

ASUHAN KEPERAWATAN ANAK



- Yunike
- Ady Purwoto
- Dewi Tiansa
- Elfina Yulidar
- Ito Wardin
- Muhsinin
- Vivi Adriana Suardi
- Titin Supriatin
- Mochamad Robby Fajar Cahya
- Isymiarni Syarif



ASUHAN KEPERAWATAN ANAK

**Yunike
Ady Purwoto
Dewi Tiansa Barus
Elfina Yulidar
Ito Wardin
Muhsinin
Vivi Adriana Suardi
Titin Supriatin
Mochamad Robby Fajar Cahya
Isymiarni Syarif**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

ASUHAN KEPERAWATAN ANAK

Penulis :

Yunike
Ady Purwoto
Dewi Tiansa Barus
Elfina Yulidar
Ito Wardin
Muhsinin
Vivi Adriana Suardi
Titin Supriatin
Mochamad Robby Fajar Cahya
Isymiarni Syarif

ISBN : 978-623-198-330-5

Editor : Dr. Neila Sulung, S.Pd., Ns., M.Kes.

Penyunting : Ilda Melisa., Amd., Kep

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah
Padang Sumatera Barat

Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id

Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, Mei 2023

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

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Asuhan Keperawatan Anak ini.

Buku Ini Membahas Konsep Dasar Keperawatan Anak, Pola Bermain Pada Anak, Manajemen Terpadu Balita Sakit, Asuhan Keperawatan Pada Bayi Atau Anak Dengan Gangguan Sistem Hematologi, Asuhan Keperawatan Anak Dengan Penyakit Infeksi Paru, Asuhan Keperawatan Anak Dengan Penyakit Metabolik, Asuhan Keperawatan Anak Dengan Luka Bakar, *Family Centered Care*.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, Mei 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR.....	vii
DAFTAR TABEL	viii
BAB 1 KONSEP DASAR KEPERAWATAN ANAK.....	1
1.1 Pendahuluan	1
1.2 Filosofi Keperawatan.....	3
1.3 Peran Perawat Anak.....	5
1.4 Prinsip Keperawatan Anak.....	10
1.5 Berkomunikasi Dengan Anak.....	11
1.6 Proses Keperawatan	13
1.7 Rangkuman.....	16
DAFTAR PUSTAKA.....	18
BAB 2 PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK.....	21
2.1 Pertumbuhan dan Perkembangan Anak.....	21
2.2 Teori Pertumbuhan dan Perkembangan Anak.....	22
2.3 Tahap Perkembangan Anak.....	22
2.4 Karakteristik Pertumbuhan dan Perkembangan Anak	23
2.5 Faktor yang Berpengaruh Terhadap Pertumbuhan dan Perkembangan Anak.....	24
2.6 Aktivitas Pendukung Pertumbuhan dan Perkembangan Anak.....	25
2.7 Interaksi Sosial Anak	26
2.8 Kecerdasan pada Anak.....	27
DAFTAR PUSTAKA.....	30

BAB 3 POLA BERMAIN PADA ANAK.....	31
3.1 Bermain Pada Anak	31
3.1.1 Teori bermain	33
3.1.2 Fungsi bermain	34
3.1.3 Klasifikasi dari Bermain	37
3.1.4 Pola-Pola Bermain	41
3.2 Permainan	44
3.2.1 Teori Permainan	44
3.2.2 Persyaratan Bermain pada Anak	45
3.2.3 Jenis permainan dan bentuk permainan.....	47
3.2.4 Faktor yang mempengaruhi pola bermain pada anak	48
3.2.5 Permainan untuk merangsang segi-segi perkembangan anak	50
3.2.6 Karakteristik pola bermain Pada Anak.....	55
DAFTAR PUSTAKA	56
BAB 4 MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT (MTBS).....	57
4.1 Definisi.....	57
4.2 Tujuan MTBS.....	57
4.3 Strategi MTBS	58
4.3.1 Penilaian Tanda dan Gejala	59
4.3.2 Menentukan Klasifikasi dan tingkat kegawatan	60
4.3.3 Penentuan Tindakan dan Pengobatan	66
4.3.4 Pemberian Konseling.....	75
DAFTAR PUSTAKA	80
BAB 5 ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI DAN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM HEMATOLOGI....	81
5.1 Pendahuluan.....	81

5.2 Hemofilia	87
5.3 Kanker Leukimia	91
DAFTAR PUSTAKA	98
BAB 6 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN PADA DENGAN GIZI BURUK	101
6.1 Pendahuluan	101
6.2 Pengertian Gizi Buruk	102
6.3 Tanda Gejala, Klasifikasi Dan Penyebab Gizi Buruk ..	105
6.3.1 Tanda Gejala Gizi Buruk	105
6.3 Penyebab Gizi Buruk.....	106
6.4 Status Gizi Pada Bayi Dan Anak.....	106
6.5 Skrining Dan Deteksi Dini Gizi Buruk	107
6.7 Pencegahan Dan Tata Laksana Gizi Buruk	111
6.8 Asuhan Keperawatan Pada Anak Gizi Buruk	113
6.8.1 Pengkajian Nutrisi	113
6.8.2 Diagnosis Dan Intervensi Keperawatan.....	113
DAFTAR PUSTAKA	119
BAB 7 ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN PENYAKIT INFEKSI PARU	121
7.1 Pendahuluan	121
7.2 Bronkopneumonia	123
7.3 Tuberkulosis (TB)	127
7.4 Pneumonia.....	140
DAFTAR PUSTAKA	151
BAB 8 ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN PENYAKIT METABOLIK; DIABETES MELLITUS.....	153
8.1 Pengertian Diabetes Mellitus.....	153
8.2 Anatomi dan fisiologi pankreas	153
8.3 Etiologi	157

8.4 Patofisiologi DM	157
8.5 Manifestasi klinik	161
8.6 Asuhan keperawatan pasien DM	161
DAFTAR PUSTAKA	167
BAB 9 ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN	
LUKA BAKAR	171
9.1 Pendahuluan.....	171
9.2 Pengertian	172
9.3 Klasifikasi	172
9.4 Patofisiologi.....	173
9.5 Manifestasi Klinis	175
9.6 Pencegahan	176
9.7 Komplikasi	176
9.8 Penilaian dan Temuan Diagnostik.....	177
9.9 Manajemen medis	179
9.10 Manajemen Keperawatan.....	180
9.11 Pengkajian keperawatan.....	180
9.12 Fase Akut.....	182
9.13 Fase Rehabilitasi	182
9.14 Pertolongan pertama.....	183
DAFTAR PUSTAKA	200
BAB 10 FAMILY CENTERED CARE.....	203
10.1 Pendahuluan	203
10.2 Defenisi Family Centered Care	205
10.3 Sejarah Family Centered Care.....	206
10.4 Tujuan Family Centered Care.....	207
10.5 Manfaat Family Centered Care	207
10.6 Elemen Family Centered Care.....	208
10.7 Konsep Family Centered Care.....	209

10.8 Hambatan Implementasi Family Centered Care	210
10.9 Keuntungan Family Centered Care.....	211
DAFTAR PUSTAKA.....	212
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 5.1. (Regar, 2009)	84
Gambar 5.2. Hemofilia.....	90
Gambar 6.1. Pentingnya pemenuhan kecukupan gizi pada 100 hari pertama kehidupan terhadap tumbuh kembang anak	103
Gambar 6.2. Kebutuhan Gizi Sepanjang Usia	107
Gambar 6.3. Skema Komponen Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi.....	112
Gambar 7.1. Paru-paru dengan TB.....	131
Gambar 7.2. Paru-pari dengan Pneumonia.....	144
Gambar 8.1. Anantomi pankreas.....	154
Gambar 8.2. Pathway penyakit DM.....	160
Gambar 9.1. Gambar Klasifikasi Kedalaman Luka	173
Gambar 9.2. Patofisiologi Luka Bakar	174
Gambar 9.3. Area Luka Bakar.....	175
Gambar 9.4. Rule of Nine	177
Gambar 9.5. Persentase Body Surface Area.....	178
Gambar 9.6. Metode Palmar	179
Gambar 9.7. Parkland Formula.....	185

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Aktivitas pendukung pertumbuhan dan perkembangan	25
Tabel 4.1. Pemberian Pengobatan Antibiotik untuk Pneumonia/Infeksi Telinga Akut.....	67
Tabel 4.2. Pemberian cairan Intra Vena.....	68
Tabel 4.3. Pemberian Oralit	68
Tabel 4.4. Pemberian antibiotik pada Diare Persisten...	69
Tabel 4.5. Pemberian antibiotik pada Disentri	70
Tabel 4.6. Pemberian Kina	71
Tabel 4.7. Pemberian obat anti malaria oral.....	72
Tabel 4.8. Dosis pemberin paracetamol	73
Tabel 4.9. Dosis pemberin Vitamin A.....	73
Tabel 4.10. Dosis pemberian zat besi	74
Tabel 4.11. Dosis pemberian Pirantel Pamoat	74
Tabel 6.1. Besaran nilai rata-rata kecukupan gizi anak yang disarankan	104
Tabel 6.2. Masalah kesehatan Masyarakat untuk <i>Wasting</i> berdasarkan WHO.....	104
Tabel 6.3. Indeks Antropometri Sesuai dengan Status Pertumbuhan.....	109
Tabel 6.4. Keadaan Serius Perlu Diperhatikan Saat Pelaksanaan Pemantauan.....	110

BAB 1

KONSEP DASAR KEPERAWATAN ANAK

oleh Yuniike

1.1 Pendahuluan

Asuhan keperawatan anak didefinisikan sebagai spesialisasi profesi keperawatan yang berhubungan dengan pediatri dan perawatan medis anak sejak bayi hingga remaja (Muhayimana *et al.*, 2020).

Anak-anak berbeda dari orang dewasa secara anatomis, fisiologis, imunologis, psikologis, perkembangan, dan metabolisme. Perawatan anak mencakup spektrum yang luas dari layanan kesehatan mulai dari perawatan kesehatan preventif hingga diagnosis dan pengobatan penyakit akut dan kronis (Rimsza *et al.*, 2015).

Perspektif Keperawatan Anak adalah Informasi tentang kesehatan yang diperoleh dari morbiditas dan mortalitas selama periode tertentu. Data morbiditas dan mortalitas memberikan informasi tentang penyebab kematian dan penyakit, kelompok usia berisiko tinggi untuk gangguan atau bahaya tertentu, kemajuan dalam pengobatan dan pencegahan serta bidang konseling kesehatan tertentu (El-Nagger, 2023).

World Health Organization (WHO) mendefinisikan kesehatan sebagai “keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial secara utuh dan bukan hanya bebas dari penyakit” (WHO, 2023). Lima penyebab kematian pada anak adalah kecelakaan atau cedera, kelainan bawaan, kanker, pembunuhan, dan penyakit jantung (Marilyn *et al.*, 2019).

Faktor yang meningkatkan morbiditas anak adalah hambatan pelayanan kesehatan, tunawisma dan masalah kesehatan kronis. Masalah perilaku, sosial, keluarga dan pendidikan adalah morbiditas baru atau penyakit sosial anak. Masalah-masalah ini disebabkan oleh kemiskinan, kekerasan dan kegagalan sekolah. Keperawatan adalah pencegahan penyakit, pengurangan penderitaan, dan perlindungan, promosi, dan pemulihan kesehatan dalam perawatan individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan populasi (El-Nagger, 2023).

Filosofi pengasuhan yang berpusat pada keluarga mengakui keluarga sebagai satu-satunya yang konstan dalam kehidupan anak melalui, rasa hormat, kerja sama, dan dukungan (Phiri *et al.*, 2020). Keluarga mungkin akan menciptakan peluang bagi semua anggota keluarga untuk menampilkan kemampuan dan kompetensi mereka saat ini dan memperoleh yang baru yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan anak dan keluarga (El-Nagger, 2023).

Pemberdayaan adalah salah satu komponen perawatan berpusat pada keluarga yang menggambarkan interaksi profesional dengan keluarga sedemikian rupa sehingga keluarga mempertahankan atau memperoleh rasa kendali atas hidup mereka dan membuat perubahan positif untuk menumbuhkan kekuatan, kemampuan dan tindakan mereka (Saifullah & Djuwairiyah, 2019).

Peran perawat anak adalah hubungan terapeutik, advokasi atau perawatan keluarga, pencegahan penyakit atau promosi kesehatan, pengajaran kesehatan, dukungan atau konseling, peran restoratif, koordinasi atau kolaborasi, pengambilan keputusan etis, penelitian dan perencanaan perawatan kesehatan (Ceylan & Çetinkaya, 2020).

1.2 Filosofi Keperawatan

Keperawatan bayi, anak - anak, dan remaja sesuai dengan definisi keperawatan American Nurses Association (ANA, 2010) yang dimana sebagai perlindungan, promosi, dan optimalisasi kesehatan dan, pencegahan penyakit dan cedera, mengurangi penderitaan melalui diagnosis dan pengobatan manusia. Respon dan advokasi dalam perawatan individu, keluarga, dan populasi.

1) Perawatan yang Berfokus Pada Keluarga

Keluarga sebagai konstanta dalam kehidupan seorang anak. Perawatan yang berpusat pada keluarga adalah pendekatan untuk perencanaan, implementasi, dan evaluasi perawatan kesehatan. Perawatan yang berfokus terhadap keluarga didasarkan pada kemitraan yang saling menguntungkan antara penyedia layanan kesehatan, pasien, dan keluarga (Institute for Patient-and Family-Centered Care, 2014). Perawat mendukung keluarga dalam peran pengasuhan dan pengambilan keputusan alami mereka dengan membangun kekuatan unik mereka dan mengakui keahlian mereka dalam merawat anak mereka baik di dalam maupun di luar lingkungan rumah sakit. Perawat mempertimbangkan kebutuhan semua anggota keluarga sehubungan dengan perawatan anak. Filosofi mengakui keragaman di antara struktur dan latar belakang keluarga; tujuan, impian, strategi, dan tindakan keluarga; dan dukungan keluarga, layanan, dan kebutuhan informasi.

Dua konsep dasar dalam pengasuhan yang berpusat pada keluarga adalah memungkinkan dan pemberdayaan. Profesional memungkinkan keluarga dengan menciptakan peluang dan sarana bagi semua anggota keluarga untuk menampilkan kemampuan dan kompetensi mereka saat ini serta memperoleh yang baru untuk memenuhi kebutuhan

anak dan keluarga. Pemberdayaan menggambarkan interaksi profesional dengan keluarga sedemikian rupa sehingga keluarga mempertahankan atau memperoleh rasa kendali atas kehidupan keluarga mereka dan mengakui perubahan positif yang dihasilkan dari perilaku membantu yang menumbuhkan kekuatan, kemampuan, dan tindakan mereka sendiri. Meskipun merawat keluarga sangat ditekankan, hal itu disorot dalam fitur-fitur seperti Pertimbangan Budaya dan kotak Perawatan yang Berpusat pada Keluarga.

