang .. Dosis untuk bayi dan anak < 1 tahun adalah 0,05 ml. Cara pemberian intrakutan di daerah insersio *M. deltoideus* kanan



**Gambar 30**  
**Vaksin BCG**

Vaksin BCG merupakan bakteri tuberculosis bacillus yang telah dilemahkan. Cara pemberiannya melalui suntikan. Sebelum disuntikan, vaksin BeG harus dilarutkan terlebih dahulu. Dosis 0,05 cc untuk bayi dan 0,1 cc untuk anak dan orang dewasa. Imunisasi BeG dilakukan pada bayi usia 0-2 bulan, akan tetapi Imunisasi BCG sebaiknya diberikan pada umur :5 bulan. Setelah usia 2 bulan sebaiknya dilakukan uji tuberculin (uji mantoux), dan diberikan imunisasi jika hasilnya negative. Imunisasi BCG disuntikan secara intrakutan di daerah lengan kanan atas. Disuntikan ke dalam lapisan kulit dengan penyerapan pelan-pelan. Dalam memberikan suntikan intrakutan, agar dapat dilakukan dengan tepat, harus menggunakan jarum pendek yang sangat halus (10 mm, ukuran 26).



**Gambar 31**

### **Cara pemberian imunisasi BCG**

Kontra indikasi : Imunisasi BCG tidak boleh diberikan pada anak yang menderita penyakit kulit yang berat atau menahun, seperti eksim, furunkulosis dan anak yang sedang menderita TBC

Efek samping : Setelah diberikan imunisasi BCG, reaksi yang timbul tidak seperti pada imunisasi dengan vaksin lain. Imunisasi BCG tidak menyebabkan demam. Setelah 1-2 minggu diberikan imunisasi, akan timbul indurasi dan kemerahan ditempat suntikan yang berubah menjadi pastula, kemudian pecah menjadi luka. Luka tidak perlu pengobatan khusus, karena luka ini kan sembuh dengan sendirinya secara spontan. Kadang terjadi pembesaran kelenjar regional di ketiak atau leher. Pembesaran kelenjar ini terasa padat namun tidak menimbulkan demam.

#### **b. DPT (Difteri, Pertusis, dan Tetanus)**

Imunisasi OPT (*difterie, pertussis/ tetanus*) merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit difteri, pertusis dan tetanus. Vaksin OPT ini merupakan vaksin yang mengandung racun kuman difteri yang telah dihilangkan sifat racunnya, namun masih dapat

merangsang pembentukan zat anti (toksoid). Pemberian pertama zat anti terbentuk masih sangat sedikit (tahap pengenalan) terhadap vaksin dan mengaktifkan organ-organ tubuh membuat zat anti. Pada pemberian kedua dan ketiga terbentuk zat anti yang cukup. Imunisasi OPT diberikan secara intramuskular. Pemberian OPT dapat berefek samping ringan ataupun berat. Efek ringan biasanya terjadi pembengkakan, nyeri pada tempat penyuntikan, dan demam. Efek berat misalnya terjadi menganis hebat, kesakitan kurang lebih 4 jam, kesadaran menurun, terjadi kejang, ensefalopati, dan syok. Upaya pencegahan penyakit difteri, pertusis dan tetanus perlu dilakukan sejak dini melalui imunisasi karena penyakit tersebut sangat cepat serta dapat meningkatkan kematian bayi dan anak balita. Imunisasi OPT dasar diberikan 3 kali sejak umur 2 bulan dengan interval 4-6 minggu. OPT 1 diberikan pada umur 2-4 bulan, OPT 2 pada umur 3-5 bulan, OPT 3 pada umur 4-6 bulan. Ulangan selanjutnya (OPT 4) diberikan satu tahun setelah OPT 3 yaitu pada umur 18-24 bulan dan OPT 5 pada saat masuk sekolah 5-7 tahun. OPT 5 diberikan pada kegiatan imunisasi di sekolah dasar. Ulangan OPT 6 diberikan pada umur 12 tahun. Sebaiknya untuk ulangan pada umur 12 tahun diberikan .

### **c. Imunisasi Hepatitis B**

Imunisasi hepatitis B merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit hepatitis.

Kandungan vaksin ini adalah HbsAg dalam bentuk cair. Frekuensi pemberian imunisasi hepatitis sebanyak 3 kali dan penguatnya dapat diberikan pada usia 6 tahun. Imunisasi hepatitis ini melalui intramuskuler. Angka kejadian hepatitis B pada anak blita juga sangat tinggi dalam memengaruhi angka kesakitan dan kematian balita.

Pemberian imunisasi hepatitis B harus berdasarkan status HbsAg ibu pada saat melahirkan, sebagai berikut :

- 1) Bayi lahir dari ibu dengan status HbsAg yang tidak diketahui. Oiberikan vaksin rekombinan (HB Vax-ll 5 mikro gram) atau vaksin plasma derived 10 mikro gram, dalam waktu 12 jam setelah lahir. Oosis kedua diberikan umur 1-2 bulan dan ketiga umur 6 bulan. Apabila pada pemeriksaan selanjutnya diketahui ibu HbsAg-nya positif, segera berikan 0,5 ml HBIG (sebelum 1 minggu).
- 2) Bayi lahir dari ibu HbsAg positif. Oalam waktu 12 jam setelah lahir secara bersamaan, diberikan 0,5 ml HBIG dan vaksin rekombinan intramuskuler di sisi tubuh yang berlainan. Oosis kedua diberikan 1-2 bulan sesudahnya dan dosis ketiga diberikan pada usia 6 bulan.
- 3) Bayi lahir dari ibu dengan HbsAg negatif. Oiberikan aksin rekombinan atau vaksin plasma derived secara intramuskuler pada mur 2-6 bulan. Oosis kedua diberikan 1-2 bulan kemudian dan dosis ketiga diberikan 6 bulan setelah dosis pertama.

#### **d. Imunisasi DPT-HB Combo**

DPT-HB yang merupakan vaksin kombinasi antara vaksin OPT dan vaksin Hepatitis B. Adanya vaksin kombinasi ini memberikan keuntungan pada bayi sehingga bayi tidak mendapat suntikan lebih banyak. Imunisasi OPT• HB diberikan sebanyak 3 kali yaitu OPT-HB1 pada usia 2-3 bulan, OPT• HB2 usia 3-4 bulan dan DPT-HB3 usia 4-6 bulan. Pemberian imunisasi disebut efektif apabila diberikan pada waktu yang tepat dengan dosis dan cara penyuntikan yang benar serta kondisi vaksinnya bagus. Imunisasi Hepatitis B digabung dengan imunisasi OPT menjadi DPT-HB atau sering kita sebut OPT-Combo. Sehingga vaksin kombinasi ini efektif mencegah 4 macam penyakit sekaligus yang disebabkan oleh virus berbahaya. Sangat efektif karena dilakukan hanya dengan 1 kali suntikan di paha bayi secara intramuskular sebanyak 3 kali dengan selang waktu 4 minggu. Biasanya akan timbul demam setelah suntikan vaksin ini, tetapi tidak berbahaya bila demamnya reda dengan obat penurun demam.

#### **e. Imunisasi combo Penta Valent**

Vaksin Penta Valent (Pentabio) merupakan pengembangan vaksin tetavalen (DPT-HB) yaitu gabungan dari 5 antigen, yaitu DPT (Difteri, Pertusis dan Tetanus), Hepatitis B, serta Hib. Vaksin pentavalen (DPT-HB• Hib) bersama vaksin campak, polio dan BCG, maka program imunisasi yang semula diarahkan pada pencegahan 7 penyakit menular (Difteri, Pertusis, Tetanus, Hepatitis B, Tuberculosis pada bayi, Polio dan

Campak) bertambah menjadi 8 penyakit menular melalui penambahan antigen *Haemophilus influenzae type b* untuk mencegah Pneumonia dan Meningitis pada anak (Nafsiah, 2013)



**Gambar 32**

### **Vaksin combo venta parent**

vaksin ini diberikan mengikuti jadwal pemberian DPT-HB yang selama ini dilaksanakan yakni, untuk usia bayi 2, 3, dan 4 bulan yang diberikan secara intramuscular.



**Gambar 33**

### **Cara pemberian imunisasi DPT, Heb B dan Combo**

#### **f. Imunisasi Polio**

Imunisasi polio merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya poliomyelitis yang dapat menyebabkan kelumpuhan pada anak. Kandungan vaksin ini adalah virus yang dilemahkan. Imunisasi polio diberikan secara oral.



**Gambar 34**

**Cara pemberian imunisasi polio**

Untuk imunisasi dasar (polio 1,2,3) vaksin diberikan 2 tetes per oral dengan interval tidak kurang dari 4 minggu, PPI menambahkan imunisasi polio segera setelah lahir ( polio 0 pada kunjungan 1) dengan tujuan untuk meningkatkan cakupan imunisasi. Polio 0 diberikan saat bayi kan dipulangkan dari rumah sakit agar tidak mencemari bayi lain mengingat virus polio hidup dapat diekskresikan melalui tinja. Imunisasi polio ulangan diberikan satu tahun sejak imunisasi polio 4 selanjutnya saat masuk sekolah (5-6 tahun)



**Gambar 35**

**Vaksin Polio**

**g. Imunisasi Campak**

Imunisasi campak merupakan irnunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit campak pada anak karena termasuk penyakit menular.



**Gambar 36**  
**Vaksin Campak**

Kandungan vaksin itu adalah virus yang dilemahkan. Imunisasi campak diberikan melalui subkutan. Imunisasi ini memiliki efek samping seperti terjadinya ruam pada tempat suntikan dan panas. Angka kejadian campak juga tinggi dalam memengaruhi angka kesakitan dan kematian anak. Vaksin campak diberikan pada umur 9 bulan, dalam satu dosis 0,5 ml.



**Gambar 37**  
**Cara Imunisasi Campak**

## **7. Penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi**

Seperti yang telah dijelaskan diatas bahwa program imunisasi di Indonesia dikembangkan sebagai salah satu upaya pencegahan penyakit tertentu yaitu penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Adapun beberapa penyakit tersebut antara lain

:

**a. Tuberculosis**

Tuberculosis adalah penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* dan *mycobacterium bovis*, yang pada umumnya sering mengenai paru-paru, tetapi dapat juga mengenai organ lainnya seperti selaput otak, tulang, kelenjar superfisial dan lainnya. Seseorang yang terinfeksi *Mycobacterium tuberculosis* tidak selalu menjadi sakit Tuberculosis aktif. Beberapa minggu ( 2-12 minggu) setelah infeksi maka terjadi respon imunitas selular yang dapat ditunjukkan dengan uji tuberkulin ( Satgas IDAI, 2008). Gejala awal adalah badan lemas, terjadi penurunan berat badan, demam dan keluar keringat pada malam hari. Gejala selanjutnya adalah batuk terus menerus, nyeri dada dan mungkin batuk darah. Gejala lain tergantung organ yang diserang.

**b. Difteri**

Difteri adalah suatu penyakit akut yang bersifat *toxin-mediated disease* dan disebabkan oleh kuman *corynebacterium diphtheriae*. Seorang anak dapat terinfeksi difteria pada nasofaringnya dan kuman tersebut kemudian akan memproduksi toksin yang menghambat sintesis protein selular dan menyebabkan destruksi jaringan setempat dan terjadilah suatu selaputjmembran yang dapat menyumbat jalan nafas. Gejala awal penyakit ini adalah radang tenggorokan, hilang nafsumakan dan demam ringan. Dalam 2-3 hari timbul selaput putih kebiru-biruan pada tenggorokan dan tonsil. Difteri dapat

menimbulkan komplikasi berupa gangguan pernafasanyang berakibat kematian.

### **c. Tetanus**

Tetanus merupakan penyakit akut, bersifat fatal ya~g disebabkan oleh *eksotoksin* yang diproduksi bakteri *clostridium tetani* yang umumnya terjadi pada anak-anak. Perawatan luka, kesehatan gigi dan telinga merupakan pencegahan utama terjadinya tetanus disamping imunisasi terhadap tetanus baik aktif maupun pasif. Gejala awal penyakit adalah kaku otot pada rahang disertai kaku pada leher, kesulitan menelan, kaku otot perut, berkeringat dan demam. Pada bayi sering disertai gejala berhenti menetek antara 3 sampai dengan 28 hari setelah lahir. Gejala berikutnya adalah kejang hebat dan tubuh menjadi kaku. Komplikasi tetanus adalah patah tulang akibat kejang, *pneumonia* dan infeksi lain yang dapat menimbulkan kematian.

### **d. Pertusis atau batuk rejan**

Pertusis 'adalah suatu penyakit akut yang disebabkan oleh bakteri *bordetella pertusis*, yakni bakteri batang yang bersifat gram negatif dan membutuhkan media khusus untuk isolasinya. Gejala utama pertusis timbul saat terjadinya penumpukan lendir dalam saluran nafas akibat kegagalan aliran oleh bulu getar yang lumpuh dan berakibat terjadinya batuk paroksismal. Pada serangan batuk seperti ini, pasien akan muntah dan sianosis, menjadi sangat

lemas dan kejang. Bayi dan anak prasekolah mempunyai risiko terbesar untuk terkena pertusis termasuk komplikasinya. Pengobatannya dapat dilakukan dengan antibiotik khususnya eritromisin dan pengobatan suportif terhadap gejala batuk yang berat, sehingga dapat mengurangi penularan.

**e. Campak (measles)**

Campak yaitu penyakit akut yang disebabkan oleh virus campak yang sangat menular pada anak-anak, ditandai dengan gejala panas, batuk, pilek, konjungtivitis, bercak kemerahan diikuti dengan erupsi makulopapular yang menyeluruh. Komplikasi campak adalah *diarrhea* hebat, peradangan pada telinga dan infeksi saluran nafas (*pneumonia*).

**g. Poliomielitis**

Polio adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh virus *poliomyelitis* pada medula spinalis yang secara klasik dapat menimbulkan kelumpuhan, kesulitan bernafas dan dapat menyebabkan kematian. Gejalanya ditandai dengan menyerupai influenza, seperti demam, pusing, diare, muntah, batuk, sakit menelan, leher dan tulang belakang terasa kaku. Penyebaran penyakit melalui kotoran manusia (*feses*) yang terkontaminasi. Kematian dapat terjadi jika otot-otot pernafasan terinfeksi dan tidak segera ditangani.

#### **h. Hepatitis-B**

Hepatitis B merupakan penyakit yang disebabkan oleh infeksi virus hepatitis-B (VHB) yang dapat menyebabkan kematian. Biasanya tanpa gejala, namun jika infeksi terjadi sejak dalam kandungan akan menjadi kronis, seperti pembengkakan hati, sirosis dan kanker hati. Jika terinfeksi berat dapat menyebabkan kematian. Gejala yang terlihat biasanya anak terlihat lemah, gangguan perut dan gejala lain seperti flu. Urine menjadi kuning, kotoran menjadi pucat. Warna kuning bisa terlihat pula pada mata (*sclera*) dan kulit.

### **8. Pedoman pemberian imunisasi**

Umur yang tepat untuk mendapatkan imunisasi adalah sebelum bayi mendapat infeksi dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Berilah imunisasi sedini mungkin segera setelah bayi lahir dan usahakan melengkapi imunisasi sebelum bayi berumur 1 tahun. Khusus untuk campak, dimulai segera setelah anak berumur 9 bulan. Pada umur kurang dari 9 bulan, kemungkinan besar pembentukan zat kekebalan tubuh anak dihambat karena masih adanya zat kekebalan yang berasal dari darah ibu (Satgas IDAI, 2008).

Urutan pemberian jenis imunisasi, berapa kali harus diberikan serta jumlah dosis yang dipakai juga sudah ditentukan sesuai dengan kebutuhan tubuh bayi. Untuk jenis imunisasi yang harus diberikan lebih dari sekali juga harus diperhatikan rentang waktu antara satu pemberian dengan pemberian berikutnya.



## Jadwal Imunisasi Anak Usia 0 – 18 Tahun Rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) Tahun 2017



Imunisasi	Usia																					
	Bulan												Tahun									
	Laahir	1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	24	3	5	6	7	8	9	10	12	18	
Hepatitis B	1		2	3	4																	
Polio	0		1	2	3						4											
BCG	1 kali																					
DTP			1	2	3						4			5						6 (Td/Tdap)	7 (Td)	
Hib			1	2	3					4												
PCV			1		2		3			4												
Rotavirus			1				3 <sup>a</sup>															
Influenza	Ulangan 1 kali setiap tahun																					
Campak								1				2					3					
MMR										1				2								
Tifoid	Ulangan setiap 3 tahun																					
Hepatitis A	2 kali, interval 6 – 12 bulan																					
Varisela	1 kali																					
HPV																						2 atau 3 kali <sup>b</sup>
<i>Japanese encephalitis</i>									1				2									
Dengue																						3 kali, interval 6 bulan

### Keterangan

Cara membaca kolom usia : misal 2 (berarti usia 2 bulan (60 hari) s.d.2 bulan 29 hari (89 hari))

Rekomendasi imunisasi berlaku mulai Januari 2017

Dapat diakses pada [website IDAI \(http://idai.or.id/public-articles/klinik/imunisasi/jadwal-imunisasi-anak-idai.html\)](http://idai.or.id/public-articles/klinik/imunisasi/jadwal-imunisasi-anak-idai.html)

<sup>a</sup> Vaksin rotavirus monovalen tidak perlu dosis ke-3 (lihat keterangan)

<sup>b</sup> Apabila diberikan pada remaja usia 10-13 tahun, pemberian cukup 2 dosis dengan interval 6-12 bulan; respons antibodi setara dengan 3 dosis (lihat keterangan)

Optimal Catch-up Booster Daerah Endemis

Untuk memahami tabel jadwal imunisasi perlu membaca keterangan tabel

- Vaksin hepatitis B (HB).** Vaksin HB pertama (monovalen) paling baik diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir dan didahului pemberian suntikan vitamin K<sub>1</sub> minimal 30 menit sebelumnya. Jadwal pemberian vaksin HB monovalen adalah usia 0, 1, dan 6 bulan. Bayi lahir dari ibu HBsAg positif, diberikan vaksin HB dan imunoglobulin hepatitis B (HBIG) pada ekstremitas yang berbeda. Apabila diberikan HB kombinasi dengan DTPw, maka jadwal pemberian pada usia 2, 3, dan 4 bulan. Apabila vaksin HB kombinasi dengan DTPa, maka jadwal pemberian pada usia 2, 4, dan 6 bulan.
- Vaksin polio.** Apabila lahir di rumah segera berikan OPV-0. Apabila lahir di sarana kesehatan, OPV-0 diberikan saat bayi dipulangkan. Selanjutnya, untuk polio-1, polio-2, polio-3, dan polio booster diberikan OPV atau IPV. Paling sedikit harus mendapat satu dosis vaksin IPV bersamaan dengan pemberian OPV-3.
- Vaksin BCG.** Pemberian vaksin BCG dianjurkan sebelum usia 3 bulan, optimal usia 2 bulan. Apabila diberikan pada usia 3 bulan atau lebih, perlu dilakukan uji tuberkulin terlebih dahulu.
- Vaksin DTP.** Vaksin DTP pertama diberikan paling cepat pada usia 6 minggu. Dapat diberikan vaksin DTPw atau DTPa atau kombinasi dengan vaksin lain. Apabila diberikan vaksin DTPa maka interval mengikuti rekomendasi vaksin tersebut yaitu usia 2, 4, dan 6 bulan. Untuk anak usia lebih dari 7 tahun diberikan vaksin Td atau Tdap. Untuk DTP 6 dapat diberikan Td/Tdap pada usia 10-12 tahun dan booster Td diberikan setiap 10 tahun.

- Vaksin pneumokokus (PCV).** Apabila diberikan pada usia 7-12 bulan, PCV diberikan 2 kali dengan interval 2 bulan; dan pada usia lebih dari 1 tahun diberikan 1 kali. Keduanya perlu booster pada usia lebih dari 12 bulan atau minimal 2 bulan setelah dosis terakhir. Pada anak usia di atas 2 tahun PCV diberikan cukup satu kali.
- Vaksin rotavirus.** Vaksin rotavirus monovalen diberikan 2 kali, dosis pertama diberikan usia 6-14 minggu (dosis pertama tidak diberikan pada usia > 15 minggu), dosis ke-2 diberikan dengan interval minimal 4 minggu. Batas akhir pemberian pada usia 24 minggu. Vaksin rotavirus pentavalen diberikan 3 kali, dosis pertama diberikan usia 6-14 minggu (dosis pertama tidak diberikan pada usia > 15 minggu), dosis kedua dan ketiga diberikan dengan interval 4-10 minggu. Batas akhir pemberian pada usia 32 minggu.
- Vaksin influenza.** Vaksin influenza diberikan pada usia lebih dari 6 bulan, diulang setiap tahun. Untuk imunisasi pertama kali (primary immunization) pada anak usia kurang dari 9 tahun diberi dua kali dengan interval minimal 4 minggu. Untuk anak 6-36 bulan, dosis 0,25 mL. Untuk anak usia 36 bulan atau lebih, dosis 0,5 mL.
- Vaksin campak.** Vaksin campak kedua (18 bulan) tidak perlu diberikan apabila sudah mendapatkan MMR.
- Vaksin MMR/MMR.** Apabila sudah mendapatkan vaksin campak pada usia 9 bulan, maka vaksin MMR/MMR diberikan pada usia 15 bulan (minimal interval 6 bulan). Apabila pada usia 12 bulan belum mendapatkan vaksin campak, maka dapat diberikan vaksin MMR/MMR.
- Vaksin varisela.** Vaksin varisela diberikan setelah usia 12 bulan, terbaik pada usia sebelum masuk sekolah dasar. Apabila diberikan pada usia lebih dari 13 tahun, perlu 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu.
- Vaksin human papilloma virus (HPV).** Vaksin HPV diberikan mulai usia 10 tahun. Vaksin HPV bivalen diberikan tiga kali dengan jadwal 0, 1, 6 bulan; vaksin HPV tetravalen dengan jadwal 0,2,6 bulan. Apabila diberikan pada remaja usia 10-13 tahun, pemberian cukup 2 dosis dengan interval 6-12 bulan; respons antibodi setara dengan 3 dosis.
- Vaksin Japanese encephalitis (JE).** Vaksin JE diberikan mulai usia 12 bulan pada daerah endemis atau turis yang akan bepergian ke daerah endemis tersebut. Untuk perlindungan jangka panjang dapat diberikan booster 1-2 tahun berikutnya.
- Vaksin dengue.** Diberikan pada usia 9-16 tahun dengan jadwal 0, 6, dan 12 bulan.

**Gambar 38**  
**Jadwal pemberian imunisasi**

### C. LATIHAN

Keberhasilan dari cakupan imunisasi nasional, salah satunya didukung oleh pemahaman orang tua terhadap pentingnya imunisasi bagi anaknya. Bagaimanakah pemahaman orang tua yang memiliki balita di sekeliling rumah anda terhadap pentingnya imunisasidasar? Untuk itu tugas anda adalah melakukan wawanvara minimal terhadap 5

orang tua yang memiliki balita tentang pentingnya imunisasi untuk anaknya. Buatlah laporan dari hasil wawancara yang telah anda lakukan.

### **Petunjuk jawaban latihan**

Pada latihan mandiri ini anda diharuskan mempelajari materi tersebut dengan cara mencari sumber baik dari buku maupun internet.

## **D. RANGKUMAN**

1. Imunisasi merupakan usaha memberikan kekebalan pada bayi dan anak dengan memasukkan vaksin ke dalam tubuh agar tubuh membuat zat anti untuk mencegah terhadap penyakit tertentu
2. vaksin BCG (*Bacillus Calmette Guerin*) dapat diberikan sejak lahir. Imunisasi ini bertujuan untuk memberikan kekebalan tubuh terhadap TBC. Apabila vaksin BCG akan diberikan pada bayi di atas usia 3 bulan, ada baiknya dilakukan dulu uji tuberkulin. BCG boleh diberikan apabila basil tuberkulin negatif.
3. Vaksin Hepatitis B yang pertama harus diberikan dalam waktu 12 jam setelah bayi lahir, kemudian dilanjutkan pada umur 1 bulan dan 3 hingga 6 bulan. Jarak antara dua imunisasi Hepatitis B minimal 4 minggu. Imunisasi ini untuk mencegah penyakit hepatitis
4. Imunisasi Polio diberikan untuk mencegah poliomyelitis yang bisa menyebabkan kelumpuhan.
5. Vaksin DPT adalah vaksin kombinasi untuk mencegah penyakit difteri, pertusis (batuk rejan), dan tetanus.
6. Vaksin Campak-1 diberikan pada usia 9 bulan, lalu Campak-2 pada usia 6 tahun melalui program BIAS.

## E. EVALUASI

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

1. Pengertian imunisasi adalah ....
  - A. suatu usaha memberikan kekebalan pada anak
  - B. kuman atau racun kuman yang dimasukkan ke dalam tubuh
  - C. kekebalan yang dibuat sendiri oleh tubuh setelah diberi vaksin
  - D. kekebalan yang diberikan oleh ibu melalui placenta
  - E. kekebalan yang diperoleh dari luar
  
2. Yang dimaksud dengan vaksin adalah ....
  - A. suatu usaha memberikan kekebalan pada anak
  - B. kuman atau racun kuman yang dimasukkan ke dalam tubuh
  - C. kekebalan yang dibuat sendiri oleh tubuh setelah diberi vaksin
  - D. kekebalan yang diberikan oleh ibu melalui placenta
  - E. kekebalanyang diperoleh dari luar
  
3. Yang dimaksud dengan kekebalanpasif alamiahadalah ....
  - A. suatu usaha memberikan kekebalanpada anak
  - B. kuman atau racun kuman yang dimasukan kedalamtubuh
  - C. kekebalanyang dibuat sendiri oleh tubuh setelah diberi vaksin
  - D. kekebalanyang diberikan oleh ibu melalui placenta
  - E. kekebalanyang diperoleh dari luar
  
4. OI bawah ini adalah penyakit yang tidak termasuk penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi ....
  - A. campak

- B. tetanus
  - C. Poliomielitis
  - D. Thypoid
  - E. Tuberkulosis
5. Penyakit yang ditandai dengan radang tenggorokan, hilang nafsu makan dan demam ringan. Dalam 2-3 hari timbul selaput putih kebiru-biruan pada tenggorokan dan tonsil adalah ..
- A. tuberculosis
  - B. difteri
  - C. pertusis
  - D. tetanus
  - E. campak
6. Yang tidak termasuk sasaran imunisasi adalah ....
- A. bayi usia 0-1 tahun
  - B. Ibu hamil dan wanita usia subur dan calon pengantin (catin)
  - C. anak sekolah dasar (SD) kelas 1
  - D. anak sekolah dasar (SD) kelas II *sid* kelas VI
  - E. calon jemaah haji
7. Imunisasi yang dilakukan sebagai upaya pencegahan yang sangat efektif untuk memutuskan rantai penularan melalui transmisi maternal dari ibu pada bayinya adalah ...
- A. hepatitis B
  - B. difteri
  - c. pertusis

- D. tetanus
- E. campak

8. Gejalautama *pertusis* adalah ..

- A. keringat dingin pada malam hari
- B. terjadinya penumpukanlendir dalam saluran nafas
- c. adanya selaput putih kebiru-biruan pada tenggorokan dan tonsil
- D. kaku otot pada rahang, disertai kaku pada leher, kesulitan menelan, kaku otot perut, berkeringat dan demam
- E. demam, batuk, pilek, konjungtivitis, bercak kemerahandi kulit

9. Imunisasi yang diberikan 3 kali sejak umur 2 bulan dengan interval 4-8 minggu adalah ..

- A. tuberculosis
- B. DPT
- C. hepatitis B
- D. polio
- E. campak

10. Penyakit yang bersifat *toxin-mediated disease* adalah ..

- A. hepatitis B
- B. difteri
- C. pertusis
- D. tetanus
- E. campak

## PELAYANAN KESEHATAN NEONATAL ESENSIAL PADA SAAT LAHIR

### A. PENDAHULUAN

Modul ini akan memberikan pengetahuan dan pemahaman kepada Anda tentang konsep pelayanan kesehatan neonatal esensial pada saat lahir yang meliputi: Kewaspadaan umum (*Universal precaution*), penilaian awal, pencegahan kehilangan panas, pemotongan dan perawatantali pusat, Inisiasi Menyusu Dini (IMD), pencegahan perdarahan, pencegahan infeksi mata, pemberian imunisasi, pemberian identitas dan anamnesis dan pemeriksaan fisis.

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar 1 diharapkan Anda memahami konsep pelayanan kesehatan neonatal esensial pada saat lahir secara umum yang penting digunakan dalam melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan pada bayi baru lahir yang berkualitas diberbagai tatanan pelayanankesehatan.

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar ini, Anda diharapkan mampu:

1. Menjelaskan kewaspadaan umum (*Universal Precaution*)
2. Menjelaskan penilaian awal
3. Menjelaskan pencegahan kehilanganpanas
4. Menjelaskan pemotongan dan perawatantali pusat
5. Menjelaskan Inisiasi MenyusuDini (IMD)
6. Menjelaskan pencegahan perdarahan
7. Menjelaskan pencegahan infeksi mata
8. Menjelaskan pemberian imunisasi
9. Menjelaskan pemberianidentitas

10. Anamnesis dan pemeriksaan fisik
11. Pemulangan bayi lahir normal dan kunjungan ulang

Berdasarkan capaian pembelajaran, maka secara berurutan bahan kajian yang akan dipaparkan pada kegiatan belajar ini dimulai dengan kewaspadaan umum (*Universal precaution*), penilaian awal, pencegahan kehilangan panas, pemotongan dan perawatan tali pusat, Inisiasi Menyusu Dini (IMD), pencegahan perdarahan, pencegahan infeksi mata, pemberian imunisasi, pemberian identitas dan anamnesis dan diakhiri dengan pembahasan pemeriksaan fisik.

## **B. URAIAN MATERI**

Angka Kematian Bayi di Indonesia pada saat ini telah berhasil diturunkan secara tajam dari 68 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1990-an menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup (SDKI2007). Meskipun demikian, pada komponen kematian neonatal penurunannya berlangsung lambat yaitu dari 32 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1990-an menjadi 19 per 1.000 kelahiran hidup (SDKI 2007). Menurut data di atas dapat disimpulkan bahwa 55,8% dari kematian bayi terjadi pada periode neonatal. Dari seluruh kematian neonatal, sekitar 78,5%-nya merupakan kematian bayi umur 0-6 hari. Penyebab kematian neonatal di Indonesia disajikan pada tabel di bawah ini.

Kematian neonatal karena infeksi bakteri/ sepsis akibat proses persalinan dan perawatan neonatal yang tidak bersih masih tetap tinggi. Pada persalinan di rumah ditolong dukun bayi atau tenaga tidak terlatih lainnya, kebersihan selama proses persalinan dan perawatan bayi baru

lahir kurang mendapat perhatian, akibatnya ibu dan bayi sangat berisiko mengalami infeksi bakteri. Sekitar 11,5 % bayi lahir dengan berat lahir rendah kurang dari 2500 gram (Riskesdas 2007). Data dari SKRT 2001 menunjukkan bahwa Bayi berat lahir rendah (BBLR) merupakan salah satu faktor terpenting kematian neonatal. Penyumbang utama kematian BBLR adalah prematuritas, infeksi, asfiksia lahir, hipotermia dan pemberian ASI yang kurang adekuat.

Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa kematian karena hipotermia pada bayi berat lahir rendah (BBLR) dan bayi prematur jumlahnya cukup bermakna. Perilaku/kebiasaan yang merugikan seperti memandikan bayi segera setelah lahir atau tidak boleh menyiapkan pakaian selimut bayi sebelum bayi lahir, dapat meningkatkan risiko hipotermia pada bayi baru lahir. Menurut *The Lancet Millennium Project 2005*, menjaga kehangatan bayi baru lahir dapat menurunkan kematian neonatal sebanyak 20-40%.

Di negara berkembang, kematian bayi baru lahir antara lain disebabkan oleh pneumonia, suatu infeksi yang dapat terjadi saat lahir atau setelah lahir. Faktor risiko terpenting terjadinya pneumonia adalah perawatan yang tidak bersih, hipotermia dan pemberian ASI yang kurang adekuat. Pneumonia pada bayi baru lahir gejalanya tidak jelas dan seringkali tidak diketahui sampai keadaannya sudah sangat terlambat.

Meskipun proporsi bayi yang pernah mendapat ASI cukup tinggi (95,7%), namun proporsi ASI eksklusif selama 6 bulan masih rendah yaitu 32,4% (SDKI 2007), demikian juga dengan proporsi saat mulai

menyusui kurang dari 1 jam yaitu 43,9% (SDKI 2007). Tidak memberikan kolostrum merupakan salah satu kebiasaan merugikan yang sering ditemukan. Semakin sedikit jumlah bayi yang mendapat ASI eksklusif, maka kualitas bayi dan anak balita juga akan terpengaruh.

Masalah utama bayi baru lahir adalah masalah yang sangat spesifik, yang terjadi pada masa perinatal serta dapat menyebabkan kematian, kesakitan dan kecacatan. Timbulnya masalah pada masa perinatal merupakan akibat dari kondisi kesehatan ibu yang jelek, perawatari selama kehamilan yang tidak adekuat, penanganan selama persalinan yang tidak tepat dan tidak bersih, serta perawatan neonatal yang tidak adekuat. Bila ibu meninggal saat melahirkan, kesempatan hidup yang dimiliki bayinya menjadi semakin kecil,

Kematian neonatal tidak dapat diturunkan secara bermakna tanpa dukungan upaya menurunkan kematian ibu dan meningkatkan kesehatan ibu. Perawatan antenatal dan pertolongan persalinan yang adekuat, harus disertai dengan perawatan neonatal yang memadai dan upaya-upaya untuk menurunkan kematian bayi akibat infeksi pasca lahir (seperti tetanus neonatorum, sepsis), hipotermia dan asfiksia. Sebagian besar kematian neonatal yang terjadi pasca lahir disebabkan oleh penyakit-penyakit yang dapat dicegah dan diobati dengan biaya yang tidak mahal, mudah dilakukan, bisa dikerjakan dan efektif.

Diperkirakan 39% kelahiran di Indonesia berlangsung di rumah dan masih 17,7% nya yang ditolong oleh tenaga non kesehatan. Salah

satu strategi menurunkan kematian neonatal adalah mengikutsertakan dukun bayi, keluarga, masyarakat bersama-sama dengan tenaga kesehatan, ke dalam sistem pelayanan kesehatan yang berlaku dalam menerapkan pelayanan kesehatan neonatal esensial berbasis kompetensi ketenagaan sesuai dengan jenjang pelayanan.