2) Perawatan Atraumatik

Perawatan atraumatik adalah penyediaan perawatan terapeutik di lingkungan, oleh personel, dan melalui penggunaan intervensi yang menghilangkan atau meminimalkan tekanan psikologis dan fisik yang dialami oleh anak-anak dan keluarganya dalam sistem perawatan kesehatan. Perawatan terapeutik meliputi pencegahan, diagnosis, pengobatan, atau paliasi kondisi akut atau kronis. Pengaturan mengacu pada tempat di mana perawatan itu diberikan — rumah, rumah sakit, atau pengaturan perawatan kesehatan lainnya. Personil termasuk siapa saja yang terlibat langsung dalam memberikan perawatan terapeutik. Intervensi berkisar dari pendekatan psikologis, seperti mempersiapkan anak untuk prosedur, hingga intervensi fisik, seperti menyediakan ruang bagi orang tua untuk tinggal bersama anak. Distres psikologis dapat berupa kecemasan, ketakutan, kemarahan, kekecewaan, kesedihan, rasa malu, atau rasa bersalah. Tekanan fisik dapat berkisar dari sulit tidur dan imobilisasi hingga gangguan dari rangsangan sensorik, seperti nyeri, suhu ekstrem, suara keras, cahaya terang, atau kegelapan. Jadi perawatan atraumatik

berkaitan dengan di mana, siapa, mengapa, dan bagaimana prosedur yang dilakukan pada anak untuk tujuan mencegah atau meminimalkan stres psikologis dan fisik.

Tujuan utama dalam memberikan perawatan atraumatik adalah: tidak membahayakan. Tiga prinsip memberikan kerangka kerja untuk mencapai tujuan ini: (1) mencegah atau meminimalkan keterpisahan anak dari keluarga, (2) meningkatkan rasa kontrol, dan (3) mencegah atau meminimalkan cedera tubuh dan rasa sakit. Contoh pemberian perawatan atraumatik termasuk membina hubungan orang tua-anak selama rawat inap, mempersiapkan anak sebelum perawatan atau prosedur yang tidak biasa, mengendalikan rasa sakit, membiarkan privasi anak, menyediakan aktivitas bermain untuk ekspresi ketakutan dan agresi, memberikan pilihan kepada anak-anak, dan menghormati perbedaan budaya (Marilyn *et al.*, 2019)..

1.3 Peran Perawat Anak

Perawat pediatrik bertanggung jawab untuk mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan anak dan keluarga. Fungsi keperawatan bervariasi sesuai dengan struktur pekerjaan regional, pendidikan dan pengalaman individu, dan tujuan karir pribadi. Sama seperti pasien (anak-anak dan keluarga mereka) memiliki latar belakang yang unik, setiap perawat membawa satu set variabel individu yang mempengaruhi hubungan perawat-pasien. Di mana pun perawat anak berpraktik, perhatian utama mereka adalah kesejahteraan anak dan keluarga (Marilyn *et al.*, 2019).

1) Hubungan Terapeutik

Pembentukan hubungan terapeutik adalah fondasi penting untuk memberikan asuhan keperawatan berkualitas tinggi. Perawat anak perlu memiliki hubungan

yang bermakna dengan anak-anak dan keluarga mereka namun tetap cukup terpisah untuk membedakan perasaan dan kebutuhan mereka sendiri. Dalam hubungan terapeutik, perhatian, batasan yang jelas memisahkan perawat dari anak dan keluarga. Batasan-batasan ini bersifat positif dan profesional serta mendukung kendali keluarga atas perawatan kesehatan anak. Baik perawat dan keluarga diberdayakan dan menjaga komunikasi terbuka. Dalam hubungan nonterapeutik, batasan-batasan ini menjadi kabur, dan banyak tindakan perawat dapat memenuhi kebutuhan pribadi, seperti kebutuhan untuk merasa diinginkan dan dilibatkan, daripada kebutuhan keluarga.

Mengeksplorasi apakah hubungan dengan pasien bersifat terapeutik atau nonterapeutik membantu perawat mengidentifikasi area masalah sejak dini dalam interaksi mereka dengan anak dan keluarga. Meskipun pertanyaan tentang keterlibatan perawat dapat melabeli tindakan tertentu negatif atau positif, tidak ada satu tindakan pun yang membuat hubungan terapeutik atau nonterapeutik. Sebagai contoh, seorang perawat mungkin menghabiskan waktu tambahan dengan keluarga tetapi tetap mengenali kebutuhannya sendiri dan mempertahankan keterpisahan profesional. Petunjuk penting untuk hubungan nonterapeutik adalah kekhawatiran staf tentang tindakan rekan mereka terhadap keluarga.

2) Advokasi dan Kepedulian Keluarga

Meskipun perawat bertanggung jawab terhadap diri mereka sendiri, profesi, dan lembaga pekerjaan, tanggung jawab utama mereka adalah konsumen layanan keperawatan: anak dan keluarga. Perawat harus bekerja dengan anggota keluarga, mengidentifikasi tujuan dan kebutuhan mereka, dan merencanakan intervensi yang

terbaik untuk mengatasi masalah yang telah ditentukan. Sebagai advokat, perawat membantu anak dan keluarga dalam membuat pilihan berdasarkan informasi dan bertindak demi kepentingan terbaik anak. Advokasi melibatkan memastikan bahwa keluarga mengetahui semua layanan kesehatan yang tersedia, informasi yang memadai tentang perawatan dan prosedur, terlibat dalam perawatan anak, dan didorong untuk mengubah atau mendukung praktik perawatan kesehatan yang ada.

3) Pencegahan Penyakit dan Promosi Kesehatan

Setiap perawat yang terlibat dalam perawatan anak harus memahami pentingnya pencegahan penyakit dan promosi kesehatan. Rencana asuhan keperawatan harus mencakup penilaian menyeluruh terhadap semua aspek pertumbuhan dan perkembangan anak, termasuk nutrisi, imunisasi, keamanan, perawatan gigi, sosialisasi, disiplin, dan pendidikan. Jika masalah teridentifikasi, perawat mengintervensi secara langsung atau merujuk keluarga ke penyedia atau lembaga perawatan kesehatan lain.

4) Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan tidak dapat dipisahkan dari advokasi dan pencegahan keluarga. Pengajaran kesehatan dapat menjadi tujuan langsung perawat, seperti selama kelas perawatan anak, atau mungkin tidak langsung, seperti membantu orang tua dan anak memahami diagnosis atau perawatan medis, mendorong anak untuk bertanya tentang tubuh mereka, merujuk keluarga ke profesional terkait kesehatan atau kelompok awam, dan memberikan panduan antisipatif.

Pendidikan kesehatan adalah salah satu bidang di mana perawat sering membutuhkan persiapan dan praktik

dengan panutan yang kompeten, karena melibatkan transmisi informasi pada tingkat pemahaman dan keinginan anak dan keluarga untuk informasi. Sebagai pendidik yang efektif, perawat berfokus pada penyediaan informarsi kesehatan yang tepat dengan umpan balik dan evaluasi yang baik untuk meningkatkan pembelajaran.

5) Pencegahan Cedera

Setiap tahun, cedera membunuh atau melumpuhkan lebih banyak anak di atas 1 tahun daripada gabungan semua penyakit anak. Perawat memainkan peran penting dalam mencegah cedera dengan menggunakan pendekatan perkembangan konseling keselamatan bagi orang tua dari anak-anak dari segala usia. Menyadari bahwa masalah keamanan untuk bayi muda sama sekali berbeda dari risiko cedera pada remaja, perawat selalu mendiskusikan pencegahan cedera yang tepat untuk orang tua dan anak-anak sebagai bagian dari perawatan rutin pasien.

6) Dukungan dan Konseling

Perhatian terhadap kebutuhan emosional membutuhkan dukungan dan terkadang konseling. Peran advokat anak atau guru kesehatan mendukung berdasarkan pendekatan individual. Perawat dapat menawarkan dukungan dengan mendengarkan, menyentuh, dan hadir secara fisik. Sentuhan dan kehadiran fisik sangat membantu anak-anak, karena memfasilitasi komunikasi nonverbal. Konseling melibatkan saling tukar ide dan pendapat yang memberikan dasar untuk pemecahan masalah bersama. Ini melibatkan dukungan, pengajaran, teknik untuk menumbuhkan ekspresi perasaan atau pikiran, dan pendekatan untuk membantu keluarga mengatasi stress dan memperbaiki kondisi kesehatan bagi

pasien (Kusumawaty *et al.*, 2020). Secara optimal, konseling tidak hanya membantu menyelesaikan krisis atau masalah tetapi juga memungkinkan keluarga mencapai tingkat fungsi yang lebih tinggi, harga diri yang lebih tinggi, dan hubungan yang lebih dekat.

7) Koordinasi dan Kolaborasi

Perawat, sebagai anggota tim perawatan kesehatan, berkolaborasi dan mengkoordinasikan asuhan keperawatan dengan aktivitas perawatan profesional lainnya. Konsep perawatan holistik dapat diwujudkan melalui pendekatan terpadu dan interdisipliner dengan menyadari kontribusi dan keterbatasan individu serta berkolaborasi dengan spesialis lain untuk memberikan layanan kesehatan berkualitas tinggi. Kegagalan untuk mengenali keterbatasan dapat menjadi nonterapi paling baik dan merusak paling buruk. Sebagai contoh, perawat yang merasa kompeten dalam konseling tetapi benar-benar tidak memadai di bidang ini tidak hanya dapat mencegah anak menghadapi krisis tetapi juga menghalangi kesuksesan masa depan dengan profesional yang berkualitas. Keperawatan harus dilihat sebagai kontributor utama untuk memastikan tim perawatan kesehatan berfokus pada kualitas tinggi, perawatan yang aman.

8) Pengambilan Keputusan Etis

Dilema etis muncul ketika pertimbangan moral yang bersaing mendasari berbagai alternatif. Orang tua, perawat, dokter, dan anggota tim perawatan kesehatan lainnya dapat mencapai keputusan yang berbeda tetapi dapat dipertahankan secara moral dengan memberikan bobot yang berbeda pada nilai-nilai moral yang bersaing. Nilai-nilai moral yang bersaing ini mungkin termasuk

otonomi, hak pasien untuk mengatur diri sendiri; nonmaleficence, kewajiban untuk meminimalkan atau mencegah kerugian; beneficence, kewajiban untuk mempromosikan kesejahteraan pasien; dan keadilan, konsep keadilan. Perawat harus menentukan tindakan yang paling menguntungkan atau paling tidak berbahaya dalam kerangka adat istiadat masyarakat, standar praktik profesional, hukum, aturan kelembagaan, sistem nilai keluarga dan tradisi agama, dan nilai-nilai pribadi perawat (Marilyn et al., 2019).

1.4 Prinsip Keperawatan Anak

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak, terdapat prinsip – prinsip yang harus diterapkan yaitu (Agustina, 2022) :

1. Anak bukanlah miniatur orang dewasa, melainkan individu yang unik, artinya anak tidak hanya dilihat dari segi fisik, tetapi sebagai individu yang unik dengan pola pertumbuhan dan perkembangan menuju kedewasaan.
2. Anak merupakan individu yang unik dan memiliki kebutuhan setiap perkembangannya. Sebagai manusia yang unik, anak memiliki kebutuhan yang berbeda-beda sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangannya. Kebutuhan fisiologis seperti nutrisi dan cairan, aktivitas, eliminasi, tidur dan kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual lainnya dipertimbangkan dalam hal pertumbuhan dan perkembangan.
3. Pelayanan keperawatan anak berupaya untuk mencegah penyakit dan meningkatkan kesehatan, dengan tujuan menurunkan angka kesakitan dan kematian anak, yang dimana anak merupakan generasi penerus bangsa.
4. Keperawatan anak adalah disiplin ilmu kesehatan yang berpusat pada kesejahteraan anak sehingga perawat

- bertanggung jawab penuh atas pekerjaan keperawatan anak. Dalam kesejahteraan anak, keperawatan selalu mengutamakan kepentingan anak, dan upayanya tidak lepas dari peran keluarga, sehingga selalu menyangkut keluarga.
5. Praktik keperawatan anak meliputi kesepakatan anak dan keluarga dalam mencegah, menilai, mengintervensi dan meningkatkan kesejahteraan melalui proses keperawatan yang memenuhi pertimbangan moral (etis) dan hukum (legal).
 6. Tujuan keperawatan anak dan keluarga adalah untuk meningkatkan pematangan sehat anak dan remaja sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual dalam konteks keluarga dan masyarakat. Kematangan seorang anak bertujuan untuk memperhatikan lingkungan, baik di dalam maupun di luar, dimana lingkungan yang baik menentukan kedewasaan seorang anak.
 7. Kedepannya, keperawatan anak akan berfokus pada ilmu tumbuh kembang sambil mengkaji aspek kehidupan anak.

1.5 Berkomunikasi Dengan Anak

Meskipun sebagian besar komunikasi verbal biasanya dilakukan dengan orang tua, jangan mengecualikan anak selama wawancara. Perhatikan bayi dan anak kecil melalui permainan atau sesekali mengarahkan pertanyaan atau komentar kepada mereka. Libatkan anak-anak yang lebih besar sebagai peserta aktif sehingga mereka dapat berbagi pengalaman dan perspektif mereka sendiri serta dengan komunikasi dapat memberikan kontribusi yang signifikan terhadap perkembangan perilaku anak (Kusumawaty & Yunike, 2022).

Upaya aktif untuk berteman dengan anak-anak sebelum mereka memiliki kesempatan untuk mengevaluasi orang asing

cenderung meningkatkan kecemasan mereka. Teruslah berbicara dengan anak dan orang tua tetapi lakukan kegiatan yang tidak melibatkan anak secara langsung, sehingga memungkinkan anak untuk mengamati dari posisi yang aman. Jika anak memiliki mainan atau boneka khusus, "bicaralah" dengan boneka itu terlebih dahulu. Ajukan pertanyaan sederhana, seperti "Apakah boneka beruang Anda memiliki nama?" untuk memudahkan anak berbicara. Berikut cara berkomunikasi dengan anak :

1. Beri anak waktu untuk merasa nyaman.
2. Hindari rayuan yang tiba-tiba atau cepat, senyum lebar, kontak mata yang lama, dan gerak tubuh lain yang dapat dianggap mengancam.
3. Bicaralah dengan orang tua jika anak awalnya pemalu.
4. Berkomunikasi melalui objek transisi (seperti boneka, wayang, dan boneka binatang) sebelum menanyai anak kecil secara langsung.
5. Berikan kesempatan kepada anak yang lebih besar untuk berbicara tanpa kehadiran orang tua.
6. Asumsikan posisi sejajar mata dengan anak.
7. Bicaralah dengan suara tenang, tidak tergesa-gesa, dan percaya diri.
8. Bicaralah dengan jelas, spesifik, dan gunakan kata-kata sederhana dan kalimat pendek.
9. Sebutkan arahan dan saran secara positif.
10. Jujurlah dengan anak-anak.
11. Biarkan anak mengungkapkan kekhawatiran dan ketakutan mereka.
12. Gunakan berbagai teknik komunikasi.

1.6 Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah metode identifikasi masalah dan pemecahan masalah yang menggambarkan apa yang sebenarnya dilakukan oleh perawat. Model proses keperawatan meliputi pengkajian, identifikasi hasil diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (ANA, 2010).

1) Pengkajian

Pengkajian adalah proses berkelanjutan yang beroperasi di semua fase pemecahan masalah dan merupakan dasar untuk pengambilan keputusan. Pengkajian melibatkan banyak keterampilan keperawatan dan terdiri dari pengumpulan, klasifikasi, dan analisis data yang bertujuan dari berbagai sumber. Untuk memberikan pengkajian yang akurat dan komprehensif, perawat harus mempertimbangkan informasi tentang latar belakang biofisik, psikologis, sosiokultural, dan spiritual pasien.

2) Diagnosa

Tahap proses keperawatan selanjutnya adalah identifikasi masalah dan diagnosis keperawatan. Pada tahap ini, perawat harus menginterpretasikan dan membuat keputusan tentang data yang dikumpulkan. Tidak semua anak memiliki masalah kesehatan yang nyata; beberapa memiliki masalah kesehatan potensial, yang merupakan keadaan risiko yang memerlukan intervensi keperawatan untuk mencegah berkembangnya masalah yang sebenarnya. Potensi masalah kesehatan dapat diindikasikan oleh faktor risiko, atau tanda dan predisposisi anak dan keluarga pada pola disfungsi kesehatan dan terbatas pada individu dengan risiko lebih besar daripada populasi secara keseluruhan. Intervensi keperawatan diarahkan untuk mengurangi faktor risiko. Untuk membedakan masalah kesehatan aktual dan

potensial, kata risiko disertakan dalam pernyataan diagnosis keperawatan (mis., Risiko Infeksi).

Tanda dan gejala mengacu pada sekelompok isyarat dan karakteristik yang ditentukan yang berasal dari penilaian pasien dan menunjukkan masalah kesehatan yang sebenarnya. Ketika karakteristik yang menentukan sangat penting untuk membuat diagnosis, itu dianggap kritis. Karakteristik penentu kritis ini membantu membedakan antara kategori diagnostik. Misalnya, dalam memutuskan antara kategori diagnostik yang berhubungan dengan fungsi keluarga dan coping, perawat menggunakan karakteristik pendefinisian untuk memilih diagnosis keperawatan yang paling tepat.

3) Identifikasi Hasil

Tujuan identifikasi hasil adalah untuk menetapkan prioritas dan memilih hasil atau tujuan pasien yang diharapkan. Perawat mengatur informasi selama pengkajian dan diagnosis dan mengelompokkan data ini ke dalam kategori untuk mengidentifikasi area yang signifikan dan membuat salah satu keputusan berikut :

- a. Tidak ada masalah kesehatan disfungsional yang terbukti; promosi kesehatan ditekankan.
- b. Ada risiko masalah kesehatan disfungsional; intervensi diperlukan untuk promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.
- c. Masalah kesehatan disfungsional yang sebenarnya terlihat jelas; intervensi diperlukan untuk manajemen penyakit, pencegahan penyakit, dan promosi kesehatan.
- d. Hasil spesifik dirumuskan untuk memenuhi tujuan pasien yang realistis dan berfokus pada keluarga.

4) Intervensi Keperawatan

Setelah mengidentifikasi tujuan khusus yang berfokus pada pasien dan keluarga, perawat mengembangkan rencana perawatan khusus untuk hasil yang diidentifikasi. Hasilnya adalah perubahan yang diproyeksikan atau diharapkan dalam status kesehatan pasien, kondisi klinis, atau perilaku yang terjadi setelah intervensi keperawatan dilakukan. Rencana perawatan harus ditetapkan sebelum intervensi keperawatan spesifik dikembangkan dan diimplementasikan.

5) Implementasi

Fase implementasi dimulai ketika perawat menerapkan intervensi yang dipilih dan mengumpulkan data umpan balik mengenai efeknya (atau respons pasien terhadap intervensi). Umpan balik kembali dalam bentuk observasi dan komunikasi dan menyediakan database untuk mengevaluasi hasil intervensi keperawatan. Sangat penting bahwa penilaian terus-menerus dari status pasien terjadi di seluruh fase proses keperawatan, sehingga membuat proses tersebut menjadi metode pemecahan masalah yang dinamis daripada statis. Sepanjang tahap implementasi, perhatian utama adalah keamanan fisik dan kenyamanan psikologis pasien dalam hal perawatan atraumatik.

6) Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses asuhan keperawatan. Perawat mengumpulkan, menyortir, dan menganalisis data untuk menentukan apakah (1) hasil yang ditetapkan telah terpenuhi, (2) intervensi keperawatan sudah tepat, (3) rencana memerlukan modifikasi, atau (4) alternatif lain harus dipertimbangkan. Fase evaluasi melengkapi proses keperawatan (hasil

tercapai) atau berfungsi sebagai dasar untuk memilih intervensi alternatif untuk memecahkan masalah spesifik.

Dengan fokus saat ini pada hasil pasien dalam perawatan kesehatan, perawatan pasien dievaluasi tidak hanya saat pulang tetapi juga untuk memastikan bahwa hasil tersebut terpenuhi dan ada perawatan yang memadai untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang ada atau potensial.

7) Dokumentasi

Meskipun pendokumentasian bukan salah satu langkah dari proses keperawatan, hal ini penting untuk evaluasi. Perawat dapat menilai, mendiagnosa, dan mengidentifikasi masalah; rencana; dan menerapkan tanpa dokumentasi; namun, evaluasi paling baik dilakukan dengan bukti tertulis tentang kemajuan menuju hasil (ANA, 2010).

1.7 Rangkuman

Keperawatan anak merupakan spesialisasi profesi keperawatan yang berpusat pada pediatri dan perawatan medis anak-anak, dari bayi hingga remaja. Keperawatan menjadi bidang yang penting karena kesehatan anak berbeda dengan orang dewasa karena pertumbuhan dan perkembangan yang terjadi sepanjang masa kanak-kanak.

Peran perawat anak yaitu membangun hubungan terapeutik dengan keluarga dan anak, melakukan promosi kesehatan, mengajarkan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar keluarga mampu merawat anak ketika sakit, perawat membahas tindakan pencegahan cedera setiap rutin dalam perawatan anak, memberikan dukungan dan bimbingan konseling kepada keluarga, dan perawat harus dapat mengambil keputusan yang terbaik untuk perawatan pasiennya.

Komunikasi pada anak tentu berbeda dengan orang dewasa. Tahap pertemuan pertama kali bertemu dengan perawat atau dokter pasti menimbulkan rasa takut bagi anak. Oleh karena itu harus dilakukan berbagai teknik komunikasi dengan anak yaitu mengobrol dengan nyaman, posisikan diri sejajar dengan anak, mengobrol dengan barang yang dibawa terlebih dahulu, seperti bonekannya dengan menanyakan nama bonekanya, bicara dengan jelas dan lembut.

Proses asuhan keperawatan pada anak sama seperti pada umumnya yaitu pengkajian yang dimana mengumpulkan data – data riwayat kesehatan pasien, kondisi yang di alami, kemudia menyusun masalah keperawatan, membuat rencana keperawatan untuk tindakan yang akan dilakukan, selanjutnya mengimplementasikan kepada pasien, dan evaluasi untuk melihat perkembangan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan serta melakukan dokumentasi untuk setiap tindakan yang dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, N. 2022. *Keperawatan Anak dan Prinsip yang Harus Dipahami Perawat Anak*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/272/keperawatan-anak-dan-prinsip-yang-harus-dipahami-perawat-anak
- ANA. 2010. *Nursing's social policy statement: the essence of the profession*. American Nurses Association.
- Ceylan, S. S., & Çetinkaya, B. 2020. Attitudes towards gossip and patient privacy among paediatric nurses. *Nursing Ethics*, 27(1), 289–300. <https://doi.org/10.1177/0969733019845124>
- El-Nagger, N. S. 2023. Perspectives of Pediatric Nursing. *American Journal of Nursing Science*.
- Kusumawaty, I., & Yunike. 2022. *Mother ' s Insight Regarding The Magnitude Of Parenting Communication*. 1(2), 267–276.
- Kusumawaty, I., Yunike, & Pastari, M. 2020. Pendampingan Psikoedukasi : Penguatan Caring Oleh Caregiver Keluarga Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa Psycheducation Assistance : Strengthening Care By Family Caregiver To People With Mental Disorder. *Media Informasi Kesehatan*, 7(1), 73–90.
- Marilyn, Hockenberry, & Wilson, D. 2019. *Wong's Nursing Care of Infants and Children*. Elsevier Inc.
- Muhayimana, D., Arakaza, D., Ndayegamiye, D., Bamboneyeho, J., Anna, T., & Niyongabo, E. 2020. Pediatric Nursing Care and Its Practices in Three Health Care Facilities. *Open Journal of Nursing*, 10(12), 1275–1293. <https://doi.org/10.4236/ojn.2020.1012093>

- Phiri, P. G. M. C., Chan, C. W. H., & Wong, C. L. 2020. The scope of family-centred care practices, and the facilitators and barriers to implementation of family-centred care for hospitalised children and their families in developing countries: An integrative review. *Journal of Pediatric Nursing*, 55, 10–28. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.05.018>
- Rimsza, M. E., Hotaling, C. A. J., Keown, M. E., Marcin, J. P., Moskowitz, W. B., Sigrest, T. D., & Simon, H. K. 2015. Definition of a pediatrician. *Pediatrics*, 135(4), 780–781. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0056>
- Saifullah, & Djuwairiyah. 2019. Peran Keberfungsian Sistem Keluarga pada Regulasi Emosi Remaja. *Jurnal Komunikasi Dan Konseling Islam*, 1(2), 82–93.
- WHO. 2023. *Health and Well-Being*. World Health Organization.

BAB 2

PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK

Oleh Ady Purwoto

2.1 Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Pertumbuhan dikaitkan dengan perubahan kuantitatif, yaitu peningkatan ukuran dan struktur. Anak-anak tidak hanya tumbuh secara fisik, tetapi ukuran dan struktur organ tubuh dan otak juga meningkat. Akibatnya, ada pertumbuhan otak, dan kemampuan anak untuk belajar, mengingat, dan berpikir meningkat. (Elizabeth, 1978)

Perkembangan melibatkan perubahan kualitatif dan kuantitatif, khususnya perubahan psikofisiologis, yang merupakan hasil pematangan fungsi psikologis dan fisik anak secara terus menerus, didukung oleh faktor genetik dan lingkungan melalui pematangan dan pembelajaran. kemajuan. Kematangan adalah proses pematangan dan pematangan bagian dan organ yang terjadi secara alami. Proses belajar adalah suatu proses belajar, melalui pengalaman pada suatu saat tertentu untuk mencapai kedewasaan. (Agoes Achir, 1979)

Anak-anak yang sedang dalam masa pertumbuhan dan perkembangan seringkali sangat ingin tahu tentang lingkungannya. Hal ini tercermin dari banyaknya pertanyaan yang mereka ajukan. Rasa ingin tahu ini memberikan kesempatan kepada anak untuk mempelajari sesuatu. Interaksi anak dengan lingkungannya, misalnya dengan teman sebaya yang seumuran dan guru akan mengajar anak-anak untuk mengembangkan aspek sosial dan emosional mereka. Interaksi

dengan rekan kerja akan memberikan pengalaman sosialisasi dan komunikasi, seperti bermain bersama, ingin berbagi, ingin mengalah, dll. Ketika anak-anak berinteraksi dengan lingkungan yang masih alami akan memberikan perasaan rileks dan nyaman. Kondisi inilah yang sangat dibutuhkan anak dalam proses belajar dan bermain.

2.2 Teori Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Beberapa ahli mengemukakan teori tumbuh kembang anak, di antaranya: (Kartini Kartono, 1979)

- a. Kartini Kartono membagi masa perkembangan dan pertumbuhan anak menjadi 5, yaitu:
 - 1) 0 – 2 tahun adalah masa bayi
 - 2) 1 – 5 tahun adalah masa kanak-kanak
 - 3) 6 – 12 tahun adalah masa anak-anak sekolah dasar
 - 4) 12 – 14 adalah masa remaja
 - 5) 14 – 17 tahun adalah masa pubertas awal
- b. Aristoteles membagi masa perkembangan dan pertumbuhan anak menjadi 3, di antaranya :
 - 1) 0 – 7 tahun adalah tahap masa anak kecil
 - 2) 7– 14 tahun adalah masa anak-anak, masa belajar, atau masa sekolah rendah
 - 3) 14 – 21 tahun adalah masa remaja atau pubertas, masa peralihan dari anak menjadi dewasa

2.3 Tahap Perkembangan Anak

Menurut Hurlock dalam bukunya yang berjudul Child Development, perkembangan anak dibagi menjadi 5 periode, di antaranya:

- a. Periode pra lahir yang dimulai dari saat pembuahan sampai lahir. Pada tahap ini terjadi perkembangan fisiologis yang sangat pesat yaitu pertumbuhan seluruh tubuh.