Bayi Baru Lahir (BBL) sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Hal-hal yang harus diperhatikan dalam perawatan neonatal esensial pada saat lahir meliputi

### **1. Kewaspadaan umum (*Universal Precaution*)**

Bayi Baru Lahir (BBL) sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Beberapa mikroorganisme harus diwaspadai karena dapat ditularkan lewat percikan darah dan cairan tubuh adalah virus HIV, Hepatitis B dan Hepatitis C. Sebelum menangani BBL, pastikan penolong persalinan telah melakukan upaya pencegahan infeksi berikut:

#### **a. Persiapan Diri**

- 1) Sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi, cuci tangan dengan sabun kemudian keringkan (lihat lampiran 1 pedoman cuci tangan).
- 2) Memakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.

#### **b. Persiapan alat**

Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, alat-alat resusitasi dan benang tali pusat telah di Desinfeksi Tingkat Tinggi (OD) atau sterilisasi. Gunakan bola karet pengisap yang baru dan bersih jika akan melakukan pengisapan lendir dengan alat tersebut. Jangan menggunakan bola karet pengisap yang sama untuk lebih dari satu bayi. Bila menggunakan bola karet pengisap yang dapat digunakan kembali, pastikan alat tersebut dalam keadaan bersih dan steril, Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi, sudah dalam keadaan bersih dan hangat. demikian pula halnya timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop dan benda-benda lain yang akan bersentuhan dengan bayi, juga bersih dan hangat. Oekontaminasi dan cuci semua alat setiap kali setelah digunakan (lihat lampiran 2 pencegahan infeksi untuk alat dan bahan habis pakai)

**e. Persiapan tempat**

Gunakan ruangan yang hangat dan terang, siapkan tempat resusitasi yang bersih, kering, hangat, datar, rata dan cukup keras, misalnya meja atau dipan. Sebaiknya dekat pemanear panas dan tidak berangin, tutup jendela dan pintu. Gunakan lampu pijar 60 watt dengan jarak 60 cm dari bayi sebagai alternatif bila pemancar panas tidak tersedia.

**2. Penilaian awal**

Untuk semua BBL, lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan:

***Sebelum bayi lahir:***

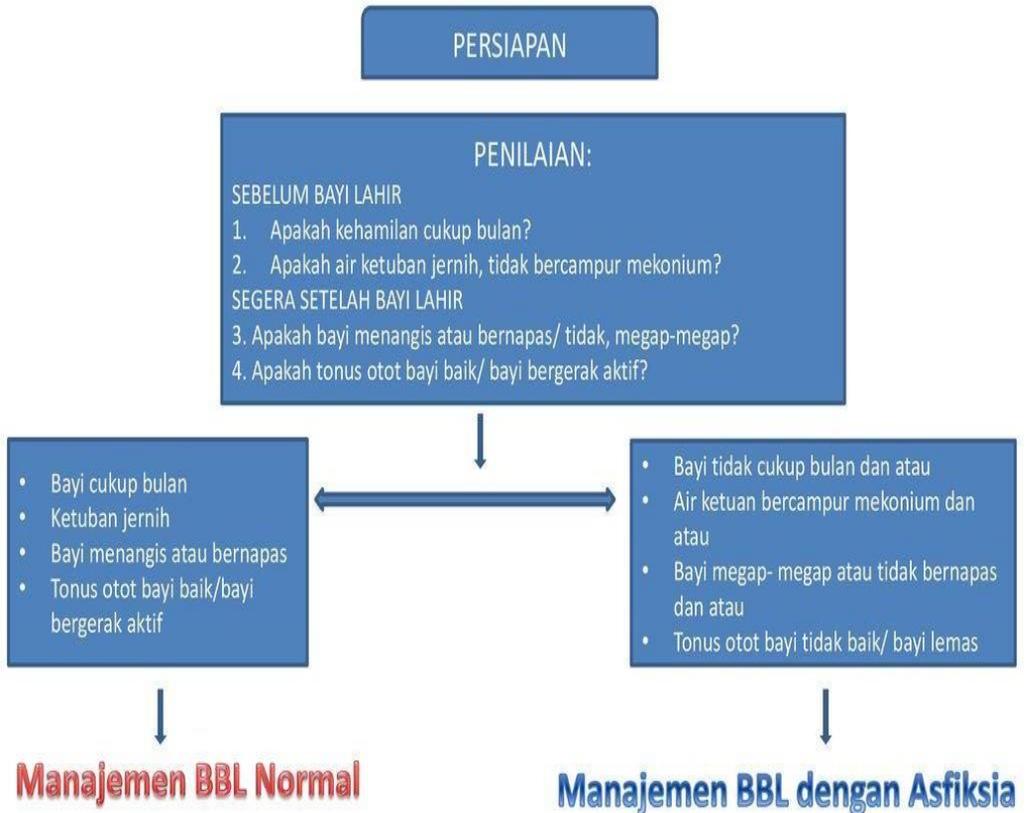
- a. *Apakah kehamilan cukup bulan ?*
- b. *Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium ?*

***Segera setelah bayi /ahir,*** sambil meletakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang telah disiapkan pada perut bawah ibu, segera lakukan penilaian berikut:

- a. *Apakah bayi menangis atau bernapas/ tidak megap-megap ?*
- b. *Apakah tonus otot bayi baik/ bayi bergerak aktif?*

Dalam Bagan Alur Manajemen BBL (di bawah) dapat dilihat alur penatalaksanaan BBL mulai dari persiapan, penilaian dan keputusan serta alternatif tindakan apa yang sesuai dengan hasil penilaian keadaan BBL. Untuk BBL cukup bulan dengan air ketuban jernih yang langsung menangis atau bernapas spontan dan bergerak aktif cukup dilakukan manajemen BBL normal.

# MANAJEMEN BAYI BARU LAHIR



**Gambar 39**  
**Manajemen bayi baru lahir**

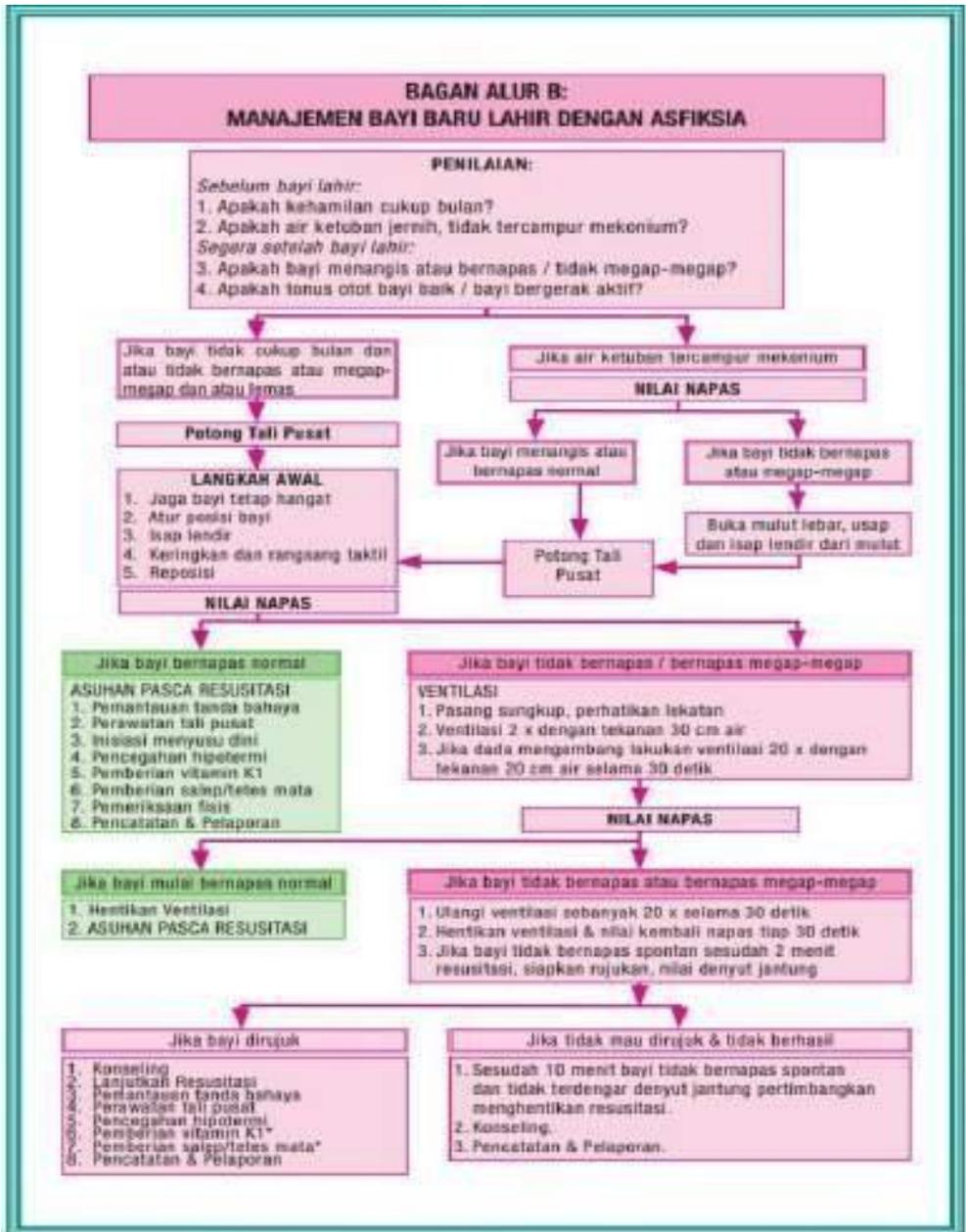


1. PERAWATAN NEONATAL  
ESSENSIAL PADA SAAT LAHIR



**Gambar 40**  
**Manajemen bayi baru lahir normal**

Jika bayi kurang bulan ( < 37 minggu/259 hari) atau bayi lebih bulan (≥42 minggu/283 hari) dan atau air ketuban bercampur dengan mekonium dan atau tidak bernafas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan manajemen BBL dengan asfiksia.



**Gambar 41**  
**Manajemen bayi baru lahir dengan asfiksia**

### 3. Pencegahan kehilangan panas

Saat lahir, mekanisme pengaturan suhu tubuh pada BBL, belum

berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL dapat mengalami hipotermia. Bayi dengan hipotermia, berisiko tinggi untuk mengalami sakit berat atau bahkan kematian. Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat. Bayi prematur atau berat lahir rendah juga sangat rentan untuk mengalami hipotermia. Walaupun demikian, bayi tidak boleh menjadi hipertermia (temperatur tubuh lebih dari  $37,5^{\circ}\text{C}$ )

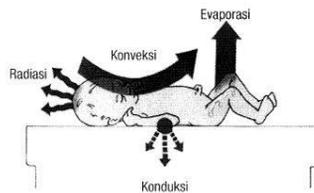
#### a. Mekanisme kehilangan panas

BBL dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara-cara berikut:

- 1) **Evaporasi** adalah kehilangan panas akibat penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri. Hal ini merupakan jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika saat lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan atau terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
- 2) **Konduksi** adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Meja, tempat tidur atau timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi melalui mekanisme konduksi apabila bayi diletakkan di atas benda-benda tersebut.
- 3) **Konveksi** adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan di dalam ruangan yang dingin akan cepat

mengalami kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika ada aliran udara dingin dari kipas angin, hembusan udara dingin melalui ventilasi/pendingin ruangan.

- 4) **Radiasi** adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Bayi dapat kehilangan panas dengan cara ini karena benda-benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).



**Gambar 42**  
**Mekanisme Kehilangan Panas pada Bayi Baru Lahir**

#### **b. Mencegah kehilangan panas**

Cegah terjadinya kehilangan panas melalui upaya berikut:

- 1) Ruangan yang hangat
- 2) Suhu ruangan minimal 25°C. Tutup semua pintu dan jendela.
- 3) Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks
- 4) Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Verniks akan membantu menghangatkan tubuh bayi. Segera ganti handuk basah dengan handuk atau kain yang kering.
- 5) Letakkan bayi di dada atau perut ibu agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada atau perut ibu. Luruskan dan usahakan ke dua bahu bayi menempel di dada atau

perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi sedikit lebih rendah dari puting payudara ibu.

- 6) Inisiasi Menyusui Dini (Iihat bagian Inisiasi Menyusu Dini)
- 7) Gunakan pakaian yang sesuai untuk mencegah kehilangan panas Selimuti tubuh ibu dan bayi dengan kain hangat yang sama dan pasang topi di kepala bayi. Bagian kepala bayi memiliki permukaan yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup.
- 8) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir Lakukan penimbangan setelah satu jam kontak kulit ibu ke kulit bayi dan bayi selesai menyusui. Karena BBL cepat dan mudah kehilangan panas tubuhnya (terutama jika tidak berpakaian), sebelum melakukan penimbangan, terlebih dulu selimuti bayi dengan kain atau selimut bersih dan kering. Berat bayi dapat dinilai dari selisih berat bayi pada saat berpakaian atau diselimuti dikurangi dengan berat pakaian atau selimut. Bayi sebaiknya dimandikan pada waktu yang tepat yaitu tidak kurang dari enam jam setelah lahir dan setelah kondisi stabil. Memandikan bayi dalam beberapa jam pertama setelah lahir dapat menyebabkan hipotermia yang sangat membahayakan kesehatan BBL.
- 9) Rawat Gabung  
Ibu dan bayi harus tidur dalam satu ruangan selama 24 jam. Idealnya BBL ditempatkan di tempat tidur yang sama dengan ibunya. Ini adalah cara yang paling mudah untuk menjaga agar bayi tetap hangat, mendorong ibu segera menyusui bayinya dan mencegah paparan infeksi pada bayi.

10) Resusitasi dalam lingkungan yang hangat

Apabila bayi baru lahir memerlukan resusitasi harus dilakukan dalam lingkungan yang hangat.

11) Transportasi hangat

Bayi yang perlu dirujuk, harus dijaga agar tetap hangat selama dalam perjalanan.

12) Pelatihan untuk petugas kesehatan dan Konseling untuk keluarga Meningkatkan pengetahuan petugas kesehatan dan keluarga tentang hipotermia meliputi tanda-tanda dan bahayanya.

#### **4. Pemotongan dan perawatan tali pusat**

##### **a. Memotong dan mengikat tali pusat**

- 1) Klem, potong dan ikat tali pusat dua menit pascalahir. Penyuntikan oksitosin pada ibu dilakukan sebelum tali pusat dipotong.
- 2) Lakukan penjepitan ke-1 tali pusat dengan klem logam DTT 3' em dari dinding perut (pangkal pusat) bayi. Dari titik jepitan, tekan tali pusat dengan dua jari kemudian dorong isi tali pusat ke arah ibu (agar darah tidak terpancar pada saat dilakukan pemotongan tali pusat). Lakukan penjepitan ke-2 dengan jarak 2 em dari tempat jepitan ke-1 ke arah ibu.
- 3) Pegang tali pusat di antara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landas tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali pusat di antara kedua klem tersebut dengan menggunakan gunting DTT atau steril.
- 4) Ikat tali pusat dengan benang on atau steril pada satu sisi

kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunei padasisi lainnya.

- 5) Lepaskan klem logam penjepit tali pusat dan masukkan ke dalam larutan klorin 0,5%.
- 6) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk upaya Inisiasi Menyusu Dini.

#### **b. Nasihat untuk merawat tali pusat**

- 1) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan tali pusat.
- 2) Jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puntung tali pusat. Nasihatkan hal ini juga kepada ibu dan keluarganya.
- 3) Mengoleskan alkohol atau povidon yodium masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi, tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah atau lembab.
- 4) Berikan nasihat pada ibu dan keluarga sebelum meninggalkan bayi:
- 5) Lipat popok di bawah puntung tali pusat.
- 6) Luka tali pusat harus dijaga tetap kering dan bersih, sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas sendiri.
- 7) Jika puntung tali pusat kotor, bersihkan (hati-hati) dengan air D'Tf dan sabun dan segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih.
- 8) Perhatikan tanda-tanda infeksi tali pusat: kemerahan pada kulit sekitar tali pusat, tampak nanah atau berbau. Jika terdapat tanda infeksi, nasihati ibu untuk membawa bayinya ke fasilitas

kesehatan.

## 5. Inisiasi menyusui dini (IMD)

Prinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan diteruskan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Pemberian ASI juga meningkatkan ikatan kasih sayang (asih), memberikan nutrisi terbaik (asuh) dan melatih refleks dan motorik bayi (asah).

### **Langkah inisiasi menyusui dini dalam asuhan bayi baru lahir**

**Langkah 1:** *Lahirkan, lakukan penilaian pada bayi. keringkan:*

- a. Saat bayi lahir, catat waktu kelahiran
- b. Sambil meletakkan bayi di perut bawah ibu lakukan penilaian apakah bayi perlu resusitasi atau tidak
- c. Jika bayi stabil dan tidak memerlukan resusitasi, keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya dengan halus tanpa menghilangkan verniks. Verniks akan membantu menyamankan bayi. Setelah dikeringkan, selimuti bayi dengan kain kering untuk menunggu 2 menit sebelum tali pusat di klem.
- d. Hindari mengeringkan punggung tangan bayi. Bau cairan amnion pada tangan bayi membantu bayi mencari puting ibunya yang berbau sama.
- e. Periksa uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal) kemudian suntikkan oksitosin 10 UI intra muskular pada ibu.

**Langkah 2 :** *Lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit satu jam:*

- a. Setelah tali pusat dipotong dan diikat, letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada ibu. Kepala bayi harus berada di antara payudara ibu tapi lebih rendah dari puting.
- b. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.
- c. Lakukan kontak kulit bayi ke kulit ibu di dada ibu paling sedikit satu jam. Mintalah ibu untuk memeluk dan membelai bayinya. Jika perlu letakkan bantal di bawah kepala ibu untuk mempermudah kontak visual antara ibu dan bayi. Hindari membersihkan payudara ibu.
- d. Selama kontak kulit bayi ke kulit ibu tersebut, lakukan Manajemen Aktif Kala 3 persalinan.

**Langkah 3:** Biarkan bayi mencari dan menemukan puting ibu dan mulai menyusu :

- a. Biarkan bayi mencari dan menemukan puting dan mulai menyusu
- b. Anjurkan ibu dan orang lainnya untuk tidak menginterupsi menyusu misalnya memindahkan bayi dari satu payudara ke payudara lainnya. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara. Sebagian besar bayi akan berhasil menemukan puting ibu dalam waktu 30-60 menit tapi tetap biarkan kontak kulit bayi dan ibu setidaknya 1 jam walaupun bayi sudah menemukan puting kurang dari 1 jam.
- c. Menunda semua asuhan bayi baru lahir normal lainnya hingga bayi selesai menyusu setidaknya 1 jam atau lebih bila bayi baru menemukan puting setelah 1 jam

- d. Bula bayi harus pindah dari kamar bersalin sebelum 1 jam atau sebelum bayi menyusui, usahakan ibu dan bayi dipindah bersama dengan mempertahankan kontak kulit ibu dan bayi
- e. Jika bayi belum menemukan puting ibu IMD dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya.
- f. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, pindahkan ibu ke ruang pemulihan dengan bayi tetap di dada ibu. Lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya ( menimbang, pemberian vit K1, salep mata) dan kemudian kembalikan bayi kepada ibu untuk menyusui
- g. Kenakan pakaian pada bayi atau tetap diselimuti untuk menjaga kehangatannya. Tetap tutup kepala bayi dengan topi selama beberapa hari pertama. Bila suatu saat kaki bayi terasa dingin saat disentuh buka pakaiannya kemudian telungkupkan kembali di dada ibu dan selimuti keduanya sampai bayi hangat kembali.
- h. Tempatkan ibu dan bayi di ruang yang sama. Bayi harus selalu dalam jangkauan ibu 24 jam dalam sehari sehingga bayi bisa menyusui sesering keinginannya
- i. Perhatikan lima urutan perilaku bayi saat menyusui pertama kali berikut ini

Langkah	Perilaku yang teramati	Perkiraan waktu
1	Bayi beristirahat dan melihat	30-40 menit pertama
2	Bayi mulai mendecakkan bibir dan membawa jarinya ke mulut	40-60 menit setelah lahir dengan kontak kulit dengan kulit
3	Bayi mengeluarkan air liur	

4	Bayi menendang, menggerakkan kaki, bahu, lengan dan badannya kearah dada ibu dengan mengandalkan indra penciumannya	terus menerus tanpa terputus
5	Bayi meletakkan mulutnya ke puting ibu	

### **PEDOMAN MENYUSUI**

#### **( WHO/UNICEF, Breast Feeding Promotion and Support, 2005)**

- Mulai menyusu segera setelah lahir ( dalam waktu 1 jam)
- Jangan berikan makanan atau minuman lain kepada bayi ( misalnya air, madu, larutan air gula atau pengganti susu ibu) kecuali diinstruksikan oleh dokter atas alasan-alasan medis, sangat jarang ibu tidak memiliki air susu yang cukup sehingga memerlukan susu tambahan.
- Berikan ASI eksklusif selama 6 bulan pertama hidupnya dan baru dianjurkan untuk memulai pemberian makanan pendamping ASI setelah periode eksklusif tersebut
- Berikan ASI pada bayi sesuai dorongan alamiahnya baik siang maupun malam ( 8-10 kali atau lebih dalam 24 jam) selama bayi menginginkannya.

#### **6. Pencegahan perdarahan**

Karena sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum sempurna, maka semua bayi akan berisiko untuk mengalami perdarahan tidak tergantung apakah bayi mendapat ASI atau susu

formula atau usia kehamilan dan berat badan pada saat lahir. Perdarahan bisa ringan atau menjadi sangat berat, berupa perdarahan pada Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi ataupun perdarahan intrakranial.

Untuk mencegah kejadian diatas, maka pada semua bay; baru lahir, apalagi Bayi Berat Lahir Rendah diberikan suntikan vitamin K1 (Phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intra muskular pada antero lateral paha kiri (lihat lampiran 4 cara penyuntikan intramuskular), Suntikan Vitamin K1 dilakukan setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi hepatitis B. Perlu diperhatikan dalam penggunaan sediaan Vitamin K1 yaitu ampul yang sudah dibuka tidak boleh disimpan untuk dipergunakan kembali.

## **7. Pencegahan infeksi mata**

Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan segera setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui, sebaiknya 1 jam setelah lahir. Pencegahan infeksi mata dianjurkan menggunakan salep mata antibiotik tetrasiklin 1%.

### **Cara pemberian salep mata antibiotik :**

- a. Cuci tangan (gunakan sabun dan air bersih mengalir) kemudian keringkan
- b. Jelaskan kepada keluarga apa yang akan dilakukan dan tujuan pemberian obat tersebut
- c. Berikan salep mata dalam satu garis lurus mulai dari bagian mata yang paling dekat dengan hidung bayi menuju ke bagian luar mata atau tetes mata

- d. Ujung tabung salep mata atau pipet tetes tidak boleh menyentuh mata bayi
- e. Jangan menghapus salep dari mata bayi dan anjurkan keluarga untuk tidak menghapus obat-obat tersebut

## 8. Pemberian imunisasi

Imunisasi Hepatitis B pertama (HB 0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 secara intramuskular (lihat lampiran 4 penyuntikan intramuskular). Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama pada jalur penularan ibu-bayi.

Penularan Hepatitis pada bayi baru lahir dapat terjadi secara vertikal (penularan ibu ke bayinya pada waktu persalinan) dan horisontal (penularan dari orang lain). Dengan demikian untuk mencegah terjadinya infeksi vertikal, bayi harus diimunisasi Hepatitis B sedini mungkin. Penderita Hepatitis B ada yang sembuh dan ada yang tetap membawa virus Hepatitis B di dalam tubuhnya sebagai *carrier* (pembawa) hepatitis. Risiko penderita Hepatitis B untuk menjadi *carrier* tergantung umur pada waktu terinfeksi. Jika terinfeksi pada bayi baru lahir, maka risiko menjadi *carrier* sebesar 90%. Sementara, seseorang yang terinfeksi Hepatitis B pada umur dewasa memiliki risiko menjadi *carrier* sebesar 5-10%.

**Imunisasi Hepatitis B (HB-O) harus diberikan pada bayi umur 0 - 7 hari karena:**

- a. Sebagian ibu hamil merupakan *carrier* Hepatitis B

- b. Hampir separuh bayi dapat tertular Hepatitis B pada saat lahir dari ibu pembawa virus
- c. Penularan pada saat lahir hampir seluruhnya berlanjut menjadi Hepatitis menahun, yang kemudian dapat berlanjut menjadi sirosis hati dan kanker hati primer
- d. Imunisasi Hepatitis B sedini mungkin akan melindungi sekitar 75% bayi dari penularan Hepatitis B
- e. Lakukan pencatatan dan anjurkan ibu untuk kembali untuk mendapatkan imunisasi berikutnya sesuai jadwal pemberian imunisasi (lihat lampiran 4 penyuntikan intrarnuskular).

## **9. Pemberian identitas**

Semua bayi baru lahir di fasilitas kesehatan harus segera mendapatkan tanda pengenal berupa gelang yang dikenakan pada bayi dan ibunya untuk menghindari tertukarnya bayi. Pemberian tanda pengenal (gelang) ini sebaiknya dilakukan segera setelah IMD. Gelang pengenal berisi identitas nama ibu dan jatau ayah, tanggal, jam lahir, dan jenis kelamin. Apabila fasilitas memungkinkan, dilakukan pula cap telapak kaki bayi pada rekam medis kelahiran.

## **10. Anamnesis dan pemeriksaan fisik**

Hari pertama kelahiran bayi sangat penting. Banyak perubahan yang terjadi pada bayi untuk menyesuaikan diri dari kehidupan di dalam rahim ke kehidupan di luar rahim. Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin jika terdapat kelainan

pada bayi. Risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, sehingga jika bayi lahir di fasilitas kesehatan sangat dianjurkan untuk tetap tinggal di fasilitas kesehatan selama 24 jam pertama.

**a. Waktu pemeriksaan BBL:**

- 1) Setelah lahir saat bayi stabil (sebelum 6 jam)
- 2) Pada usia 6-48 jam (kunjungan neonatal 1)
- 3) Pada usia 3-7 hari (kunjungan neonatal 2)
- 4) Pada usia 8-28 hari (kunjungan neonatal 3)

**b. Persiapan**

**1) Persiapan alat dan tempat**

Alat yang digunakan untuk memeriksa:

- a) Lampu yang berfungsi untuk penerangandan memberikan kehangatan
- b) Air bersih, sabun handuk kering dan hangat
- c) Sarungtangan bersih
- d) Kain bersih
- e) Stetoskop
- f) Jam dengan jarum detik
- g) Termometer
- h) Timbangan bayi
- i) Pengukur panjang bayi
- j) Pengukur lingkar kepala

Persiapan tempat

Pemeriksaan dilakukan di tempat yang datar, rata, bersih, kering, hangat, dan terang.

## **2) Persiapan diri**

- a) Sebelum memeriksa bayi, cucilah tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan lap bersih dan kering atau dianginkan. Janganlah menyentuh bayi jika tangan anda masih basah dan dingin.
- b) Gunakan sarung tangan jika tangan menyentuh bagian tubuh yang ada darah seperti tali pusat atau memasukkantanangan ke dalam mulut bayi.
- c) Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir setelah pemeriksaan kemudian keringkan.
- d) Untuk menjaga bayi tetap hangat, tidak perlu menelanjangi bayi bulat• bulat pada setiap tahap pemeriksaan. Buka hanya bagian yang akan diperiksa atau diamati dalam waktu singkat untuk mencegah kehilangan panas.

## **3) Persiapan keluarga**

Jelaskan kepada ibu dan keluarga tentang apa yang akan dilakukan dan kemudian hasilnya setelah selesai.

### **c. Langkah-langkah pemeriksaan**

Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemeriksaan fisiko. Catat seluruh hasil pemeriksaan. Lakukan rujukan sesuai pedoman MTBS.

### **d. Anamnesis**

Tanyakan pada ibu dan atau keluarga tentang masalah kesehatan pada ibu:

- 1) Keluhan tentang bayinya

- 2) Penyakit ibu yang mungkin berdampak pada bayi (TBC, demam saat persalinan, KPD > 18 jam, hepatitis B atau C, siphilis, HIV/AIDS, penggunaan obat)
- 3) Cara, waktu, tempat bersalindan tindakan yang diberikan pada bayi jika ada
- 4) Warna air ketuban
- 5) Riwayat bayi buang air kecil dan besar
- 6) Frekuensi bayi menyusu dan kemampuan menghisap

#### e. Pemeriksaan Fisik

##### Prinsip:

- 1) Pemeriksaan dilakukan dalam keadaan bayi tenang (tidak menangis)
- 2) Pemeriksaan tidak harus berurutan, dahulukan menilai pernapasan dan tarikan dinding dada bawah, denyut jantung serta perut.

No	Pemeriksaan fisik yang dilakukan	Keadaan normal
1	Lihat postur, tonus dan aktivitas	Posisi tungkai dan lengan fleksi, Bayi sehat akan bergerak aktif
2	Lihat kulit	Wajah, bibir dan selaput lendir, dada harus berwarna merah muda, tanpa adanya kemerahan atau bisul
3	Hitung pernapasan dan lihat tarikan dinding dada bawah ketika bayi sedang tidak menangis	Frekuensi napas normal 40-60 kali per menit Tidak ada tarikan dinding dada bawah yang dalam
4	Hitung denyut jantung dengan meletakkan stetoskop di dada kiri setinggi apeks kordis	Frekuensi denyut jantung normal 120-160 kali per menit

5	Lakukan pengukuran suhu ketiak dengan termometer	Suhu normal adalah 36,5 - 37,50 C
6	Lihat dan raba bagian kepala	Bentuk kepala terkadang asimetris karena penyesuaian pada saat proses persalinan, umumnya hilang dalam 48 jam Ubin-ubin besar rata atau tidak membonjol, dapat sedikit membonjol saat bayi menangis
7	Lihat mata	Tidak ada kotoran/sekret
8	Lihat bagian dalam mulut(Masukkan satu jari yang menggunakan sarung tangan ke dalam mulut, raba langit langit)	Bibir, gusi, langit-langit utuh dan tidak ada bagian yang terbelah. Nilai kekuatan isap bayi (Bayi akan mengisap kuat jari pemeriksa)
9	Lihat dan raba perut Lihat tali pusat	Perut bayi datar, teraba lemas Tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau yang tidak enak pada tali pusat. atau kemerahan sekitar tali pusat
10	Lihat punggung dan raba tulang belakang	Kulit terlihat utuh, tidak terdapat lubang dan benjolan pada tulang belakang
11	Lihat ekstremitas	Hitung jumlah jari tangan dan kaki Lihat apakah kaki posisinya baik atau bengkok ke dalam atau keluar Lihat gerakan ekstremitas
12	Lihat lubang anus: Hindari memasukkan alat atau jari dalam memeriksa anus Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air' besar	Terlihat lubang anus dan periksa apakah mekonium sudah keluar. Biasanya mekonium keluar dalam 24 jam setelah lahir
13	Lihat dan raba alat	Bayi perempuan kadang

	kelamin luar(Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air kecil)	terlihat cairan vagina berwarna putih atau kemerahan. Bayi laki-laki terdapat lubang uretra pada ujung penis. Pastikan bayi sudah buang air kecil dalam 24 jam setelah lahir
14	Timbang bayi (Timbang bayi dengan menggunakan selimut, hasil dikurangi selimut)	Berat lahir 2,5-4 kg. Dalam minggu pertama, berat bayi mungkin turun dahulu baru kemudian naik kembali. Penurunan berat badan maksimal 10%.
15	Mengukur panjang dan lingkar kepala bayi	Panjang lahir normal 48-52 cm. Lingkar kepala normal 33-37 cm
16	Menilai cara menyusui, minta ibu untuk menyusui bayinya	Kepala dan badan dalam garis lurus; wajah bayi menghadap payudara; ibu mendekatkan bayi ke tubuhnya Bibir bawah melengkung keluar, sebagian besar areola berada di dalam mulut bayi Menghisap dalam dan pelan kadang disertai berhenti sesaat

#### **f. Formulir bayi baru lahir**

Catat hasil pemeriksaan di formulir bayi baru lahir. Formulir ini merupakan catatan medik yang harus disimpan oleh petugas kesehatan. Tuliskan juga hasil pemeriksaan di buku Kesehatan Ibu Dan Anak (KIA) beberapa informasi yang diperlukan sesuai dengan petunjuk penulisan buku KIA.

### **11. Pemulangan bayi lahir normal dan kunjungan ulang**

Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan seharusnya dipulangkan minimal 24 jam setelah lahir apabila selama pengawasan tidak

dijumpai kelainan. Sedangkan pada bayi yang lahir di rumah bayi dianggap dipulangkan pada saat petugas kesehatan meninggalkan tempat persalinan. Pada bayi yang lahir normal dan tanpa masalah, petugas kesehatan meninggalkan tempat persalinan paling cepat 2 jam setelah lahir.

Petugas melakukan pemeriksaan lengkap (lihat bagan bayi baru lahir normal) untuk memastikan bayi dalam keadaan baik, dan harus memberikan konseling tanda bahaya dan perawatan bayi baru lahir serta jadwal kunjungan neonatus 1, 2 dan 3. Tanda bahaya yang harus diperhatikan adalah:

- a. Tidak mau minum atau memuntahkan semua ATAU
- b. Kejang ATAU
- c. Bergerak hanya jika dirangsang ATAU
- d. Napas cepat ( ~ 60 kali /menit ) ATAU
- e. Napas lambat ( < 30 kali /menit ) ATAU
- f. Tarikan dinding dada kedalam yang sangat kuat ATAU
- g. Merintih ATAU
- h. Teraba demam (suhu ketiak > 37,5 °C) ATAU
- i. Teraba dingin (suhu ketiak < 36°C) ATAU
- j. Nanah yang banyak di mata ATAU
- k. Pusar kemerahan meluas ke dinding perut
- l. Diare
- m. Tampak kuning pada telapak tangan dan kaki

### **C. LATIHAN**

Untuk memperdalam pemahaman anda mengenai materi di atas,

kerjakanlah latihan berikut! Anda dianjurkan untuk melakukan praktika di laboratorium untuk mensimulasikan dan mendemonstrasikan pelayanan kesehatan neonatal esensial dari mulai penerapan kewaspadaan umum (*Universal Precaution*), melakukan penilaian awal, penceqahan kehilangan panas, perawatan tali pusat, melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD), memberikan Vitamin K, memberikan zalf mata dan memberikan imunisasi serta melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisis pada bayi dengan menggunakan panduan yang tertuang dalam modul.

#### **PETUNJUK LATIHAN**

1. Baca kernbali konsepsebelum ke laboratoriu..
2. Lihat video terkait keterampilan pelayanan kesehatan neonatal esensial untuk mendukung konsepdan teori yang telah dipelejaril
3. Siapkan dan baca modul 5 yaitu modul praktika neonatal esensial dan bayi resiko tinggi!
4. Siapkantempat dan alat-alat yang dibutuhkan!
5. Buat kelompok sesuai dengan jumlah keterampilan yang akan dipelajari dalam pokok bahasanini!
6. Lakukanlatihan secara bergantian untuk semua keterampilan!
7. Lakukan penilaian oleh teman secara bergantian untuk mengukur kemampuan dalam melakukanketerampilan.
8. Selamatberlatih!