- b. Periode neonatus Periode ini dihitung dari 0 hingga 14 hari. Selama masa ini, bayi menyesuaikan diri dengan lingkungan yang benar-benar baru di luar kandungan..
- c. Masa bayi adalah masa bayi dari usia 2 minggu sampai usia 2 tahun. Pada titik ini, bayi belajar mengendalikan ototnya hingga mulai merasakan keinginan untuk mandiri.
- d. Masa kanak-kanak terdiri dari dua bagian: masa bayi dan akhir kehidupan. Anak usia dini adalah periode antara usia 2 dan 6 tahun, juga dikenal sebagai prasekolah, saat anak beradaptasi dengan masyarakat. Akhir masa kanak-kanak adalah anak usia 6 sampai 13 tahun yang biasa disebut dengan usia sekolah.
- e. Masa puber, Usia dari 11 hingga 16 tahun. Periode ini termasuk periode tumpang tindih 2 tahun di akhir masa kanak-kanak dan 2 tahun di awal masa remaja. Secara fisik, tubuh anak berubah menjadi tubuh orang dewasa selama ini.

2.4 Karakteristik Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Menurut buku Psikologi Anak karya Kartini Kartono, ada beberapa ciri tumbuh kembang anak dan perkembangan psikofisik :

- a. Umur 1 – 6 tahun : Ketrampilan moral berkembang, aktivitas dan ruang gerak menjadi aktif, bermain bersifat personal, sudah memahami ruang dan waktu, spontan dan ingin tahu, warna mempengaruhi anak, dongeng yang suka didengar.
- b. Umur 6 – 8 tahun : Koordinasi psikomotor meningkat, bermain dalam kelompok, kurang bergantung pada orang tua, kedewasaan dalam kontak dengan dunia luar, kesadaran akan keberadaan alam di sekitar kita, dan bentuk menjadi lebih berpengaruh daripada warna, rasa

tanggung jawab mulai meningkat. menyenangkan ketika saya berusia 8 tahun.

- c. Umur 8 – 12 tahun : Koordinasi psikomotorik yang lebih baik, permainan kelompok, teratur, disiplin, bermain adalah kegiatan pasca belajar, minat khusus, ingin tahu, bereksperimen, menjelajah, aktif, tidak bertindak Dapat melepaskan persepsi, menggunakan logika, memahami aturan.

2.5 Faktor yang Berpengaruh Terhadap Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Faktor yang mempengaruhi pertumbuhan anak, di antaranya:

- a. Faktor sebelum lahir, misalnya kekurangan nutrisi pada ibu dan janin
- b. Faktor ketika lahir, misalnya pendarahan pada kepala bayi yang dikarenakan tekanan dari dinding rahim ibu sewaktu ia dilahirkan
- c. Faktor sesudah lahir, misalnya infeksi pada otak dan selaput otak
- d. Faktor psikologis, misalnya ditinggalkan dalam panti asuhan sehingga kurang mendapatkan perhatian dan cinta kasih.

Faktor yang mempengaruhi perkembangan anak, di antaranya :

- a. Faktor warisan sejak lahir
- b. Faktor lingkungan yang menguntungkan atau yang merugikan
- c. Kematangan fungsi-fungsi organ dan psikis aktivitas anak sebagai subyek bebas yang berkemauan, bisa menolak atau menyetujui.

2.6 Aktivitas Pendukung Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Pendapat Aase Eriksen ada beberapa kegiatan yang dapat mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak. Kegiatan itu bisa kita lihat dalam tabel di bawah ini.

Tabel 2.1. Aktifitas pendukung pertumbuhan dan perkembangan

Physical	Emotional	Social	Intellectual
Sliding	Creative self expression	Listening	Using tools
Swinging	Music making	Cooperative games	Reading
Climbing	Experimenting	Exploring	Writing
Running	Responding to personal need	Verbal intercourse	Describing
Walking	Finding object	Sharing	observing

Dari tabel di atas dapat disimpulkan bahwa pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi secara emosional, sosial dan intelektual. Ini bisa disebut teori luar biasa yang dikemukakan oleh Lefrancois dalam bukunya. yang berjudul *Of Children-An Introduction to Child Development*.

Bakat juga merupakan salah satu penunjang tumbuh kembang seorang anak. Bakat diperoleh melalui perkembangan psikologis bayi. (Suzuki, 1990) Bakat anak adalah kemampuan unggul anak untuk berkreasi. Ini biasanya terkait dengan kinerja. Namun mengubah bakat menjadi prestasi tidak terjadi dengan sendirinya. Ini harus dilatih, dilatih dan dikembangkan sejak usia dini. Menurut Munandar, bakat seseorang tumbuh dari proses interaksi antara lingkungan yang merangsang, dan

kemampuan bawaan ini paling mudah dan efektif bila disadap pada usia dini, tahun pertama kehidupan.

2.7 Interaksi Sosial Anak

Anak-anak adalah orang sosial yang perlu berhubungan dan berkomunikasi dengan orang lain untuk mempersonifikasikan diri mereka sendiri. Anak-anak ingin dicintai, dihargai, dan diakui. Saya juga ingin diperhitungkan dan mendapat tempat di grup. Hanya melalui hubungan dan komunikasi dengan orang lain, seperti orang tua, pendidik, teman, dan lainnya, anak dapat menjadi dewasa. Hubungan anak dengan orang tua dan orang dewasa lainnya adalah salah satu pengaruhnya. Dalam satu kata Di sisi lain, individu sosial dengan perilaku sosial selalu berkomunikasi dengan orang lain.

Menurut Yussen dan Santrock (1980 : 373) mengatakan bahwa “kemampuan sosialisasi anak sangat terkait dengan orang-orang di sekeliling anak yang disebut agen sosial, yaitu setiap orang yang berhubungan dengan seorang anak misalnya ayah dan ibunya, pengasuh, teman sebaya, guru dan keluarga lainnya dan orang tersebut mempengaruhi cara berperilaku.” Pendapat Patricia H. Berne dan Louis M. Savary dalam bukunya yang berjudul Membangun Harga Diri Anak, “dalam interaksi sosial terjadi pemenuhan kebutuhan kasih sayang dan sosial pada anak. Melalui interaksisosial, anak belajar menerima dan memberi kasih sayang, belajar memahami orang lain dan belajar mengenal kaidah-kaidah sosial yang digunakan dalam rangka pemenuhan kebutuhan bagi keberlangsungan hidupnya. Untuk anak yang memiliki masalah psikologis, interaksi sosial yang intimn akan membentuk rasa aman, hangat dan kasih sayang, dimana hal tersebut dibutuhkan anak dalam proses tumbuh kembang mereka.”

2.8 Kecerdasan pada Anak

Salah satu ciri anak cerdas adalah mereka sangat ingin tahu, selalu menuntut banyak hal. Jika Anda tidak puas dengan jawaban yang ada, lanjutkan dengan pertanyaan berikutnya. Anak yang cerdas akan menanyakan banyak hal karena dia sangat ingin tahu jawabannya. Biasanya, jika anak bertanya, mereka akan “mengejar” jawaban kita dengan pertanyaan susulan, hingga orang tua bingung bagaimana menjawabnya. Inilah salah satu ciri anak yang benar-benar cerdas. Menurut Gardner ada 8 tipe kecerdasan anak, yaitu :

- a. Kecerdasan Linguistik (*word smart*) adalah kemampuan untuk secara sistematis melafalkan, menyusun kata-kata dan kalimat. Anak biasanya aktif berbicara, daya imajinasinya tinggi dan suka menceritakannya, anak cenderung suka mendengar cerita.
- b. Kecerdasan Logis Matematik adalah kecerdasan yang berhubungan dengan penanganan masalah / kasus. Anak biasa mengurutkan kejadian, pandai menghubungkan sebab akibat, dan dalam memecahkan masalah selalu dengan logikanya. Anak biasanya pandai berhitung, mengurutkan pola, dan mengklasifikasikan bentuk
- c. Kecerdasan Spasial adalah kecerdasan dimana anak mempunyai keserdasan dalam daya ingat, memori dan penglihatan. Anak sangat pandai memvisualisasikan, anak biasanya lebih menonjol di gambar dan melukis serta tepat dalam memperkirakan/ mengestimasi jarak.
- d. Kecerdasan Kinestetik Jasmani adalah kecerdasan/ keahlian di bidang fisik anak-anak yang pandai menari, suka kegiatan yang membutuhkan gerak, suka sekali dengan kegiatan olahraga, dalam belajar anak suka menyentuh, dan hal-hal yang kinestetik.
- e. Kecerdasan Musikal adalah kelebihan dalam mengekspresikan musik. Biasanya anak pandai bermain

musik, sangat tertarik pada alat musik tertentu, pandai bernyanyi, sejak kecil bisa untuk membedakan suara, sangat cepat untuk menghafalkan lagu, kreatif menciptakan suara, kadang anak bisa lebih menikmati melakukan aktifitas dengan iringan musik.

- f. Kecerdasan Antar Pribadi adalah kemampuan untuk berinteraksi dengan orang lain. Biasanya anaknya mudah berteman, tidak takut dengan orang yang baru dikenal, anak biasanya mudah memahami teman, mempunyai empati tinggi , ciri yang paling menonjol adalah punya banyak teman, suka memimpin, mempunyai pengaruh yang besar.
- g. Kecerdasan Intra Pribadi adalah kecerdasan yang berhubungan dengan pengendalian diri. Bisa secara tepat mengekspresikan perasaannya dan bisa lebih proporsional.
- h. Kecerdasan Naturalis merupakan kecerdasan memahami alam sekitar. Anak bukan aset melainkan pribadi, yang artinya kebebasan mengembangkan dirinya sangat membutuhkan perhatian khusus. Disinilah tugas sebagai orang tua dalam memahami karakteristik anak, sehingga anak dapat berkembang sesuai dengan karakteristiknya

Untuk mengukur tingkat kecerdasan anak, bisa melakukan tes IQ. Banyak faktor yang mempengaruhi taraf perkembangan intelegensi atau kognitif seseorang adalah faktor hereditas dan faktor lingkungan. Berdasarkan beberapa penelitian menunjukkan bahwa peranan faktor hereditas terhadap perkembangan kognitif atau intelegensi seseorang terutama karena adanya rangkaian hubungan antara pertalian keluarga dengan ukuran IQ. Sebagaimana hasil penelitian dari Erlenmeyer Kimling dan Jarvik, 1963, bahwa umumnya individu yang mempunyai hubungan keluarga cenderung mempunyai IQ relatif sama atau similar. Riset lain yang

dilakukan oleh Jenks, 1972 dan Munsinger, 1978 menyimpulkan bahwa IQ anak lebih similar dengan IQ orang tuanya. Selain faktor hereditas, taraf intelegensi atau kognitif seseorang dipengaruhi oleh faktor lingkungan. Tingkat kognitif atau intelegensi seseorang sangatlah ditentukan oleh pengalaman dan pengetahuan yang diperolehnya dari lingkungan. Banyak studi maupun penelitian yang mendukung bahwa faktor lingkungan mempengaruhi tingkat kognitif atau intelegensi seseorang. Sebagai contoh dalam penelitian Kamin, 1978, anakanak angkat yang hidup dalam lingkungan yang baik mengalami peningkatan IQ sampai 5 poin, sedangkan anak - anak angkat yang hidup dalam lingkungan kurang baik tidak mengalami peningkatan taraf intelegensi. Selain dipengaruhi oleh faktor hereditas dan lingkungan, tingkat kognitif atau taraf intelegensi juga dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, ras, budaya, dan asupan nutrisi (Monty & Fidelis, 2006).

Namun, IQ bukanlah segalanya. Karena sekarang dianggap bahwa kecerdasan emosional atau emotional quotient (EQ) berperan besar dalam kesuksesan seorang anak. di dalam kecerdasan emosional juga termasuk kecerdasan sosial. Di sini anak dapat memahami dan berempati dengan orang lain. Dia juga bisa bijaksana tentang apa yang dia jalani dan hadapi. Untuk melatih kecerdasan emosional, orang tua harus menunjukkan suasana damai saling menghargai, rajin, ulet, dan murah senyum.

DAFTAR PUSTAKA

- Elizabeth B. Hurlock. 1978. *Perkembangan Anak* Jilid 2, Jakarta: Erlangga
- Hurlock, E.B., 1993. *Child Development*, Mc Graw Hill Book Company, NY, USA
- J. Agoes Achir. 1979. *Perkembangan Anak dan Remaja*, Departemen Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Proyek Normalisasi Kehidupan Kampus.
- Kartini Kartono. 1979. *Psikologi Anak*, Bandung: Penerbit Alumni
- Suzuki, Shinichi. 1990. *Pengembangan Bakat Anak Sejak Lahir*, Jakarta: Gramedia.

BAB 3

POLA BERMAIN PADA ANAK

Oleh Dewi Tiansa Barus

3.1 Bermain Pada Anak

Bermain merupakan sesuatu yang penting untuk anak, karena bermain membagikan peluang kepada mereka untuk berlatih berulang kali serta mengembangkan keterampilan serta ide yang dapat dikembangkan dengan cara mereka sendiri dan sesuai dengan kemampuan mereka. Kesempatan bermain begitu bermanfaat dan bertujuan untuk mengetahui perkembangan anak yang kompleks.

Para ahli sepakat mengartikan bermain sebagai dunia anak. Bermain untuk anak-anak termasuk berjalan, berlari, mandi, menggali, melompat, menggambar, bernyanyi, memanjat pohon dan lain-lain. Berdasarkan linguistik, bermain adalah aktivitas yang anak lakukan dengan cara langsung ataupun spontan, melalui hubungan baik bersama teman ataupun benda yang ada di dekatnya, secara menyenangkan, sukarela, imajinatif, menggunakan panca indera juga semua bagian tubuh (Brooks, JB & DM)

Elliott berpendapat bahwa bermain adalah istilah yang sangat luas maka dari bisa kehilangan makna sesungguhnya. Tepatnya, itu berarti aktivitas apa pun yang menciptakan kesenangan, apa pun hasil akhirnya. Bermain dilakukan secara sukarela, tanpa tekanan atau dipaksa oleh orang lain (Latif, 2016).

Menurut Piaget, bermain adalah aktivitas yang membuat seseorang menjadi senang, umumnya aktivitasnya sering dilakukan berulang-ulang. Parten mengemukakan, aktivitas

bermain adalah modalitas sosial yang menjanjikan untuk membagikan peluang kepada anak berekreasi, menemukan, mengeksplorasi, belajar dan mengungkapkan perasaan dengan keadaan senang. Melalui bermain, anak mau belajar tentang dirinya serta ruang lingkup tempat tinggal anak. Dockett berpendapat bermain merupakan kebutuhan yang wajib terpenuhi, sebab melalui bermain pengetahuan anak bertambah sehingga mampu mengoptimalkan pengembangan diri. Bermain mempunyai ciri khusus yang membedakannya dengan aktivitas bekerja dan belajar (Sujiono, 2012). Anak begitu memerlukan bermain serta permainan demi tumbuh kembang mereka (Lestari et al., 2018).

Bermain adalah semua yang dilakukan anak-anak untuk belajar tentang dunia. Banyak orang tua yang percaya jika anak yang sering bermain akan menyebabkan anaknya tidak mau belajar hingga berujung pada keterbelakangan intelektualnya. Pandangan ini tidak bijaksana dan tepat, karena beberapa psikolog dan pakar perkembangan anak setuju bahwa bermain memiliki pengaruh yang kuat terhadap perkembangan anak.

Alat bermain yang digunakan anak umumnya berupa benda nyata, yang tentunya dapat merangsang perkembangan kognitif anak terhadap bentuk, warna, ringan, ukuran, besar, kecil, kasar, halus, dan lain-lain. Anak memperoleh sesuatu dengan menjelajahi lingkungannya dan memuaskan rasa ingin tahunya terkait pengetahuan (Ramani, Daubert & Scalise, 2019), mengembangkan keterampilannya (Ramani & Eason, 2015), dan meningkatkan kreativitas anak, sehingga mempengaruhi perkembangan otak kiri dan kanannya (Sarasehan, dkk, 2020).

Adapun dari definisi bermain di atas, bisa ditarik kesimpulan bahwa bermain adalah aktivitas yang anak lakukan secara sukarela, tidak ada tekanan serta persyaratan

siapa pun, dan menggunakan sepenuhnya indera dan imajinasi mereka.

3.1.1Teori bermain

Ada teori-teori yang bersangkutan dengan bermain, banyak di antaranya telah dikemukakan pakar-pakar berbagai disiplin ilmu sejak abad ke-19, yakni (Latif, 2016):

- a. Teori psikoanalitik yang dikembangkan oleh Erik Erikson dan Sigmund Freud berpandangan bahwa bermain merupakan cara ampuh untuk meluapkan emosi yang ada dan mengembangkan rasa harga diri anak ketika anak mampu mengendalikan tubuhnya serta beberapa alat keterampilan sosial.
- b. Teori perkembangan kognitif Piaget meyakini manusia mempunyai susunan pola kognitif secara psikologis ataupun fisiologis, yang mendasari kegiatan dan tingkah laku manusia, serta sangat berkaitan terhadap tahap pertumbuhan anak. Teori kognisi ini menguji aktivitas bermain terhadap hubungannya dengan pengembangan intelektual. Pada teori ini diyakini bahwa emosi dan afeksi seseorang timbul melalui mekanisme yang serupa selama tahap pertumbuhan dan perkembangan kognitif.
- c. Teori Vigotsky menegaskan bahwa perkembangan kognitif dipengaruhi oleh hubungan sosial, dan ini karena anak memperoleh pengetahuan pertama dari kehidupan sosial, lalu berkembang menjadi perkembangan kognitif. Dari bermain, anak mencari dan memikirkan solusi dari permasalahannya.

Teori bermain dianggap penting demi mendukung dan menjadi referensi dalam aktivitas bermain dan untuk menentukan tahapan perkembangan anak dalam hal fisik motorik, kognitif, bahasa, sosial-emosional dan afektif. Semua

ini dideskripsikan dengan teori yang dijelaskan oleh beberapa pakar di atas.

3.1.2 Fungsi bermain

Menurut Maria Sulanti (2011), fungsi utama bermain ialah untuk merangsang perkembangan sensorik-motorik, perkembangan sosial, perkembangan intelektual, perkembangan kreativitas, perkembangan moral, perkembangan kesadaran diri dan bermain sebagai terapi.

a. Perkembangan sensori-motor

Aktivitas sensori-motor adalah komponen terbesar yang digunakan anak-anak saat bermain. Bermain aktif penting untuk perkembangan fungsi otot pada bayi yang mengembangkan kemampuan sensori-motor. Untuk anak usia toddler dan prasekolah, bermain dengan alat bermanfaat untuk perkembangannya. Sangat membantu motorik kasar dan halusny.

b. Perkembangan sosial

Perkembangan sosial diketahui dengan kemampuan berinteraksi terhadap lingkungan. Adanya aktivitas bermain, anak belajar cara memberi ataupun menerima. Ketika anak bermain bersama orang lain, anak dapat mengembangkan hubungan sosial dan belajar memecahkan masalah dari hubungan tersebut. Dalam melakukan kegiatan bermain, anak belajar berinteraksi dengan temannya, memahami bahasa lawannya, dan mengetahui nilai-nilai sosial yang ada dalam kelompoknya. Ini terjadi terutama pada anak usia sekolah dan remaja. Walaupun begitu, pada usia toddler dan kehidupan sosialnya berada di luar lingkungan keluarganya.

c. Perkembangan intelektual

Selama bermain, anak mengeksplorasi dan memanipulasi segala sesuatu di lingkungannya, terutama

mengidentifikasi bentuk, warna, ukuran, tekstur, dan objek yang dapat dibedakan. Sambil bermain, anak juga melatih dirinya memecahkan masalah. Ketika seorang anak bermain dengan mobil mainan, lalu bannya lepas dan anak akan memperbaikinya, sehingga mereka belajar memecahkan masalah dengan mengeksplorasi mainan tersebut, dan untuk mencapai kemampuan ini, kemampuan berpikir dan imajinasi anak akan dibawa bermain secara maksimal. Semakin sering anak mengeksplorasi ini, maka semakin berkembang kemampuan intelektual anak.

d. Kembangkan kreativitas

Kreativitas merupakan kemampuan untuk membuat suatu hal dan mewujudkannya menjadi bentuk benda atau aktivitas yang dilakukan seseorang. Dengan aktivitas bermain, anak-anak akan belajar dan berusaha mewujudkan ide-ide mereka. Contohnya membongkar dan merakit alat permainan akan menstimulus kreativitas anak menjadi lebih berkembang.

e. Perkembangan moral

Anak-anak belajar nilai baik dan buruk dari lingkungan mereka, terutama dari orang tua dan guru. Pada saat anak bermain, anak akan memiliki kesempatan untuk menerapkan nilai-nilai tersebut sehingga bisa diterima di lingkungannya dan bisa menyesuaikan diri dengan aturan kelompok yang ada di lingkungannya. Adanya aktivitas bermain, anak juga akan mempelajari tentang nilai-nilai moral dan etika, belajar membedakan yang benar dan yang salah, serta mempelajari cara bertanggung jawab atas segala tindakannya. Contohnya, merebut mainan teman adalah perilaku yang buruk, dan membereskan mainan setelah bermain mengajarkan anak untuk bertanggung jawab atas tindakan dan barangnya. Sesuai dengan kemampuan kognitif anak, pada anak usia toddler dan

prasekolah, permainan merupakan cara yang efektif untuk mengembangkan nilai-nilai moral daripada pemberian nasihat. Dengan demikian, penting bagi orang tua untuk mengawasi anak ketika bermain dan mengajarnya nilai-nilai moral, seperti benar/salah atau baik/buruk.

f. **Perkembangkan kesadaran diri**

Dengan bermain, anak-anak mengembangkan kemampuan mereka untuk mengatur perilaku mereka sendiri. Anak-anak juga akan belajar mengenali kemampuan mereka dan membandingkannya dengan orang lain, menguji kemampuan mereka dengan cara mencoba peran baru, dan belajar tentang dampak perilaku mereka kepada orang lain. Contohnya, jika anak mengambil mainan temannya dan membuat temannya menangis, anak akan belajar mengembangkan perilakunya yang menyakiti temannya. Dengan demikian peran orang tua sangat penting dalam menanamkan nilai-nilai moral dan etika, terutama kemampuan untuk memahami dampak positif dan negatif dari tingkah lakunya kepada orang lain.

g. **Bermain sebagai terapi**

Ketika anak mendapatkan perawatan di rumah sakit, anak mengalami berbagai perasaan tidak menyenangkan seperti takut, marah, cemas, nyeri dan sedih. Perasaan itu adalah dampak hospitalisasi pada anak saat menghadapi sejumlah stressor yang ada di lingkungan rumah sakit. Jadi, dengan bermain, anak akan terbebas dari stress dan tekanan yang dirasakannya karena aktivitas bermain, anak akan mampu mengalihkan rasa sakitnya terhadap permainan (distraksi) dan rileks berkat kesenangan aktivitas bermain.

3.1.3 Klasifikasi dari Bermain

Menurut Supartini (2014), klasifikasi bermain dibagi berdasarkan:

a. Berdasarkan isi permainan

1) *Social affective play* (Bermain efektif sosial)

Poin dari bermain efektif sosial ialah ada sebuah interaksi antara anak dengan temannya yang menyenangkan secara interpersonal. Contohnya, permainan "ciluk-ba", memberikan jari ke tangan bayi untuk digenggamnya, berkomunikasi dengan tersenyum / tertawa.

2) *Sense of pleasure play* (bermain untuk bersenang-senang)

Benda yang digunakan dalam permainan ini mampu membuat gembira terhadap anak dan umumnya memuaskan. Contohnya, bermain pasir, anak akan membuat bangunan atau sesuatu yang bisa mereka buat dari pasir. Keistimewaan dari permainan ini yaitu anak bertambah lama akan bertambah senang pada alat atau benda mainkan anak hingga sulit untuk menghentikannya.

3) *Skill play* (permainan keterampilan)

Seperti namanya, mainan ini dapat menambah keterampilan anak terutama motorik halus dan kasar. Contohnya bayi menjadi pandai menggenggam benda atau barang ukuran kecil, anak akan terampil mengendarai sepeda dan membawa benda berpindah tempat. Jadi, keterampilan ini didapatkan dengan cara pengulangan aktivitas permainan tersebut. Semakin sering anak melakukannya, semakin terampil anak tersebut

4) Permainan (Game)

Game merupakan aktivitas bermain yang memakai alat khusus yang ada skor atau perhitungannya. Bisa dilaksanakan seorang diri atau bersama-sama. Ada banyak jenis mainan ini, dari tradisional hingga modern. Contohnya, teka-teki, ular tangga, dan lain sebagainya.

5) *Unoccupied Behavior* (Permainan yang cuma memperhatikan saja)

Diwaktu tertentu, kerap kali anak terlihat bolak-balik, tertawa, berjinjit, membungkuk, bermain dengan bangku, meja, atau apapun yang berada di sekitar anak. Oleh karena itu, sebetulnya anak tidak sedang memainkan alat permainan tertentu, tetapi mereka menganggap kondisi atau benda di sekitarnya adalah alat permainan. Anak terlihat senang, bersemangat dan asyik dengan situasi dan keadaan. Anak-anak fokus pada apa pun yang membuat perhatian mereka tertarik. Tentunya onlooker berbeda dengan ini, yaitu anak secara aktif mengamati kegiatan temannya.

6) *Dramatic Play* (permainan simbolik atau pura-pura)

Disini anak berperan menjadi orang lain di permainan mereka. Ketika beberapa anak bermain bersama-sama, bakalan ada pembicaraan di antara mereka meniru seseorang yang mereka kenal. Permainan ini perlu dalam proses mengidentifikasi anak dengan peran tertentu.

b. Karakter sosial

1) *Onlooker play* (Bermain menjadi pengamat/penonton)

Disini anak cuma menonton anak lainnya bermain dengan tidak adanya partisipasi aktif dalam permainan

tersebut. Oleh karena itu, anak bersifat pasif, tetapi ada proses mengamati temannya bermain.

2) *Solitary play* (bermain seorang sendiri)

Diawali dengan anak usia toddler (1-2 tahun) dan merupakan permainan independen atau sendiri, bahkan saat ada orang di dekatnya. Itu disebabkan oleh kendala sosial, keterampilan kognitif dan fisik. Disini anak terlihat di kumpulan anak yang sedang bermain, namun anak bermain seorang diri menggunakan alat bermain yang ia punya dan tidak sama dengan alat bermain anak lainnya, tanpa kerjasama ataupun bicara bersama anak lainnya.

3) *Parallel play* (bermainan paralel)

Dalam permainan paralel anak bisa memakai alat bermain yang serupa, namun tidak ada kontak terhadap anak yang satu dan yang lainnya. Umumnya ditemukan pada anak usia toddler (2-3 tahun)

4) *Associative play* (Bermainan Asosiatif)

Disini berlangsung interaksi antar sesama anak, namun tanpa terstruktur, tanpa mempunyai pemimpin dan permainan tersebut tidak mempunyai tujuan yang jelas. Misalnya, hujan-hujan dan bermain boneka

5) *Cooperative play* (Bermain Kooperatif)

Jenis permainan ini, aturan main kelompok lebih jelas, demikian pula tujuan dan yang memimpin permainan. Seorang anak yang sebagai pemimpin permainan mengarahkan dan mengatur timnya bertindak di sebuah permainan demi mencapai tujuan yang diinginkan. Contohnya dalam sepak bola.

c. Kelompok umur

1) Bayi

Permainan pada bayi dibagi menjadi bayi berumur 0-3 bulan, 4-6 bulan dan 7-9 bulan. Sense of pleasure play adalah Karakteristik permainan anak usia bayi.

2) Toddler

Suatu permainan yang cocok pada toddler yaitu parallel play dan solitary play. Pada anak usia satu hingga dua tahun tampak jelas bahwa anak bermain sendiri dengan mainannya atau solitary play. Dan pada usia dua hingga tiga tahun anak sudah bisa bermain dengan cara parallel atau bersama temannya, sebab mereka sudah mampu berkomunikasi dalam kelompoknya, meskipun tidak terlalu jelas karena kemampuan bahasanya masih kurang pandai. Adapun alat bermain yang cocok yaitu boneka, alat masak, bola, alat gambar, tanah liat, pasir.

3) Usia prasekolah

Saat mereka tumbuh dan berkembang, anak prasekolah memiliki keterampilan motorik halus dan kasar yang lebih berkembang dibandingkan dengan toddler. Anak lebih kreatif, aktif dan imajinatif. Begitu pula kemahiran untuk berkomunikasi dan bersosialisasi dengan teman membaik. Dengan begitu, jenis permainan yang cocok yaitu associative play (permainan pergaulan), dramatic play (permainan drama), dan skill play (permainan keterampilan). Anak-anak bermain bersama-sama dan berkomunikasi dengan teman-temannya sesuai dengan kemampuan bahasa mereka. Anak-anak juga dapat mengambil peran dari seseorang yang mereka identifikasi, seperti ibu, ayah atau guru. Banyak anak prasekolah memilih permainan yang menggunakan keterampilan motorik

(skill play). Dengan begitu, anak perlu dibekali dengan jenis alat bermain yang tepat, seperti sepeda, alat olahraga, dan mobil-mobilan.