#### **D. RANGKUMAN**

Pelayanan kesehatan neonatal esensial merupakan bagian dari pelayanan kesehatan anak yang dilakukan secara komprehensif

dengan pendekatan pemeliharaan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan penyakit (rehabilitatif), Pelayanan kesehatan neonatal esensial bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi, terutama dalam 24 jam pertama kehidupan. Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten dengan melibatkan keluarga dan masyarakat terhadap bayi baru lahir, yang mencakup :

- a. Kewaspadaan Umum (*Universal Precaution*)
- b. Penilaian Awal
- c. Pencegahan Kehilangan Panas
- d. Pemotongan dan Perawatan Tali Pusat
- e. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
- f. Pencegahan Perdarahan
- g. Pencegahan Infeksi Mata
- h. Pemberian Imunisasi
- i. Pemberian Identitas
- j. Anamnesis dan Pemeriksaan Fisis

## **E. EVALUASI**

1. Penyebab kematian tertinggi pada bayi baru lahir menurut Riskesdas

Tahun 2007 adalah:

- A. Gangguan pernafasan
- B. Prematuritas
- C. Hipotermi
- D. Iktetus
- E. Sepsis

2. Kewaspadaan umum yang paling penting dilakukan oleh tenaga kesehatan sebelum melakukan perawatan pada bayi baru lahir adalah:
- A. Menggunakan sarungtangan
  - B. Menggunakan kaca mata
  - C. Menggunakan celemek
  - D. Menggunakan masker
  - E. Cuci tangan
3. Penilaian awal pada bayi baru lahir dapat dilakukan sebelum bayi lahir, yaitu dengan menanyakan:
- A. Apakahtonus otot baik
  - B. Apakahanak nangis kuat
  - C. Apakah bayi bergerak aktif
  - D. Apakah kehamilancukup bulan
  - E. Apakannafas bagi magap-magap
4. Seorang bayi lahir dengan cukup bulan, cairan ketuban jernih, anak nangis kuat dan tonus otot baik disertai bergerak aktif. Apakah yang harus dilakukan perawat pada kasus tersebut:
- A. Lakukan resusitasi
  - B. Mandikan bayi segera
  - C. Asuhan bayi baru lahir
  - D. Lakukanperawatan pacsaresusitasi
  - E. Lakukanperawatan bayi dengan aspiksia

5. Kehilangan panas pada bayi sering terjadi akibat tubuh bayi tidak segera dikeringkan atau terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti. Kehilangan panas pada bayi tersebut adalah kehilangan panas secara:
- A. Evaporasi
  - B. Konduksi
  - C. Konveksi
  - D. Radiasi
  - E. Kohesi
6. Salah satu upaya untuk mempertahankan suhu tubuh atau kehilangan panas pada bayi baru lahir yaitu tidak dianjurkan untuk memandikan bayi kurang dari:
- A. 24 jam
  - B. 12 jam
  - C. 6 jam
  - D. 3 jam
  - E. 1 jam
7. Seorang bayi baru lahir dengan kondisi stabil dan tidak terdapat gangguan pernafasan. Saat ini perawat melakukan Inisiasi Menyusu Dini dan telah berlangsung 30 menit, namun bayi belum menemukan puting ibu. Apakah yang harus dilakukan perawat terhadap kasus tersebut?
- A. Menghentikan IMD
  - B. Lanjutkan IMD sampai 1 jam

- C. Mendekatkan bayi ke puting ibu
  - D. Menggantikan dengan susu formula
  - E. Memindahkan bayi untuk dimandikan
8. Setiap bayi baru lahir harus diberikan Vitamin K 1 mg tunggal untuk mencegah terjadinya perdarahan pada bayi. Dimanakan lokasi yang tepat untuk pemberian vitamin K tersebut?
- A. intra muskular pada antero lateral paha kanan
  - B. intra muskular pada antero lateral lengan atas
  - C. intra muskular pada antero lateral paha kiri
  - D. intra vena pada antero lateral paha kiri
  - E. intra muskular pada deltoideus
9. Imunisasi HB 0 harus diberikan setelah pemberian vitamin K, dengan rentang waktu
- A 1-2 jam
  - B. 1-2 hari
  - C. 2-3 hari
  - D. 1 minggu
  - E. 1 bulan
10. Pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir dapat dilakukan pada waktu dibawah ini,kecuali:
- A. Sesaat setelah lahir dan bayi stabil
  - B. Setelah lahir saat bayi stabil (sebelum 6 jam)
  - C. Padausia 6-48 jam (kunjungan neonatal 1)

D. Padausia 3-7 hari (kunjungan neonatal 2)

E. Pada usia 8-28 hari (kunjungan neonatal )

## **PERAWATAN NEONATAL ESENSIAL SETELAH LAHIR**

### **A. PENDAHULUAN**

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar ini diharapkan anda memahami bagaimana cara menjaga bayi tetap hangat dan menghindari kehilangan panas sehingga menyebabkan terjadinya hipotermi dan mampu melakukan pemeriksaan bayi setelah lahir dengan tepat. Kompetensi ini penting untuk anda dalam memberikan asuhan keperawatan pada bayi baru lahir, hal ini bertujuan untuk mencegah terjadinya hipotermi yang berdampak terhadap peningkatan angka kematian pada bayi baru lahir..

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar ini, diharapkan anda dapat:

1. Menjelaskan cara menjaga bayi tetap hangat
2. Menjelaskan cara pemeriksaan bayi setelah lahir

Berdasarkan tujuan pembelajaran pada kegiatan belajar ini, maka secara berurutan bahan kajian yang akan dipaparkan dimulai dengan cara menjaga bayi tetap hangat dan selanjutnya anda akan mempelajari pemeriksaan bayi setelah lahir.

### **B. URAIAN MATERI**

Perawatan neonatal esensial setelah bayi lahir adalah menjaga bayi tetap hangat dan pemeriksaan setelah lahir.

#### **1. MENJAGA BAYI TETAP HANGAT**

Setelah bayi dilahirkan dan berhasil melalui adaptasi dari intra ke ekstra uterin, bayi harus dijaga tetap hangat. Beberapa hal yang harus diperhatikan untuk menjaga bayi tetap hangat adalah:

- a. Jelaskan kepada ibu bahwa menjaga bayi tetap hangat adalah sangat penting untuk menjaga bayi tetap sehat

- b. Bayi memakai pakaian yang lembut, hangat, kering dan bersih.  
Bayi memakai tutup kepala, sarung tangan dan kaos kaki
- c. Yakinkan bayi menggunakan baju dan diselimuti
- d. Bayi harus dirawat gabung dengan ibunya sehingga ibu mudah menjangkau bayinya
- e. Apabila bayi harus dipisah dengan ibunya, yakinkan bayi menggunakan pakaian yang hangat dan diselimuti
- f. Raba telapak kaki bayi, bila teraba dingin bisa dilakukan kontak kulit ke kulit, atau ditambah selimut dan lakukan penilaian ulang
- g. Jaga ruangan tetap hangat

## 2. PEMERIKSAAN SETELAH LAHIR MENGGUNAKAN MTBS

Padaprinsipnya waktu yang sangat penting untuk melakukan pemeriksaan setelah bayi lahir adalah:

- a. Sebelumbayi dipulangkanPengertian bayi dipulangkandibagi menjadi 2, yaitu:
  - 1) Apabila bayi lahir di rumah, pengertian dipulangkan berarti pada saat petugas meninggalkan rumah tempat ibu bersalin. Petugas meninggalkan rumah tempat bersalin minimal 2 jam setelah lahir.
  - 2) Apabila bayi lahir di fasilitas kesehatan, bayi dipulangkan minimal 24 jam setelah lahir
- b. Pada saat kunjungan ulang  
Pengertian kunjungan ulang juga terbagi menjadi 2 pengertian, yaitu:
  - 1) Apabila bayi dibawa oleh keluarga ke fasilitas kesehatan karena suatu masalah
  - 2) Sesuai jadwal kunjungan neonates  
Pemeriksaan yang dilakukan mengacu pada Manajemen Terpadu

## Balita Sakit khususnya pada kelompok umur

Untuk mengetahui apakah seorang bayi baru lahir dalam keadaan sehat atau sakit dapat dilakukan dengan memeriksa tanda dan gejala utama pada bayi. Pemeriksaan tersebut menggunakan bagan bayi muda pada pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Tanda atau gejala pada bayi muda sakit kadang merupakan suatu masalah tersendiri atau bagian dari suatu penyakit. Untuk membantu petugas kesehatan supaya dapat menangani masalah bayi muda dibuat suatu bagan yang dapat digunakan untuk mengklasifikasikan penyakit. Klasifikasi bukan merupakan diagnosis tetapi dengan klasifikasi ini petugas bisa melakukan langkah-langkah untuk melakukan pertolongan pada bayi sakit.

Dengan bagan ini petugas kesehatan diharapkan mampu mengklasifikasikan bayi sakit, melakukan tindakan atau pengobatan, memberikan konseling dan memberikan pelayanan tindak lanjut. Petugas akan menulis hasil pemeriksaannya di formulir MTBS dan menggunakan buku bagan MTBS sebagai alat bantu

Dalam setiap kunjungan rumah petugas harus mampu :

- a. Menanyakan ke ibu masalah yang dihadapi oleh bayinya
- b. Apabila menemukan bayi sakit, harus mampu mengklasifikasikan penyakit bayi untuk:
  - 1) Kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri a) Diare
  - b) Ikterus
  - c) Kemungkinan berat badan rendah

- 2) Menangani masalah pemberian ASI
- 3) Menentukan status imunisasi
- 4) Menentukan masalah atau keluhan lain
- 5) Menentukan tindakan dan memberikan pengobatan bila diperlukan
- 6) Bila perlu, merujuk bayi muda dan memberi tindakan pra rujukan
- 7) Melakukan konseling bagi ibu
- 8) Memberikan pelayanan tindak lanjut
- 9) Keterampilan tersebut diatas secara lengkap dipelajari dalam pelatihan MTBS di bagian Bayi Muda. Pada buku ini akan dibahas cara memberikan tatalaksana bayi muda sakit menurut MTBS

Tahapan-tahapan dalam menggunakan bagan MTBS pada bayi setelah lahir adalah sebagai berikut:

a. penilaian dan klasifikasi

Jika seorang anak atau bayi muda dibawa ke klinik, petugas kesehatan menggunakan keterampilan komunikasi yang baik untuk:

- 1) Menanyakan kepada ibu tentang masalah anaknya
- 2) Memeriksa adakah tanda bahaya umum yang menunjukkan kondisi yang mengancam jiwa. Pada bayi muda, petugas kesehatan memeriksa apakah ada tanda penyakit sangat berat dan infeksi bakteri lokal.
- 3) Memeriksa bayi muda untuk tanda dan gejala, pemberian vitamin K1 dan imunisasi
- 4) Membuat klasifikasi berdasarkan algoritma pada buku bagan:
- 5) Dalam buku bagan terdapat 3 warna

- 6) merah muda : bayi sakit berat dan harus dirujuk segera setelah diberi pengobatan pra rujukan
- 7) Kuning : Bayi dapat berobat jalan dan membutuhkan pengobatan medis spesifik dan nasihat
- 8) Hijau : bayi sakit ringan dan cukup diberi nasihat sederhana tentang penanganan di rumah

**a) Menilai dan mengklasifikasikan untuk kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri berat**

Periksa untuk kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri untuk semua bayi yang dibawa ke tempat pelayanan kesehatan atau setiap melakukan kunjungan rumah dengan memeriksa tanda dan gejala di bawah ini. Seorang bayi akan diklasifikasikan apabila didapatkan salah satu tanda pada lajur yang sesuai. Cara mengklasifikasikan kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi berat

**b) Memeriksa dan mengklasifikasikan diare**

Berak encer dan sering, merupakan hal biasa pada bayi muda yang mendapat ASI saja. Ibu akan mengenali bayi yang diare karena perubahan bentuk tinja yang tidak seperti biasanya dan frekuensi beraknya lebih sering dibanding biasanya.

Tanyakan kepada ibu apakah bayinya menderita diare. Apabila bayi menderita diare klasifikasikan berdasarkan derajat dehidrasinya dengan menggunakan tanda dan gejala di bawah ini. Seorang bayi muda akan diklasifikasikan sesuai derajat

dehidrasinya apabila terdapat 2 atau lebih tanda dan gejala pada lajur yang sesuai.

Cara mengklasifikasikan diare, Cara memeriksa cubitan kulit :

- (1) Cubit kulit perut bayi (di tengah-tengah antara pusar dan sisi perut bayi) dengan menggunakan ibu jari dan jari telunjuk. Jangan menggunakan ujung jari, karena dapat menimbulkan rasa sakit. Letakkan tangan anda sedemikian rupa sehingga lipatan cubitan kulit sejajar dengan tubuh bayi (memanjang dari atas ke bawah -tidak melintang tubuh bayi). Angkat semua lapisan kulit dan jaringan di bawahnya dengan mencubit kulit perut untuk mengetahuiurgor.
- (2) Amati kembalinya
  - (a) sangat lambat (> 2 detik)
  - (b) lambat
  - (c) segera

**c) Memeriksa dan mengklasifikasikan ikterus**

Klasifikasikanderajat ikterusnya apabila ditemukan satu atau lebih tanda dan gejala yang didapatkan pada lajur yang sesuai dengan klasifikasi.

**d) Memeriksa dan mengklasifikasikan kemungkinan berat**

**badan rendah dan/atau masalah pemberian ASI** Periksasemua bayi muda untuk kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI. Gunakan standar WHO 2005 untuk menentukan berat badan berdasarkan umur. Untuk mengetahui

masalah pemberian ASI, lakukan penilaian tentang cara menyusui jika terdapat kondisi di bawah ini:

- (1) Ada kesulitan pemberian ASI ATAU
- (2) Diberi ASI kurang dari 8 kali dalam 24 jam ATAU
- (3) Diberi makanan/minuman lain selain ASI ATAU
- (4) Berat badan rendah menurut umur DAN
- (5) Tidak ada indikasi dirujuk, Penilaian tentang cara menyusui

Setelah mengklasifikasikan berat badan menurut umur dan menilai cara menyusui, klasifikasikan kemungkinan berat badan rendah dan/atau masalah pemberian ASI, sesuai tanda dan gejala di bawah ini. Seorang bayi muda akan diklasifikasikan pada klasifikasi tertentu apabila didapatkan satu atau lebih tanda atau gejala di lajur yang sesuai.

Cara mengklasifikasikan kemungkinan berat badan rendah dan/atau masalah pemberian ASI

#### **e) Cara pengisian formulir pencatatan**

Petugas kesehatan harus menuliskan hasil pemeriksaannya di formulir pencatatan. Berikut ini adalah Formulir Pencatatan Bayi Muda Umur Kurang dari 2 Bulan yang terdiri dari 2 halaman. Baris atas berisi identitas, berat badan, suhu badan, keluhan dan jenis kunjungan/kontak dengan bayi muda. Bagian selanjutnya merupakan catatan penilaian dan klasifikasi bayi muda. Berikut ini adalah petunjuk cara pengisian formulir pencatatan:

- (1) Jawablah pertanyaan dengan cara menulis apabila tidak ada pilihannya
- (2) Apabila terdapat pilihan lingkari jawaban yang anda pilih

- (3) Berikan tanda centang (v) di belakang ya atau tidak pada pertanyaan yang memerlukan jawaban ya atau tidak
- (4) Pada kolom penilaian lingkari tanda atau gejala yang anda temukan pada pemeriksaan
- (5) Tulislah klasifikasi sesuai dengan buku bagan MTBS pada kolom klasifikasi
- (6) Tulislah tindakan atau pengobatan yang diperlukan pada kolom Tindakan/Pengobatan
- (7) Tulislah waktu kunjungan ulang terdekat pada baris yang berisi Kunjungan ulang pada bagian akhir halaman ke-2
- (8) Untuk imunisasi berikan tanda centang (v) pada imunisasi yang sudah diberikan atau tulis tanggal pemberian. Lingkari imunisasi yang dibutuhkan. Apabila pada saat itu memberikan imunisasi tulislah jenis imunisasi yang diberikan di bagian tindakan/pengobatan dan di buku KIA
- (9) Untuk bayi yang memerlukan rujukan segera tidak perlu dilakukan penilaian pemberian minum, tidak perlu diberikan imunisasi bila diperlukan

#### **f. Tindakan dan pengobatan**

Tentukan tindakan dan beri pengobatan untuk setiap klasifikasi sesuai dengan yang tercantum dalam kolom tindakan/pengobatan pada buku bagan, kemudian catat dalam Formulir Pencatatan. Jenis pengobatan yang mungkin akan diberikan adalah:

- 1) Memberi tindakan pra-rujukan untuk anak sakit yang dirujuk.
- 2) Memberi dosis pertama dari obat yang sesuai kepada anak yang membutuhkan pengobatan khusus, dan mengajari ibu cara

meminumkan obat, cara pemberian makan dan cairan selama anak sakit, dan cara menangani infeksi lokal di rumah.

- 3) Memberi nasihat tentang penatalaksanaan anak sakit di rumah. Bayi muda yang termasuk klasifikasi merah muda memerlukan rujukan segera ke fasilitas pelayanan yang lebih baik. Sebelum merujuk lakukan tindakan/pengobatan pra rujukan. Jelaskan kepada orang tua bahwa tindakan/pengobatan pra rujukan diperlukan untuk menyelamatkan kelangsungan hidup anak. Minta persetujuan orang tua (*informed consent*) sebelum melakukan tindakan/pengobatan pra rujukan.

Bayi muda dengan klasifikasi kuning dan hijau tidak memerlukan rujukan. Lakukan tindakan/pengobatan dan nasihat untuk ibu termasuk kapan harus segera kembali serta kunjungan ulang, sesuai dengan buku bagan.

#### **1) Menentukan perlunya rujukan bagi bayi muda**

Bayi muda yang membutuhkan rujukan adalah yang mempunyai klasifikasi berat (berwarna merah muda) seperti:

- a) Penyakit sangat berat atau infeksi bakteri berat
- b) Ikterus berat
- c) Diare dehidrasi berat

Khusus untuk klasifikasi Diare dehidrasi berat, jika tidak ada klasifikasi berat lainnya dan tempat kerja mempunyai fasilitas dan kemampuan terapi intravena, maka dapat dilakukan langkah rehidrasi dengan Rencana Terapi C terlebih dahulu sebelum merujuk. Jika fasilitas tersebut tidak ada, **RUJUK SEGERA.**

## 2) Tindakan dan pengobatan pra rujukan

Berikan semua tindakan pra rujukan yang sesuai dengan klasifikasinya sebelum merujuk bayi muda. Beberapa tindakan yang memperlambat rujukan dan tidak sangat mendesak tidak diberikan sebelum rujukan, seperti mengajari ibu mengobati infeksi lokal.

Lakukan tindakan/pengobatan pra rujukan sebagai berikut sebelum merujuk bayi muda dengan klasifikasi merah:

- a) Membebaskan jalan napas dan memberi oksigen (jika ada)
- b) Menangani kejang dengan obat anti kejang
- c) Mencegah agar gula darah tidak turun
- d) Memberi cairan intravena
- e) Memberi dosis pertama antibiotik intramuskular
- f) Menghangatkan tubuh bayi segera
- g) Menasihati ibu cara menjaga bayi tetap hangat selama perjalanan ke tempat rujukan dengan Metode Kanguru
- h) Menyertakan contoh darah ibu jika bayi mempunyai klasifikasi Ikterus Berat
- i) Memasang pipa lambung pada bayi dengan klasifikasi Diare Dehidrasi Berat

Aturan umum merujuk dapat disingkat sebagai **BAKSOKU** dan dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a) Bidan/petugas kesehatan yang terampil melakukan resusitasi harus mendampingi bayi dan ibu/keluarga
- b) Alat resusitasi harus dibawa dalam perjalanan menuju tempat rujukan

- c) Keluarga/ibu harus ikut menemani bayi ketempat rujukan
- d) Surat rujukan/formulir rujukan tentang data-data yang diperlukan di atas harus dibawa oleh petugas saat itu
- e) Oksigen (jika tersedia)
- f) Kendaraan harus disiapkan)
- g) Uang

Tindakandan penanganan pada bayi baru lahir berdasarkan penilaian dan klasifikasi, adalah sebagai berikut:

**a) Menangani gangguan napas pada penyakit sangat berat atau infeksi bakteri berat**

**Cara menggunakan alat pengisap lendir:**

- ( 1) Jika alat pengisap lendir dimasukkan melalui mulut, maka panjang pipa yang dimasukkanmaksimum 5 em dari ujung bibir.
- (2) Jika alat pengisap lendir dimasukkan melalui hidung, maka panjang pipa yang dimasukkanmaksimum3 em dari ujung hidung.

**b) Menangani kejang dengan obat anti kejang**

Beri obat anti kejang jika bayi muda mengalami kejang saat pemeriksaan.Lihat panduan berikut untuk menangani kejang dengan obat anti kejang

*Jangan memberi minum atau apapun lewat mulut* bila bayi kejang, karena bisa terjadi aspirasi. Jika bayi kejang dicurigai sebagai **TETANUS NEONATORUM** dengan tanda/qejala:

- (1) Kejang/kaku seluruh tubuh baik dirangsang maupun spontan
- (2) Mulut mencucu seperti mulut ikan
- (3) Biasanya kesadaran masih baik tetapi bayi tak bisa menyusu.

**Lakukan tindakan :**

- (1) Beri obat anti kejang Diazepam bukan Fenobarbital.
- (2) Beri dosis pertama antibiotik intramuskular Penisilin Prokain.
- (3) Lihat pedoman Eliminasi Tetanus Neonatorum untuk tindakan berikutnya. Cara memberikan diazepam dapat dilihat pada gambar berikut ini.

**c) Mencegah agar gula darah tidak turun**

**d) Memberi cairan intravena**

Berikan cairan intravena pada bayi dengan klasifikasi DIARE DEHIDRASI BERAT dengan Rencana Terapi C. Lihat bagan pengobatan untuk RENCANA TERAPI C (modifikasi untuk bayi muda).

**e) Memberi antibiotik intramuskular**

Berikan antibiotik dosis pertama intramuskular pada bayi muda sakit dengan klasifikasi penyakit berat atau infeksi bakteri berat. Antibiotik pilihan pertama adalah Ampisilin dan Gentamisin. Antibiotik pilihan kedua adalah Penisilin Prokain dan Gentamisin. Cara memberikan suntikan intramuskular adalah sebagai berikut:

1. Jelaskan kepada ibu mengapa obat tersebut harus diberikan.
2. Pilih obat yang sesuai dan tentukan dosis obat berdasarkan bagan pengobatan. Periksa konsentrasi sediaan yang ada.
3. Gunakan alat suntik 1 ml dan jarum yang steril
4. Baringkan bayi, suntikkan secara intramuskular dan dalam di paha

**f) Menghangatkan tubuh bayi segera**

**Tindakan/pengobatan pada bayi muda yang tidak**

### **memerlukan rujukan**

Tentukan tindakan/pengobatan untuk setiap klasifikasi bayi muda yang berwarna kuning dan hijau, yaitu:

- a) Infeksi bakteri lokal
- b) Mungkin bukan infeksi
- c) Diare dehidrasi ringan/sedang
- d) Diare tanpa dehidrasi
- e) Ikterus
- f) Berat badan rendah menurut umur dan/atau masalah pemberian ASI
- g) Berat badan tidak rendah dan tidak ada masalah pemberian ASI

Catat semua tindakan/pengobatan yang diperlukan, termasuk nasihat kapan kembali segera dan kunjungan ulang pada **Formulir Pencatatan**. Di bawah ini adalah beberapa tindakan/pengobatan pada bayi muda yang tidak memerlukan rujukan:

#### **a) Menjaga bayi muda selalu hangat**

Keringkan bayi segera setiap kali terkena air, air kencing dan atau tinja. Hangatkan tubuh bayi segera bila suhu < 36,0 C seperti yang dilakukan pada Tindakan pra rujukan.

#### **b) Memberi antibiotik oral yang sesuai**

Beri antibiotik per oral yang sesuai pada bayi muda dengan klasifikasi Infeksi Bakteri Lokal <

#### **c) Mengobati infeksi bakteri lokal**

Berikan Gentian Violet 0,5% atau Povidon Iodium bila terdapat Infeksi pada kulit atau pusar dan berikan salep mata tetrasiklin 1% atau kloramfenikol

0,25% bila menderita infeksi mata. Ada 2 jenis **Infeksi Bakteri Lokal** pada bayi rnuda yang dapat diobati ibu di rumah :

- (1) Infeksi kulit atau pusar
- (2) Infeksi mata

Cara mengobati infeksi mata

1. Cuci tangan sebelum mengobati bayi.
2. Bersihkan kedua mata bayi 3 x sehari menggunakan kapas/kain bersih dengan air hangat.
3. Oleskan salep mata Tetrasiklin 1% atau kloramfenikol 0,25% pada bagian dalam kelopak mata bawah, pada kedua mata.
4. Cuci tangan kembali.
5. Obati sampai kemerahan hilang.

Cara mengobati infeksi kulit/pusar

1. Cuci tangan sebelum mengobati bayi.
2. Bersihkan nanahdan krusta dengan air matang dan sabun secara hati-hati.
3. Keringkan daerah sekitar luka dengan kain bersih dan kering.
4. Oleskan dengan Gentian Violet 0,5% atau PovidonVodium.
5. Cuci tangan kembali.

Cara menyiapkan Gentian Violet 0,5 %:

1 bagian Gentian Violet 1 % ditambah 1 bagian aquades (missal: 10ml Gentian Violet 1 % ditambah 10 ml aquades).

**d) Melakukan rehidrasi oral baik di klinik maupun di rumah**

Penanganan diare yang paling penting adalah mencegah atau

mengatasi dehidrasi, selain mencegah terjadinya gangguan nutrisi dan lain-lain. Oleh karena itu anda harus menguasai dengan baik rencana terapi A dan rencana terapi B bagi penderita diare.

**e) Mengobati luka atau bercak putih (*thrush*) di mulut**

Obati luka atau bercak putih (*thrush*) pada bayi muda secepatnya agar tidak mengganggu bayi muda dalam menyusu.

**f) Perawatan Metode Kanguru (PMK)**

Syarat melakukan PMK :

- (1) Bayi tidak mengalami Kesulitan Bernapas
- (2) Bayi tidak mengalami Kesulitan Minum
- (3) Bayi tidak Kejang
- (4) Bayi tidak Diare
- (5) Ibu dan keluarga bersedia, dan tidak sedang sakit

Lakukan PMK untuk menghangatkan bayi bila memenuhi syarat diatas. Metode kanguru sangat baik dilakukan selama dalam perjalanan ke tempat rujukan. Metoda ini berguna untuk mempercepat terjadinya kestabilan suhu tubuh dan merangsang bayi baru lahir segera mengisap puting payudara ibu.

Pelaksanaan PMK memiliki 4 komponen :

- (1) Posisi
- (2) Nutrisi
- (3) Dukungan
- (4) Pemantauan

## (1) Posisi

Bayi telanjang dada (hanya memakai popok, topi, kaus tangan, kaus kaki), diletakkan telungkup di dada dengan posisi tegak atau diagonal. Tubuh bayi menempel/kontak langsung dengan ibu. Atur posisi kepala, leher dan badan dengan baik untuk menghindari terhalangnya jalan napas. Kepala menoleh ke samping di bawah dagu ibu (ekstensi ringan). Tangan dan kaki bayi dalam keadaan fleksi seperti posisi "katak".



Gambar 7

Kemudian "fiksasi" dengan selendang



Gambar 8

Ibu mengenakan pakaian/blus longgar sehingga bayi berada dalam 1 pakaian dengan ibu. Jika perlu, gunakan selimut.



Gambar 9

Selain ibu, ayah dan anggota keluarga lain bisa melakukan metode kanguru.



Gambar 10

Sumber gambar: WHO & UNICEF dan Beck et al, 2004

## (2) Nutrisi

Selama pelaksanaan PMK, BBLR hanya diberikan ASI. Melalui PMK akan mendukung dan mempromosikan pemberian ASI eksklusif, karena ibu menjadi lebih cepat tanggap bila bayi

ingin menyusu. Bayi bisa menyusu lebih lama dan lebih sering. Bila bayi dibawa ke fasilitas kesehatan dan bayi tidak mampu menelan ASI dapat dilakukan pemasangan *Oro Gastric Tube* (OGT) untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.

### **(3) Dukungan**

Keluarga memberikan dukungan pada ibu dan bayi untuk pelaksanaan perawatan metode kanguru. Di fasilitas kesehatan , pelaksanaan PMK akan dibantu oleh petugas kesehatan.

### **(4) Pemantauan**

BBLR yang dirawat di fasilitas kesehatan yang dapat dipulangkan lebih cepat (berat < 2000 gram) harus dipantau untuk tumbuh kembangnya. Apabila didapatkan tanda bahaya harus dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap. Kunjungi BBLR minimal dua kali dalam minggu pertama, dan selanjutnya sekali dalam setiap minggu sampai berat bayi 2500 gram dengan menggunakan algoritma MTBM. Hal-hal yang perlu dipantau selama PMK:

- a. Pastikan suhu aksila normal (36,5 - 37,5 0 C )
- b. Pastikan pernapasan normal (30-60 X/menit)
- c. Pastikan tidak ada tanda bahaya
- d. Pastikan bayi mendapatkan ASI yang cukup (minimal menyusu tiap 2 jam)
- e. Pastikan pertumbuhan dan perkembangan baik (berat badan akan turun pada minggu pertama antara 10-15%, penambahan berat badan pada minggu kedua 15g/KgBB/hari).

### **3. MEMERIKSA STATUS/PENYUNTIKAN VITAMIN K1 DAN STATUS IMUNISASI PADA BAYI MUDA**

Periksalah status vitamin K1 bayi muda, apakah sudah mendapat vitamin K1 yang harus diberikan segera setelah lahir, setelah proses Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan sebelum pemberian imunisasi Hepatitis B. Selain imunisasi Hepatitis B yang harus diberikan segera setelah lahir, berikut ini adalah jadwal imunisasi yang harus diberikan kepada neonatus/ bayi muda.

### **4. KONSELING BAGI IBU**

Petugas kesehatan memberitahu ibu kapan harus kembali ke klinik dan juga mengajari ibu untuk mengenali tanda-tanda yang menunjukkan kapan anak harus segera dibawa ke klinik serta menilai praktik pemberian ASI dan memberikan konseling untuk mengatasi masalah yang ditemukan, Konseling meliputi juga untuk kesehatan ibu sendiri.

Berikan juga konseling tentang cara melanjutkan pengobatan di rumah, merawat bayi muda sehat maupun sakit termasuk melakukan asuhan dasar di rumah. Konseling diberikan pada bayi muda dengan klasifikasi kuning dan hijau. Lakukan konseling setelah anda selesai memberikan tindakan/ pengobatan.

#### **1) Menggunakan keterampilan komunikasi yang baik**

Lakukan konseling bagi ibu untuk melanjutkan pengobatan di rumah dengan keterampilan komunikasi sebagai berikut:

**Tanya :** Ajukan pertanyaan dan dengarkan jawaban ibu dengan seksama. Saudara akan mengetahui apa saja yang telah dilakukan dengan benar dan apa yang masih perlu diubah.

**Puji** : Jika ibu telah bertindak benar.

**Nasihati** : Batasi nasihat kepada ibu untuk hal yang benarbenar tepat. Gunakan bahasa yang dimengerti ibu.

**Cek pemahaman** : Ajukan pertanyaan untuk mengetahui apa yang telah dipahami ibu dan apa yang perlu dijelaskan lebih lanjut. Hindari pertanyaan yang jawabannya "ya" atau "tidak"

2) **Menasihati dan mengajari ibu cara pemberian obat oral di rumah.** Langkah-langkah mengajari ibu cara pemberian obat di rumah adalah:

- a) Tunjukkan kepada ibu obat oral yang akan diberikan kepada bayi di rumah dan dosis pemberiannya.
- b) Jelaskan kepada ibu alasan pemberian obat tersebut.
- c) Peragakan cara mengukur/ membuat satu dosis.
- d) Perhatikan cara ibu menyiapkan sendiri 1 dosis.
- e) Mintalah ibu memberi dosis pertama pada bayi di klinik.
- f) Terangkan dengan jelas cara memberikan obat, kemudian beri label dan bungkus obat.
- g) Jelaskan bahwa semua obat oral harus diberikan sesuai waktu yang dianjurkan, walaupun bayi telah menunjukkan perbaikan.
- h) Cek pemahaman ibu.

3) **Menasihati dan mengajari ibu cara mengobati infeksi bakteri lokal di rumah**

Ada 2 jenis infeksi bakteri lokal yang dapat diobati di rumah, yaitu Infeksi mata dan Infeksi kulit atau pusar.

Langkah-langkah yang perlu dilakukan ketika mengajari ibu:

- a) Jelaskan cara memberi pengobatan
- b) Amati cara ibu mempraktikkan di depan anda.
- c) Cek pemahaman ibu sebelum pulang.

Berikut ini contoh pertanyaan untuk cek pemahaman ibu yang bayinya mempunyai klasifikasi infeksi bakteri lokal pada pusar dan anda sudah menjelaskan cara mengobati infeksi lokal pada pusar:

**"Apa yang ibu lakukan waktu merawat tali pusar bayi?"**

Ibu mungkin menjawab bahwa ia akan mengolesi dengan minyak tawon. Jawaban ibu menggambarkan bahwa ia belum memahami penjelasan yang anda berikan. Ulangi penjelasan anda dengan lebih jelas.

#### **4) Menasihati ibu tentang cara pemberian ASI**

Sebelum menasihati ibu, amati cara ibu menyusui bayinya. Kemudian nasihati sesuai dengan masalah yang ditemukan.

#### **Anjuran pemberian ASI eksklusif untuk bayi muda**

Makanan terbaik untuk bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan adalah ASI. Menyusui secara **eksklusif** berarti bayi hanya diberi ASI, tidak diberi tambahan makanan atau cairan lain. Berikan ASI sesuai keinginan bayi paling sedikit 8 kali sehari, pagi, siang, sore maupun malam.

Pada hari-hari pertama kelahiran apabila bayi dibiarkan menyusui sesuai keinginannya dan tidak diberikan cairan lain maka akan dihasilkan secara bertahap 10 - 100 mL ASI per hari.