4) Usia sekolah

Bermain pada anak usia sekolah dibedakan berdasarkan jenis kelamin. Akan lebih tepat untuk memberi anak laki-laki jenis mainan mekanis yang merangsang kreativitas mereka sebagai lelaki. Sedangkan anak perempuan akan cocok menerima alat bermain yang mampu merangsang anak dalam mengembangkan hati perasaan, pikiran dan perilakunya dalam menjalankan peran perempuan. Contohnya boneka dan peralatan dapur

5) Remaja

Remaja harus terlibat dalam kegiatan yang konstruktif, seperti berpartisipasi dalam berbagai jenis olahraga, bermain atau mendengarkan musik, dan berpartisipasi dalam kelompok remaja yang tidak buruk seperti tim basket, karang taruna, tim futsal dan kegiatan lainnya. Pada dasarnya aktivitas bermain remaja bukan hanya ditujukan untuk kegembiraan serta menambah perkembangan fisik dan emosional, namun juga mencurahkan aspirasi, minat, bakat dan membantu remaja menemukan jati dirinya. Adapun alat permainan yang cocok, yaitu peralatan olahraga, alat musik, dan alat menggambar atau mewarnai.

3.1.4 Pola-Pola Bermain

Menurut Herlock, bermain ialah aktivitas yang bertujuan bersenang-senang yang tidak memperhatikan hasil akhirnya. Adapun pola bermain berdasarkan tingkat perkembangan dari masa bayi hingga masa kanak-kanak (Harlock, 2002):

a. Pola bermain ketika bayi

1) Sensorimotor

Ini adalah wujud permainan pertama, yaitu termasuk menendang, menggerakkan, mengangkat tubuh, mengayun, menggerakkan jari, mengoceh, berguling dan sebagainya.

2) Menjawab

Saat struktur tangan serta lengan berkembang, bayi akan mengkaji tubuhnya dengan mengisap jari-jemarnya, menarik rambut, mencungkil pusar dengan jarinya dan memegang kelaminnya. Mulailah menggoyang, melempar, meninju, menghisap, dan menarik mainan serta bereksplorasi dengan benda yang berada dalam jangkauan.

3) Meniru

Mencoba meniru orang-orang di sekitarnya seperti menyapu lantai, membaca majalah dan menulis menggunakan pensil.

4) Berpura-pura

Di sekitar umur dua tahun, sebagian besar anak memberi sifat terhadap mainan mereka sesuai sifat sebenarnya. Misalnya boneka kucing diberi sifat selayaknya kucing, mobil-mobilan dijadikan kendaraankendaraan dan lain-lain.

5) Permainan

Pada saat berumur kurang dari setahun, anak bermain ciluk-ba dan permainan lainnya bersama orang tua atau keluarganya

6) Hiburan

Bayi suka diceritakan dan dinyanyikan. Biasanya bayi menikmati siaran televisitelevise, radio serta memperhatikan gambar

b. Pola bermain ketika awal anak-anak

1. Bermain dengan mainan

Ketika awal anak-anak, mereka bermain menggunakan mainan adalah bentuk yang dominan. Keinginan bermain dengan mainan akan kurang diminati menjelang masa awal anak-anak berakhir, ketika mereka sudah tidak bisa lagi menggambarkan kalau mainannya memiliki sifat hidup.

2. Dramatic

Anak-anak berusia kurang lebih 3 tahun bermain drama seperti meniru kehidupan yang dialami, mereka kemudian bermain bersama-sama dengan cara pura-pura, misalnya menjadi perampok dan polisi, penjual dan pembeli yang berdasarkan yang diceritakan ke mereka atau film dan siaran TV yang ditonton mereka.

3. Konstruksi

Anak-anak membentuk sesuatu menggunakan pasir, tanah liat, balok-balok, manik-manik, pasta, cat, gunting dan kebanyakan konstruk mereka buat adalah benda tiruan yang mereka lihat di keseharian mereka ataupun di TV. Di masa awal anak-anak yang menjelang akhir, sering mengembangkan kreativitas mereka di konstruksi yang diciptakan berdasarkan apa yang mereka amati di keseharian mereka.

4. Permainan

Pada umur empat tahun, anak memiliki permainan lebih banyak untuk dimainkan bersama teman-temannya dibandingkan pada orang dewasa. Permainan yang bermacam-macam serta dikendalikan oleh banyak aturan. Permainan yang mengukur keterampilan seperti lempar tangkap bola.

5. Membaca

Anak-anak suka dibacakan buku serta diperlihatkan gambar-gambar di dalamnya, terutama dongeng tentang hewan.

6. Film radio dan televisi

Anak-anak menyukai film kartun mengenai hewan dan film rumahan mengenai anggota keluarga. Mereka juga suka mendengar radio, namun mereka lebih suka menonton TV. Anak lebih suka menonton tayangan televisi anak yang lebih besar dari usia prasekolah.

Perkembangan bermain berkaitan dengan perkembangan kecerdasan anak, sehingga tingkat kecerdasan seorang anak bakal memengaruhi aktivitas bermain anak. Berarti, apabila seorang anak mempunyai kecerdasan rata-rata, aktivitas bermainnya akan lamban dibandingkan dengan anak seusianya

3.2 Permainan

3.2.1 Teori Permainan

Berdasarkan Kamus Besar Berbahasa Indonesia, permainan adalah sesuatu yang digunakan dalam bermain, baik dalam bentuk benda maupun sesuatu yang bisa digunakan untuk bermain. Beberapa pakar berpendapat mengenai permainan salah satunya adalah Gross, menurutnya permainan harus dipandang bagaikan latihan fungsi yang begitu penting di kemudian hari di masa dewasa. Sedangkan Schaller berpendapat, permainan menawarkan relaksasi atau penyegaran setelah menyelesaikan tugas, Schaller mengatakan bahwa permainan merupakan kebalikan dari bekerja (Farhurohman, 2017)

Tedjasaputra juga berpendapat kalau permainan adalah suatu bentuk bermain yang mempunyai peraturan dan

ketentuannya perlu disetujui bersama. Ralbi mengatakan permainan merupakan aktivitas yang dikendalikan dengan peraturan, malahan Kadang-kadang bisa menjadi kompetisi. Selain itu, Ruswandi mengatakan permainan adalah aktivitas yang membagikan pengalaman belajar untuk yang memainkannya (Farhurohman, 2017). Jadi bisa disimpulkan permainan adalah aktivitas bermain yang dikendalikan dan diikuti dengan peraturan yang disetujui bersama serta membagikan pengalaman belajar terhadap yang memainkannya.

3.2.2 Persyaratan Bermain pada Anak

Dalam mengintervensikan serta mengimplementasikan permainan terhadap anak, pendidik/orang tua harusnya mengetahui persyaratan penting sehingga permainan dan bermain menjadi bermanfaat sebesar-besarnya pada perkembangan anak. Demikianlah persyaratan bermain terhadap anak sebagai berikut:

a. Waktu

Anak-anak haruslah mempunyai waktu yang memadai untuk bermain. Anak adalah masanya bermain, bukanlah masanya bekerja ataupun belajar. Waktu bermain yang baik bagi anak bisa dicocokkan dengan jenis permainannya. Apabila permainan di tempat terbuka harus dimainkan saat pagi ataupun sore hari, supaya anak tidak kepanasan dan merasa nyaman untuk bermain.

b. Alat

Jenis perlengkapan hiburan atau peralatan permainan haruslah sesuai pada umur atau tingkat perkembangan anak. Peralatan bermain harus mempunyai ketentuan sebagai berikut: tidak berbahaya untuk anak, fitur yang mengedepankan semua segi perkembangan anak, bisa dimainkan dengan berbagai cara, cocok dengan

kemampuan anak, gampang didapatkan serta tidak jauh dari lingkungan anak, mempunyai bentuk, warna atau suara yang menarik, bertahan lama, semua budaya dapat menerimanya, dan sesuai dengan usia dan tingkat perkembangan anak.

c. Teman

Anak haruslah yakin kalau mereka memiliki teman untuk diajak bermain ketika mereka membutuhkannya. Teman bermain bisa dipilih oleh anak, dapat berupa teman, saudara ataupun orang tua. Ketika anak bermain seorang diri, anak akan kehilangan kesempatan untuk belajar dari teman. Namun, ketika anak sering bermain bersama anak lain, bisa menyebabkan anak tidak memiliki cukup kesempatan untuk menemukan yang dibutuhkan dirinya serta menghibur dirinya.

d. Tempat

Pentingnya menyediakan tempat untuk anak bermain yang cukup agar mereka bisa bebas bergerak. Luas arena bermain bisa menyesuaikannya dengan banyak anak yang bermain dan jenis permainan.

e. Aturan permainan

Anak belajar bermain dengan mencobanya sendiri, dengan menirukan teman atau dengan mengikuti arahan dari orang lain, baik orang tua maupun guru. Permainan yang bagus yaitu permainan yang memiliki gaya bermain/peraturan, karena anak tidak memiliki batasan pengetahuan saat digunakannya alat permainan serta anak akan memperoleh lebih banyak keuntungan.

Aktivitas bermain dapat memberikan efek dan manfaat bagi perkembangan anak jika memenuhi persyaratan waktu, teman bermain, peralatan bermain, tempat, dan mempunyai peraturan permainan yang disetujui Elfiadi, 2016). Saat

permainan dimainkan, anak akan tergiur terhadap permainan yang dimainkan tanpa ada paksaan ataupun tertekan dan tentunya anak menyukainya (Nurhayati & Wahyuni, 2020). Bermain adalah cara anak mengekspresikan diri (Nurhayati et al., 2020)

3.2.3 Jenis permainan dan bentuk permainan

Jenis permainan anak yang umum serta bisa dikelola dengan baik oleh orang tua terbagi menjadi tiga kelompok, yaitu:

a. Bermain aktif

Definisi bermain aktif adalah aktivitas yang melibatkan banyak gerakan fisik, dimana pemain membutuhkan banyak energi. Saat terlibat dalam permainan aktif, anak-anak biasanya melibatkan dua keterampilan motorik, kasar dan halus. Contohnya termasuk permainan sesuka hati dan langsung, di mana anak-anak dapat melakukan apapun yang mereka inginkan melalui:

- 1) Aktivitas tubuh
- 2) Permainan tidak memiliki aturan
- 3) Bermain musik
- 4) Bermain drama
- 5) Mengoleksi atau mengumpulkan sesuatu
- 6) Permainan olahraga; bermain menggunakan balok
- 7) Menggambar atau melukis.

b. Permainan pasif

Permainan pasif adalah permainan yang cuma sebagian anggota tubuh saja terlihat atau cuma mengandalkan keterampilan motorik halus anak. Anak hanya mengeluarkan energi yang sedikit. Contohnya: bermain dengan komputer ataupun gadget, membaca buku cerita, menonton adegan menarik, mendengarkan cerita merupakan bermain yang tidak menghabiskan banyak

energi namun rasa senangnya hampir sama menyenangkannya dengan anak yang menghabiskan banyak energi di tempat olahraga atau di taman.

c. Permainan fantasi

Permainan fantasi merupakan permainan imajinatif yang diciptakan oleh anak-anak dalam dunianya sendiri. Adapun permainan yang dimainkan anak yaitu bermain boneka, anak dapat menciptakan kecerdasan otak kanan, karena anak dengan sendirinya belajar bermain peran dengan berbagai karakter yang diciptakannya, merasakan sisi emosional karakter dalam imajinasinya dan secara bertahap memahami nilai baik dan buruk dari sifat dan sikap (Wailaba Alexander PM, 2022).

3.2.4 Faktor yang mempengaruhi pola bermain pada anak.

Berlandaskan kajian teori bermain, faktor-faktor yang mempengaruhi bermain dapat dirumuskan sebagai berikut:

a. Kesehatan

Semakin sehat anak, semakin banyak energi yang mereka miliki untuk bermain aktif seperti olahraga. Seorang anak yang kekurangan energi lebih menyukai hiburan.

b. Intelijen

Pada usia berapapun, anak-anak yang cerdas lebih aktif daripada anak-anak yang kurang cerdas, dan permainan bermerek menunjukkan minat yang lebih besar pada permainan kecerdasan, dramatis, konstruktif dan membaca. Anak yang cerdas menunjukkan keseimbangan perhatian bermain yang lebih besar, termasuk upaya menyeimbangkan faktor intelektual dan fisik yang nyata.

c. Perkembangan motorik

Perkembangan motorik pada usia berapapun membutuhkan koordinasi motorik. Apa yang mereka lakukan dan berapa lama mereka bermain bergantung

- pada perkembangan motorik mereka. Kontrol motorik yang baik memungkinkan anak untuk bermain secara aktif
- d. Jenis kelamin
Anak perempuan bermain lebih lembut daripada anak laki-laki. Anak laki-laki lebih menyukai olahraga daripada banyak permainan lainnya. Di masa awal anak-anak, anak laki-laki lebih menunjukkan perhatian terhadap berbagai permainan dibandingkan anak perempuan, namun di masa akhir anak-anak yang terjadi justru sebaliknya.
 - e. Status sosio-ekonomi
Anak yang berasal dari keluarga sosial ekonomi tinggi lebih suka melakukan aktivitas yang mahal seperti kompetisi olahraga seperti sepatu roda, dibandingkan anak dari keluarga sosial ekonomi rendah lebih menyukai aktivitas yang murah seperti berenang dan bermain kelereng. Kelas sosial memengaruhi film yang ditonton, buku yang dibaca anak, hiburan yang dia ikuti, dan pengawasan kepada anak tersebut.
 - f. Lingkungan
Anak yang berasal dari lingkungan buruk bermain lebih sedikit daripada anak-anak lain. Kurangnya waktu, peralatan, ruang dan kesehatan yang buruk. Anak-anak dari daerah pedesaan bermain lebih sedikit dibandingkan dengan anak-anak dari lingkungan perkotaan. Hal ini disebabkan kurangnya teman bermain serta kurangnya peralatan dan waktu luang
 - g. Total waktu luang
Jumlah waktu bermain sangat tergantung pada situasi keuangan keluarga. Jika pekerjaan atau tugas rumah tangga menyita waktu luangnya, anak bisa terlalu lelah untuk melakukan aktivitas yang membutuhkan banyak energi.

h. Peralatan bermain.