Produksi ASI akan optimal setelah hari 10-14. Bayi sehat akan mengkonsumsi 700-800 mL ASI per hari (kisaran 600-1000 mL). Setelah 6 bulan pertama produksi ASI akan menurun menjadi 400-700 mL sehingga diperlukan makanan pendamping ASI. Setelah 1 tahun, produksi ASI hanya sekitar 300-500 mL sehingga makanan padat menjadi makanan utama. ASI per hari (kisaran 600-1000 mL). Setelah 6 bulan pertama produksi ASI akan menurun menjadi 400-700 mL sehingga diperlukan makanan pendamping ASI. Setelah 1 tahun, produksi ASI hanya sekitar 300-500 mL sehingga makanan padat menjadi makanan utama. Pada bayi, terdapat 3 jenis refleks yang berhubungan dengan proses menyusui, yaitu:

**a) Refleks mencari puting susu (*rooting reflex*)**

BBL akan menoleh ke arah pipi yang disentuh. Bayi akan membuka mulutnya apabila bibirnya disentuh dan berusaha untuk mengisap benda yang disentuhkan tersebut.

**b) Refleks mengisap (*suckling reflex*)**

Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menimbulkan refleks mengisap. Isapan ini akan menyebabkan areola dan puting susu ibu tertekan gusi, lidah dan langit-langit bayi, sehingga sinus laktiferus di bawah areola tertekan dan ASI terpancar keluar.

**c) Refleks menelan (*swallowing reflex*)**

ASI di dalam mulut bayi akan didorong oleh lidah ke arah faring, sehingga menimbulkan refleks menelan.

Jelaskan pada ibu dan keluarganya tentang manfaat kontak langsung ibu-bayi dan anjurkan untuk menyusui bayinya sesering mungkin untuk merangsang produksi ASI sehingga mencukupi

kebutuhan bayi. Yakinkan ibu dan keluarganya bahwa kolostrum (susu beberapa hari pertama kelahiran) adalah zat bergizi dan mengandung zat-zat kekebalan tubuh. Minta ibu untuk memberi ASI sesuai dengan keinginan atau tanda dari bayinya. Biarkan bayi menyusu pada satu payudara hingga puas/ bayi melepas sendiri puting susu ibu (sekitar 15-20 menit). Berikan payudara sisi lainnya hanya bila bayi masih menunjukkan tanda ingin menyusu. Jelaskan pada ibu bahwa

membatasi lama bayi menyusu akan mengurangi jumlah nutrisi yang diterima bayi dan akan menurunkan produksi susunya. Anjurkan ibu untuk bertanya mengenai cara pemberian ASI dan kemudian beri jawaban lengkap dan jelas. Pesankan untuk mencari pertolongan bila ada masalah dengan pemberian ASI.

#### 5) Cara menyusui yang benar

- a) Menyusui dalam posisi dan perlekatan yang benar, sehingga menyusui efektif.
- b) Menyusui minimal 8 kali sehari semalam (24 jam)
- c) Menyusui kanan-kiri secara bergantian, hanya berpindah ke sisi lain setelah mengosongkan payudara yang sedang disusukan.
- d) Keuntungan pengosongan payudara adalah:
  - (1) Mencegah pembengkakan payudara
  - (2) Meningkatkan produksi ASI
  - (3) Bayi mendapat komposisi ASI yang lengkap (ASI awal dan

akhir)

## 5. POSISI MENYUSUI

Posisi bayi saat menyusui sangat menentukan keberhasilan pemberian ASI dan mencegah lecet puting susu. Pastikan ibu memeluk bayinya dengan benar. Berikan bantuan dan dukungan jika ibu memerlukan, terutama jika ibu pertama kali menyusui atau ibu berusia sangat muda. Posisi ibu yang benar saat menyusui akan memberikan rasa nyaman selama ibu menyusui bayinya dan juga akan membantu bayi melakukan isapan yang efektif.

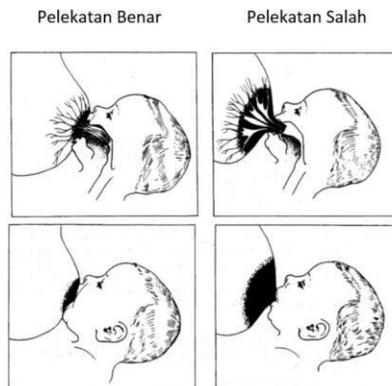
Posisi menyusui yang benar adalah:

- a) Jika ibu menyusui bayi dengan posisi duduk santai, punggung bersandar dan kaki tidak menggantung.
- b) Jika ibu menyusui sambil berbaring, maka harus dijaga agar hidung bayi tidak tertutup.
- c) Kemudian tunjukkan kepada ibu cara melekatkan bayi. Ibu hendaknya:
  - d) Menyentuh puting susu ke bibir bayi.
  - e) Menunggu sampai mulut bayi terbuka lebar.
  - f) Segera mendekatkan bayi ke arah payudara sedemikian rupa sehingga bibir bawah bayi terletak di bawah puting susu.



**Gambar 43**  
**Posisi menyusui yang baik**

Posisi menyusui yang diuraikan di atas adalah posisi dimana ibu telah memiliki kemampuan untuk duduk dan melakukan mobilisasi secukupnya. Masih ada beberapa posisi alternatif lain yang disesuaikan dengan kemampuan ibu setelah melahirkan anaknya, misalnya posisi berbaring telentang, miring kiri atau miring kanan, dan sebagainya. Posisi ibu berbaring telentang dan setengah duduk mungkin lebih sesuai untuk pemberian ASI dini. Posisi menyusui yang benar akan membantu bayi untuk melekat dengan baik pada payudara ibu.



**Gambar 44**

**Perlekatan menyusui yang baik dibandingkan yang salah**

**Tanda-tanda perlekatan menyusui yang baik:**

- a) Dagu bayi menempel payudara ibu
- b) Mulut bayi terbuka lebar
- c) Bibir bawah bayi membuka keluar
- d) Areola bagian atas ibu tampak lebih banyak

Apabila posisi menyusui dan perlekatan ke payudara benar maka bayi akan mengisap dengan efektif. Tanda bayi mengisap dengan efektif adalah bayi mengisap secara dalam, teratur yang

diselingi istirahat. Pada saat bayi mengisap ASI, hanya terdengar suara bayi menelan.

### **Mengajari ibu cara meningkatkan produksi ASI.**

Kegagalan seorang ibu memberikan ASI secara eksklusif antara lain disebabkan ibu **merasa** produksi ASI-nya sedikit. ASI akan keluar lebih banyak jika payudara mendapatkan rangsang yang lebih lama dan lebih sering. Anda perlu mengajari ibu cara meningkatkan produksi ASI.

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

## **6. PERAWATAN PAYUDARA**

### **Jelaskan pada ibu bagaimana merawat payudaranya:**

- a) Jika posisi bayi terhadap payudara tidak sesuai maka kecukupan nutrisi bayi tidak terjamin dan puting susu ibu mungkin mengalami trauma. Ingat bahwa ibu harus duduk atau berbaring dalam posisi yang nyaman dan bayi berada di dekatnya. Ibu tidak boleh mencondongkan tubuh ke arah bayi; saat menyusui, tapi ibu harus dapat membawa bayi ke arahnya. Harus disediakan atau gunakan beberapa bantal untuk

membantu ibu menopang bayinya atau letakkan bayi di atasnya agar tinggi posisi bayi sesuai.

- b) Minta ibu untuk memastikan bahwa puting susunya tetap bersih dan kering. Anjurkan ibu untuk mengeringkan payudaranya setelah menyusukan bayi. Keringkan puting dengan diangin-anginkan sebelum ibu mengenakan pakaian. Jangan menggunakan kain atau handuk untuk mengeringkan puting karena akan mengiritasi.
- c) Yakinkan bahwa puting susu lecet dan retak bukan merupakan hal yang berbahaya dan tidak menghalangi ibu untuk terus menyusukan bayinya. Jika puting susu ibu lecet dan retak, amati cara ibu menyusukan bayinya karena cara yang salah dapat menimbulkan hal tersebut. Untuk mencegah retak dan lecet, ajarkan ibu untuk mengeluarkan sedikit ASInya kemudian dioleskan ke puting susunya.
- d) Jelaskan cara mengkaji gejala dan tanda tersumbatnya saluran ASI atau mastitis kepada ibu dan keluarganya. Jika hal tersebut terjadi maka anjurkan ibu untuk mencari pertolongan segera tetapi tetap meneruskan pemberian ASI!. Jelaskan mungkin ia mengalami masalah dengan payudaranya apabila tampak gejala atau tanda berikut ini:
  - (1) Bintik atau garis merah atau panas pada salah satu atau kedua payudara
  - (2) Gumpalan atau pembengkakan yang terasa nyeri
  - (3) Demam (suhu lebih dari  $38^{\circ}\text{C}$ )

## **7. CARA MENGELUARKAN/MEMERAH ASI**

Cara mengeluarkan ASI yang akan dibahas disini adalah memerah ASI menggunakan tangan. Cara ini paling baik, cepat, efektif dan ekonomis. Oleh karena itu ibu dianjurkan melakukancara ini.

- a) Cuci tangan ibu sebelum memegang payudara.
- b) Cari posisi yang nyaman, duduk atau berdiri dengan santai.
- c) Pegang cangkir yang bersih untuk menampung ASI.
- d) Condongkan badan ke depan dan sangga payudradengantangan.
- e) Letakkan ibu jari pada batas atas areola mammae dan letakkan jari telunjuk pada batas areola bagian bawah.
- f) Tekan kedua jari ini ke dalam ke arah dinding dada tanpa menggeser letak kedua jari tadi.
- g) Pijat daerah di antara kedua jari tadi ke arah depan sehingga akan memerah dan mengeluarkan ASI. Jangan menekan, memijat atau menarik puting susu karena ini tidak akan rnengeluarkan ASI dan akan menyebabkan rasa sakit.
- h) Ulangi gerakan tangan, pijat dan lepas beberapa kali,
  - (1) Setelah pancaran ASI berkurang, pindahkan posisi ibu jari dan telunjuk tadi dengan cara berputar pada sisi-sisi lain dari batas areola dengan kedua jari selalu berhadapan.
  - (2) Lakukan hal yang sarna pada setiap posisi sampai payudara kosong

## **8. CARA MENYIMPAN ASI**

ASI yang telah ditampung di cangkir atau gelas bertutup, dapat disimpan dengan cara sebagai berikut:

- a) Pada suhu kamar/di udara terbuka (260C), tahan disimpan selama

6-8 jam

- b) Disimpan di termos es, tahan selama 24 jam.
- c) Disimpan dalam lemari es, tahan sampai 2-3 hari.
- d) Disimpan dalam Freezer.
  - (1) Bila lemari es 1 pintu tahan sampai 2 minggu
  - (2) Bila lemari es 2 pintu/khusus freezer tahan sampai 3 bulan

## **9. CARA MEMBERIKAN ASI SETELAH DISIMPAN**

Memberikan ASI yang disimpan dapat dilakukan oleh semua orang - tidak harus ibu bayi. Caranya adalah:

- a) Cuci tangan sebelum memegang cangkir/gelas bertutup berisi ASI.
- b) ASI yang disimpan pada suhu kamar, dapat segera diberikan sebelum masa simpan berakhir (8 jam).
- c) ASI yang disimpan di termos atau lemari es, terlebih dahulu harus dihangatkan. Rendam cangkir yang berisi ASI dalam mangkok berisi air hangat. Tunggu sampai ASI mencapai suhu kamar. Jangan memanaskan ASI di atas api/ kompor.
- d) Berikan ASI dengan sendok yang bersih, jangan pakai botol dan dot.

## **10. CARA PEMBERIAN MINUM DENGAN CANGKIR**

- a) Hal penting yang perlu diperhatikan dalam pemberian susu dengan cangkir adalah:
- b) Mulai dengan 80 ml/kg BB/hari. Selanjutnya ditingkatkan volume 10-20 ml/kgBB/hari.
- c) Hitung masukan cairan dalam 24 jam, bagi menjadi 8 kali pemberian

d) Untuk bayi sakit atau kecil, berikan setiap 2 jam .

## **11. MENGAJARI CARA MERAWAT TALI PUSAT**

Infeksi merupakan salah satu penyebab kesakitan tertinggi pada bayi baru lahir. Untuk mengurangi kejadian infeksi tersebut, anda dapat mengajarkan ibu tentang cara merawat tali pusat bayi dan pemberian imunisasi. Ibu dan anggota keluarga lainnya dapat merawat tali pusat sampai tali pusat puput/ lepas. Ajarkan ibu cara merawat tali pusat secara benar di rumah.

### **Menasihati ibu untuk memberikan cairan tambahan pada waktu bayi sakit**

Bayi muda sakit dapat mengalami kehilangan cairan karena demam, napas cepat, atau diare. Anjurkan ibu untuk memberikan ASI lebih sering (jika bayi hanya mendapat ASI). Jika bayi menderita diare, beri cairan tambahan sesuai Rencana Terapi A atau Rencana Terapi B. Bayi akan merasa lebih baik dan tetap kuat apabila ia cukup mendapat cairan.

### **MENASIHATI IBU UNTUK MENINGKATKAN PEMBERIAN CAIRAN SELAMA ANAK SAKIT**

Untuk setiap bayi sakit :

Berikan ASI lebih sering dan lebih lama setiap kali menyusui.

Untuk bayi diare :

Pemberian cairan tambahan akan dapat menyelamatkan nyawa bayi.

Beri cairan tambahan sesuai Rencana Terapi A atau Rencana Terapi B.

## **Menasihati ibu kapan harus segera membawa bayi ke petugas kesehatan dan kapan kunjungan ulang**

Setiap ibu yang bayinya sakit perlu diberitahu kapan harus segera dibawa ke petugas kesehatan dan kapan harus membawabayinya untuk kunjungan ulang sebagaiberikut:

- a) **SEGERA MEMBAWA** bayinya ke petugas kesehatan jika timbul tandatanda penyakitnya bertambah parah.
- b) **MEMBAWA** bayinya untuk kunjungan ulang pada kurun waktu tertentu untuk mengecek kemajuan pengobatan dengan antibiotik **ATAU** untuk pemberian imunisasi berikutnya (kunjungan bayi sehat). Di bawah ini adalah daftar gejala yang menjadi petunjuk kapan ibu harus membawa bayinyasegera ke petugas kesehatan. Setelah anda selesai memberikan konseling, sampaikan kepada ibu kapan harus kembali untuk kunjungan ulang (lihat tabel). Jika bayijuga mempunyai klasifikasi Berat Badan Rendah Menurut Umur maka waktu untuk kunjungan ulang adalah waktu yang lebih pendek yaitu 2 haria

## **12. PELAYANAN TINDAK LANJUT**

- a. Beberapa anak perlu dilihat lebih dari satu kali untuk satu episode sakit saat ini.
- b. Proses penatalaksanaan kasus dari MTBS membantu mengidentifikasianak yang memerlukan kunjungan ulang.
- c. Jika anak tersebut dibawa kembali ke klinik, petugas kesehatan memberikan pelayanantindak lanjut seperti yang disebutkan dalam pedoman MTBS, dan bila perlu nilai kembali anak jika ada masalah baru.

- d. Pada saat bayi dibawa untuk kunjungan ulang, periksalah bayi untuk melihat perkembangan penyakitnya, apakah membaik, tidak ada perubahan atau memburuk. Kemungkinan anda menemukan masalah atau klasifikasi penyakit yang baru.

Klasifikasi yang perlu kunjungan ulang adalah: Infeksi Bakteri Lokal, Ikterus, Diare Dehidrasi Ringan/Sedang, Masalah Pemberian ASI dan Berat Badan Rendah Menurut Umur.

Apabila ditemukan: klasifikasi kuning berubah menjadi hijau, artinya keadaan bayi muda membaik. Klasifikasi yang tetap kuning berarti keadaan bayi muda tetap. Jika klasifikasi kuning menjadi merah, keadaan bayi muda memburuk.

**Rujuklah bayi muda ke rumah sakit Jika:**

- a. Keadaan bayi memburuk ATAU
- b. Keadaan bayi tetap dan obat pilihan kedua tidak tersedia ATAU
- c. Anda khawatir tentang keadaan bayi muda ATAU
- d. Anda tidak tahu harus berbuat apa dengan bayi muda

Kunjungan ulang yang harus dilakukan berdasarkan klasifikasi pada bayi baru lahir:

- a. Kunjungan ulang infeksi bakteri lokal

INFEKSI BAKTERI LOKAL Sesudah 2 hari

Periksa: Lakukan penilaian lengkap.

Periksamata, apakah bernanah, apakah nanah bertambah banyak?

Periksa pusar, apakah merah/ keluar nanah? Apakah merah

meluas? Periksa pustul pada kulit.

- b. Kunjungan ulang ikterus
- c. Kunjungan ulang diare tanpa dehidrasi dan dehidrasi ringan/sedang
- d. Kunjungan ulang berat badan rendah menurut umur
- e. Kunjungan ulang untuk masalah pemberian ASI
- f. Luka atau bercak putih (*Thrush*) di mulut

### C. LATIHAN

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut! Anda dianjurkan untuk mengerjakan kasus dibawah ini. Seorang bayi perempuan usia 3 hari datang ke Puskesmas di bawa ibunya dengan keluhan bayi mengalami demam, napas melambat :5 30 x/rnenit, bayi mengalami meneret lebih dari biasanya, anak tampak gelisah dan rewel dan eubitan dinding abdomen kembali lambat. Ibu mengatakan bayinya tidak mau minum dan memuntahkan semua ASI yang diberikannya. Bayi tidak tampak kuning, sudah mendapatkan imunisasi HB 0, Suhu tubuh 38.7 °C, RR 29 xl menit berat badan saat ini 3200 gram (BB lahir 3350 gram) PB 51 cm.

#### **Petunjuk latihan**

- 1~Siapkan buku bagan MTBS dan Formulir isian!
2. Lakukan penilaian dan klasifikasi terhadap kasus diatas!
3. Tuangkan hasil penilaian dan klasifikasi saudara dalam formulir yang sudah disediakan!
4. Buat reneana tindakan dan pengobatan sesuai dengan klasifikasi yang telah ditentukan!

5. Rencanakan tindak lanjut untuk bayi tersebut!
6. Buatlah laporan hasil latihan yang telah saudara lakukan!
7. Selamat mengerjakan tugas.

#### **D. RANGKUMAN**

1. Beberapa hal yang harus diperhatikan untuk menjaga bayi tetap hangat adalah:
  - a. Jelaskan kepada ibu bahwa menjaga bayi tetap hangat adalah sangat penting untuk menjaga bayi tetap sehat
  - b. Bayi memakai pakaian yang lembut, hangat, kering dan bersih. Bayi memakai tutup kepala, sarung tangan dan kaos kaki
  - c. Yakinkan bayi menggunakan baju dan diselimuti
  - d. Bayi harus dirawat gabung dengan ibunya sehingga ibu mudah menjangkau bayinya
  - e. Apabila bayi harus dipisah dengan ibunya, yakinkan bayi menggunakan pakaian yang hangat dan diselimuti
  - f. Raba telapak kaki bayi, bila teraba dingin bisa dilakukan kontak kulit ke kulit, atau ditambah selimut dan lakukan penilaian ulang
  - g. Jaga ruangan tetap hangat
2. Pemeriksaan setelah lahir menggunakan MTBS pada prinsipnya waktu yang sangat penting untuk melakukan pemeriksaan setelah bayi lahir adalah: Sebelum bayi dipulangkan dan Pada saat kunjungan ulang
3. Tahapan dalam melakukan pemeriksaan setelah lahir meliputi tahapan penilaian dan klasifikasi, tindakan dan pengobatan dan

rencana tindak lanjut

## E. EVALUASI

1. Dibawah ini terdapat pernyataan yang tidak tepat tentang pentingnya menjaga kehangatan pada bayi baru lahir:
  - A. Menjaga bayi tetap hangat sangat penting untuk menjaga bayi tetap sehat
  - B. Bayi memakai pakaian yang lembut, hangat, kering dan bersih
  - C. Gunakan bedong dan gurita supaya bayi tetap terjaga
  - D. Gunakan tutup kepala, sarung tangan dan kaos kaki
  - E. Jaga ruangan tetap hanyat
  
2. Pada prinsipnya waktu yang sangat penting untuk melakukan pemeriksaan setelah bayi lahir adalah
  1. Sebelum bayi dipulangkan
  2. Sesaat setelah lahir
  3. Pada saat kunjungan ulang
  4. Saat kunjungan dokter
  
3. Penilaian dan klasifikasi dalam bagan MTBS dijelaskan dengan tiga warna yang masing-masing memiliki makna, salah satunya adalah warna merah. Warna tersebut memberikan makna:
  - A. Bayi sakit ringan
  - B. Bayi Bayi dapat berobat jalan
  - C. Sakit berat dan harus dirujuk segera
  - D. Membutuhkan pengobatan medis spesifik
  - E. Cukup diberi nasihat sederhana tentang penanganan di rumah

4. Seorang bayi laki-laki berusia 7 hari datang ke klinik MTBS dengan keluhan bayi demam dan tidak mau minum ASI dan setiap minum ASI dimuntahkan semuanya. Apakah klasifikasi bayi pada kasus tersebut?
- A. Penyakit sangat berat
  - B. Infeksi bakteri local
  - C. Mungkin bukan infeksi
  - D. Demam berat
  - E. Demam bukan infeksi
5. Seorang bayi laki-laki datang dibawa ibunya ke klinik MTBS dengan keluhan bayi mencret dengan frekuensi buang air besar lebih dari biasanya. Anak tampak rewel, gelisah, mata cekung dan cubitan dinding abdomen kembali lambat. Apakah klasifikasi bayi tersebut:
- A. Penyakit infeksi berat
  - B. Penyakit infeksi bakteri local
  - C. Diare dehidrasi berat
  - D. Diare dehidrasi sedang/ringan
  - E. Diare tanpa dehidrasi
6. Seorang bayi datang ke Puskesmas dibawa ibunya. Setelah dilakukan penilaian oleh perawat bayi tersebut termasuk dalam klasifikasi diare dengan dehidrasi berat. Apakah tindakan yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Anjurkan pada ibu untuk memberikan ASI
  - B. Rujuk setelah diberikan rehidrasi terapi C

- C. Berikan tambahan cairan peroral
- D. Berikan oralit selain ASI
- E. Rujuk segera

7. Dibawah ini merupakan tindakan/pengobatan pra rujukan sebelum merujuk bayi muda dengan klasifikasi merah, **kecuali** :

- A. Membebaskan jalan napas
- B. Mencegah agar gula darah tidak turun
- C. Menanganikejang dengan obat anti kejang
- D. Memberi dosis pertama antibiotik intramuskular
- E. cukup memberi cairan per oral selama perjalanan

8. Tindakan yang dilakukan untuk membersihkan jalan nafas pada bayi yang mengalami gangguan nafas, adalah dengan melakukan suction. Panjang kanul yang dimasukkan melalui mulut saat suction adalah tidak lebih dari:

- A. 1 cm
- B. 2 cm
- C. 3 cm
- D. 4 cm
- E. 5 cm

9. Seorang bayi perempuan usia 3 hari dirawat di ruang perawatan bayi karena mengalami kejang. Apakah yang harus dihindari saat anak mengalami kejang? A. Melakukan kompres

- B. Memberikan minum
- C. Membuka pakaian anak

D. Menjagakeamanan anak

E. Memberikan diazepam supositoria

10. Metoda perawatan kanguru (PMK) berguna untuk mempercepat terjadinya kestabilan suhu tubuh dan merangsang bayi baru lahir segera mengisap puting payudara ibu. Yang termasuk komponen dalam pelaksanaan PMK adalah :

1. Posisi
2. Nutrisi
3. Dukungan
4. Pemantauan

## **KONSEP DAMPAK HOSPITALISASI**

### **A. PENDAHULUAN**

Kegiatan belajar ini, akan memberikan pengetahuan dan pemahaman kepada anda tentang dampak hospitalisasi pada anak yang meliputi pengertian hospitalisasi, manfaat hospitalisasi, faktor-faktor penunjang hospitalisasi, cara mempersiapkan anak saat hospitalisasi, stressor dalam hospitalisasi, dampak hospitalisasi dan cara mengatasi dampak hospitalisasi pada anak. Hospitalisasi merupakan keadaan dimana orang sakit berada pada lingkungan rumah sakit untuk mendapatkan pertolongan dalam perawatan atau pengobatan sehingga dapat mengatasi atau meringankan penyakitnya. Tetapi pada umumnya hospitalisasi dapat menimbulkan ketegangan dan ketakutan serta dapat menimbulkan gangguan emosi atau tingkah laku yang mempengaruhi kesembuhan dan perjalanan penyakit khususnya pada anak selama dirawat di rumah sakit.

Stressor yang mempengaruhi permasalahan di atas timbul sebagai akibat dari dampak perpisahan, kehilangan kontrol (pembatasan aktivitas), perlukaan tubuh dan nyeri, dimana stressor tersebut tidak bisa diadaptasikan karena anak belum mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan baru dengan segala rutinitas dan ketidakadekuatan mekanisme coping untuk menyelesaikan masalah sehingga timbul perilaku maladaptif dari anak.

Untuk mengurangi dampak rawat inap di rumah sakit, peran

perawat sangat berpengaruh dalam mengurangi ketegangan anak. Usaha-usaha yang dilakukan untuk mengurangi dampak stress hospitalisasi.

Untuk dapat mengambil sikap sesuai dengan peran perawat dalam usahanya meminimalkan stress akibat hospitalisasi, perlu adanya pengetahuan sebelumnya tentang stress hospitalisasi, karena keberhasilan suatu asuhan keperawatan sangat tergantung dari pemahaman dan kesadaran anda sebagai calon perawat mengenai makna yang terkandung dalam konsep-konsep keperawatan serta harus memiliki pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam menjalankan tugas sesuai dengan perannya.

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar ini, anda diharapkan mampu:

1. Menjelaskan pengertian hospitalisasi
2. Menjelaskan manfaat hospitalisasi
3. Reaksi anak terhadap hospitalisasi
4. Reaksi keluarga terhadap hospitalisasi pada anak
5. Faktor-faktor penyebab stres hospitalisasi pada anak
6. Peran perawat dalam mengurangi stres akibat hospitalisasi
7. Mempersiapkan anak untuk mendapatkan pelayanan di rumah sakit

Berdasarkan capaian pembelajaran pada kegiatan belajar 1, maka secara berurutan bahan kajian yang akan dipaparkan pada kegiatan belajar ini dimulai dengan pengertian hospitalisasi, manfaat hospitalisasi, reaksi anak terhadap hospitalisasi, reaksi keluarga

terhadap hospitalisasi pada anak, faktor-faktor penyebab stres hospitalisasi pada anak, peran perawat dalam mengurangi stres akibat hospitalisasi dan diakhiri dengan pembahasan tentang cara mempersiapkan anak untuk mendapatkan pelayanan di rumah sakit.

## **B. URAIAN MATERI**

### **1. Pengertian hospitalisasi**

Hospitalisasi merupakan perawatan yang dilakukan di rumah sakit dan dapat menimbulkan trauma dan stress pada anak yang baru mengalami rawat inap di rumah sakit. Hospitalisasi dapat diartikan juga sebagai suatu keadaan yang memaksa seseorang harus menjalani rawat inap di rumah sakit untuk menjalani pengobatan maupun terapi yang dikarenakan anak tersebut mengalami sakit. Pengalaman hospitalisasi dapat mengganggu psikologi seseorang terlebih bila seseorang tersebut tidak dapat beradaptasi dengan lingkungan barunya di rumah sakit. Pengalaman hospitalisasi yang dialami anak selama rawat inap tersebut tidak hanya mengganggu psikologi anak, tetapi juga akan sangat berpengaruh pada psikososial anak dalam berinteraksi terutama pada pihak rumah sakit termasuk pada perawat.

Hospitalisasi diartikan adanya beberapa perubahan psikis yang dapat menjadi sebab yang bersangkutan dirawat di sebuah institusi seperti rumah perawatan. Supartini (2002), menyatakan bahwa hospitalisasi merupakan suatu proses yang karena suatu alasan yang berencana atau darurat, mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangnya kembali ke rumah.

Penelitian membuktikan bahwa hospitalisasi anak dapat menjadi suatu pengalaman yang menimbulkan trauma, baik pada anak, maupun orang tua. Sehingga menimbulkan reaksi tertentu yang akan sangat berdampak pada kerja sama anak dan orang tua dalam perawatan anak selama di rumah sakit (Halstrom dan Elander, 1997, Brewis, E, 1995, dan Brennan, A, 1994). Oleh karena itu betapa pentingnya perawat memahami konsep hospitalisasi dan dampaknya pada anak dan orang tua sebagai dasar dalam pemberian asuhan keperawatan (Supartini, 2002).

## **2. Manfaat hospitalisasi**

Menurut Supartini (2004), cara memaksimalkan manfaat hospitalisasi anak adalah sebagai berikut:

- a. Membantu perkembangan orang tua dan anak dengan cara memberi kesempatan orang tua mempelajari tumbuh-kembang anak dan reaksi anak terhadap stressor yang dihadapi selama dalam perawatan di rumah sakit.
- b. Hospitalisasi dapat dijadikan media untuk belajar orang tua, untuk itu perawat dapat memberi kesempatan pada orang tua untuk belajar tentang penyakit anak, terapi yang didapat, dan prosedur keperawatan yang dilakukan pada anak, tentunya sesuai dengan kapasitas belajarnya.
- c. Meningkatkan kemampuan kontrol diri dapat dilakukan dengan memberi kesempatan pada anak mengambil keputusan, tidak terlalu bergantung pada orang lain dan percaya diri. Tentunya hal ini hanya dapat dilakukan oleh anak yang lebih besar, bukan bayi. Berikan selalu penguatan yang positif dengan selalu memberikan pujian atas kemampuan anak dan orang tua dan dorong terus untuk meningkatkannya.
- d. Fasilitasikan anak untuk menjaga sosialisasinya dengan sesama pasien anak yang ada, teman sebaya atau teman sekolah. Beri kesempatan padanya

untuk saling kenai dan berbagi pengalamannya. Demikian juga interaksi dengan petugas kesehatan dan sesama orang tua harus difasilitasi oleh perawat karena selama di rumah sakit orang tua dan anak mempunyai kelompok sosial yang baru.

### **3. Reaksi anak terhadap hospitalisasi sesuai usia perkembangan anak**

#### **a. Bayi (0-1 tahun)**

Bila bayi berpisah dengan orang tua, maka pembentukan rasa percaya dan pembinaan kasih sayangnya terganggu. Pada bayi usia 6 bulan sulit untuk memahami secara maksimal bagaimana reaksi bayi bila dirawat, Karena bayi belum dapat mengungkapkan apa yang dirasakannya. Sedangkan pada bayi dengan usia yang lebih dari 6 bulan, akan banyak menunjukkan perubahan.

Pada bayi usia 8 bulan atau lebih telah mengenal ibunya sebagai orang yang berbeda-beda dengan dirinya, sehingga akan terjadi "*Stranger Anxiety*" (cemas pada orang yang tidak dikenal), sehingga bayi akan menolak orang baru yang belum dikenal. Kecemasan ini dimanifestasikan dengan menangis, marah dan pergerakan yang berlebihan. Disamping itu bayi juga telah merasa memiliki ibunya, sehingga jika berpisah dengan ibunya akan menimbulkan "*Separation Anxiety*" (cemas akan berpisah). Hal ini akan kelihatan jika bayi ditinggalkan oleh ibunya, maka akan menangis sejadi-jadinya, melekat dan sangat tergantung dengan kuat.

#### **b. Toddler (1-3 tahun)**

Toddler belum mampu berkomunikasi dengan menggunakan bahasa yang memadai dan pengertian terhadap realita terbatas. Hubungan

anak dengan ibu sangat dekat sehingga perpisahan dengan ibu akan menimbulkan rasa kehilangan orang yang terdekat bagi diri anak dan lingkungan yang dikenal serta akan mengakibatkan perasaan tidak aman dan rasa cemas. Disebutkan bahwa sumber stress utama pada anak yaitu akibat perpisahan (usia 15-30 bulan). Anxietas perpisahan disebut juga "*Analytic Depression*". Respon perilaku anak akibat perpisahan dibagi dalam 3 tahap, yaitu :

1) Tahap protes (*Protest*)

Pada tahap ini dimanifestasikan dengan menangis kuat, menjerit dan memanggil ibunya atau menggunakan tingkah laku agresif agar orang lain tahu bahwa ia tidak ingin ditinggalkan orang tuanya serta menolak perhatian orang lain.

2) Tahap putus asa (*Despair*)

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

3) Tahap menolak (*Denial/Detachment*)

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

Toddler telah mampu menunjukkan kestabilan dalam mengontrol dirinya dengan mempertahankan kegiatan rutin seperti makan, tidur, mandi, toileting dan bermain. Akibat sakit dan dirawat di Rumah Sakit, anak akan kehilangan kebebasan dan pandangan egosentrisnya dalam mengembangkan otonominya. Hal ini akan menimbulkan regresi.

Ketergantungan merupakan karakteristik dari peran sakit. Anak akan bereaksi terhadap ketergantungan dengan negatifistik dan agresif. Jika terjadi ketergantungan dalam jangka waktu lama (karena penyakit kronik) maka anak akan berespon dengan menarik diri dari hubungan interpersonal.

c. Pra Sekolah(3-6 tahun)

Anak usia Pra Sekolah telah dapat menerima perpisahan dengan orang tuannya dan anak juga dapat membentuk rasa percaya dengan orang lain. Walaupun demikian anak tetap membutuhkan perlindungan dari keluarganya. Akibat perpisahan akan menimbulkan reaksi seperti: menolak makan, menangis pelan-pelan, sering bertanya misalnya: kapan orang tuanya berkunjung, tidak kooperatif terhadap aktifitas sehari-hari.

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

Anak usia pra sekolah sangat memperhatikan penampilan dan fungsi tubuh. Mereka menjadi ingin tahu dan bingung melihat seseorang dengan gangguan penglihatan atau keadaannya tidak normal. Pada usia ini anak merasa takut bila mengalami perlukaan, anak menganggap bahwa tindakan dan prosedur mengancam integritas tubuhnya. Anak akan bereaksi dengan agresif, ekspresif verbal dan dependensi.

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

d. Sekolah(6-12 tahun)

Anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit akan merasa khawatir akan perpisahan dengan sekolah dan teman sebayanya, takut kehilangan ketrampilan, merasa kesepian dan sendiri. Anak membutuhkan rasa aman dan perlindungan dari orang tua namun tidak memerlukan selalu ditemani oleh orang tuanya. Pada usia ini anak berusaha independen dan produktif. Akibat dirawat di rumah sakit menyebabkan perasaan kehilangan kontrol dan kekuatan. Hal ini terjadi karena adanya perubahan dalam peran, kelemahan fisik, takut mati dan kehilangan kegiatan dalam kelompok serta akibat kegiatan rutin rumah sakit seperti bedrest, penggunaan pispot, kurangnya privacy, pemakaian kursi roda, dll.

Anak telah dapat mengekspresikan perasaannya dan mampu bertoleransi terhadap rasa nyeri. Anak akan berusaha mengontrol tingkah laku pada waktu merasa nyeri atau sakit dengan cara menggigit bibir atau menggenggam sesuatu dengan erat. Anak ingin tahu alasan tindakan yang dilakukan pada dirinya, sehingga ia selalu mengamati apa yang dikatakan perawat. Anak akan merasa takut terhadap mati pada waktu tidur.

e. Remaja (12-18 tahun)

Kecemasan yang timbul pada anak remaja yang dirawat di rumah sakit adalah akibat perpisahan dengan teman-teman sebaya dan kelompok. Anak tidak merasa takut berpisah dengan orang tua akan tetapi takut kehilangan status dan hubungan dengan teman sekelompok. Kecemasan lain disebabkan oleh akibat yang ditimbulkan oleh akibat penyakit fisik, kecacatan serta kurangnya "*privacy*".

Sakit dan dirawat merupakan ancaman terhadap identitas diri, perkembangan dan kemampuan anak. Reaksi yang timbul bila anak remaja dirawat, ia akan merasa kebebasannya terancam sehingga anak tidak kooperatif, menarik diri, marah atau frustrasi. Remaja sangat cepat mengalami perubahan *body image* selama perkembangannya. Adanya perubahan dalam *body image* akibat penyakit atau pembedahan dapat menimbulkan stress atau perasaan tidak aman. Remaja akan berespon dengan banyak bertanya, menarik diri dan menolak orang lain.

#### **4. Reaksi keluarga terhadap anak yang sakit dan dirawat di rumah sakit**

Seriusnya penyakit baik akut atau kronis mempengaruhi tiap anggota dalam keluarga :

##### **a. Reaksi orang tua**

Orang tua akan mengalami stress jika anaknya sakit dan dirawat di rumah sakit. Kecemasan akan meningkat jika mereka kurang informasi tentang prosedur dan pengobatan anak serta dampaknya terhadap masa depan anak. Orang tua bereaksi dengan tidak percaya terutama jika penyakit anaknya secara tiba-tiba dan serius. Setelah menyadari tentang keadaan anak, maka mereka akan bereaksi dengan

marah dan merasa bersalah, sering menyalahkan diri karena tidak mampu merawat anak sehingga anak menjadi sakit

b. Reaksi Sibling

Reaksi sibling terhadap anak yang sakit dan dirawat di rumah sakit adalah marah, cemburu, benci dan bersalah. Orang tua seringkali mencurahkan perhatiannya lebih besar terhadap anak yang sakit dibandingkan dengan anak yang sehat. Hal ini akan menimbulkan perasaan cemburu pada anak yang sehat dan anak merasa ditolak

**5. Faktor penyebab stres hospitalisasi pada anak**

Menurut Wong (2004) beberapa faktor yang menyebabkan stres akibat hospitalisasi pada anak adalah:

a. Lingkungan

Saat dirawat di Rumah Sakit klien akan mengalami lingkungan yang baru bagi dirinya dan hal ini akan mengakibatkan stress pada anak.

b. Berpisah dengan keluarga

Klien yang dirawat di Rumah Sakit akan merasa sendiri dan kesepian, jauh dari keluarga dan suasana rumah yang akrab dan harmonis.

c. Kurang informasi

Anak akan merasa takut karena dia tidak tahu apa yang akan dilakukan oleh perawat atau dokter. Anak tidak tahu tentang penyakitnya dan khawatir akan akibat yang mungkin timbul karena penyakitnya.

d. Masalah pengobatan

Anak takut akan prosedur pengobatan yang akan dilakukan, karena anak merasa bahwa pengobatan yang akan diberikan itu akan menyakitkan. Dengan mengerti kebutuhan anak sesuai

dengan tahap perkembangannya dan mampu memenuhi kebutuhan tersebut, perawat dapat mengurangi stress akibat hospitalisasi dan dapat meningkatkan perkembangan anak kearah yang normal.

Menurut wong (2004) faktor resiko yang dapat meningkatkan stres pada anak selama hospitalisasi adalah:

- a. Temperamen yang sulit
- b. Ketidakcocokan antara anak dengan orang tua
- c. Usia antara 6 bulan - 5 tahun
- d. Anak dengan jenis kelamin laki-laki
- e. Intelegensi dibawah rata-rata
- f. Stres yang berkali-kali dan terus-menerus.

## **6. Peran perawat dalam mengurangi stres akibat hospitalisasi**

Anak dan keluarga membutuhkan perawatan yang kompeten untuk meminimalkan efek negatif dari hospitalisasi. Fokus dari intervensi keperawatan adalah meminimalkan stressor perpisahan, kehilangan kontrol dan perlukaan tubuh atau rasa nyeri pada anak serta memberi support kepada keluarga seperti membantu perkembangan hubungan dalam keluarga dan memberikan informasi: a. Mencegah atau meminimalkan dampak dari perpisahan, terutama pada anak usia kurang dari 5 tahun.

### **1) Rooming In**

Yaitu orang tua dan anak tinggal bersama. Jika tidak bisa, sebaiknya orang tua dapat melihat anak setiap saat untuk mempertahankan kontak dan komunikasi antar orang tua dan anak.

2) Partisipasi Orang tua

Orang tua diharapkan dapat berpartisipasi dalam merawat anak yang sakit terutama dalam perawatan yang bisa dilakukan misal : memberikan kesempatan pada orang tua untuk menyiapkan makanan pada anak atau memandikan. Perawat berperan sebagai Health Educator terhadap keluarga.

3) Membuat ruang perawatan seperti situasi di rumah dengan mendekorasi dinding memakai poster atau kartu bergambar sehingga anak merasa aman jika berada diruang tersebut.

4) Membantu anak mempertahankan kontak dengan kegiatan sekolah dengan mendatangkan tutor khusus atau melalui kunjungan teman-teman sekolah, surat menyurat atau melalui telpon.

b. Mencegah perasaan kehilangan kontrol

1) Physical Restriction (Pembatasan Fisik)

2) Pembatasan fisik atau imobilisasi pada ekstremitas untuk mempertahankan aliran infus dapat dicegah jika anak kooperatif. Untuk bayi dan toddler, kontak orang tua - anak mempunyai arti penting untuk mengurangi stress akibat restrain. Pada tindakan atau prosedur yang menimbulkan nyeri, orang tua dipersiapkan untuk membantu, mengobservasi atau menunggu diluar ruangan. Pada beberapa kasus pasien yang diisolasi, misal luka bakar berat, dengan menempatkan tempat tidur didekat pintu atau jendela, memberi

musik, dll,

3) Gangguan dalam memenuhi kegiatan sehari-hari

Respon anak terhadap kehilangan, kegiatan rutinitas dapat dilihat dengan adanya masalah dalam makan, tidur, berpakaian, mandi, toileting dan interaksi social.

Teknik untuk meminimalkan gangguan dalam melakukan kegiatan sehari-hari yaitu dengan "*Time Structuring*". Pendekatan ini sesuai untuk anak usia sekolah dan remaja yang telah mempunyai konsep waktu. Hal ini meliputi pembuatanjadual kegiatan penting bagi perawat dan anak, misal : prosedur pengobatan, latihan, nonton TV, waktu bermain, dll. Jadwal tersebut dibuat dengan kesepakatanantara perawat, orang tua dan anak.

c. Meminimalkan rasa takut terhadap perlakuan tubuh dan rasa nyeri.

Persiapan anak terhadap prosedur yang menimbulkan rasa nyeri adalah penting untuk mengurangi ketakutan. Perawat menjelaskan apa yang akan dilakukan, siapa yang dapat ditemui oleh anak jika dia merasa takut, dll. Memanipulasi prosedur juga dapat mengurangi ketakutan akibat perlukaan tubuh, misal: jika anak takut diukur temperaturnya melalui anus, maka dapat dilakukan melalui ketiak atau axilla.

d. Memaksimalkan manfaat dari hospitalisasi Walaupun hospitalisasi merupakan stressfull bagi anak dan keluarga, tapi juga membantu memfasilitasi perubahan kearah positif antara anak dan anggota keluarga:

- 1) Membantu perkembangan hubungan orang tua - anak Hospitalisasi memberi kesempatan pada orang tua untuk belajar tentang pertumbuhan dan perkembangan anak. Jika orang tua tahu reaksi anak terhadap stress seperti regresi dan agresif, maka mereka dapat memberi support dan juga akan memperluas pandangan orang tua dalam merawat anak yang sakit.
  - 2) Memberi kesempatan untuk pendidikan Hospitalisasi memberi kesempatan pada anak dan anggota keluarga belajar tentang tubuh, profesi kesehatan, dll.
  - 3) Meningkatkan *Self- Mastery* Pengalaman menghadapi krisis seperti penyakit atau hospitalisasi akan memberi kesempatan untuk self - mastery. Anak pada usianya lebih mudah punya kesempatan untuk mengetest fantasi atau realita. Anak yang usianya lebih besar, punya kesempatan untuk membuat keputusan, tidak tergantung dan percaya diri perawat dan memfasilitasi perasaan self• mastery dengan menekan kemampuan personal anak.
  - 4) Memberi kesempatan untuk sosialisasi Jika anak yang dirawat dalam satu ruangan usianya sebaya maka akan membantu anak untuk belajar tentang diri mereka. Sosialisasi juga dapat dilakukan dengan team kesehatan se31ain itu orang tua juga memperoleh kelompok social baru dengan orang tua anak yang punya masalah yang sama.
- e. Memberi support pada anggota keluarga Perawat dapat mendiskusikan dengan keluarga tentang kebutuhan anak, membantu orang tua. Mengidentifikasi alas

an spesifik dari perasaan dan responnya terhadap stress memberi kesempatan kepada orang tua untuk mengurangi beban emosinya.

1) Memberi Informasi

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

2) Melibatkan Sibling

Keterlibatan sibling sangat penting untuk mengurangi stress pada anak. Misalnya keterlibatan dalam program rumah sakit (kelompok bermain), mengunjungi saudara yang sakit secara teratur, dll

**7. Mempersiapkan anak untuk mendapatkan pelayanan di rumah**

**sakit** Rumah sakit tempat dirawat mungkin merupakan tempat dan suasana baru bagi anak. Oleh karena itu, persiapan sebelum dirawat itu sangat penting. Persiapan anak sebelum dirawat di rumah sakit didasarkan pada asumsi bahwa ketakutan akan sesuatu yang tidak diketahui akan menjadi ketakutan yang (Supartini, 2004).

a. Pada tahap sebelum masuk rumah sakit dapat dilakukan :

1) Siapkan ruang rawat sesuai dengan tahapan usia dan jenis penyakit dengan peralatan yang diperlukan.

2) Apabila anak harus dirawat secara berencana, 1-2 hari sebelum dirawat diorientasikan dengan situasi rumah sakit dengan bentuk miniatur bangunan rumah sakit.

b. Sedangkan pada hari pertama dirawat tindakan yang harus dilakukan adalah:

- 1) Kenalkan perawat dan dokter yang akan merawatnya.
- 2) Orientasikan anak dan orang tua pada ruangan rawat yang ada beserta fasilitas yang dapat digunakannya.
- 3) Kenalkan dengan pasien anak lain yang akan menjadi teman sekamarnya.
- 4) Berikan identitas pada anak. Misalnya pada papan nama anak.
- 5) Jelaskan aturan rumah sakit yang berlaku dan jadwal kegiatan yang harus diikuti.
- 6) Laksanakan pengkajian riwayat keperawatan.
- 7) Lakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan lainnya sesuai dengan yang diprogramkan.

### **C. LATIHAN**

Untuk memperdalam pemahaman anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut'

Anda dianjurkan untuk mencari dan mempelajari bagaimana peran perawat di ruang perawatan anak dalam mengatasi dampak hospitalisasi pada anak sesuai tahap perkembangan anak.

#### **Petunjuk latihan**

1. Lakukan observasi lapangan dan interview terhadap perawat di ruang perawatan anak
2. Sebelumnya anda susun questioner yang mengacu pada teori untuk

3. memudahkan mengumpulkan informasi terkait peran perawat dalam upaya mengatasidampak hospitalisasi pada anak di ruang perawatan anak.
4. Kumpulkan data dan buat rangkuman hasil interview dan observasi lapangan anda.

#### **D. RANGKUMAN**

Hospitalisasi merupakan pengalaman yang mengancam bagi setiap orang. Khususnya hospitalisasi pada anak merupakan stressor baik terhadap anak itu sendiri maupun terhadap keluarga. Stres pada anak disebabkan karena mereka tidak mengerti mengapa mereka dirawat atau mengapa mereka terluka. Lingkungan yang asing, kebiasaan-kebiasaan yang berbeda, perpisahan dengan keluarga merupakan pengalaman yang dapat mempengaruhi perkembangan anak. Oleh karena itu anak dan keluarga membutuhkan perawatan yang kompeten untuk meminimalkan efek negatif dari hospitalisasi. Fokus dari intervensi keperawatan adalah meminimalkan stressor perpisahan, kehilangan kontrol dan perlukaan tubuh atau rasa nyeri pada anak serta memberi support kepada keluarga seperti membantu perkembangan hubungan dalam keluarga dan memberikan informasi sehingga masalah dampak akibat hospitalisasi bias diminimalkan.

#### **E. EVALUASI**

1. Stressor yang terjadi pada anak yang menjalani hospitalisasi timbul sebagai akibat dari dampak ....
  1. Perpisahan
  2. kehilangan kontrol

3. pembatasanaktivitas
  4. perlukaantubuh dan nyeri,
2. Hospitalisasi pada anak merupakan pengalaman yang dapat menimbulkan trauma pada...
- a. Anak dan keluarga
  - b. Saudara kandung
  - c. Teman sebaya
  - d. Anak
  - e. Ibu
3. *Separation Anxiety* merupakan reaksi hospitalisasi yang sering terjadi pada anak usia .....
- a. Bayi
  - b. Toddler
  - c. Prasekolah
  - d. Sekolah
  - e. Remaja
4. *Ana/itic Depression* merupakan reaksi hospitalisasi yang sering terjadi pada anak usia .....
- a. Bayi
  - b. Toddler
  - c. Prasekolah
  - d. Sekolah
  - e. Remaja

5. Respon perilaku anak toddler akibat perpisahn mencakup beberapa tahap diantaranya .....
1. Tahap protes
  2. Tahap Putus asa
  3. Tahap menolak
  4. Tahap menerima
6. Respon yang dimanifestasikan dengan menangis kuat, menjerit dan memanggil ibunya atau menggunakan tingkah laku agresif agar orang lain tahu bahwa ia tidak ingin ditinggalkan orang tuanya, merupakan respon pada tahap .....
- a. Tahap bergainig
  - b. Tahap menerima
  - c. Tahap Putus asa
  - d. Tahap menolak
  - e. Tahap prates
7. Pada tahap ini secara samar-samar anak menerima perpisahan, membina hubungan dangkal dengan orang lain serta kelihatan mulai menyukai lingkungan. Respon ini dapat terjadi pada tahap .....
- a. Tahap bergainig
  - b. Tahap menerima
  - c. Tahap Putus asa
  - d. Tahap menolak
  - e. Tahap protes

8. Kecemasan yang timbul pada anak remaja yang dirawat di rumah sakit adalah akibat adanya ....
1. Berpisah dengan teman sebaya
  2. Penyakit fisik
  3. Kecacatan
  4. Kurang *privacy*
9. Faktor penyebab stres akibat hospitalisasi pada anak adalah .
1. Lingkungan
  2. Berpisah dengan keluarga
  3. Kurang informasi
  4. Masalah pengobatan
10. *Rooming in* merupakan salah satu upaya yang dilakukan perawat dengan tujuan .....
- a. Mencegah kehilangan control
  - b. Meminimalkan dampak hospitalisasi
  - c. Memberi support pada anggota keluarga
  - d. Memaksimalkan manfaat dari hospitalisasi
  - e. Meminimalkan rasa takut terhadap perlakuan

## **KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN OKSIGEN**

### **A. PENDAHULUAN**

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar ini diharapkan anda memahami tentang konsep asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen. Pemenuhan kebutuhan oksigen ini tidak terlepas dari kondisi sistem pernapasan secara fungsional. Bila ada gangguan pada salah satu organ sistem respirasi, maka kebutuhan oksigen akan mengalami gangguan. Sering kali individu tidak menyadari terhadap pentingnya oksigen. Proses pernapasan dianggap sebagai sesuatu yang biasa-biasa saja. Banyak kondisi yang menyebabkan seseorang mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan oksigen, seperti gangguan pada ventilasi pulmoner, pertukaran gas alveolar dan transportasi. Penyebab gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen dapat terjadi sebagai dampak patologis dari sistem pernafasan, sistem kardiovaskuler dan kelainan hematologi, kondisi tersebut dapat terjadi pada anak yang mengalami asma, pneumonia, bronchiolitis, difteri, pertussis, Penyakit Jantung Bawaan (PJB), leukemia, thalassemia, dan anemia.

Oksigen memegang peranan penting dalam semua proses tubuh secara fungsional. Tidak adanya oksigen akan menyebabkan tubuh secara fungsional mengalami kemunduran atau bahkan dapat menimbulkan kematian. Oleh karena itu, kebutuhan oksigen merupakan kebutuhan yang paling utama dan sangat vital bagi tubuh. Sehingga anda penting memahami konsep asuhan keperawatan pada anak dengan berbagai kasus yang berhubungan dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen diatas

melalui pendekatan proses keperawatan sebagai dasar dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas. Setelah menyelesaikan kegiatan belajar ini, anda diharapkan mampu memahami:

1. Asuhan keperawatan pada anak dengan asma
2. Asuhan keperawatan pada anak dengan pneumonia
3. Asuhan keperawatan pada anak dengan bronchiolitis
4. Asuhan keperawatan pada anak dengan difteri
5. Asuhan keperawatan pada anak dengan pertussis
6. Asuhan keperawatan pada anak dengan Penyakit Jantung Bawaan (PJB),
7. Asuhan keperawatan pada anak dengan leukemia
8. Asuhan keperawatan pada anak dengan thalassemia
9. Asuhan keperawatan pada anak dengan anemia.

Berdasarkan capaian pembelajaran pada kegiatan belajar 2, maka secara berurutan bahan kajian yang akan dipaparkan pada kegiatan belajar ini dimulai dengan pembahasan konsep asuhan keperawatan pada anak dengan asma, pneumonia, bronchiolitis, difteri, pertussis, Penyakit Jantung Bawaan (PJB), leukemia, thalassemia, dan anemia.

## **B. URAIAN MATERI**

### **ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN ASMA BRONCHIAL**

#### **1. Pengertian**

Asma bronkial adalah proses peradangan di saluran nafas yang mengakibatkan peningkatan responspansive dari saluran nafas terhadap berbagai stimulus yang dapat menyebabkan penyempitan saluran nafas

yang menyeluruh dengan gejala khas sesak nafas yang reversible (Nugroho, 2011). Sedangkan pengertian lain menyatakan bahwa asma bronkial merupakan suatu penyakit yang ditandai dengan adanya wheezing (mengi) intermiten yang timbul sebagai respon akibat paparan terhadap suatu zat iritan atau alergen (Margaret Varnell Clark, 2013).

## **2. Faktor predisposisi**

### **a. Alergen**

Alergi dianggap mempunyai peranan pada sebagian besar anak dengan asma. Disamping itu hiper reaktivitas saluran nafas juga merupakan faktor yang penting. Bila tingkat hiper reaktivitas bronchus tinggi, diperlukan jumlah alergen yang sedikit dan sebaliknya jika hiper reaktivitas rendah diperlukan jumlah antigen yang lebih tinggi untuk menimbulkan serangan asma. Sensitisasi tergantung pada lama dan intnsitas hubungan dengan bahan alergen berhubungan dengan umur. Bayidan anak kecil sering berhubungan dengan sisi dari debu rumah, misalnya tungau, serpih atau bulu binatang, spora jamur yang terdapat di rumah. Dengan bertambahnya umur makin banyak jenis alergen pencetusnya. Asma karena makanan sering terjadi pada bayi dan anak kecil.

### **b. Infeksi.**

Biasanya infeksi virus, terutama pada bayi dan anak. Virus yang menyebabkan ialah respiratory syncytial virus (RSV) dan virus para influenza. Kadang-kadang karena bakteri misalnya; pertusis dan streptokokus, jamur, misalnya *Aspergillus* dan parasit seperti *Askaris*.

### **c. Iritan.**

Hair spray, minyak wangi, semprot nyamuk, asap rokok, bau tajam dari cat,

502 dan polutan udara lainnya dapat memacu serangan asma. Iritasi hidung dan batuk sendiri dapat menimbulkan refleksi bronkokonstriksi.

d. Cuaca.

Perubahan tekanan udara, perubahan suhu udara, angin dan kelembaban udara berhubungan dengan percepatan terjadinya serangan asma

e. Kegiatan jasmani

Kegiatan jasmani berat, misalnya berlari atau naik sepeda dapat memicu serangan asma. Bahkan tertawa dan menangis yang berlebihan dapat merupakan pencetus. Pasien dengan faal paru di bawah optimal amat rentan terhadap kegiatan jasmani.

f. Infeksi saluran nafas.

Infeksi virus pada sinus, baik sinusitis akut maupun kronis dapat memudahkan terjadinya asma pada anak. Rinitis alergi dapat memberatkan asma melalui mekanisme iritasi atau refleksi.

g. Faktor psikis.

Faktor psikis merupakan pencetus yang tidak boleh diabaikan dan sangat kompleks. Tidak adanya perhatian dan / atau tidak mau mengakui persoalan yang berhubungan dengan asma oleh anak sendiri/keluarganya akan menggagalkan usaha pencegahan. Sebaliknya terlalu takut terhadap adanya serangan atau hari depan anak juga dapat memperberat serangan asma. Serangan asma dapat timbul disebabkan berbagai pencetus bersamaan misalnya pada anak dengan pencetus alergen sering disertai pencetus non alergen yang dapat mempercepat dan memperburuk serangan. Faktor pencetus adalah alergen dan infeksi; diduga infeksi virus memperkuat reaksi pencetus alergenik maupun non alergenik. Serangan dapat terjadi pada seorang anak setelah mendapat infeksi virus pada saluran nafas atas kemudian berlari-lari pada udara

dingin.

### 3. Jenis asma bronkial

Dalam GINA (*Global Initiative Asthma*) 2006 asma diklasifikasikan berdasarkan etiologi, derajat penyakit terhadap aliran udara di saluran napas.

a. Klasifikasi berdasarkan etiologi menurut GINA:

1) Asma intrinsik (*cryptogenic*)

Ditandai dengan mekanisme yang bersifat non-alergik yang beraksi terhadap pencetus yang tidak spesifik atau yang tidak diketahui, seperti udara dingin.

2) Asma ekstrinsik

Penyakit asma yang berhubungan dengan atropi, predisposisi genetik yang berhubungan langsung dengan IgE sel mast dan respon eosinofil terhadap allergen yang umum. Ditandai dengan reaksi alergik terhadap pencetus-pencetus spesifik yang dapat diidentifikasi, seperti tepung sari, jamur, debu, bulu binatang, dan obat-obatan.

b. Pembagian derajat penyakit asma menurut Phellen dkk (dikutip dari Konsensus Pedriatri Internasional III tahun 1998). Klasifikasi ini membagi asma menjadi tiga, yaitu sebagai berikut:

1) Asmaepisodic jarang

Biasanya terdapat pada anak umur 3-8 tahun. Serangan umumnya dicetuskan oleh infeksi virus saluran nafas bagian atas. Banyaknya serangan 3-4 kali dalam 1 tahun. Lamanyaserangan dapat beberapa hari, jarang merupakan serangan yang berate Gejala yang timbul lebih menonjol pada malam hariMengi dapat berlangsung kurang dari 3-4 hari, sedang batuk-batuknya dapat berlangsung 10-14 hari Manifestasi alergi lainnya misalnya, eksim jarang terdapat pada golongan ini. Tumbuh

kembang anak biasanya baik, diluar serang tidak ditemukan kelainan. Waktu remisi berminggu-minggu sampai berbulan-bulan. Golongan ini merupakan 70 - 75 % dari populasi asma anak.

## 2) Asma episodic sering

Pada 2/3 golongan ini serangan pertama terjadi pada umur sebelum 3 tahun. Pada permulaan, serangan berhubungan dengan infeksi saluran nafas akut. Pada umur 5-6 tahun dapat terjadi serangan tanpa infeksi yang jelas. Biasanya orang tua menghubungkan dengan perubahan udara, adanya alergen, aktivitas fisik dan stress. Banyak yang tidak jelas pencetusnya. Frekwensi serangan 3-4 kali dalam 1 tahun, tiap serangan beberapa hari sampai beberapa minggu. Frekwensi serangan paling tinggi pada umur 8-13 tahun. Pada golongan lanjut kadang-kadang sukar dibedakan dengan golongan asma kronik atau persisten. Umumnya gejala paling jelek terjadi pada malam hari dengan batuk dan mengi yang akan mengganggu tidurnya. Pemeriksaan fisik di luar serangan tergantung frekwensi serangan. Jika waktu serangan lebih dari 1-2 minggu, biasanya tidak ditemukan kelainan fisiko *Hay Fever* dapat ditemukan pada golongan asma kronik atau persisten. Gangguan pertumbuhan jarang terjadi. Golongan ini merupakan 20 % dari populasi asma pada anak.

## 3) Asma persisten

Pada 25 % anak golongan ini serangan pertama terjadi sebelum umur 6 bulan; 75 % sebelum umur 3 tahun. Pada lebih dari 50 % anak terdapat mengi yang lama pada dua tahun pertama, dan 50 % sisanya serangannya episodik. Pada umur 5-6 tahun akan lebih jelas terjadinya obstruksi saluran nafas yang persisten dan hampir selalu terdapat mengi setiap hari; malam hari terganggu oleh batuk dan mengi. Aktivitas fisik sering menyebabkan mengi. Dari waktu ke waktu terjadi serangan yang berat dan

sering memerlukan perawatan di rumah sakit.

Terdapat juga golongan yang jarang mengalami serangan berat, hanya sesak sedikit dan mengi sepanjang waktu. Biasanya setelah mendapatkan penanganan anak dan orang tua baru menyadari mengenai asma pada anak dan masalahnya. Obstruksi jalan nafas mencapai puncaknya pada umur 8-14 tahun, baru kemudian terjadi perubahan, biasanya perbaikan. Pada umur dewasa muda 50 % golongan ini tetap menderita asma persisten atau sering. Jarang yang betul-betul bebas mengi pada umur dewasa muda. Pada pemeriksaan fisik jarang yang normal; dapat terjadi perubahan bentuk thoraks seperti dada burung (*Pigeon Chest*), *Barrel Chest* dan terdapat sulkus Harison. Pada golongan ini dapat terjadi gangguan pertumbuhan yakni, bertubuh kecil. Kemampuan aktivitas fisik kurang sekali, sering tidak dapat melakukan olah raga dan kegiatan lainnya. Juga sering tidak masuk sekolah hingga prestasi belajar terganggu. Sebagian kecil ada mengalami gangguan psikososial.

#### **4. Tanda dan gejala**

##### **a. Objektif**

Biasanya terdapat sesak napas yang berat dengan ekspirasi disertai wheezing, dapat disertai batuk dengan sputum kental, sukar dikeluarkan, bernapas dengan menggunakan otot-otot tambahan, sianosis, takikardi, gelisah, pulsus paradoksus, dan terdapat fase ekspirium memanjang disertai wheezing (di apeks dan hilus).

##### **b. Subyektif**

Klien merasasukar bernapas, sesak, dan anoreksia

c. Psikososial

Gejala psikososial yang menyertai anak dengan asma adanya perasaan cemas, takut, dan mudah tersinggung, pada umumnya sebagai dampak dari kurangnya pengetahuanklien terhadap situasi penyakitnya.

d. Tanda dan gejala asma dapat digolongkan menjadi :

1) Asma tingkat I

Penderita asma yang secara klinis normal tanpa tanda dan gejala asma atau keluhan khusus baik dalam pemeriksaan fisik maupun fungsi paru. Asma akan muncul bila penderita terpapar faktor pencetus atau saat dilakukan tes provokasi bronchial di laboratorium.

2) Asma tingkat II

Penderita asma yang secara klinis maupun pemeriksaan fisik tidak ada kelainan, tetapi dengan tes fungsi paru nampak adanya obstruksi saluran pernafasan. Biasanya terjadi setelah sembuh dari serangan asma.

3) Asma tingkat III

Penderita asma yang tidak memiliki keluhan tetapi pada pemeriksaan fisik dan tes fungsi paru memiliki tanda-tanda obstruksi. Biasanya penderita merasa tidak sakit tetapi bila pengobatan dihentikan asma akan kambuh

4) Asma tingkat IV

Penderita asma yang sering kita jumpai di klinik atau rumah sakit yaitu dengan keluhan sesak nafas, batuk atau nafas berbunyi. Pada serangan asma ini dapat dilihat yang berat dengan gejala gejala yang makin banyak antara lain: Kontraksi otot-otot bantu

pernafasan, terutama sternokliedo mastoideus, sianosis, *silent chest*, gangguan kesadaran, tampak lelah dan hiperinflasi thoraks dan takhikardi.

#### 5) Asmatingkat V

Status asma yang merupakan suatu keadaan darurat medis beberapa serangan asma yang berat bersifat refrakter sementara terhadap pengobatan yang lazim dipakai. Karena pada dasarnya asma bersifat reversible maka dalam kondisi apapun diusahakan untuk mengembalikan nafas ke kondisi normal

### 5. Patofisiologi

Suatu serangan asma timbul karena seorang yang atopi terpapar dengan alergen yang ada dalam lingkungan sehari-hari dan membentuk imunoglobulin E ( 19E). Faktor atopi itu diturunkan. Alergen yang masuk kedalam tubuh melalui saluran nafas, kulit, dan lain-lain akan ditangkap makrofag yang bekerja sebagai antigen *presenting cell* (APC). Setelah alergen diproses dalam sel APC, alergen tersebut dipresentasikan ke sel Th. Sel Th memberikan signal kepada sel B dengan dilepaskanya interleukin 2 ( 1L-2 ) untuk berpoliferasi menjadi sel plasmadan membentuk imunoglobulin E (IgE). 19E yang terbentuk akan diikat oleh mastosit yang ada dalam jaringan dan basofil yang ada dalam sirkulasi. Bila proses ini terjadi pada seseorang, maka orang itu sudah disensitasi atau baru menjadi rentan. Bila orang yang sudah rentan itu terpapar kedua kali atau lebih dengan alergen yang sama, alergen tersebut akan diikat oleh 19-E yang sudah ada dalam permukaan mastoit dan basofil. Ikatan ini akan menimbulkan influk  $Ca^{++}$  kedalam sel dan perubahan didalam sel yang menurunkan kadar cAMP.

Penurunan pada kadar cAMP menimbulkan degranulasi sel, Degranulasi sel ini akan menyebabkan dilepaskannya mediator-mediator kimia yang meliputi : histamin, slow releasing substance of anaphylaxis ( SRS-A), eosinophilic chomotetik faktor of anaphylaxis (ECF-A) dan lain-lain. Hal ini akan menyebabkan timbulnya tiga reaksi utama yaitu : kontraksi otot-otot polos baik saluran nafas yang besar ataupun yang kecil yang akan menimbulkan bronkospasme, peningkatan permeabilitas kapiler yang berperan dalam terjadinya edema mukosa yang menambah semakin menyempitnya saluran nafas, peningkatan sekresi kelenjar mukosa dan peningkatan produksi mukus. Tiga reaksi tersebut menimbulkan gangguan ventilasi, distribusi ventilasi yang tidak merata dengan sirkulasi darah paru dan gangguan difusi gas ditingkat alveoli, akibatnya akan terjadi hipoksemia, hiperkapnea dan asidosis pada tahap lanjut.

Berdasarkan etiologinya, asthma dapat dikelompokkan menjadi dua jenis yaitu asma intrinsik dan asthma ekstrinsik. Asma ekstrinsik (atopi) ditandai dengan reaksi alergi terhadap pencetus-pencetus spesifik yang dapat diidentifikasi seperti: tepung sari jamur, debu, bulu binatang, susu telur ikan obat-obatan serta bahan-bahan alergen yang lain. Sedangkan asma intrinsik (non atopi) ditandai dengan mekanisme non alergi yang bereaksi terhadap pencetus yang tidak spesifik seperti: udara dingin, zat kimia yang bersifat sebagai iritan seperti: ozon, eter, nitrogen, perubahan musim dan cuaca, aktifitas fisik yang berlebih , ketegangan mental serta faktor-faktor intrinsik lain.

Serangan asma mendadak secara klinis dapat dibagi menjadi tiga stadium. Stadium pertama ditandai dengan batuk-batuk berkala dan

kering. Batuk ini terjadi karena iritasi mukosa yang kental dan mengumpul. Pada stadium ini terjadi edema dan pembengkakan bronkus. Stadium kedua ditandai dengan batuk disertai mukus yang jernih dan berbusa. Klien merasa sesak nafas, berusaha untuk bernafas dalam, ekspirasi memanjang diikuti bunyi mengi (wheezing). Klien lebih suka duduk dengan tangan diletakkan pada pinggir tempat tidur, penberita tampak pucat, gelisah, dan warna kulit sekitar mulai membiru. Sedangkan stadium ketiga ditandai hampir tidak terdengarnya suara nafas karena aliran udara kecil, tidak ada batuk, pernafasan menjadi dangkal dan tidak teratur, irama pernafasan tinggi karena asfiksia.

## **6. Komplikasi pada Asma**

- a. Mengancam pada gangguan keseimbangan asam basa dan gagal nafas
- b. Chronik persistent bronchitis
- c. Bronchiolitis
- d. Pneumonia
- e. Emphysema.

## **7. Pemeriksaan diagnostik**

- a. Riwayat penyakit dan pemeriksaanfisik
- b. Foto rontgen
- c. Pemeriksaan fungsi paru; menurunnya tidal volume, kapasitas vital, eosinofil biasanya meningkat dalam darah dan sputum
- d. Pemeriksaanalergi
- e. Pulseoximetri
- f. Analisisgas darah.

## **8. Penatalaksanaan**

a. Prinsip umum pengobatan asma bronchial adalah:

- 1) Menghilangkan obstruksi jalan nafas dengan segera
- 2) Mengenal dan menghindari faktor-faktor yang dapat mencetuskan serangan asma
- 3) Memberikan penerangan kepada penderita ataupun keluarganya mengenai penyakit asma, baik pengobatannya maupun tentang perjalanan penyakitnya sehingga penderita mengerti tujuan pengobatan yang diberikan dan bekerjasama dengan dokter atau perawat yang merawatnya.

b. Pengobatan pada asma bronkial terbagi 2, yaitu:

- 1) Pengobatan non farmakologik: memberikan penyuluhan, menghindari faktor pencetus, pemberian cairan, fisiotherapy dan pemberian O<sub>2</sub> bila perlu
- 2) Pengobatan farmakologik: obat-obat yang dapat digunakan untuk mengatasi asma antara lain: Beta-2 agonis, teofilin, antikolinergik, kortikosteroid, isodium kromoglikat dan sodium nedokromil.