Peralatan untuk bermain yang dipunyai anak dapat mempengaruhi bermainnya. Contohnya, dominasi boneka atau hewan buatan mendukung permainan pura-pura, dan banyaknya kayu, balok, cat, lilin dan air mendukung permainan konstruktif (Hurlock, 1998:323).

Jadi, berdasarkan teori Hurlock (1998), ada delapan faktor yang mempengaruhi bermainnya anak. Kedelapan faktor tersebut adalah kesehatan, intelegensi, perkembangan motorik, jenis kelamin, status sosial ekonomi, lingkungan, total waktu luang, dan peralatan bermain.

3.2.5 Permainan untuk merangsang segi-segi perkembangan anak

Permainan anak seharusnya berdampak pada pertumbuhan dan perkembangannya. Berikut ini adalah sejumlah permainan yang mampu merangsang segala segi perkembangan anak mulai dari perkembangan fisik motorik, kognitif, bahasa, moral, sosial-emosional, seni dan agama (Suminar, 2019) dan (Khadijah & Armanila, 2017).

a. Permainan untuk pengembangan segi motorik kasar pada anak (permainan petak umpet)

Aturan bermain:

- 1) Peserta berjumlah lebih dari 3 pemain
- 2) Guru terlebih dahulu menjelaskan aturan mainnya sebelum dimulai
- 3) Supaya yang jaga ditentukan, oleh karena itu sebelumnya dilakukan ompimpa
- 4) Anak yang bertugas menjadi penjaga menutup mata sambil menghitung 1-10 dan pemain lainnya diberi kesempatan untuk bersembunyi sesuai aturan yang telah disepakati

- 5) Sesudah hitungan penjaga selesai, penjaga mulai menemukan peserta yang sembunyi
 - 6) Sesudah menemukan seluruh peserta, peserta berada di belakang penjaga berbaris untuk menebak nomor urutan barisan
 - 7) Apabila nomornya diucapkan dengan benar, maka anak tersebut akan menjadi penjaga
- b. Permainan untuk pengembangan segi motorik halus pada anak (permainan menjahit jelujur)

Peralatan:

- 1) Benang
- 2) Jarum berukuran besar
- 3) Pembolong kertas
- 4) Kertas manila berukuran 20 x 40

Aturan bermain:

- 1) Lipat kertas menjadi dua, lalu beri lubang bagian kanan, kiri dan bawah. Tetapi bagian atas jangan diberi lubang.
 - 2) Berikan jarum yang telah dimasukan benang nilon kepada setiap anak.
 - 3) Guru terlebih dahulu memberikan contoh di depan anak cara menjahit jelujur
 - 4) Berikan bantuan kepada anak apabila kesusahan ketika menjahit jelujur.
 - 5) Sesudah itu, ikat sisi kiri dan kanan menjadi satu dengan seutas tali.
- c. Permainan untuk pengembangan segi kognitif (permainan hitung benda)

Peralatan: Benda yang berada di ruang kelas, di luar kelas atau di sekitar sekolah.

Aturan bermain:

- 1) Minta anak menjumlahkan semua benda yang berada di ruangan, misalnya tas, papan tulis, pintu, meja, lampu, bangku, mainan, gambar dan lain-lain.
 - 2) Selanjutnya ajak mereka ke halaman sekolah, lalu hitung benda-benda yang ada seperti pohon, bunga, kendaraan jika ada, permainan di halaman sekolah dan lain sebagainya
 - 3) Bagilah mereka jadi kelompok kiri dan kanan, dengan satu guru yang mendampingi di setiap kelompok, dan ajaklah mereka berkeliling sekitar sekolah. Anak-anak di kelompok kiri menghitung benda-benda yang ada di kiri, dan anak-anak di kelompok kanan menghitung benda-benda yang ada di kanan.
- d. Permainan untuk pengembangan segi bahasa anak (permainan menceritakan kembali)
- Peralatan: buku cerita anak

Aturan bermain:

- 1) Terlebih dahulu memastikan anak dalam suasana hati yang baik
- 2) Buat anak-anak berposisi membentuk U, guru berada di depan mereka
- 3) Lalu guru bercerita secara ekspresif supaya anak tidak bosan sampai akhir cerita.
- 4) Setelah selesai bercerita, guru bertanya kepada mereka apakah ada yang mau menceritakan kisah yang baru saja diceritakan oleh guru.
- 5) Apabila ada anak yang mengangkat tangan, mintalah anak untuk menceritakannya di depan teman-temannya di dalam kelas.
- 6) Hargai anak yang berani berdiri dan bercerita, baik dengan memberikan apresiasi atau hanya dengan memuji dan bertepuk tangan.

- e. Permainan untuk pengembangan segi sosial-emosional pada anak (permainan yang saya sukai dan dia sukai).

Peralatan:

- 1) Kertas asturo berwarna kuning dan biru berbentuk persegi
- 2) Pensil, pena ataupun spidol

Aturan bermain:

- 1) Semua anak diberi satu lembar kertas kuning, satu lembar kertas biru dan satu pena. Mintalah anak-anak untuk menulis huruf pertama dari makanan favorit mereka di atas kertas kuning dan minuman favorit mereka di atas kertas biru
 - 2) Lalu perintahkan mereka agar saling tukar kertas dengan lawan kelompok serta memberitahukan apa arti huruf tersebut.
 - 3) Tanyakan pada anak kelompok pertama, "Apakah minuman kesukaanmu?" Anak itu menjawab, "Saya menyukai susu, dan teman-teman saya menyukai teh."
 - 4) Tanyakan pada anak kelompok kedua, "Apakah makanan kesukaanmu?" Anak itu menjawab, "Saya menyukai roti dan teman saya menyukai mie."
 - 5) Berikan pertanyaan dan biarkan semua anak menyelesaikan jawabannya.
- f. Permainan untuk pengembangan segi seni pada anak (permainan menjiplak koin)

Peralatan:

- 1) Kertas
- 2) Pensil
- 3) Koin recehan 1000, 500, 200 dan 100

Aturan bermain:

- 1) Perlihatkan uang pecahan koin 1000, 500, 200, dan 100 kepada anak sebelum memulai permainan.

- 2) Berikan pertanyaan "Pernahkah anak menggunakan uang koin untuk jajan?"
 - 3) Berikutnya guru mendemonstrasikan cara menjiplak koin dengan meletakkannya di bawah kertas dan menggosoknya dengan pensil.
 - 4) Jawablah pertanyaan apa pun yang mungkin dimiliki anak sebab rasa ingin tahu yang ditimbulkan oleh permainan ini.
 - 5) Lalu, biarkan anak melakukan permainan ini secara mandiri
 - 6) Biarkan anak berkembang dengan sendirinya, berikan dorongan supaya anak mampu menyelesaikan permainannya.
- g. Permainan untuk pengembangan segi keimanan pada anak (permainan bercerita tentang tokoh-tokoh agama).
Peralatan: buku yang berkisah tentang tokoh teladan islami bergambar
- Aturan bermain:
- 1) Anak diminta untuk duduk dengan rapi dan mendengarkan cerita yang dibacakan
 - 2) Ketika tokoh-tokoh yang ada di cerita berbicara, minta anak mempraktikkan secara langsung.
 - 3) Anak bisa melakukannya atau mempraktikkannya secara langsung dengan berulang ketika ada pembicaraan yang ada di dalam cerita
 - 4) setelah cerita berakhir, ajukan pertanyaan kepada anak mengenai cerita tersebut, jika anak bisa menjawab dengan benar berikan apresiasi.

3.2.6 Karakteristik pola bermain Pada Anak

Adapun karakteristik pola bermain pada anak yang biasanya dikembangkan oleh anak menurut Hughes (dalam Fatimah, 2008) :

- a. **Motivasi intrinsik**
Aktivitas bermain datang dari keinginan diri sendiri.bermain membuat mereka sendiri merasakan kepuasannya.
- b. **Bebas Memilih**
Aktivitas bermain merupakan pilihan bebas setiap anak. Mereka bermain apa yang mereka sukai. Jika bermain itu sebagai pemaksaan, mereka tidak merasakan keindahan dari kegiatan bermain tetapi itu sebagai satu tugas.
- c. **Menarik**
Anak mesti merasa tertarik dalam permainan tanpa merasa tertekan. Ketertarikan ini akan membuat mereka memecahkan masalah melalui permainannya.
- d. **Simbolik**
Aktivitas bermain melibatkan elemen-elemen tertentu, sesuatu yang nyata dapat dibayangkan dalam bentuk simbol atau lambang.
- e. **Terlibat secara aktif**
Anak terlibat aktif bermain secara fisik dan melibatkan psikologinya, bukan bersifat pasif dan tidak memberikan reaksi dalam bermain

DAFTAR PUSTAKA

- Wailaba Alexander APM. 2022. "LITERATURE REVIEW HUBUNGAN POLA BERMAIN DENGAN KEMANDIRIAN ANAK USIA PRASEKOLAH". Skripsi, PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIDYAGAMA HUSADA MALANG
- Due RA, Bunga BN, Kiling IY. 2014. "POLA BERMAIN ANAK USIA DINI TUNA GRAHITA DI KUPANG". Jurnal Transformasi Edukasi 03, no. 02: 21-27.
- Hayati SN, Putro KZ. 2021. "BERMAIN DAN PERMAINAN ANAK USIA DINI". Jurnal Pendidikan Islam Anak Usia Dini, Volume 4 Nomor 1: 52-64.
- Tuslamia, Arianti, Nursani, Windayanti, Suhri, Adhima, Pebrianti, Mutmainnah, H Harmawati. 2019. "MAKALAH KEPERAWATAN ANAK KONSEP BERMAIN". Makalah, JURUSAN KEPERAWATAN FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN UIN ALAUDDIN MAKASSAR
- Rohmah Nikmatur. 2018. Terapi Bermain. Jember: LPPM Universitas Muhammadiyah Jember
- Ardini Pupung Puspa, Lestarinigrum Anik. 2018. Bermain dan Permainan Anak Usia Dini (Sebuah Kajian Teori dan Praktik). Watudandang Prambon Nganjuk: CV. Adjie Media Nusantara.
- Wahyuni Fitri, Azizah Suci M. 2020. "Bermain dan Belajar Pada Anak Usia Dini". Jurnal Kebudayaan dan Keagamaan, Vol. 15 No. 1: 159-176
- Khadijah, Armanila. 2017. BERMAIN DAN PERMAINAN ANAK USIA DINI. Medan: PERDANA PUBLISHING.
- Pratiwi Wiwik. 2017. "KONSEP BERMAIN PADA ANAK USIA DINI". Jurnal Manajemen Pendidikan Islam. Volume 5, Nomor 2: 106-117

BAB 4

MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT (MTBS)

Oleh Elfina Yulidar

4.1 Definisi

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dalam bahasa Inggris yaitu *Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI) adalah Manajemen Terpadu Balita Sakit merupakan suatu program atau pendekatan dalam penanganan kesehatan pada balita yang terintegrasi dengan melakukan pemeriksaan klinis, intervensi terapeutik dan konseling yang dilakukan secara terpadu (Kemenkes RI, 2020).

MTBS adalah cara mengelola balita sakit yang mengintegrasikan berbagai aspek perawatan anak ke dalam satu upaya terkoordinasi yang sangat membantu anak dalam meningkatkan kesehatan dan melindungi anak dari penyakit lebih lanjut. Dalam pelaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit ini dapat dilaksanakan pada 2 kategori yaitu pada bayi muda (MTBM usia 1 hari sampai dengan 2 bulan) dan (MTBS usia 2 bulan-5 tahun) (Suryawati, 2020).

4.2 Tujuan MTBS

Tujuan Manajemen Terpadu Anak Sakit adalah untuk mengurangi mortalitas dan morbiditas yang terkait dengan penyakit yang paling umum pada balita. MTBS dirancang untuk membantu mengurangi mortalitas dan morbiditas pada anak balita, serta meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan mereka. Ini akan membantu staf belajar bagaimana merawat

anak-anak ini dan akan membantu mengidentifikasi dan mencegah penyakit (Suryawati, 2020).

Kegiatan MTBS merupakan salah satu cara untuk meningkatkan kesehatan anak di unit rawat jalan kesehatan dasar yang merupakan hal yang baik karena dapat membantu menurunkan angka kematian, kesakitan dan kecacatan (Kemenkes RI, 2022).

Anak-anak di bawah lima tahun kemungkinan besar akan sakit pneumonia, diare, malaria, dan kondisi lain yang dapat diobati dengan MTBS. Perawat dan tenaga kesehatan menggunakan algoritme untuk membantu anak balita mengelola masalah kesehatan ini.

WHO melaporkan bahwa Indeks Kematian Anak Internasional (MTBS) adalah alat yang membantu petugas kesehatan dalam memahami berapa banyak anak yang meninggal karena berbagai jenis penyakit. Hal ini dianggap sebagai intervensi yang hemat biaya untuk mengatasi masalah kematian balita yang disebabkan oleh penyakit ini (Kemenkes RI, 2022).

4.3 Strategi MTBS

Untuk membantu anak-anak yang sakit, dokter menggunakan tiga jenis strategi: mengobati penyakit itu sendiri, mempromosikan kebiasaan kesehatan yang baik, dan pertama-tama mencegah penyakit itu terjadi. Misalnya, jika balita menderita radang paru-paru, dokter mungkin memberi mereka antibiotik untuk menghilangkan infeksi. Jika balita juga kekurangan gizi atau terkena virus yang dapat menyebabkan diare atau malaria, dokter mungkin akan memberikan suplemen gizi atau profilaksis malaria untuk membantu mencegah berkembangnya penyakit. Dan terakhir, jika anak terserang flu, dokter mungkin akan memberi mereka beberapa antibiotik dan saran tentang praktik kebersihan yang baik

untuk membantu mereka mengatasi penyakit lebih cepat (Kemenkes RI, 2020).

Model penatalaksanaan MTBS melihat gejala suatu penyakit untuk memutuskan tindakan apa yang harus diambil. Ini dilakukan dengan mengklasifikasikan tingkat keparahan penyakit dan memberikan petunjuk pengobatan dan fasilitas kesehatan.

4.3.1 Penilaian Tanda dan Gejala

Pada penilaian tanda dan gejala pada bayi umur 2 tahun sampai dengan 5 tahun ini yang di nilai adalah ada tidaknya tanda bahaya umum dengan segitiga asesmen gawat anak (SAGA) yaitu (Menanyakan apakah anak bisa minum ata menyusui, apakah anak memuntahkan semua makanan dan minuman, apakah anak pernah kejang sebelum sakit), dan keluhan batuk aau kesukaran bernafas, adanya diare, demam, masalah telinga, status pertumbuhan, anemia, dan status HIV.