## **9. Konsepdasar asuhan keperawatan pada asma bronkial a. Pengkajian**

- 1) Identitas anak, orang tua/penanggung jawab dan saudara kandung
- 2) Keluhanutama

Pada umumnya orang tua mengeluh anaknya batuk dengan atau tanpa produksi mucus, sering bertambah berat saat malam hari atau dini hari sehingga membuat anak sulit tidur. Jika asmanya berat maka gejala yang

akan muncul yaitu perubahan kesadaran seperti mengantuk, bingung, saat serangan asma, kesulitan bernafas yang hebat, takikardia, kegelisahan hebat akibat kesulitan bernafas, berkeringat. (Margaret Varnell Clark, 2013)

### 3) Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan pada anak dengan asma meliputi hal-hal sebagai berikut:

#### a) Riwayat kesehatan sekarang

Merupakan pengembangan dari keluhan utama yang biasa ditemukan menggunakan pendekatan PQRSST, dimana P atau *pa/iatif/provokative* merupakan hal atau faktor yang mencetuskan terjadinya penyakit, hal yang memperberat atau memperingan, Q atau *qua/itas* dari suatu keluhan atau penyakit yang dirasakan, R atau *region* adalah daerah atau tempat dimana keluhan dirasakan, S atau *severity* adalah derajat keganasan atau intensitas dari keluhan tersebut, T atau *time* adalah waktu dimana keluhan dirasakan, time juga menunjukkan lamanya atau kekerapan

#### b) Riwayat kesehatan yang lalu

Penyakit yang pernah diderita anak perlu diketahui sebelumnya, karena mungkin ada kaitannya dengan penyakit sekarang. Riwayat kesehatan menjelaskan tentang riwayat perawatan di RS, alergi, penyakit kronis dan riwayat operasi. Selain itu juga menjelaskan tentang riwayat penyakit yang pernah diderita klien yang ada hubungannya dengan penyakit sekarang seperti riwayat panas, batuk, pilek, atau penyakit serupa pengobatan yang dilakukan

### 4) Riwayat kesehatan keluarga dan koping keluarga

Dikaji mengenai adanya penyakit pada keluarga yang berhubungan dengan asma pada anak, riwayat penyakit keturunan atau bawaan

seperti asma, diabetes melitus, dan lain-lain.

5) Riwayat imunisasi

Mencakup kelengkapan imunisasi dasar yang harus diberikan sampai dengan anak berumur 9 bulan, hal ini berkaitan erat dengan pembentukan kekebalan tubuh anak. Asma sangat erat hubungannya dengan kekebalan tubuh anak.

6) Riwayat pertumbuhan dan perkembangan

Anak yang mengalami asma ringan pada umumnya tidak berdampak terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak, namun asma berat biasanya menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan anak terganggu.

7) Pola kebiasaan meliputi hal-hal sebagai berikut:

a) Pola nutrisi

Pada umumnya anak yang mengalami asma akan mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi karena ada keluhan atau kesulitan bernapas dan perasaan mual akibat akumulasi dari secret.

b) Pola istirahat/aktivitas

Gejala: Kelelahan, kelelahan, malaise, Ketidakmampuan untuk melakukan aktifitas sehari-hari karena sulit bernapas, Ketidakmampuan untuk tidur, perlu tidur dalam posisi duduk tinggi, dispnea pada saat istirahat atau respon terhadap aktifitas atau latihan

Tanda: kelelahan, gelisah, insomnia, kelemahan umum/kehilangan massa otot

c) Pola personal hygiene

Orang tua kadang merasa takut untuk memandikan anak yang

sedang sakit, sehingga perlu dikaji kebutuhan personal hygiene anak

8) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Biasanya keadaan umum anak dengan asma adalah kelemahan fisik akibat kurangnya napsu makan, gelisah, kesulitan bernapas, kesulitan tidur, berkeringat dan takikardia.

b) Tanda-tanda vital

Akan ditemukan tanda-tanda vital yang berubah dari ukuran normal

c) Antropometri

Dikaji untuk mengetahui status gizi, dapat ditemukan penurunan berat badan dari normal.

d) Pemeriksaan *head to toe*

(1) Hidung

Amati anak, apakah menggunakan nafas cuping hidung saat bernapas, selain memperhatikan adanya flu atau pilek serta karakteristik secret yang keluar dari hidung.

(2) Mulut

Amati adanya tanda-tanda kebiruan atau sianosis pada daerah sekitar bibir dan mulut sebagai tanda penting yang harus dikaji sebagai dampak kekurangan oksigen.

(3) Dada

Amati kesimetrisan dada, biasanya pada anak yang mengalami asma terdapat perubahan bentuk dada seperti *pigeon chest* atau *barreal chest*, kaji terhadap retraksi atau tarikan dinding dada kedalam pada umumnya terdapat tarikan otot sternokliedo

mastoideus, amati jenis pernafasan, amati gerakan pernafasan dan lama inspirasi serta ekspirasi, lakukan perkusi diatas sela iga, bergerak secara simentris atau tidak dan lakukan auskultasi lapang paru untuk mengenali adanya weezhing atau mengi pada akhir ekspirasi yang merupakan tanda khas pada asma.

(4) Ekstremitas

Sirkulasi oksigen yang terganggu akan menyebabkan adanya tanda kebiruan dan teraba dingin pada ektremitas, amati adanya *Capi/ary Refi/ Time* yang memanjang.

e) Pemeriksaan penunjang

Amati hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan baik laboratorium maupun diagnostic, yang maliputi: rontghen thorax, pemeriksaan fungsi paru; menurunnya tidal volume, kapasitas vital, eosinofil biasanya meningkat dalam darah dan sputum, pemeriksaan alergi, pulse oximetri dan analisisgas darah.

**b. Dignosa keperawatan**

- 1) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d peningkatan produksi sekret
- 2) Gangguan pertukaran gas b/d obstruksi jalan nafas
- 3) Intoleransi aktivitas bid ketidakseimbanganantara suplai dengan kebutuhan O<sub>2</sub>
- 4) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan bid intake yang tidak adekuat, mual
- 5) Kecemasanberhubungandengan mekanisme koping tidak efektif
- 6) Defisit perawatan diri berhubungandengan metabolismmenurun
- 7) Risiko tinggi infeksi

# ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN PNEUMONIA

## 1. Pengertian

Pneumonia adalah merupakan infeksi akut yang secara anatomi mengenai lobus paru. Pneumonia adalah suatu peradangan alveoli atau pada parenchym paru yang terjadi pada anak (Suriani, 2006). Pengertian lain pneumonia ialah suatu radang paru yang disebabkan oleh bermacam-macam etiologi seperti bakteri, virus, jamur dan benda asing yang mengenai jaringan paru (DEPKES2006).



**Gambar 45**  
**Anak dengan pneumonia**

## 2. Etiologi

Pneumonia dapat disebabkan oleh bermacam-macam etiologi seperti : bakteri, virus, mikoplasma (bentuk peralihan antara bakteri dan virus) dan protozoa.

### a. Bakteri

Pneumonia yang dipicu bakteri bisa menyerang siapa saja, dari bayi sampai usia lanjut. Sebenarnya bakteri penyebab pneumonia yang paling umum adalah *Streptococcus pneumoniae* sudah ada di kerongkongan manusia sehat. Bakteri *Streptococcus pneumoniae*, *S.pyogenes*, dan *Staphylococcus aureus* yang lazim terjadi pada anak normal. Begitu pertahanan tubuh menurun oleh sakit, usia

tua atau malnutrisi, bakteri segera memperbanyak diri dan menyebabkan kerusakan. Balita yang terinfeksi pneumonia akan panas tinggi, berkeringat, napas terengah-engah dan denyut jantungnya meningkat cepat (Misnadiarly, 2008).

#### **b. Virus**

Setengah dari kejadian pneumonia diperkirakan disebabkan oleh virus. Virus yang tersering menyebabkan pneumonia adalah Respiratory Syncial Virus (RSV). Virus pernapasan yang paling sering lazim yaitu micoplasma pneumonia yang terjadi pada usia beberapa tahun pertama dan anak sekolah dan anak yang lebih tua. Virus penyebab pneumonia yang paling lazim adalah virus sinsitial pernapasan, parainfluenzae, influenzae dan adenovirus. Virus non respirasik, bakteri enterik gram negatif, mikobakteria, coxiella, pneumocytis carinii dan sejumlah jamur.

Meskipun virus-virus ini kebanyakan menyerang saluran pernapasan bagian atas, pada balita gangguan ini bisa memicu pneumonia. Tetapi pada umumnya sebagian besar pneumonia jenis ini tidak berat dan sembuh dalam waktu singkat. Namun bila infeksi terjadi bersamaan dengan virus influenza, gangguan bisa berat dan kadang menyebabkan kematian (Misnadiarly, 2008)

#### **c. Mikoplasma**

Mikoplasma adalah agen terkecil di alam bebas yang menyebabkan penyakit pada manusia. Mikoplasma tidak bisa diklasifikasikan sebagai virus maupun bakteri, meski memiliki

karakteristik keduanya. Pneumonia yang dihasilkan biasanya berderajat ringan dan tersebar luas. Mikoplasma menyerang segala jenis usia, tetapi paling sering pada anak pria remaja dan usia muda. Angka kematian sangat rendah, bahkan juga pada yang tidak diobati (Misnadiarly, 2008).

#### d. Protozoa

Pneumonia yang disebabkan oleh protozoa sering disebut pneumonia pneumosistis. Termasuk golongan ini adalah Pneumocystitis Carinii Pneumonia (PCP). Pneumonia pneumosistis sering ditemukan pada bayi yang premature Perjalanan penyakitnya dapat lambat dalam beberapa minggu sampai beberapa bulan,' tetapi juga dapat cepat dalam hitungan haria Diagnosis pasti ditegakkan jika ditemukan P. Carinii pada jaringan paru atau spesimen yang berasal dari paru (Djojodibroto, 2009).

### 3. Klasifikasi

#### a. Pneumoniaberdasarkanklinis dan epidemiologi

- 1) Pneumonia yang didapat di masyarakat (CAP) disebabkan pneumokokus
- 2) Pneumonia yang di dapat di rumah sakit (*Hospital Acquired Pneumonia/Nasokomia/ Pneumonia*) biasanya disebabkan bakteri gram negative dan angka kematian lebih tinggi.
- 3) Pneumonia aspirasi, sering terjadi pada bayi dan anak.
- 4) Pneumonia berulang, terjadi bila punya penyakit penyerta.

**b. Pneumonia berdasarkan kuman penyebab**

- 1) Pneumonia bakteriali topikal, dapat terjadi pada semua usia, beberapa kuman tendensi menyerang seseorang yang peka, misal :
- 2) Klebsiela pada orang alkoholik
- 3) Stafilokokus pada influenza
- 4) Pneumonia atipikal, sering mengenai anak dan dewasa muda disebabkan oleh mycoplasma, clamidia, dan coxiella.
- 5) Pneumonia karena virus, sering terjadi pada bayi dan anak.
- 6) Pneumonia karena jamur, sering disertai infeksi sekunder terutama pada orang dengan daya tahan lemah dan pengobatannya lebih sulit.

**c. Pneumonia berdasarkan prediksi infeksi**

1. Pneumonia lobaris mengenai satu lobus atau lebih, disebabkan karena obstruksi bronkus, misalnya aspirasi benda asing, proses keganasan.
2. Bronkopneumonia, adanya bercak-bercak infiltrat pada paru dan disebabkan oleh virus atau bakteri.

**4. Cara penularan**

Pneumonia ditularkan melalui percikan air ludah. air ludah bisa berasal dari anak atau orang dewasa sehat yang membawa organisme penyebab pneumonia itu dalam saluran pernafasan mereka. Bisa juga tertular dari lendir hidung atau tenggorokan orang yang sedang sakit. Penularan biasanya lebih sering dari orang serumah, teman sepermainan, atau teman di sekolah. Faktor risiko penularan makin besar ketika bayi atau balita menderita kekurangan gizi dan tidak mendapatkan ASI. Disamping itu

tidak mendapatkan imunisasi, kurang vitamin A, bayi terpapar asap rokok, asap dapur dan polusi lingkungan juga meningkatkan faktor risiko menderita pneumonia. Bayi dan balita bisa dilindungi dari pneumonia lewat imunisasi DPT, campak dan pneumokokus.

## **5. Patofisiologi**

Sebagian besar pneumonia didapat melalui aspirasi partikel infeksius. Ada beberapa mekanisme yang pada keadaan normal melindungi paru dari infeksi. Partikel infeksius difiltrasi di hidung, atau terperangkap dan dibersihkan oleh mukus dan epitel bersilia di saluran napas. Bila suatu partikel dapat mencapai paru-paru, partikel tersebut akan berhadapan dengan makrofag alveoler, dan juga dengan mekanisme imun sistemik, dan humoral. Bayi pada bulan-bulan pertama kehidupan juga memiliki antibodi maternal yang didapat secara pasif yang dapat melindunginya dari pneumokokus dan organisme-organisme infeksius lainnya.

Perubahan pada mekanisme protektif ini dapat menyebabkan anak mudah mengalami pneumonia misalnya pada kelainan anatomis kongenital, defisiensi imun didapat atau kongenital, atau kelainan neurologis yang memudahkan anak mengalami aspirasi dan perubahan kualitas sekresi mukus atau epitel saluran napas. Pada anak tanpa faktor-faktor predisposisi tersebut, partikel infeksius dapat mencapai paru melalui perubahan pada pertahanan anatomis dan fisiologis yang normal. Ini paling sering terjadi akibat virus pada saluran napas bagian atas. Virus tersebut dapat menyebar ke saluran napas bagian bawah dan menyebabkan pneumonia virus.

Kemungkinan lain, kerusakan yang disebabkan virus terhadap mekanisme pertahanan yang normal dapat menyebabkan bakteri patogen menginfeksi saluran napas bagian bawah. Bakteri ini dapat merupakan organisme yang pada keadaan normal berkolonisasi di saluran napas atas atau bakteri yang ditransmisikan dari satu orang ke orang lain melalui penyebaran droplet di udara. Kadang-kadang pneumonia bakterialis dan virus (contoh: varisella, campak, rubella, CMV, virus Epstein-Barr, virus herpes simpleks) dapat terjadi melalui penyebaran hematogen baik dari sumber terlokalisir atau bakteremia/viremia generalisata.

Setelah mencapai parenkim paru, bakteri menyebabkan respons inflamasi akut yang meliputi eksudasi cairan, deposit fibrin, dan infiltrasi leukosit polimorfonuklear di alveoli yang diikuti infiltrasi makrofag. Cairan eksudatif di alveoli menyebabkan konsolidasi lobaris yang khas pada foto toraks. Virus, mikoplasma, dan klamidia menyebabkan inflamasi dengan dominasi infiltrat mononuklear pada struktur submukosa dan interstisial. Hal ini menyebabkan lepasnya sel-sel epitel ke dalam saluran napas, seperti yang terjadi pada bronkiolitis.

## **6. Manifestasi klinis**

Biasanya didahului infeksi saluran pernafasan bagian atas. suhu dapat naik secara mendadak (38-40 DC), dapat disertai kejang (karena demam tinggi), batuk, mula• mula kering (non produktif) sampai produktif. Nafas: sesak, pernafasan cepat dangkal, frekuensi napas

meningkat pada anak umur 1-5 tahun (40 x/rnnt atau lebih), umur 2 bulan-1 tahun (50 x/rnnt atau lebih), dan umur < 2 bulan (60 x/rnnt atau lebih). Penggunaan otot bantu pernafasan, retraksi interkosta, napas cuping hidung kadang-kadang terdapat nasal discharge (ingus). Suara nafas lemah, mendengkur, rales (ronki), wheezing, nadi cepat dan bersambung, nyeri dada seperti ditusuk-tusuk yang dicetuskan oleh bernafas dan batuk, kadang-kadang terasa nyeri kepala dan abdomen. disertai muntah dan diare, anoreksia dan perut kembung, tampak sianosis pada mulut, hidung dan kuku, sering merasa malaise, gelisah dan cepat lelah.

## **7. Pemeriksaan penunjang**

- a.** Sinar X: mengidentifikasi distribusi struktural (misal: lobar, bronchial); dapat juga menyatakan abses)
- b.** Pemeriksaan gram/kultur, sputum dan darah: untuk dapat mengidentifikasi semua organisme yang ada.
- c.** Pemeriksaan serologi: membantu dalam membedakan diagnosis organisme khusus.
- d.** Pemeriksaan fungsi paru: untuk mengetahui paru-paru, menetapkan luas berat penyakit dan membantu diagnosis keadaan.
- e.** Biopsi paru: untuk menetapkan diagnosis
- f.** Spirometrik static: untuk mengkaji jumlah udara yang diaspirasi
- g.** Bronkostopi: untuk menetapkan diagnosis dan mengangkat benda asing

## **8. Komplikasi**

Bila tidak ditangani secara tepat maka kemungkinan akan terjadi

kompilasi sebagai berikut:

- a. Otitis media akut (OMA) terjadi bila tidak diobati, maka sputum yang berlebihan akan masuk ke dalam tuba eustachius, sehingga menghalangi masuknya udara ke telinga tengah dan mengakibatkan hampa udara, kemudian gendang telinga akan tertarik ke dalam dan timbul efusi.
- b. Efusi pleura.
- c. Emfisema.
- d. Meningitis.
- e. Abses otak.
- f. Endokarditis.
- g. Osteomielitis

## 9. Penatalaksanaan

- a. Pengobatan diberikan berdasarkan etiologi dan uji resistensi tapi karena hal itu perlu waktu dan pasien pneumonia diberikan terapi secepatnya:
  - 1) Penicillin G: untuk infeksi pneumonia staphylococcus.
  - 2) Amantadine, rimantadine: untuk infeksi pneumonia virus
  - 3) Eritromisin, tetrasiklin, derivat tetrasiklin: untuk infeksi pneumonia mikroplasma.
- b. Menganjurkan untuk tirah baring sampai infeksi menunjukkan tanda-tanda perbaikan
- c. Pemberian oksigen sesuai dengan kebutuhan dan yang adekuat jika terjadi hipoksemia.
- d. Ekspektoran dapat dikombinasi dengan *postural drainase*
- e. Rehidrasi yang cukup dan adekuat

- f. Latihan nafas dalam dan batuk efektif sangat membantu
- g. Isolasi pernafasan sesuai dengan kebutuhan
- h. Diet tinggi kalori dan tinggi protein
- i. Terapi lain sesuai dengan komplikasi

## **10. Konsep asuhan keperawatan**

### **a. Pengkajian**

#### 1) Usia

Anak-anak cenderung mengalami pneumonia akibat infeksi virus dibanding dewasa, sedangkan mycoplasma terjadi pada anak yang relatif besar. Pneumonia sering terjadi pada bayi terutama pada usia < 3 tahun, sementara kematian terbanyak pada bayi dengan usia < 2 bulan.

#### 2) Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama: sesak napas.

b) Riwayat keperawatan sekarang

Didahului oleh infeksi saluran pernapasan atas selama beberapa hari, kemudian mendadak timbul panas tinggi, sakit kepalaj dada (anak besar) kadang-kadang pada anak kecil dan bayi dapat timbul kejang, distensi abdomen dan kaku kuduk, timbul batuk, sesak, nafsu makan menurun. Anak biasanya dibawa ke rumah sakit setelah sesak nafas, cyanosis atau batuk-batuk disertai dengan demam tinggi. Kesadaran kadang sudah menurun apabila anak masuk dengan disertai riwayat kejang demam (seizure).

c) Riwayat keperawatan sebelumnya

Anak sering menderita penyakit saluran pernapasan atas.

Predileksi penyakit saluran pernafasan lain seperti ISPA, influenza sering terjadi dalam rentang waktu 3-14 hari sebelum diketahui adanya penyakit Pneumonia. Penyakit paru, jantung serta kelainan organ vital bawaan dapat memperberat klinis klien.

3) Riwayat kesehatan keluarga dan tempat tinggal

Pneumonia bukan merupakan penyakit keturunan, namun dapat dikaji kemungkinan adanya anggota keluarga yang mengalami infeksi saluran pernapasan, riwayat batuk, flu dan pilek, sehingga menular pada anak. Tempat tinggal/lingkungan dengan sanitasi buruk beresiko lebih besar kemungkinan terjadinya penyakit infeksi saluran pernapasan.

4) Pemeriksaan Fisik

Status penampilan kesehatan tampak lemah, tingkat kesadaran normal, letragi, strupor, kama, apatis tergantung tingkat penyebaran penyakit. Terjadi perubahan pada tanda-tanda vital: takikardia, hipertensi, takipnea, dispnea progresif, pernafasan dangkal, penggunaan otot bantu pernafasan, pelebaran nasal atau napas cuping hidung, suhu tubuh meningkat bahkan terjadi hipertermi akibat penyebaran toksik mikroorganisme yang direspon oleh hipotalamus. Kecenderungan berat badan anak mengalami penurunan dan kulit tampak pucat dan sianosis.

Data yang paling menonjol pada pemeriksaan fisik adalah pada Thorax dan paru-paru

- a) Inspeksi: frekuensi irama, kedalaman dan upaya bernafas antara lain: takipnea, dispnea progresif, pernafasan

dangkal, pektus ekskavatum (dada corong), paktus karinatum (dada burung), barrel chest.

- b) Palpasi: adanya nyeri tekan, massa, peningkatan vokal fremitus pada daerah yang terkena.
  - c) Perkusi: pekak terjadi bila terisi cairan pada paru, normalnya timpani (terisi udara) resonansi.
  - d) Auskultasi: suara pernafasan yang meningkat intensitasnya: Suara bronkovesikuler atau bronkial pada daerah yang terkena. Suara pernafasan tambahan: ronkhi inspiratoir pada sepertiga akhir inspirasi.
- 5) Pemeriksaan penunjang : pemeriksaan diagnostic dan laboratorium
- a) Pemeriksaan sputum gram dan kultur sputum dengan sampel adekuat.
  - b) Pemeriksaan darah, leukositosis, LED, kultur darah.
  - c) Radiologi, abnormalitas yang disebabkan adanya radang atau cairan ditandai dengan konsolidasi dan kelainan bisa satu lobus atau lebih dan atau sebagian dari lobus.

## **b. Diagnosa keperawatan**

- 1) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d inflamasi dan obstruksi jalan nafas
- 2) Ketidakefektifan pola nafas
- 3) Kekurangan volume cairan b.d intake oral tidak adekuat, takipneu, demam
- 4) Intoleransi aktivitas b.d isolasi respiratory
- 5) Defisiensi pengetahuan b.d perawatan anak pulang

### **c. Implementasi**

Implementasi dilakukan berdasarkan dari rencana keperawatan yang sudah disusun yang bertujuan untuk:

- 1) Mempertahankan kepatenan jalan napas
- 2) Mempertahankan pola napas tetap efektif
- 3) Menjaga keseimbangan volume cairan
- 4) Meningkatkan toleransi terhadap aktivitas
- 5) Meningkatkan pengetahuan keluarga

### **d. Evaluasi**

Evaluasi dilakukan berdasarkan metode SOAP

## **ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN PENYAKIT JANTUNG BAWAAN (PJB)**

Tubuh manusia terdiri dari berbagai system, diantaranya adalah system kardiovaskuler. System ini menjalankan fungsinya melalui organ jantung dan pembuluh darah. Jantung merupakan organ yang memiliki peranan penting dan cukup besar dalam tubuh. Fungsi utama jantung adalah untuk memompakan darah ke seluruh tubuh dengan cara mengembang dan menguncup yang disebabkan oleh karena adanya rangsangan yang berasal dari susunan saraf otonom. Darah yang dipompakan oleh jantung ke seluruh tubuh merupakan alat transportasi oksigen yang dibutuhkan untuk proses metabolisme. Seperti pada organ-organ yang lain, jantung juga dapat mengalami kelainan ataupun disfungsi. Sehingga kelainan pada jantung akan membawa dampak terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen pada tingkat sel.

Penyakit jantung dapat dibedakan dalam dua kelompok, yaitu penyakit jantung didapat dan penyakit jantung bawaan. Penyakit jantung bawaan adalah kelainan struktural jantung yang kemungkinan terjadi sejak dalam kandungan dan beberapa waktu setelah bayi dilahirkan. Jenis penyakit jantung yang tergolong penyakit jantung bawaan diantaranya adalah Atrial Septal Defect (ASD), Ventricular Septal Defect (VSD) dan Tetralogi Of Fallot (TOF).

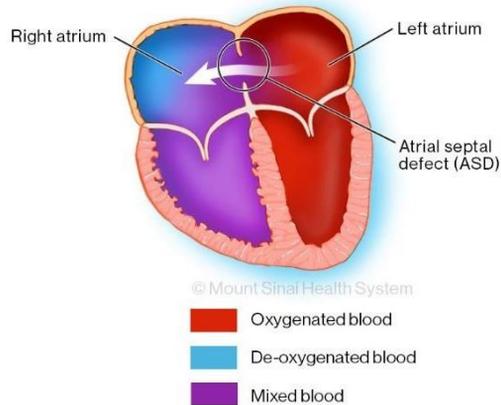
### **1. Atrial Septal Defect (ASD)**

#### **a. Pengertian**

Atrial Septal Defect (ASD) adalah penyakit jantung bawaan berupa lubang (defek) pada septum interatrial (sekat antar

serambi) yang terjadi karena kegagalan fungsi septum interatrial semasa janin. ASD adalah suatu lubang pada dinding (septum) yang memisahkan jantung bagian atrium kiri dan atrium kanan. Kelainan jantung ini mirip seperti VSD, tetapi letak kebocoran di septum antara serambi kiri dan kanan. Kelainan ini menimbulkan keluhan yang lebih ringan dibanding VSD. ASD adanya hubungan (lubang) abnormal pada sekat yang memisahkan atrium kanan dan atrium kiri, Kelainan jantung bawaan yang memerlukan pembedahan jantung terbuka adalah ASD. Defek sekat atrium adalah hubungan langsung antara serambi jantung kanan dan kiri melalui sekatnya karena kegagalan pembentukan sekat. Defek ini dapat berupa defek sinus venosus di dekat muara vena kava superior, foramen ovale terbuka pada umumnya menutup spontan setelah kelahiran, defek septum sekundum yaitu kegagalan pembentukan septum sekundum dan defek septum primum adalah kegagalan penutupan septum primum yang letaknya dekat sekat antar bilik atau pada bantalan endokard.

Macam-macam defek sekat ini harus ditutup dengan tindakan bedah sebelum terjadinya pembalikan aliran darah melalui pintasan dari kanan ke kiri sebagai tanda timbulnya *sindrome Eisenmenger*. Bila sudah terjadi pembalikan aliran darah, maka pembedahan dikontraindikasikan. Tindakan bedah berupa penutupan dengan menjahit langsung dengan jahitan jelujur atau dengan menambal defek dengan sepotong dakron.



**Gambar 46**  
**Atrial Septal Defect**

b. Klasifikasi

Berdasarkan lokasi lubang, ASD diklasifikasikan dalam 3 tipe, yaitu:

- 1) Ostium Primum (ASD1), letak lubang di bagian bawah septum mungkin disertai kelainan katup mitral.
- 2) Ostium Secundum (ASD2), letak lubang di tengah septum.
- 3) Sinus Venosus Defek, lubang berada diantara Vena Cava Superior dan Atrium Kanan.

Berdasarkan kompleksitasnya ASD diklasifikasikan menjadi:

- 1) ASD sederhana dengan defek pada septum dan disekitar fossa ovalis (dikenal dengan DSA sekundum), defek pada tepi bawah septum (DSA primum) dan defek disekitar muara VCS (defek sinus venosus) yang seringkali disertai anomali parsial drainase vena pulmonalis.
- 2) ASD kompleks yang merupakan bentuk dari *defek endocardial cushion* yang sekarang dikenal sebagai *defek septum*

*atrioventriku/ar* (DSAV) atau AV canal. Defek septum atrium sekundum adalah kelainan yang dimana terdapat lubang patologis di tempat fossa ovalis, Akibatnya terjadi pirau dari atrium kiri ke atrium kanan, dengan beban volume di atrium dan di ventrikel kanan.

#### c. Patofisiologi

Pada kasus atrial septal defect yang tidak ada komplikasi, darah yang mengandung oksigen dari atrium kiri mengalir ke atrium kanan tetapi tidak sebaliknya. Aliran yang melalui defek tersebut merupakan suatu proses akibat ukuran dan complain dari atrium tersebut. Normalnya setelah bay; lahir complain ventrikel kanan menjadi lebih besar daripada ventrikel kiri yang menyebabkan ketebalan dinding ventrikel kanan berkurang. Hal ini juga berakibat volume serta ukuran atrium kanan dan ventrikel kanan meningkat.

Jika complain ventrikel kanan terus menurun akibat beban yang terus meningkat shunt dari kiri kekanan biasa berkurang. Pada suatu saat sindroma *Eisenmenger* bisa terjadi akibat penyakit vaskuler paru yang terus bertambah berat. Arah shunt pun bisa berubah menjadi dari kanan ke kiri sehingga sirkulasi darah sistemik banyak mengandung darah yang rendah oksigen akibatnya terjadi hipoksemi dan sianosis.

#### d. Manifestasi klinik

Sebagian besar penderita ASD tidak menampilkan gejala (asimtomatik) pada masa kecilnya, kecuali pada ASD besar yang dapat menyebabkan kondisi gagal jantung di tahun pertama kehidupan

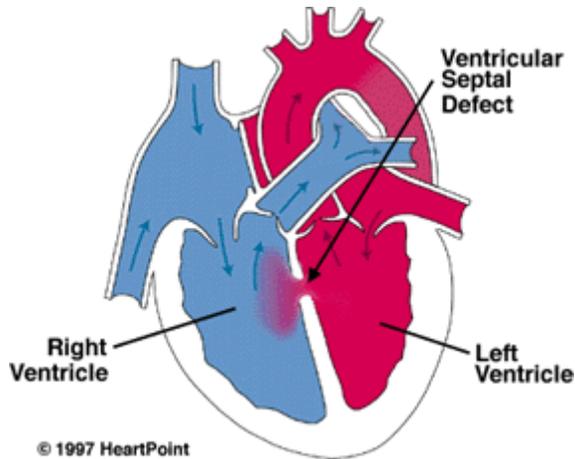
pada sekitar 5% penderita. Kejadian gagal jantung meningkat pada dekade ke-4 dan ke-5, dengan disertai adanya gangguan aktivitas listrik jantung (aritmia). Gejala yang muncul pada masa bayi dan kanak-kanak adalah adanya infeksi berulang pada saluran napas bagian bawah, yang ditandai dengan keluhan batuk dan panas hilang timbul (tanpa pilek). Selain itu gejala gagal jantung (pada ASD besar) dapat berupa sesak napas, kesulitan menyusu, gagal tumbuh kembang pada bayi atau cepat capai saat aktivitas fisik pada anak yang lebih besar. Selanjutnya dengan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang seperti elektro-kardiografi (EKG), rontgen dada dan echo-cardiografi, diagnosis ASD dapat ditegakkan.

Gejalanya pada anak yang mengalami ASD bisa berupa: sering mengalami infeksi saluran pernafasan. dispneu (kesulitan dalam bernafas), sesak nafas ketika melakukan aktivitas, merasakan jantung berdebar-debar (palpitasi), dan aritmia. Pada kelainan yang sifatnya ringan sampai sedang, mungkin sama sekali tidak ditemukan gejala atau gejalanya baru timbul pada usia pertengahan.

## **2. Ventricular Septal Defect (VSD)**

### **a. Pengertian**

Vertikel septal defek (VSD) adalah kelainan jantung bawaan berupa lubang pada septum interventrikuler, lubang tersebut hanya satu atau lebih yang terjadi akibat kegagalan fungsi septum interventrikuler sesama janin dalam kandungan. Sehingga darah bisa mengalir dari ventrikel kiri ke kanan ataupun sebaliknya (Nanda NIC-NOC, 2015).



**Gambar 47**  
**Ventricular Septal Defect**

b. Klasifikasi VSD berdasarkan letak defek

- 1) Perimembranase , merupakan lesi yang terletak tepat dibawah katup aorta. Defek Septum Ventrikel tipe ini terjadi sekitar 80% dari seluruh kasus DSV (Rao,2005).
- 2) Muskular, merupakan jenis DSV dengan lesi yang terletak di otot-otot septum dan terjadi sekitar 5-20% dari seluruh angka kejadian DSV (Ramaswamy, et al.2009).
- 3) Suprakistal , jenis lesi VSD ini terletak dibawah katub pulmonalis dan berhubungan dengan jalur jalan keluar ventrikel kanan. Presentasi kejadian jenis VSD ini sekitar 5-7% di negara-negara barat dan 25% di kawasan timur.
- 4) Arterioventrikuler, kekurangan komponen endikardial dari septum interventrikuler.

Klasifikasi VSD berdasarkan ukurannya :

- 1) VSD kecil

Biasanya asimtomatik, defek kecil 1-5 mm, tidak ada gangguan

tumbuh kembang, bunyi jantung normal, terkadang ditemukan suara bising di peristaltik yang menjalar ke seluruh tubuh perikardium dan berakhir pada waktu diastolik karena terjadi penutupan VSD. Pada umumnya tidak diperlukan kateterisasi karena akan menutup secara spontan pada umur 3 tahun.

2) VSD sedang

Sering terjadi simptom pada bayi, sesak nafas, defek 5-10 mm BB sukar naik sehingga tumbuh kembang terganggu, biasanya mudah menderita infeksi, takipneu, retraksi dan bentuk dada normal

3) VSD besar

Sering timbul pada masa neonatus, dispneu meningkat setelah terjadi peningkatan pirau kiri ke kanan dalam minggu pertama setelah lahir, minggu ke 2 dan 3 simptom mulai timbul, sesak nafas saat tidur, kadang tampak sianosis karena kekurangan oksigen dan biasanya dapat mengganggu tumbuh kembang anak

c. Patofisiologi

Ventricular Septal Defect (VSD) terjadi akibat adanya kebocoran di septum interventrikular. Kebocoran ini terjadi karena keterlambatan pada pertumbuhan. Biasanya terjadi di pars muskularis atau di pars membran seadari septum. Defek tersebut dapat terletak dimanapun pada septum ventrikel, dapat tunggal atau banyak dengan bentuk dan ukuran yang bervariasi. Kebocoran di pars muskularis biasanya kecil. Kebocoran ditempat lainnya mempunyai ukuran bermacam-macam.

Pada defek yang berukuran tidak lebih dari 1 cm, terdapat perbedaan tekanan antara ventrikel kanan dan kiri. Tekanan ventrikel kiri yang lebih

besar menyebabkan arus kebocoran berlangsung dari kiri ke kanan (L to R Shunt). Volume darah dari ventrikel kiri ini setelah melalui defek lalu masuk ke dalam arteri pulmonalis bersama-sama darah yang berasal dari ventrikel kanan. Biasanya pada defek yang kecil ini tidak terjadi kebocoran, dengan demikian ventrikel kanan tidak mengalami beban volume dan tidak menjadi dilatasi. Jumlah darah yang mengalir melalui arteri pulmonalis akan bertambah, demikian pula vena-vena pulmonalis isinya akan bertambah dan mengalirkan darah ke atrium kiri. Kelebihan darah ini menyebabkan dilatasi dari atrium kiri. Ventrikel kiri, disamping volume darahnya yang bertambah, juga harus bekerja keras sehingga terjadi hipertrofi. Dengan kata lain arteri pulmonalis, atrium kiri, dan ventrikel kiri yang mengalami kelainan pada saat ini, sehingga jantung kiri membesar. Bila defek itu makin besar, maka volume darah yang mengalir ke ventrikel kanan juga bertambah. Dengan bertambahnya volume darah ini, maka ventrikel kanan menjadi dilatasi, dan arteri pulmonalis juga bertambah lebar. Selama sirkulasi ini berjalan lancar, tidak ada peningkatan tekanan di dalam arteri pulmonalis.

Selanjutnya seperti pada kelainan ASD, lambat laun pada penderita itu pun akan terjadi perubahan-perubahan pada pembuluh darah paru-paru, yaitu penyempitan dari lumen arteri-arteri di perifer. Hipertensi pulmonal lebih cepat terjadi pada VSD. Dengan adanya hipertensi pulmonal ini, ventrikel kanan menjadi besar karena darah yang mengalir ke dalam arteri paru-paru mengalami kesulitan. Resistensi yang besar pada arteri pulmonalis, maka atrium kiri yang semula dilatasi kini berkurang isinya dan kembali normal. Pada saat ini yang berperan dalam kelainan ini adalah ventrikel kanan, arteri pulmonalis dengan cabang-

cabangnya yang melebar terutama bagian sentral. Jadi sekarang yang membesar terutama adalah jantung kanan. Keadaan ini mirip dengan kelainan ASD dengan Hipertensi pulmonal.

Defek pada septum yang besar menyebabkan keseimbangan antara tekanan pada kedua ventrikel. Ada kalanya defek itu sangat besar sehingga kedua ventrikel itu menjadi satu ruangan (Single Ventricle). Arah kebocoran pada keadaan ini tergantung pada keadaan dari arteri pulmonalis dan aorta. Bila tekanan di dalam arteri pulmonalis tinggi karena adanya kelainan pada pembuluh darah paru maka darah dari ventrikel kanan akan mengalir ke dalam ventrikel kiri. Bila di dalam aorta terdapat tekanan yang tinggi, kebocoran berlangsung dari ventrikel kiri ke ventrikel kanan (*L to R Shunt*).

Darah arterial dari atrium kiri masuk ke atrium kanan. Aliran tidak deras karena perbedaan tekanan atrium kiri dan kanan tidak besar (tekanan atrium kiri lebih besar dari tekanan atrium kanan. Beban pada atrium kanan, atrium pulmonalis kapiler paru, dan atrium kiri meningkat, sehingga tekanannya meningkat. Tahanan katup pulmonal naik, timbul bising sistolik karena stenosis relatif katup pulmonal, Juga terjadi stenosis relatif katup trikuspidal, sehingga terdengar bising diastolik. Penambahan beban atrium pulmonal bertambah, sehingga tahanan katup pulmonal meningkat dan terjadi kenaikan tekanan ventrikel kanan yang permanen. Kejadian ini berjalan lambat

#### d. Manifestasi klinik

Manifestasi yang sering pada VSD adanya takipneu, dispneu meningkat setelah terjadi peningkatan pirau kiri ke kanan dalam minggu pertama setelah lahir, adanya sianosis dan clubbing finger. Bayi tampak sesak nafas pada saat istirahat, kadang tampak sianosis karena kekurangan oksigen akibat gangguan pernapasan. Bayi mudah lelah saat menyusui, sehingga ketika mulai menyusui bayi tertidur karena kelelahan, muntah saat menyusui BB sukar naik sehingga tumbuh kembang terganggu. Hasil pemeriksaan EKG terdapat peningkatan aktivitas ventrikel kanan dan kiri dan gambaran dari radiology terdapat pembesaran jantung nyata dengan conus pulmonalis yang tampak menonjol, pembuluh darah hilus membesar dan peningkatan vaskularisasi paru perifer (PDPDI, 2009; Webb GD et al, 2011; Prema R, 2013)

### 3. Tetralogi Of Fallot (TOF)

#### a. Pengertian

Tetralogi of Fallot ( TOF ) adalah defek jantung sianotik congenital yang terdiri dari 4 defek structural, yaitu: VSD besar, stenosis atau atresia paru. overriding aorta dan hipertrofi ventrikel kanan

#### b. Kelainan struktur anatomi pada TOF

Ada 4 temuan kelainan anatomi yang menjadi ciri utama pada kasus Tetralogi of Fallot.

##### 1) Stenosis arteria Pulmonale

Stenosis ini dapat bervariasi dalam ukuran dan distribusi, kelainan bias terdapat infundubular, valvular, supralvalvular, atau

kombinasi, yang menyebabkan obstruksi aliran darah ke dalam arteri pulmoner dapat pula terjadi atresia atau hipoplasia. Pada beberapa individu, tingkat 'berbagai stenosis arteri perifer paru terjadi, yang selanjutnya membatasi aliran darah paru. Paru atresia menghasilkantidak ada hubungan antara ventrikel kanan dan arteri pulmonalis utama, dalam hal ini, aliran darah paru dipertahankan baik oleh duktus arteriosus atau sirkulasi kolateral dari pembuluh bronkial.

## 2) Ventrikel Septum Defek

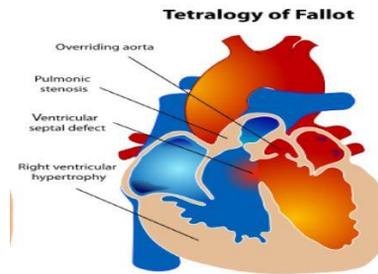
Terdapat defek pada septum interventrikuler kanan dan kiri. Karena ukuran VSD ini cukup besar maka tekanan ventrikel kiri dapat sama besar dengan tekanan ventrikel kanan. Karena itu arah pirau bergantung pada perbedaan antara tahanan vascular pulmonal dan tahanan vascular sistemik. Secara klinis, pasien dengan Tetralogi Fallot mengalami hambatan dalam pengosongan ventrikel kanan karena obstruksi pada arteria pulmonale. Adanya defek pada septum ini memungkinkan darah dari ventrikel kanan masuk ke ventrikel kiri dan masuk ke dalam aorta.

## 3) Overriding Aorta

Pergeseran ke kanan dan pembesaran pangkal aorta

## 4) Right Ventrikel Hypertropi

Terjadi penebalan pada dinding ventrikel kanan



**Gambar 48**  
**Tetralogi Of Fallot**

c. Patofisiologi

Tetralogi Fallot adalah defek jantung sianotik congenital yang terdiri dari 4 defek structural: (1)) defek septum ventricular, (2) stenosis pulmoner, dapat berupa infundubular, valvular, supravallular, atau kombinasi, yang menyebabkan obstruksi aliran darah ke dalam arteri pulmoner. (3) hipertrofi ventrikel kanan dan (4) berbagai derajat penolakan aorta. Defek septum ventricular rata-rata besar. Pada pasien dengan tetralogi fallot, diameter aortanya lebih besar dari normal sedangkan diameter arteri pulmonalnya lebih kecil dari normal. Gagal jantung kongestif jarang terjadi karena tekanan kedalam ventrikel kiri dan kanan sama besar akibat defek septum tersebut. Masalah utama dar; gangguan ini adalah hypoksia. Derajat sianosis berhubungan dengan beratnya obstruksi anatomic terhadap aliran darah dari ventrikel kanan ke dalam arteri pulmoner, selain dengan status fisiologik anak tersebut.

Kebanyakan anak dengan Tetralogi Fallot harus menjalani bedah jantung, yang umumnya dilakukan ketika anak berusia 1-4 tahun. Prosedur pirau dapat dilakukan sebelum koreksi total sebagai

tindakan paliatif untuk mengoreksi hipoksia akibat aliran pulmonal yang tidak adekuat. *Blalock-Taussig* dan *Wasterston-Cooley* adalah contoh prosedur pirau. Koreksi dengan pembedahan diindikasikan bagi anak dengan hipoksia dan polisitemia berat (hematokrit lebih dari 60%). Resiko bedah berkaitan dengan diameter arteri pulmoner, risiko tersebut akan kurang dari 10 % jika diameter arteri pulmoner paling sedikit sepertiga diameter aorta.

#### d. Manifestasi klinik

Manifestasi klinik yang sering terjadi pada anak yang mengalami TOF adalah sianosis akut dan menetap (*Morbus Sereleus*), sianosis muncul setelah berusia beberapa bulan, jarang tampak pada saat lahir, bertambah berat secara progresif, serangan hypersianotik (*blue spell*), mengalami peningkatan frekuensi dan kedalaman pernafasan, iritabilitas system syaraf pusat yang dapat berkembang sampai lemah dan pingsan dan akhirnya menimbulkan kejang (*spells*), stroke dan kematian ( terjadi pada 35 % ). Jari tabuh (*clubbing finger*), pada awal tekanan darah normal, dapat meningkat setelah beberapa tahun mengalami sianosis dan polisitemia berat. Posisi jongkok klasik (*squinting*) mengurangi aliran balik vena dari ekstremitas bawah dan meningkatkan aliran darah pulmoner dan oksigenasi arteri sistemik.pada umumnya mengalami gagal tumbuh. Anemia menyebabkan perburukan gejala, penurunan toleransi terhadap latihan, peningkatan dyspnea dan frekuensi hyperpnea paroksismal.

Asidosis merupakan dampak penyerta, murmur pada batas atas strernum kiri (stenosis paru) atau murmur continue (atresia paru)

dan terdengar S2 tunggal (klik ejeksi setelah Bunyi jantung I). Pada sebagian besar kasus, penyebab penyakit jantung bawaan tidak diketahui secara pasti. diduga karena adanya faktor endogen dan eksogen. Faktor -faktor tersebut antara lain:

1. Faktor endogen

- a. Berbagai jenis penyakit genetik : kelainan kromosom
- b. Anak yang lahir sebelumnya menderita penyakit jantung bawaan
- c. Adanya penyakit tertentu dalam keluarga seperti diabetes melitus, hipertensi, penyakitjantung atau kelainanbawaan

2. Faktoreksogen

- a. Riwayat kehamilan ibu : sebelumnya ikut program KB oral atau suntik,minum obat-obatan tanpa resep dokter, (thalidmide, dextroamphetamine, aminopterin, amethopterin, jamu)
- b. Ibu menderita penyakit infeksi : rubella
- c. Paparan terhadap sinar -X

Para ahli berpendapat bahwa penyebab endogen dan eksogen tersebut jarang terpisah menyebabkanpenyakit jantung bawaan. Diperkirakan lebih dari 90% kasus penyebab adalah multi faktor. Apapun sebabnya, paparan terhadap faktor penyebab harus ada sebelumakhir bulan kedua kehamilan, oleh karena pada minggu ke delapan kehamilan pembentukanjantung janin sudah selesai.

Komplikasi yang menyertai penyakit jantung bawaan pada anak adalah penyakit vaskuler pulmoner kanan dan deformitas arteri pulmoner kanan. Komplikasi lain yang dapat terjadi setelah anastomose *b/a/ock* *Taussig*: Perdarahan hebat terutama terjadi pada anak-anak dengan

polisitemia, emboli atau thrombosis serebri. Resiko komplikasi lebih tinggi pada polisitemia, anemia atau sepsis adalah gagal jantung kongestif, jika pirainya terlalu besar, terjadi oklusi dini pada pirau dan hematothorax. Komplikasi yang sering terjadi pada pirau kanan ke kiri persisten pada tingkat atrium adalah sianosis persisten, kerusakannervus frenikus dan efusi pleura.

## **KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

#### **a. Anamnese**

##### **1) Keluhan utama / keadaansaat ini**

Pada awal bayi baru lahir biasanya belum ditemukan sianotik, bayi tampak biru setelah tumbuh.

##### **2) Riwayat Penyakit keluarga:**

Penyakit genetic yang ada dalam keluarga : misalnya down syndrome, anak yang lahir sebelumnya menderita penyakit jantung bawaan. Riwayat sakit keluarga: penyakit jantung, kelainan bawaan, DM atau hipertensi.

##### **3) Riwayat kehamilan**

Usia ibu saat hamil diatas 40 tahun, program KB hormonal, riwayat mengkonsumsi obat-obat (thalidmide, dextroamphetamine, aminopterin, amethopterin, jamu). Penyakit infeksi yang diderita ibu : seperti rubella (campak Jerman) atau infeksi virus lainnya, pajanan terhadap radiasi selama kehamilan, ibu yang alkoholik, gizi yang buruk selama kehamilan. Pajanan yang terjadi sebelum akhir bulan ke dua atau minggu ke 8 karena pembentukan jantung berlangsung sampai dengan minggu ke dua

4) Riwayat pertumbuhan

Pertumbuhan berat badan terhambat, tidak ada kesesuaian berat badan dengan usia. Biasanya anak cenderung mengalami keterlambatan pertumbuhan karena fatiq selama makan dan peningkatan kebutuhan kalori sebagai akibat dari kondisi penyakit

5) Riwayat perkembangan / psikososial

Perlu dikaji kemampuan psikososial, kesesuaian kemampuan psikososial dengan usia, kelainan tumbang yang menyertai, mekanisme koping anak / keluarga dan pengalaman hospitalisasi sebelumnya

6) Perubahan status kesadaran dan sirkulasi

Tanyakan riwayat kejang, pingsan dan sianosis

7) Pola aktifitas

Toleransi terhadap aktifitas misalnya menangis, makan, mengejan dan posisi tubuh setelah aktifitas: kneechest, squanting, tanyakan adakah kelelahan saat menyusu

8) Pemenuhan kebutuhan nutrisi

Kemampuan makan / minum, apakah bayi mengalami kesulitan untuk menyusu dan ada hambatan pemenuhan kebutuhan nutrisi

9) Tingkat pengetahuan anak dan keluarga

Hal penting yang harus diketahui adalah pemahaman tentang diagnose, pengetahuan dan penerimaan terhadap prognosis, regimen pengobatan dan perawatan, rencana perawatan di rumah dan rencana pengobatan dan perawatan lanjutan.

10) Pemeriksaan Fisik

b) Pemeriksaan secara umum terhadap tingkat kesadaran, keadaan/kondisi umum dan tanda vital: suhu, nadi, tekanan darah dan ernafasan.

c) Pemeriksaan Fisik ( head to toe)

Adanya Sianosis terutama pada bibir dan kuku, dapat terjadi sianosi menetap (morbus sereleus). Pada awalnya BBL belum ditemukan sianotik, bayi tampak biru setelah tumbuh. Berat badan bayi tidak bertambah. Clubbingfinger tampak setelah usia 6 bulan. Auscultasi didapatkan murmur pada batas kiri sternum tengah sampai bawah. Dispnea de'effort dan kadang disertai kejang periodic (spells) atau pingsan. Pertumbuhan dan perkembangan berlangsung lambat. Serangan sianosis mendadak (blue spells / cyanotic spells, paroxysmal hyperpnea , hypoxia spells) ditandai dengan dyspnea, napas cepat dan dalam, lemas, kejang, sinkop bahkan sampai koma dan kematian. Anak akan sering Squatting (jongkok) setelah anak dapat berjalan, setelah berjalan beberapa lama anak akan berjongkok dalam beberapa waktu sebelum ia berjalan kembali. Pada auskultasi terdengar bising sistolik yang keras didaerah pulmonal yang semakin melemah dengan bertambahnya derajat obstruksi. Bunyi jantung I normal. Sedang bunyi jantung II tunggal dan keras. Bentuk dada bayi masih normal, namun pada anak yang lebih besar tampak menonjol akibat pelebaran ventrikel kanan. Ginggiva hipertrofi, gigi sianotik setelah melakukan aktifitas, anak selalu jongkok (squanting) untuk mengurangi hipoksi dengan posisi knee chest.

## 11) Pemeriksaan Penunjang

- a) Rontgen thorax: menunjukkan peningkatan atau penurunan aliran pulmoner, tak ada bukti - bukti pembesaran jantung, bentuk seperti bot.
- b) EKG: menunjukkan hipertrofi ventrikel kanan, hipertrofi ventrikel kiri atau keduanya
- c) Nilai gas darah arteri : PH turun, PO<sub>2</sub> turun, PCO<sub>2</sub> naik
- d) Haemoglobin atau hematokrit : memantau viskositas darah dan mendeteksi adanya anemia defisiensi besi
- e) Jumlah trombosit: menurun
- f) Ekokardiogram: mendeteksi defek septum, posisi aorta, dan stenosis pulmoner
- g) Kateterisasi jantung: peningkatan sistemik dalam ventrikel kanan, penurunan tekanan arteri pulmoner dengan penurunan saturasi hemoglobin arteri.
- h) Uji telan barium menunjukkan pergeseran trachea dari garis tengah ke arah kiri
- i) Radiogram abdomen: mendeteksi kemungkinan adanya kelainan congenital lain

## 2. Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul :

- a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi
- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan perfusi dan ventilasi
- c. Penurunan curah jantung berhubungan dengan kelainan jantung : tetralogi of Fallot

- d. Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan transport oksigen melalui alveoli dan membrane kapiler
- e. Risikocidera
- f. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan fatiq selama makan,peningkatankebutuhan kalori dan penurunan nafsu makan
- g. Intoleransi terhadap aktifitas berhubungan dengan ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen
- h. Kurang pengetahuan keluarga ttg diagnostic,prognosa,perawatan dan pengobatan berhubungan dengan keterbatasan kognitif ,kesahan dalam memahami informasi yang ada,kurang pengalaman.
- i. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan dengan kelainan congenital : tetralogi of fallot

Implementasi dilakukan berdasarkan dari rencana keperawatan yang sudah disusun yang bertujuan untuk:

- a. Mempertahankan pola nafas tetap efektif
- b. Mempertahankan pertukaran gas adekuat
- c. Mengoptimalkan curah jantung
- d. Mempertahankan perfusi jaringan serebral
- e. Mencegah terjadinya risiko cidera
- f. Mempertahankan intake nutrisi tetap adekuat
- g. Meningkatkan toleransi terhadap aktifitas
- h. Meningkatkan pengetahuan keluarga
- i. Mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan anak

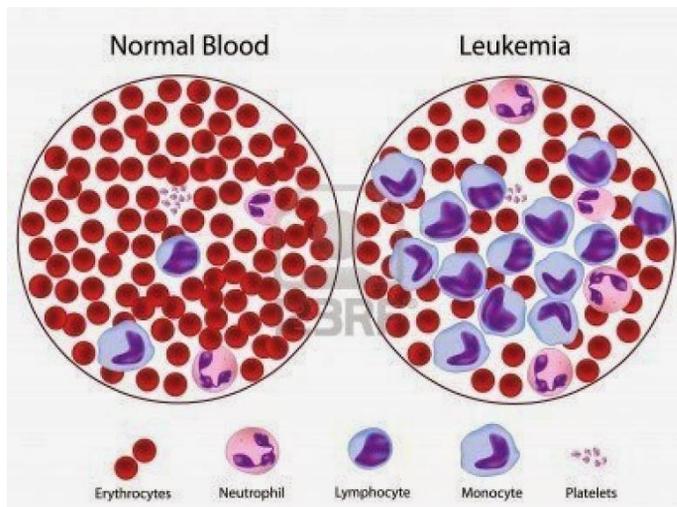
## 5. **Evaluasi**

Evaluasi dilakukan berdasarkan metode SOAP

## ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK LEUKEMIA

### 1. Pengertian

Leukemia merupakan penyakit akibat terjadinya proliferasi (pertumbuhan sel imatur) sel leukosit yang abnormal dan ganas, serta sering disertai adanya leukosit dengan jumlah yang berlebihan, yang dapat menyebabkan terjadinya anemia trombotopenia. (Hidayat, 2006). Pengertian lain menurut Nursalam (2005) leukemia merupakan penyakit akibat proliferasi (bertambah banyak atau multiplikasi) patologi dari sel pembuat darah yang bersifat sistemik dan biasanya berakhir fatal.



**Gambar 49**  
**Leukemia**

### 2. Etiologi

Etiologi pasti dari leukemia belum diketahui. Leukemia, sama halnya dengan kanker lainnya, terjadi karena mutasi somatic pada DNA yang mengaktifkan onkogenesis atau menonaktifkan gen suppressor tumor, dan mengganggu regulasi dari kematian sel, diferensiasi

atau divisi. Tapi penelitian telah dapat mengemukakan faktor resiko dari Leukemiaini, antara lain:

**a. Tingkat radiasi yang tinggi**

Orang yang terpapar radiasi tingkat tinggi lebih mudah terkenaleukemia dibandingkan dengan mereka yang tidak terpapar radiasi. Radiasi tingkat tinggi bisa terjadi karena ledakan bom atom seperti yang terjadi di Jepang. Pengobatan yang menggunakanradiasi bisa menjadi sumber dari paparan radiasi tinggi.

**b. Pengaruh lingkungan sekitar**

Orang yang bekerja dengan bahan-bahan kimia tertentu, seperti terpapar oleh benzene dengan kadar benzene yang tinggi di tempat kerja dapat menyebabkan leukemia. Benzene digunakan secara luas di industri kimia. Formaldehid juga digunakan luas pada industri kimia, pekerja yang terpapar formal dehid memiliki resiko lebih besar terkena leukimia.

**c. Agen Kemoterapi**

Pasien kanker yang diterapi dengan obat anti kanker kadang-kadang berkembang menjadi leukemia. Contohnya, obat yang dikenal sebagai agen alkilating dihubungkan dengan berkembangnya leukemia akhir-akhir ini.

**d. Faktor Genetik**

Down Syndrome dan beberapa penyakit genetic lainnya Beberapa penyakit disebabkan oleh kromosom yang abnormal mungkin meningkatkan resiko leukemia.

**e. Myelodysplasticsyndrome**

Orang dengan penyakit darah ini rnerniliki resiko terhadap berkembangnya leukemia myeloid akut.

### **3. Klasifikasi Leukemia**

#### **a. leukemia limfositik Akut (LLA)**

merupakan tipe leukemia paling sering terjadi pada anak-anak. Penyakit ini juga dapat terjadi pada orang dewasa yang telah berumur 65 tahun atau lebih. dianggap sebagai proliferasi ganas limfoblast. Sering terjadi pada anak laki-laki dibanding perempuan, puncak insiden usia 4 tahun, setelah anak usia 15 tahun All jarang terjadi.

#### **b. leukemia Mielositik Akut (LMA)**

lebih sering terjadi pada dewasa dari pada anak-anak. Tipe ini dahulunya disebut leukemia nonlimfositik akut

#### **c. leukemia Limfositik Kronis (LLK)**

merupakan kelainan ringan mengenai individu usia 50 sampai 70 tahun. Manifestasi klinis pasien tidak menunjukkan gejala, baru terdiagnosa saat pemeriksaan fisik atau penanganan penyakit lain.

#### **d. Leukemia Mieloblastik Kronis (LMK)**

sel normal dibanding bentuk akut, sehingga penyakit ini lebih ringan. Penyakit ini jarang menyerang individu di bawah 20 tahun. Manifestasi mirip dengan gambaran LMA tetapi tanda dan gejala lebih ringan, pasien menunjukkan tanpa gejala selama bertahun-tahun, peningkatan leukosit kadang sampai jumlah yang luar biasa, limpa membesar.

### **4. Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinis yang muncul berbeda-beda untuk setiap jenis leukemia:

#### **a. Leukemia Mieloblastik Akut**

Biasanya timbul rasa lemah, pucat, nafsu makan hilang, anemia,

perdarahan, petekie, nyeri tulang, infeksi, pembesaran kelenjar getah bening, limpa, hati dan kelenjar mediastinum, kadang ditemukan hipertrofi gusi khususnya pada M4 dan M5 disertai keluhan sakit kepala.

**b. Leukemia Mieloblastik Kronik**

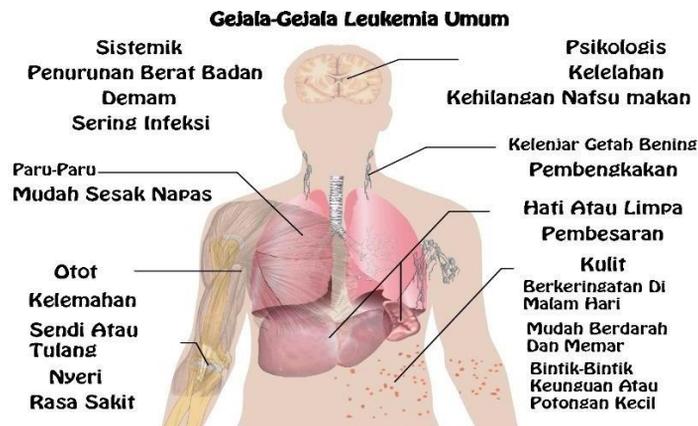
Muncul rasa lelah, penurunan berat badan, rasa penuh pada abdomen kadang disertai rasa sakit, mudah mengalami perdarahan, diaforesis meningkat dan tidak tahan panas.

**c. Leukemia Limfositik Akut**

Ada gejala malaise, demam, letargi, kejang, keringat pada malam hari, hepatosplenomegali, nyeri tulang dan sendi, disertai anemia, mudah terkena macam-macam infeksi, penurunan berat badan, sering muntah, adanya gangguan penglihatan dan nyeri kepala.

**d. Leukemia Limfositik Kronik**

Tampak anemia, lemah, sering merasa pegal-pegal, trombositopenia, respons antibodi tertekan, sintesis immunoglobulin tidak cukup sehingga mudah terserang infeksi.



**Gambar 50**  
**Manifestasi klinik leukimia**

## **5. Patofisiologi leukemia**

Leukemia adalah jenis gangguan pada system hemapoetik yang fatal dan terkait dengan sumsum tulang dan pembuluh limfe ditandai dengan tidak terkendalinya proliferasi dari leukosit. Jumlah besar dari sel pertamanya menggumpal pada tempat asalnya (granulosit dalam sumsum tulang, limfosit di dalam limfe node) dan menyebar ke organ hematopoetik dan berlanjut ke organ yang lebih besarsehingga mengakibatkanhematomegali dan splenomegali.

Limfosit imatur berproliferasi dalam sumsum tulang dan jaringan perifer serta mengganggu perkembangan sel normal. Akibatnya, hematopoiesis normal terhambat, mengakibatkan penurunan jumlah leukosit, eritrosit, dan trombosit. Eritrosit dan trombosit jumlahnya dapat rendah atau tinggi tetapi selalu terdapat sel imatur.

Proliferasi dari satu jenis sel sering mengganggu produksi normal sel hematopoetik lainnya dan mengarah ke pembelahansel yang cepat dan sitopenia atau penurunan jumlah. Pembelahan dari sel darah putih meningkatkan kemungkinan terjadinya infeksi karena penurunan imun.

Trombositopeni mengakibatkan perdarahan yang dimanifestasikan dengan adanya ptekie dan ekimosis (perdarahan dalam kulit), epistaksis (perdarahan hidung), hematoma dalam membrane mukosa, serta perdarahan saluran cerna dan saluran kemih. Tulang mungkin sakit yang disebabkan oleh infark tulang. (Long, 1996)

## **6. Pemeriksaan penunjang leukemia**

**a. Pemeriksaan darah tepi**

Terdapat leukosit yang imatur. Limfositosis yang kadang-kadang menyebabkan gambaran darah tepi monoton terdapat sel blast, yang merupakan gejala patognomonik untuk leukemia

**b. Sum-sum tulang**

Dari pemeriksaan sum-sum tulang akan ditemukan gambaran monoton yaitu hanya terdiri dari sel limfopoetik patologis sedangkan sistem lain terdesak (Ilmu kesehatan anak. 1945)

**c. Pemeriksaan lain: Biopsi Limpa, kimia darah, cairan cerebrospinal dan sitogenik**

## **7. Penatalaksanaan**

**a. Kemothorapi**

Bertujuan untuk mengurangi remisi, pada sumsum tulang yang normal dimana sel blast <5% dan tidak ada tanda klinis

**b. Radioterai**

Radioterapi menggunakan sinar berenergi tinggi untuk membunuh sel -sel leukemia

**c. Transplantasi sumsum tulang**

Transplantasi sumsum tulang dilakukan untuk mengganti sumsum tulang yang rusak karena dosis tinggi kemothorapi dan terapi radiasi. Selain itu transplantasi sumsum tulang berguna untuk mengganti sel-sel darah yang rusak karena kanker

**d. Terapi suportif**

Berfungsi untuk mengatasi akibat-akibat yang ditimbulkan penyakit Leukemia dan mengatasi efek samping obat. Misalnya transfuse darah untuk penderita Leukemia dengan keluhan anemia, transfusi trombosit

untuk mengatasi pendarahan, dan antibiotic untuk mengatasi infeksi.

## **8. Asuhan keperawatan anak dengan gangguan leukemia**

### **a. Pengkajian**

- 1) Identitas pasien
- 2) Keluhan Utama
- 3) Riwayat penyakit
- 4) Demografi

Lebih sering terjadi pada anak yang berusia 2-5 tahun. Jenis leukemia (limfositik myeloid akut), jarang ditemukan pada anak umur 15 tahun. Lebih banyak terkena pada anak dari ras kulit putih dengan lingkungan yang banyak polutan, sering menyerang anak laki-laki.

### 5) Data focus

- a) Aktivitas: Kelelahan, malaise, kelemahan, pada umumnya ada ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas, terdapat kelelahan otot, peningkatan kebutuhan tidur, somnolen.
- b) Sirkulasi: Palpitasi, takikardi, membran mukosa pucat, dan tanda perdarahan serebral.
- c) Eliminasi: Diare, nyeri tekan perianal, darah merah terang pada tisu, feses hitam, darah pada urin, penurunan haluaran urin
- d) Integritas ego: Perasaan tak berdaya / tidak ada harapan, depresi, menarik diri, ansietas, takut, marah, mudah terangsang, perubahan alam perasaan.
- e) Nutrisi dan cairan: Kehilangan nafsu makan, anoreksia, muntah, penurunan berat badan, faringitis disfagia. Adanya distensi abdominal, penurunan bunyi usus, splenomegali,

hepatomegali, ikterik, hipertrofi gusi (infiltrasi gusi mengindikasikan leukemia monositik.

- f) Neuro sensori: Penurunan koordinasi, perubahan alam perasaan, kacau, kurang konsentrasi, kebas, kesemutan, otot mudah terangsang, aktivitas kejang.
- g) Nyeri atau kenyamanan: Nyeri abdomen, sakit kepala, nyeri tulang atau sendi, nyeri tekan eksternal, kram otot. Tampak adanya perilaku berhati-hati / distraksi, gelisah, focus pada diri sendiri.
- h) Pernafasaan: Nafas pendek dengan kerja minimal, dispnea, takhipnea, batuk, ronkhi.
- i) Keamanan: Riwayat saat ini/ dahulu, jatuh, gangguan penglihatan, perdarahan spontan tak terkontrol dengan trauma minimal, demam, infeksi, kemerahan, purpura, perdarahan gusi epistaksis, pembesaran nodul limfe (sehubungan dengan invasi jaringan).

## **b. Diagnosa keperawatan**

- 1) Ketidakseimbangan perfusi jaringan perifer b.d penurunan suplai darah keperiferan (anemia)
- 2) Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan b.d intake nutrisi yang tidak adekuat
- 3) Kekurangan volume cairan b.d kehilangan berlebihan (muntah, perdarahan, diare), penurunan pemasukan cairan, dan peningkatan kebutuhan cairan
- 4) resiko infeksi b.d menurunnya sistem pertahanan tubuh
- 5) Intoleransi aktivitas b.d kelemahan umum, penurunan cadangan energy, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

- 6) gangguan pertumbuhan dan perkembangan b.d  
melemahnya kemampuan fisik
- 7) Nyeri b.d agen fisik dan agen kimia
- 8) Gangguan citra tubuh b.d alopecia

#### **D. Implementasi**

Implementasi dilakukan berdasarkan dari rencana keperawatan yang sudah disusun yang bertujuan untuk:

- 1) Mempertahankan keseimbangan perfusi jaringan perifer
- 2) Mempertahankan intake Nutrisi yang adekuat sesuai kebutuhan
- 3) Mempertahankan keseimbangan volume cairan
- 4) Mencegah terjadinya infeksi
- 5) Memfasilitasi anak untuk melakukan aktivitas
- 6) Mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan anak
- 7) Memerikan kenyamanan dan bebas dari rasa sakit
- 8) Meningkatkan citra tubuh anak

#### **d. Evaluasi**

Evaluasi dilakukan berdasarkan metode SOAP

# ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN THALASEMIA

## 1. Pengertian

Talasemia merupakan penyakit anemia hemolitik herediter yang diturunkan secara resesif. Ditandai oleh defisiensi produksi globin pada hemoglobin, dimana terjadi kerusakan sel darah merah di dalam pembuluh darah sehingga umur eritrosit menjadi pendek (kurang dari 100 hari). Kerusakan tersebut karena hemoglobin yang tidak normal (hemoglobinopatia).



**Gambar 51**  
**Mekanisme penurunan penyakit thalassemia**

## 2. Klasifikasi Thalasemia

1. Talasemia Minor
2. Talasemia Mayor
3. Talasemia Intermedia

## 3. Manifestasi klinik

Manifestasi klinik pada thalasemia dibedakan berdasarkan klasifikasinya:

#### a. Thalasemia Minor/Thalasemia Trait

Tampilan klinis normal, splenomegali dan hepatomegali ditemukan pada sedikit penderita, hiperplasia eritroid stippled ringan sampai sedang pada sumsum tulang, bentuk homozigot, anemia ringan, MeV rendah. Pada penderita yang berpasangan harus diperiksa. Karena karier minor pada kedua pasangan dapat menghasilkan keturunan dengan talasemia mayor. Pada anak yang besar sering dijumpai adanya: gejala gizi buruk, perut buncit karena pembesaran limpa dan hati yang mudah diraba, dan biasanya aktivitas tidak aktif karena pembesaran limpa dan hati (Hepatomegali), limpa yang besar ini mudah ruptur karena trauma ringan saja.

#### b. Thalasemia Mayor

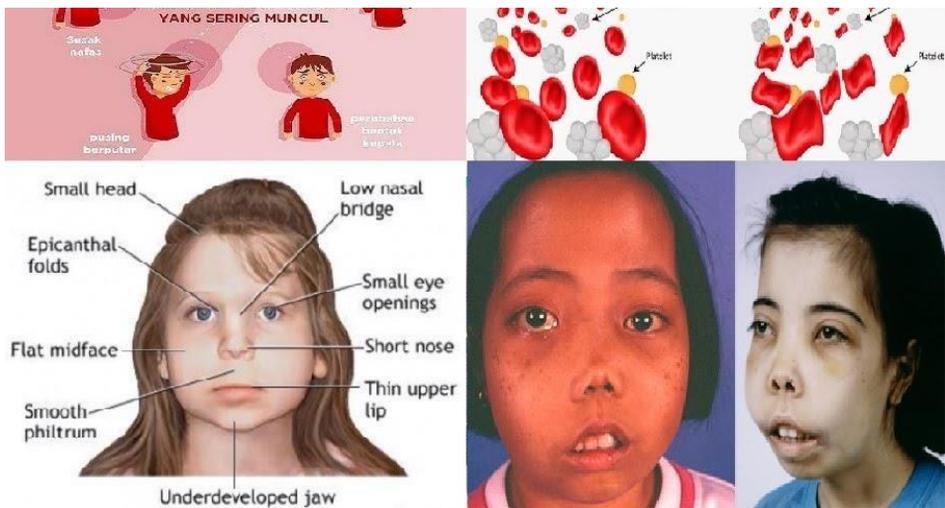
Gejala klinik telah terlihat sejak anak baru berumur kurang dari 1 tahun, yaitu: anemia simtomatik pada usia 6-12 bulan, seiring dengan turunnya kadar hemoglobin fetal. Anemia mikrositik berat, terdapat sel target dan sel darah merah yang berinti pada darah perifer, tidak terdapat HbA. Kadar Hb rendah mencapai 3 atau 4 gr%. Lemah, pucat, pertumbuhan fisik dan perkembangannya terhambat, kurus, penebalan tulang tengkorak, splenomegali, ulkus pada kaki, dan gambaran patognomonik "*hair on end*", berat badan kurang dan tidak dapat hidup tanpa transfuse.

#### c. Thalasemia Intermedia

Sering dijumpai anemia mikrositik, bentuk heterozigot, tingkat keparahannya berada diantara talasemia minor dan talasemia mayor, masih memproduksi sejumlah kecil HbA. Anemia agak berat

7-9 g/dL dan splenomegaly dan biasanya penderita tidak tergantung pada transfuse.

Gejala khas adalah yang sangat menonjol adalah bentuk muka mongoloid yaitu hidung pesek, tanpa pangkal hidung, jarak antara kedua mata lebar dan tulang dahi juga lebar. Keadaan kulit kuning pucat dan akan berubah jika sering ditransfusi, kulitnya menjadi kelabu karena penimbunan zat besi.



**Gambar 52**  
**Anak dengan Thalasemia**

#### 4. Pemeriksaan penunjang

- Oarahtepi: Hb, gambaran morfologi eritrosit, retikulosit meningkat
- Sumsum tulang (tidak menentukandiagnosis)
- Pemeriksaan khusus: Hb F meningkat: 20% - 90% Hb total. Elektroforesis Hb untuk mengetahui hemoglobinopati lain dan mengukur kadar Hb F. Pemeriksaan pedigree sangat penting dilakukan pada kedua orang tua pasien, anak dengan thalassemia mayor

merupakan trait (*carrier*) dengan Hb A2 meningkat (>3,5% dari Hb total). Pemeriksaan lain yang penting dilakukan adalah foto rongent tulang kepala: gambaran *hair on end*, korteks menipis, diploe melebar dengan trabekula tegak lurus pada korteks. Foto tulang pipih dan ujung tulang panjang di dapatkan gambaran perluasan sumsum tulang sehingga trabekula tampak jelas.

## 5. Penatalaksanaan

- a. Terapi diberikan secara teratur untuk mempertahankan kadar Hb di atas 10 g/dl. Regimen hipertransfusi rru mempunyai keuntungan klinis yang nyata memungkinkan aktivitas normal dengan nyaman, mencegah ekspansi sumsum tulang dan masalah kosmetik progresif yang terkait dengan perubahan tulang• tulang muka, dan meminimalkan dilatasi jantung dan osteoporosis.
  
- b. Transfusi dengan dosis 15-20 ml/kg sel darah merah (PRC) biasanya diperlukan setiap 4-5 minggu. Uji silang harus dikerjakan untuk mencegah alloimunisasi dan mencegah reaksi transfuse. Lebih baik digunakan PRC yang relatif segar (kurang dari 1 minggu dalam antikoagulan CPO) walaupun dengan kehati-hatian yang tinggi, reaksi demam akibat transfuse lazim ada. Hal ini dapat diminimalkan dengan penggunaan eritrosit yang direkonstitusi dari darah beku atau penggunaan filter leukosit, dan dengan pemberian antipiretik sebelum transfuse. Hemosiderosis adalah akibat terapi transfusi jangka panjang, yang tidak dapat dihindari karena setiap 500 ml darah membawa kira-kira 200 mg besi ke jaringan yang tidak dapat diekskresikan secara fisiologis.

- c. Siderosis miokardium merupakan faktor penting yang ikut berperan dalam kematian awal penderita. Hemosiderosis dapat diturunkan atau bahkan dicegah dengan pemberian parenteral obat pengkelasi besi (*iron chelating drugs*) deferoksamin, yang membentuk kompleks besi yang dapat diekskresikan dalam urin. Kadar deferoksamin darah yang dipertahankan tinggi adalah perlu untuk ekresi besi yang memadai. Obat ini diberikan subkutan dalam jangka 8-12 jam dengan menggunakan pompa portabel kecil (selama tidur), 5 atau 6 malam/minggu penderita yang menerima regimen ini dapat mempertahankan kadar feritin serum kurang dari 1000 ng/ml, yang benar-benar dibawah nilai toksik.
- d. Terapi hipertransfusi mencegah splenomegali massif yang disebabkan oleh eritropoiesis ekstra medular. Namun, splenektomi akhirnya diperlukan karena ukuran organ tersebut atau karena hipersplenisme sekunder. Indikasi terpenting untuk splenektomi adalah meningkatkan kebutuhan transfusi yang menunjukkan unsur hipersplenisme. Kebutuhan transfusi melebihi 240 ml/kg PRC/tahun biasanya merupakan bukti hipersplenisme dan merupakan indikasi untuk mempertimbangkan splenektomi.
- e. Imunisasi pada penderita talasemia dengan vaksin hepatitis B, vaksin H. Influenza tipe B, dan vaksin polisakarida pneumokokus diharapkan, dan terapi profilaksis penisilin juga dianjurkan. Cangkok sumsum tulang (CST) adalah kuratif pada penderita dan telah terbukti keberhasilannya. Namun, prosedur ini membawa cukup risiko morbiditas

dan mortalitas dan biasanya hanya digunakan untuk penderita yang mempunyai saudarayang sehat, yang histokompatibel.

## **6. Asuhan keperawatan anak dengan gangguan leukemia**

### **a. Pengkajian**

#### 1) Identitas Pasien

a) Asal keturunan/kewarganegaraan: Thalasemia banyak dijumpai pada bangsa disekitar laut tengah (mediterania). Seperti turki, yunani, Cyprus, dll. Di Indonesia sendiri, thalassemia cukup banyak dijumpai pada anak, bahkan merupakan penyakit darah yang paling banyak diderita.

b) Umur Anak: gejala thalasemia telah terlihat sejak anak berumur kurang dari 1 tahun. Sedangkan pada thalasemia minor yang gejalanya lebih ringan, biasanya anak baru datang berobat pada umur sekitar 4-6 tahun.

#### 2) Riwayat kesehatananak

Anak cenderung mudah terkena infeksi saluran napas bagian atas infeksi lainnya. Hal ini mudah dimengerti karena rendahnya Hb yang berfungsi sebagaialat transport.

#### 3) Pertumbuhandan perkembangan

Sering didapatkan data kecenderungan gangguan terhadap tumbuh kembang sejak anak masih bayi, karena adanya pengaruh hipoksiajaringan yang bersifat kronik. Hal ini terjadi terutama untuk thalassemia mayor. Pertumbuhan fisik anak tidak sesuai dengan umurnya dan ada keterlambatan dalam kematangan seksual, seperti tidak ada pertumbuhan rambut pubis dan ketiak. Kecerdasan anak juga dapat mengalami penurunan. Namun

padajenis thalasemia minor sering terlihat pertumbuhan dan perkembanganyang normal.

4) Polamakan

Karena adanya anoreksia, anak sering mengalami susah makan, sehingga berat badan anak sangat rendah dan tidak sesuai dengan usianya.

5) Polaaktivitas

Anak terlihat lemah dan tidak selincah anak usianya. Anak banyak tidur /istirahat, karena bila beraktivitas seperti anak normal mudah merasalelah

6) Riwayat kesehatankeluarga

Perlu dikaji apakah orang tua yang menderita thalassemia. Apabila kedua orang tua menderita thalassemia, maka anaknya berisiko menderita thalassemia mayor. Oleh karena itu, konseling pranikah sebenarnya perlu dilakukan karena berfungsi untuk mengetahui adanya penyakit yang mungkin disebabkan karena keturunan.

7) Riwayat ibu saat hamil (Ante Natal Core - ANC)

Selama masa kehamilan perlu dikaji seeara mendalam adanya faktor risiko thalassemia. Sering orang tua merasa bahwa dirinya sehat. Apabila diduga faktor resiko, maka ibu perlu diberitahukan mengenai risiko yang mungkin dialami oleh anaknya.

8) Data keadaan fisik anak thalassemia yang sering didapatkan diantaranya adalah:

a) Keadaan umum

Anak biasanya terlihat lemah dan kurang bergairah serta tidak selineah anak seusianya yang normal.

b) Kepala dan bentuk muka

Anak yang belum/ mendapatkan pengobatan mempunyai bentuk khas, yaitu kepala membesar dan bentuk mukunva adalah mongoloid, yaitu hidung pesek tanpa pangkal hidung, jarak kedua mata lebar, dan tulang dahi terlihat lebar.

- e) Mata dan konjungtiva terlihat pucat kekuningan d) Mulut dan bibir terlihat pucat kehitaman
- e) Dada: terlihat bahwa dada sebelah kiri menonjol akibat adanya pembesaran jantung yang disebabkan oleh anemia kronik.
- f) Perut: kelihatan membuncit dan pada perabaan terdapat pembesaran limpa dan hati (hepatosplemagali).
- g) Pertumbuhan fisiknya terlalu kecil untuk umurnya dan berat badannya kurang dari normal. Ukuran fisik anak terlihat lebih kecil bila dibandingkan dengan anak seusianya.
- h) Pertumbuhan organ seks sekunder untuk anak pada usia pubertas Ada keterlambatan kematangan seksual, misalnya, tidak adanya pertumbuhan rambut pada ketiak, pubis, atau kumis. Bahkan mungkin anak tidak dapat mencapai tahap adolesense karena adanya anemia kronik.
- i) Kulit: Warna kulit pucat kekuning- kuningan. Jika anak telah sering mendapat transfusi darah, maka warna kulit menjadi kelabu seperti besi akibat adanya penimbunan zat besi dalam jaringan kulit (hemosiderosis).

## **b. Diagnosa Keperawatan**

- 1) Tidak efektifnya pola napas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru

- 2) Tidak efektifnya perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai O<sub>2</sub>, konsentrasi Hb, dan darah ke jaringan
- 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- 4) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh
- 5) Risiko infeksi yang dibuktikan dengan adanya pertahanan tubuh primer tidak adekuat
- 6) Risiko keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan yang dibuktikan dengan adanya gangguan genetik.

### **c. Implementasi**

Implementasi dilakukan berdasarkan dari rencana keperawatan yang sudah disusun yang bertujuan untuk:

- 1) Mempertahankan pola napas tetap efektif
- 2) Mempertahankan perfusi jaringan perifer
- 3) Meningkatkan toleransi terhadap aktivitas
- 4) Meningkatkan citra tubuh
- 5) Mencegah terjadinya infeksi
- 6) Menstimulasi pertumbuhan dan perkembangan sesuai usia

### **d. Evaluasi**

Evaluasi dilakukan berdasarkan metode SOAP

## **ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN ANEMIA**

### **1. Pengertian**

Anemia adalah berkurangnya jumlah eritrosit (sel darah merah) dan kadar Hb (*Hemoglobin*) dalam setiap millimeter kubik darah. Hampir semua gangguan pada system peredaran darah disertai dengan anemia yang ditandai warna kepucatan pada tubuh terutama ekstremitas (Nursalam, susilaningrum dan utami, 2005).

### **2. Etiologi**

Penyebab anemia pada anak dikelompokan sebagai berikut :

- a. Gangguan produksi eritrosit yang dapat terjadi karena:
  - 1) Perubahan sintesa Hb yang dapat menimbulkan anemi defisiensi Fe, Talasemia dan anemi infeksi kronik.
  - 2) Perubahan sintesa DNA akibat kekurangan nutrient yang dapat menimbulkan anemi pernisiassa dan anemi asam folat.
  - 3) Fungsi sel induk (stem sel) terganggu, sehingga dapat menimbulkan anemi aplastic dan leukemia
  - 4) Infiltrasi sumsum tulang, misalnya karena karsinama.
- b. Kehilangan darah
  - 1) Akut karena perdarahan atau trauma/kecelakaan yang terjadi secara mendadak.
  - 2) Kronis karena perdarahan pada saluran cerna atau menorrhagia.
- c. Meningkatnya pemecahan eritrosit (Hemolisis) yang dapat terjadi

karena :

- 1) Faktor bawaan misalnya kekurangan enzim G6PD (untuk mencegah eritrosit),
  - 2) Faktor yang didapat yaitu adanya bahan yang dapat merusak eritrosit, misalnya ureum pada darah karena gangguan ginjal atau penggunaan obat acetosal.
- d. Bahan baku untuk pembentukan eritrosit tidak ada yaitu protein, asam folat, vitamin B12, mineral dan Fe.

### **3. Klasifikasi**

#### **a. Anemi Defisiensi Zat Besi (Fe)**

Merupakan anemi yang terjadi karena kekurangan zat besi yang merupakan bahan baku pembuat sel darah dan hemoglobin. Kekurangan zat besi (Fe) dapat disebabkan berbagai hal yaitu:

- 1) Asupan yang kurang mengandung zat besi terutama pada fase pertumbuhan cepat.
- 2) Penurunan reabsorpsi karena kelainan pada usus.
- 3) Kebutuhan yang meningkat misalnya pada anak balita yang pertumbuhannya cepat sehingga memerlukan nutrisi yang lebih banyak. Secara normal, tubuh hanya memerlukan Fe dalam jumlah sedikit maka ekskresi besi juga sedikit. Pemberian Fe yang berlebihan dalam makanan dapat mengakibatkan hemosiderosis (Pigmen Fe yang berlebihan akibat penguraian Hb) dan hemokromatosis (timbunan Fe yang berlebih dalam jaringan). Pada masa bayi dan pubertas kebutuhan Fe meningkat karena pertumbuhan dan anak dalam keadaan infeksi. Kekurangan Fe mengakibatkan kekurangan Hb sehingga pembuatan eritrosit

mengalami penurunan, dimana setiap eritrosit akan mengandung Hb dalam jumlah yang lebih sedikit sehingga mengakibatkan bentuk sel menjadi hipokromik mikrositik (bentuk sel darah kecil), karena tiap eritrosit mengandung Hb dalam jumlah sedikit.

#### **b. Anemi Megaloblastik.**

Merupakan anemi yang disebabkan karena kekurangan asam folat yang disebut juga dengan anemi defisiensi asam folat. Dimana asam folat merupakan bahan esensial untuk sintesa DNA dan RNA yang penting untuk metabolisme inti sel.

Beberapa penyebab penurunan asam folat adalah :

- 1) Masuknya yang kurang.
- 2) Gangguan absorpsi (penyerapan), adanya penyakit/gangguan pada gastrointestinal dapat menghambat absorpsi bahan makanan yang diperlukan tubuh.
- 3) Pemberian obat yang antagonis terhadap asam folat seperti derivat barbiturat karena dapat menghambat kerja asam folat dalam tubuh dimana mempunyai sifat yang bertentangan.

#### **c. Anemi Pernisiosa**

Merupakan anemi yang terjadi karena kekurangan vitamin B<sub>12</sub> dan termasuk anemi megaloblastik karena bentuk sel darah yang hampir sama dengan anemi defisiensi asam folat. Vitamin B<sub>12</sub> berfungsi untuk pematangan normoblas, metabolisme jaringan saraf dan purina. Penyebabnya selain asupan yang kurang juga karena adanya kerusakan lambung sehingga lambung tidak dapat mengeluarkan sekret yang berfungsi untuk absorpsi B<sub>12</sub>.

#### **d. Anemi Aplastik.**

Merupakan anemi yang ditandai dengan pansitopenia (penurunan jumlah semua sel darah) darah tepi dan menurunnya selularitas sumsum tulang sehingga sumsum tulang tidak mampu memproduksi sel darah. Beberapa penyebab terjadinya anaemia aplastic diantaranya adalah:

- 1) Menurunnya jumlah sel induk yang merupakan bahan dasar sel darah. Dapat terjadi karena bawaan (idiopatik) dan karena bawaan seperti pemakaian obat-obatan seperti bisulfan, kloramfenikol dan klorpromazina, dimana obat-obat tersebut mengakibatkan penekanan pada sumsum tulang.
- 2) Lingkungan mikro seperti radiasi dan kemoterapi yang lama dapat mengakibatkan infiltrasi sel.
- 3) Penurunan poeitin sehingga yang berfungsi merangsang tumbuhnya sel-sel darah dalam sumsum tulang tidak ada.
- 4) Adanya sel inhibitor (T. Limfosit) sehingga menekan/ menghambat maturasi sel-sel induk pada sumsum tulang.

#### **e. Anemi Hemolitik**

Merupakan anemi yang terjadi karena umur eritrosit yang lebih pendek/premature. Normalnya eritrosit berumur antara 100-120 hari. Adanya penghancuran eritrosit yang berlebihan akan mempengaruhi fungsi hepar sehingga kemungkinan terjadinya peningkatan bilirubin, Sumsum tulang juga dapat membentuk 6-8 kali lebih banyak system eritopoetik dari biasanya sehingga banyak dijumpai eritrosit dan retikulosit pada darah tepi. Kekurangan bahan pembentuk sel darah seperti vitamin, protein atau adanya infeksi dapat menyebabkan

ketidakseimbangan antara penghancuran dan pembentukan system eritropoetik. Diduga penyebab anemia hemolitik adalah:

- 1) Kongentalseperti kelianan rantai Hb dan defisiensienzim G6PD
- 2) Didapat seperti infeksi, sepsis, obat-obatan dan keganasansel.

#### 4. Tanda dan Gejala

Umunya tanda dan gejala anemia adalah: Pucat yang tampak pada telapak tangan, dasar kuku, konjungtiva dan mukosa bibir, mudah lelah dan lemah. kepala pusing, pernafasancepat dan pendek, nadi cepat, kadang terjadi penurunan produksi urine, gangguan sistem saraf seperti kesemutan, ekstremita lemah, spastisitas, dan gangguan dalam pergerakan/melangkah. Gangguan saluran cerna seperti nyeri perut, mual, muntah dan anoreksia. Iritable (cengeng, rewel, atau mudah tersinggung). Apabila anak sebelumnya rewel kemudin setelah diberi makan/minum anak menjadi diam maka hal ini tidak termasuk cengeng (irritable) dan suhu tubuh meningkat.



**Gambar 53**  
**Tanda dan gejala anemia pada anak**

## 5. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan sel darah tepi untuk mengetahui kadar Hb, hematocrit dan eritrosit. Pada anemia defisiensi besi kadar Hb kurang dari 10 gr/dl dan eritrosit menurun.

## 6. Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan untuk tergantung dari jenis anemia terutama untuk pemberian zat besi, secara umum penatalaksanaannya meliputi:

- a. Pada anak dengan defisiensi zat besi maka diberikan tablet Ferrosulfat setiap hari selama 4 minggu dengan dosis 5 mg/kgBB. Jika anak tidak membaik lakukan kolaborasi untuk pemberian transfusi.
- b. Aktivitas sesuai kemampuan anak
- c. Kolaborasi dengan bagian gizi untuk perbaikan pola makan.
- d. Hindari kecemasan anak terhadap prosedur.

## B. LATIHAN

Untuk menambah dan memperluas pemahaman anda mengenai gangguan pemenuhan oksigen pada berbagai kasus yang terjadi pada anak, maka kerjakanlah latihan berikut!

Anda dianjurkan untuk mempelajari dan membahas tentang asuhan keperawatan pada anak dengan bronchiolitis, difteri dan pertussis dalam kelompok diskusi.

### Petunjuk latihan

1. Bagilah kelas anda menjadi 3 kelompok kecil dan masing-masing kelompok membahaskan kasus yang berbeda.
2. Carilah sumber, literatur yang relevan dengan tugas anda, baik *teks*

*book* yang tersedia dipergustakaan maupun *e-book* yang dapat dicari melalui *web site*.

3. Diskusikan dan pahami kasus yang menjadi tugas anda pada kelompok masing-masing.
4. Buatlah laporan hasil diskusi kelompok anda, dalam bentuk makalah yang mencakup konsep dasar dan konsep asuhan keperawatan secara lengkap.
5. Presentasikan hasil diskusi ke-3 kelompok secara panel.
6. Catat masuk yang disampaikan kelompok lain sebagai bahan untuk melengkapi dan menyempurnakan laporan tugas kelompok anda
7. Selama mengerjakan tugas.

### **C. RANGKUMAN**

1. Asma bronchial merupakan penyakit yang sering di derita oleh masyarakat, begitu pula anak. Asma biasanya lebih sering terjadi pada anak-anak terutama pada saat anak menginjak umur 5 tahun. Asma bronkial adalah proses peradangan di saluran nafas yang mengakibatkan peningkatan respoansive dari saluran nafas terhadap berbagai stimulus yang dapat menyebabkan penyempitan saluran nafas yang menyeluruh dengan gejala khas sesak nafas yang reversible. Berdasarkan etiologinya, asma dapat dikelompokkan menjadi dua jenis yaitu asma intrinsik dan asma ekstrinsik. Asma ekstrinsik (atopi) ditandai dengan reaksi alergi terhadap pencetus-pencetus spesifik yang dapat diidentifikasi seperti : tepung sari jamur, debu, bulu binatang, susu, telur ikan, obat-obatan serta bahan-bahan alergen yang lain. Sedangkan asma intrinsik (non atopi) ditandai dengan mekanisme non alergi yang

bereaksi terhadap pencetus yang tidak spesifik seperti: udara dingin, zat kimia yang bersifat sebagai iritan.

2. Pneumonia adalah peradangan paru di mana asinusterisi dengan cairan, dengan atau tanpa disertai infiltrasi sel radang ke dalam dinding alveoli dan rongga interstisium. Pneumonia adalah proses infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli) biasanya disebabkan oleh masuknya virus, bakteri, jamur, protozoa atau aspirasi benda asing ke dalam paru-paru yang ditandai dengan gejala klinis batuk, demam tinggi dan disertai adanya napas cepat ataupun tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (retraksi dinding dada)
3. Penyakit jantung bawaan adalah malpormasi pada struktur jantung yang merupakan penyakit bawaan. Berdasarkan tempat kelainan pada struktur jantung ada beberapa PJB diantaranya adalah *Atrial Septal Defect* (ASD) yaitu adanya lubang abnormal pada sekat yang memisahkan antara atrium kanan dan kiri, *Ventrikular Septal Defect* (VSD) yaitu adalah kelainan jantung bawaan berupa tidak sempurnanya penutupan dinding pemisah antar ventrikel sedangkan *Tetra/ogi Of Fa/lot* (TOF) adalah Tetralogi of Fallot ( TOF ) adalah defek jantung sianotik kongenital yang terdiri dari 4 defek struktural yaitu VSD besar, stenosis atau atresia paru, overriding aorta dan hipertrofi ventrikel kanan. Secara pasti penyebab dari kelainan jantung bawaan belum diketahui namun kemungkinan disebabkan karena faktor endogendan eksogen.
4. leukemia adalah istilah umum yang digunakan untuk keganasan pada

sumsum tulang dan sistem limpatik (Wong, 2004). Jadi leukemia adalah proliferasi sel darah putih yang masih immature dalam jaringan pembentuk darah. Beberapa etiologi yang dapat menyebabkan leukemia pada anak adalah factor genetic, radiasi, faktor herediter. Dimana klasifikasi penyakit leukemia adalah leukemia Limfositik Akut (LLA), leukemia Limfositik Kronik (LLK), leukemia Mielositik Akut (LMA), leukemia Mielositik Kronis (LMK). Pemeriksaan diagnostik pada penyakit leukemia ini adalah pemeriksaan darah tepi, sumsum tulang, biopsi limpa, dan sitogenik. Dimana penatalaksanaan medis penyakit leukemia ini adalah kemoterapi, radiotherapy, transplantasi sumsum tulang, dan terapi suportif.

5. Thalassemia adalah penyakit genetik yang diturunkan secara autosomal *resesif* menurut hukum Mendel dari orang tua kepada anak-anaknya. Penyakit thalassemia meliputi suatu keadaan penyakit dari gejala klinis yang paling ringan (bentuk heterozigot) yang disebut thalassemia minor atau thalassemia trait (carrier: pengemban sifat) hingga yang paling berat (bentuk homozigot) yang disebut thalassemia mayor. Bentuk heterozigot diturunkan oleh salah satu orang tuanya yang mengidap penyakit thalassemia, sedangkan bentuk homozigot diturunkan oleh kedua orang tuanya yang mengidap penyakit thalassemia.
  
6. Anemia adalah berkurangnya jumlah eritrosit (sel darah merah) dan kadar Hb (*Hemoglobin*) dalam setiap millimeter kubik darah. Penyebab anemia pada anak adalah gangguan produksi eritrosit, kehilangan darah, meningkatnya pemecahan eritrosit (Hemolisis) dan

kurangnya bahan baku untuk pembentukan eritrosit seperti protein, asam folat, vitamin B12, mineral dan Fe. Anemia diklasifikasikan menjadi anemi Defisiensi Zat Besi (Fe), anemi megaloblastik, anemi pernisiiosa, anemi aplastik dan anemi hemolitik. Umumnya tanda dan gejala anemia adalah pucat yang tampak pada telapak tangan, dasar kuku, konjungtiva dan mukosa bibir, mudah lelah dan lemah.

#### **D. EVALUASI**

##### **Kasus 1**

Seorang anak laki-laki usia 5 tahun datang ke rumah sakit dengan asma. Ibu mengatakan anak mengeluh sesak napas, batuk dengan seputum yang sulit dikeluarkan serangan asma kambuh biasanya karena udara dingin. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan data: anak tampak sesak, terdapat kontraksi otot-otot bantu pernafasan, terutama sternokleido mastoideus, terdengar wheezing diakhir ekspirasi dan anak tampak lelah. Tanda-tanda vital: frekuensi pernapasan 43 x/menit, nadi 92x/menit, suhu 37°C. Ibu merasacemas dengan kondisi anak saat ini.

1. Apa faktor predisposisi asma pada kasus diatas?
  - a. Alergen
  - b. Infeksi
  - c. Cuaca
  - d. Psikis
  - e. Iritan
  
2. Termasuk jenis asma apakah kasus diatas?
  - a. Asma intrinsic

- b. Asma persisten
  - c. Asma ekstrinsik
  - d. Asma episodic sering
  - e. Asma episodic jarang
3. Asma stadium berapakan berdasarkan tanda dan gejala pada kasus diatas?
- a. Tingkat I b. Tingkat II c. Tingkat III d. Tingkat IV e. Tingkat V
4. Apakah masalah utama pada kasus diatas?
- a. Tidak efektif bersihan jalan nafas
  - b. Resiko perubahan perfusi jaringan
  - c. Cemas pada orang tua
  - d. Perubahan pola napas
  - e. Intoleransi aktivitas
5. Apakah tindakan prioritas yang harus dilakukan perawat pada kasus diatas?
- a. Lakukan suction
  - b. Atur posisi sem Fowler
  - c. Berikan minum air hangat
  - d. Lakukan fisiotherapi dada
  - e. Berikan posisi postural drainage
6. Apakah tindakan non farmakologik yang tepat pada kasus diatas?
- a. Pemberian cairan
  - b. Fisiotherapi dada
  - c. Pemberian oksigen

- d. Memberikan penyuluhan
- e. Menghindari faktor pencetus

## **Kasus 2**

Seorang bayi laki-laki usia 3 bulan dirawat di rumah sakit dengan diagnose medis pneumonia. Ibu mengatakan anak demam, batuk berdahak dan sulit untuk mengeluarkan, anak sulit minum ASI. Hasil pemeriksaan didapatkan data: tampak batuk, terdapat rancu di sela iga 2 dan 3 lapang paru kanan, frekuensi napas 52x/menit, frekuensi nadi 102x/menit dan suhu tubuh 38.2°C. Hasil pemeriksaan rontgen thorax di dapat bercak infiltrate.

7. Berapakah frekuensi nafas normal pada kasus diatas a. < 30 x/menit
  - b. < 35 x/menit
  - c. < 40 x/menit
  - d. < 45 x/menit
  - e. < 50 x/menit
  
8. Apakah penyebab pneumonia yang umum terjadi pada anak?
  - a. Streptococcus pneumonia
  - b. Respiratory Syncial Virus
  - c. Staphylococcus aureus
  - d. mikoplasma
  - e. Influenza
  
9. Masalah utama pada kasus diatas?
  - a. Hipertermi
  - b. Perubahan pola napas

- c. Resiko devisit volume cairan
- d. Tidak efektif bersihan jalan nafas
- e. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan

10. Tindakan utama yang harus dilakukan pada kasus diatas?

- a. Berikan minum air hangat
- b. Kolaborasi ekspektoran
- c. Anjurkan batuk efektif
- d. Latihan napas dalam
- e. Berikan oksigen

11. Apakah hal penting dilakukan sebelum memberikan posisi postural drainage pada kasus diatas?

- a. Lakukan suction
- b. Informasi pada ibu
- c. Lakukan fisiotherapi
- d. Berikan minum hangat
- e. Lakukan auskultasi bunyi napas

12. Apakah evaluasi yang perlu dilakukan setelah dilakukan suction pada kasus diatas?

- a. Pola nafas
- b. Irama napas
- c. Bunyi napas
- d. Frekuensi napas
- e. Kedalaman napas

### Kasus 3

Seorang balita perempuan usia 8 tahun dirawat di ruang anak dengan diagnosis medis thalassemia. Ibu mengatakan bahwa anak ini merupakan anak ke 3 dari 4 bersaudara yang dinyatakan menderita thalassemia, sejak usia 7 bulan dan harus menjalani transfusi setiap bulan karena mengalami anemia, 2 saudara yang lain menderita thalassemia minor sedangkan saudara yang lain normal. Anak tampak pucat, mudah lelah, tidak bergairah, teraba hepatosplenomegali. Tulang pipi menonjol disertai kulit yang kelabu. Hasil pemeriksaan: frekuensi napas 28x/menit, frekuensi nadi 96x/menit, suhu 37°C. Pemeriksaan laboratorium Hb. 5 g/dl.

13. Apakah kemungkinan jenis thalassemia yang diderita anak pada kasus diatas?

- a. Thalassemia trait
- b. Thalassemia minor
- c. Thalassemia mayor
- d. Thalassemia resesif
- e. Thalassemia intermedia

14. Apakah kemungkinan gen pada orang tua pada kasus diatas?

- a. Kedua orang tua thalassemia mayor
- b. Kedua orang tua thalassemia minor
- c. Salah satu orang tua thalassemia mayor
- d. Salah satu orang tua thalassemia minor
- e. Ibu thalassemia minor dan bapak thalassemia mayor

15. Apakah jenis anemia yang terjadi pada kasus diatas?

- a. Defisiensi zat besi
- b. Megaloblastik
- c. Pernisiosa
- d. Hemolitik
- e. Aplastic

16. Apakah komplikasi yang sering terjadi pada kasus di atas?

- a. Anemia berat
- b. Splenomegaly
- c. Hepatomegaly
- d. Fraktur patologis
- e. Kelainan struktur tulang

17. Apakah masalah utama yang biasanya terjadi pada kasus di atas?

- a. Intoleransi aktifitas
- b. Tidak efektifnya pola nafas
- c. Resiko perubahan citra tubuh
- d. Tidak efektifnya perfusi jaringan
- e. Resiko keterlambatan tumbuh kembang

18. Apakah tindakan utama yang harus dilakukan pada kasus di atas?

- a. Kolaborasi pemberian transfuse
- b. Kolaborasi pemberian oksigen
- c. Stimulasi tumbuh kembang
- d. Bantu pemenuhan aktivitas
- e. Berikan support system

19. Apakah tindakan yang tepat dilakukan perawat untuk mencegah terjadinya thalassemiapada anak?

- a. Anjurkan untuk melakukanantenatal care
- b. Hindari radiasi saat kehamilan
- c. Mencegah pernikahan sedarah
- d. Konseling pranikah
- e. Mencegah polutan

20. Apakah komplikasi yang sering terjadi dari pemberian transfuse?

- a. Hemosiderosis
- b. Resiko infeksi
- c. Cardiomegaly
- d. Hepatomegaly
- e. Over volume

## DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi, 2008, *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika
- Brunner & Suddart, 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Vol.1* Jakarta: EGC
- Chin J. 2008. *Manual Pemberantasan Penyakit Menuler; Edisi 1~ Cetakan IL CV Intomedlke: Jakarta.*
- Hidayat, A.A. (2005). *Pengantar Ilmu kesehatan anak 1*. Jakarta: Salemba
- Medika Hidayat, A.A.A. (2008). *Buku Saku Pratikum Keperawatan Anak*. Jakarta : EGC
- 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 Elseiver
- Kemenkes RI. 2010. *Informasi Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan*. Ditjen PP & PL. Jakarta
- Kemenkes RI. (2015) *Buku Bagan MTBS 2015*. Jakarta: Kemenkes.

- Mubarak wahit Iqbal, 2007. *Kebutuhan Dasar Manusi Teori Dan Aplikasi Praktek*. Jakarta: EGC
- Perry, dkk. 2005. *Buku saku: Keterampilan dan Prosedur Dasar*. Jakarta: EGC
- Supartini, Yupi (2004), *Buku ajar konsep dasar keperawatananak*, Jakarta: EGC
- Surasmi, A., Handayani, S., & Kusuma, H. N. (2003). *Perawatan bayi resiko tinggi*. Jakarta : EGC
- Tamsuri, A. (2009). *Klien Dengan Gangguan Kesimbangan Cairan dan Elektrolit Seri Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Wong D.L.(2009). *Buku ajar keperawatan pediatrik*. Edisi 6.Volume 1. Jakarta: EGC
- WHO. (2010). *Pelayanan Kesehatan Anak di rumah Sakit*. Jakarta: WHO