Penilaian pertama, keluhan batuk dan sukar bernafas, tanda bahaya umum, tarikan dinding dada kedalam, stridor, dan nafas cepat. Penentuan frekuensi pernafasan pada anak usia 2 bulan - <12 bulan normal pernafasan 50 kali atau lebih per menit, sedangkan frekuensi pernafasan anak usia 12 bulan - < 5 tahun normal pernafasan 40 kali atau lebih permenit, lalu periksi pulse dengan menggunakan oxymeter utnuk mengetahui saturasi oksigen pada pernafasan anak.

Penilaian kedua, keluhan dan tanda adanya diare, seperti lethargis atau tidak sadar, mata cekung, tidak bisa minum atau malas makan, turgor sangat lambat, gelisah, rewel, haus atau banyak minum, ada darah dalam tinja (berak bercampur dengan darah).

Penilaian ketiga, tanda demam disertai dengan adanya tanda bahaya umum seperti kaku kuduk, dan adanya infeksi lokal seperti kekeruhan pada kornea mata, luka pada mulut, mata bernanah, adanya tanda pre syok seperti nadi lemah,

kemudian pada bagian ekstremitas teraba dingin, muntah berdarah, berak berwarna hitam, perdarahan pada hidung, perdarahan dibawah kulit, dan nyeri pada bagian ulu hati.

Penilaian Keempat, tanda masalah telinga seperti nyeri pada bagian telinga, adanya rasa penuh di telinga, adanya pembengkakkan, dan adanya cairan yang keluar dari telinga yang kurang dari 14 hari.

Penilaian Kelima, tanda status pertumbuhan dan status gizi seperti adanya edema bilateral yang bersifat pitting, melakukan penilaian status gizi dengan mengukur letak garis status gizi pada pemeriksaan berat badan dan tinggi badan sesuai dengan umur, melakukan pengukuran lingkaran lengan atas (LILA).

Penilaian keenam, tanda anemia seperti pucat pada bagian telapak tangan, konjungtiva, bibir, lidah, dan bantalan kuku, kemudian menentukan pemeriksaan hemoglobin (Hb).

Penilaian ketujuh, menentukan status HIV, seperti apakah ibu atau anak pernah menjalani test HIV jika YA maka tentukan status HIV dengan menanyakan apakah anak sedang mendapatkan ASI pada saat tes HIV, kemudian jika mendapatkan ASI maka apakah ibu dan anak saat ini mendapatkan ARV profilaksis, jika *TIDAK* maka lakukan tes HIV terutama jika di jumpai kondisi dimana anak menderita pneumonia berulang, diare persisten, bercak putih di rongga mulut atau anak mengalami gizi buruk.

4.3.2 Menentukan Klasifikasi dan tingkat kegawatan

Setelah menilai tanda dan gejala, klasifikasi dan tingkat keparahan ditentukan berdasarkan kelompok keluhan atau tingkat keparahan yaitu sebagai berikut :

1. Klasifikasi Pneumonia

Pada klasifikasi pneumonia ini dapat dikelompokkan menjadi tiga yaitu 1) pneumonia berat (apabila ada tanda

bahaya umum seperti adanya tarikan dinding dada kedalam atau saturasi oksigen $\geq 92\%$). 2) pneumonia apabila di temukan frekuensi nafa cepat, 3) batuk bukan pneumonia apabila tidak ada tarikan dinding dada bagian bawah kedalam, dan tidak ada frekuens nafas cepat.

2. Klasifikasi Dehidrasi

Pada klasifkasi ini termasuk klasifikasi dengn dehidrasi yang terbagi menjadi tiga kelompok, yaitu 1) dehidrasi berat apabila ada tanda da gejala seperti lethargis atau tidak sadar, mata cekung, tidak bisa minum atau turgor cubitan kulit perut kembali sangat lambat, 2) klasifikasi ringan atau sedang dengan tanda sebagai berikut gelisah, rewel, mata cekung, haus, cubitan kulit perut kembali lambat, 3) klasifikasi diare tanpa dehidrasi apabila tidak cukup tanda-tanda untuk diklasifikasikan sebagai diare dehidrasi berat atau ringan/sedang

3. Klasifikasi Diare Persisten

Diare persisten diklasifikasikan menurut berapa lama berlangsung. Jika ada tanda-tanda dehidrasi, itu diklasifikasikan sebagai diare persisten yang parah. Namun, jika tidak ada tanda-tanda dehidrasi, itu diklasifikasikan sebagai diare persisten.

4. Klasifikasi Disentri

Disentri adalah jenis diare yang dapat mencakup gejala yang berbeda, seperti darah di tinja.

5. Klasifikasi Risiko Malaria

Klasifikasi malaria ini didasarkan pada risiko penyakit malaria di suatu daerah. Daerah dengan risiko tinggi malaria adalah daerah yang telah teridentifikasi berisiko malaria di masa lalu. Daerah dengan risiko malaria rendah adalah

daerah yang sebelumnya tidak teridentifikasi berisiko malaria. Daerah yang tidak berisiko malaria adalah daerah yang belum teridentifikasi berisiko malaria.

a. Klasifikasi demam menurut Endemis malaria tinggi atau rendah

Klasifikasi demam tersebut di bagi menjadi tiga kelompok yaitu : 1) klasifikasi penyakit berat dengan demam apabila ditemukan tanda bahaya umum dan disertai kaku kuduk, 2) klasifikasi malaria di tandai dengan anak demam (pada anamnesis atau teraba panas aau suhu $> 37,5^{\circ}\text{C}$, dan mikroskopis positif atau RDT positif, 3) klasifikasi demam mungkin bukan malaria, ditandai dengan hasil mikroskopis negatif atau RDT negatif, atau ditemukan penyebab lain dari demam.

b. Klasifikasi demam menurut non endemis malaria dan tidak ada riwayat bepergian kedaerah endemis malaria

Klasifikasi demam di bagi menjadi 2 kelompok yaitu : 1) penyakit berat dengan demam ditandai dengan adanya tanda bahaya umum atau kaku kuduk, atau umur ≥ 3 bulan, 2) Demam bukan malaria di tandai dengan tidak da tanda bahaya umum atau tidak da kaku kuduk.

6. Klasifikasi Campak

Pada klsifikasi campak ini dikelompokkan menjadi tiga yaitu : 1) campak dengan komplikasi berat apabila ditemukan tanda bahaya umum, terjadi kekeruhan pada kornea mata, adanya luka pada daerah mulut yang dalam dan luas, 2) campak dengan komplikasi pada mata dan/atau mulut di tandai dengan ada nanah pada mata atau ada luka pada mulut, 3) klasfikas campak di tandai dengan campak sekarang atau dalam 3 bulan terakhir.

7. Klasifikasi Demam Berdarah Dengue

Pada klasifikasi ini apabila terdapat demam atau riwayat demam 2-7 hari, yang di kelompokkan menjadi empat bagian yaitu 1) klasifikasi Dengue Berat (*Severe Dengue*) apabila ditemukan tanda bahaya umum atau perembsan plasma hebat yang menyebabkan syok, sesak nafas atau nafas cepat, perdarahan saluran cerna (muntah darah, atau BAB berdarah/Berwarna hitam, dan gangguan fungsi organ (penurunan kesadaran, frekuensi nadi menurun, ikterik, nyeri perut hebat, tidak BAK selama 6 jam), 2) klasifikasi Dengue dengan warning signs, apabila ditemukan satu atau lebih gejala berikut nyeri perut atau nyeri tekan perut kanan atas, muntah terus menerus, klinis akumulasi cairan, perdarahan mukosa, lethargis atau gelisah, pembesaran hepar >2cm, hasil laboratorium berupa peningkatan hematokrit dengan penurunan trombosit yang cepat, 3) Klasifikasi Dengue tanpa warning signs apabila ditemukan satu atau lebih gejala berikut nyeri dan pegal pada kepala, mata, otot dan sendi, terdapat ruam, uji *tourniquet positif*, leukopenia (trombosit <4000/mcl) dan atau trombositopenia (trombosit < 100.000/mcl), laboratorium dan konfirmasi infeksi dengue (NS-1 positif), 4) Klasifikasi Demam mungkin bukan dengue, ditandai dengan demam 2-7 hari tanpa satupun gejala yang telah disebutkan.

8. Klasifikasi Masalah Telinga

Pada klasifikasi masalah telinga ini dikelompokkan menjadi empat bagian yaitu 1) klasifikasi mastoiditis, apabila ditemukan adanya pembengkakan dan nyeri di belakang telinga, 2) klasifikasi infeksi telinga akut apabila ditemukan adanya nyeri di telinga, rasa penuh di telinga, tampak cairan

aau nanah yang keluar dari telinga <14 hri, 3) klasifikas infeksi telinga kronis, apabila tampak cairan atau nanah dari telinga dan telah terjadi selama 14hari atau lebih, 4) klasifikasi tidak ada infeksi telinga, apabila tidak ada nyeri telinga dan tidak ada nanah keluar dari telinga.

9. Klasifikasi Memantau Pertumbuhan dan memeriksa Status Gizi

Pada penentuan klasifikasi status gizi ini dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu : 1) Klasifikasi gizi buruk dengan komplikasi, ditemukan gejala pada **umur 6-59 bulan** dengan satu atau lebih tanda (adanya edema pada seluruh tubuh derajat +3, skor Z BB/PB Atau BB/TB <-3 SD, LILA < 11,5 cm) dan terdapat salah satu tanda komplikasi medis berupa anoreksia, dehidrasi berat, lethargi, demam, pneumonia berat, anemia berat, dan BB <4 kg), pada **umur < 6 bulan** dengan satu atau lebih tanda (skor Z BB/PB < -3 SD, terlalu lemah untuk menyusu, berat badan tidak naik atau turun, dan terdapat tanda komplikasi medis), 2) klasifikasi gizi buruk tanpa komplikasi, apabila ditemukan satu atau lebih tanda adanya edema minimal pada punggung kaki/tangan derajat +1 atau +2, skor Z BB/PB atau BB/TB <-3 SD, LILA < 11,5 cm pada umur 6-59 bulan, 3) klasifikasi gizi kurang, apabila ditemukan satu atau lebih tanda skor Z BB/PB atau BB/TB -3 SD, LILA 11,5 cm - <12,5 cm pada umur 6-59 bulan, 4) klasifikasi gizi baik, apabila ditemukan skor Z BB/PB atau BB/TB -2 SD sampai +1 SD, LILA $\geq$ 12,5 cm pada umur 6-59 bulan.

Penentuan status gizi dikelompokkan menjadi tiga bagian yaitu : 1) klasifikasi obesitas apabila ditemukan skor Z BB/PB atau BB/TB >+3 SD, 2) klasifikasi gizi lebih apabila ditemukan skor Z BB/PB atau BB/TB >+2 SD sampai +3 SD,

3) klasifikasi beresiko gizi lebih apabila ditemukan skor Z BB/PB atau BB/TB +1 SD sampai +2 SD.

10. Klasifikasi memeriksa status pertumbuhan

Pada klasifikasi status pertumbuhan di bagi menjadi 3 kelompok bagian yaitu : 1) klasifikasi sangat pendek (*severely*) apabila ditemukan skor Z PB/U atau TB/U >-3 SD, 2) klasifikasi pendek (*Stunted*) apabila ditemukan skor Z PB/U atau TB/U -2 SD sampai -3 SD, 3) klasifikasi normal apabila ditemukan skor Z PB/U atau TB/U >-2 SD sampai +3 SD.

Pada klasifikasi status lingkaran kepala di bagi menjadi 3 kelompok, yaitu : 1) klasifikasi makrosefali apabila skor Z LK/U $>+2$ SD, 2) klasifikasi normal apabila skor Z LK/U >-2 SD sampai +2 SD, 3) klasifikasi mikrosefali apabila skor Z LK/U <-2 SD.

11. Klasifikasi memeriksa anemia

Pada klasifikasi ini di bagi menjadi 3 kelompok bagian, yaitu : 1) klasifikasi anemia berat , apabila terdapat satu atau lebih tanda berikut terdapat pucat pada telapak tangan, konjungtiva, bibir, lidah, dan bantalan kuku dan HB < 7 gr/dl, 2) klasifikasi anemia apabila terdapat satu atau lebih tanda berikut terdapat pucat pada telapak tangan, konjungtiva, bibir, lidah, dan bantalan kuku dan HB $7 - < 10$ gr/dl, 3) klasifikasi tidak anemia, apabila tidak ditemukan tanda keputihan.

12. Klasifikasi memeriksa status HIV

Pada penentuan klasifikasi ini dibagi menjadi tiga bagian kelompok, yaitu : 1) Klasifikasi infeksi HIV terkontaminasi, apabila di temukan tanda tes virologi positif pada anak atau tes serologi positif pada anak > 18 bulan, 2) klasifikasi

terpajan HIV apabila ditemukan ibu HIV positif dan tes virologi negatif pada anak yang masih mendapat ASI atau baru berhenti kurang dari 6 minggu atau ibu HIV positif dan anak belum di tes, atau tes sirologi positif pada anak < 18 bulan, 3) klasifikasi mungkin bukan infeksi HIV, apabila tes HIV pada ibu dan anak negatif.

4.3.3 Penentuan Tindakan dan Pengobatan

Setelah mendiagnosis suatu kondisi, tenaga kesehatan akan melihat gejala orang tersebut dan memutuskan tindakan. Ini termasuk mengelompokkan gejala untuk membuat klasifikasi, dan kemudian melihat klasifikasi itu untuk melihat tindakan apa yang harus diambil.

1. Pneumonia

Tindakan yang dapat dilakukan yaitu dengan menentukan tindakan dan pengobatan setelah dilakukannya klasifikasi berdasarkan kelompok tanda gejala yang ada, yaitu sebagai berikut :

a. Memberikan dosis pertama antibiotik

Pilihan pertama adalah kotrimoksazol (trimetoprim + sulfametoksazol) dan pilihan kedua amoksisilin dengan ketentuan dosis sebagai berikut :

Tabel 4.1. Pemberian Pengobatan Antibiotik untuk Pneumonia/Infeksi Telinga Akut

BERAT BADAN	Amoksisilin 40-45 mg/kgBB/kali, 2x sehari 2x sehari selama 3 hari untuk pneumonia 2x sehari selama 5 hari untuk pneumonia dengan klasifikasi HIV merah 2x sehari selama 10 hari untuk Infeksi Telinga Akut		
	Tablet (500 mg)	SIRUP	
		125 mg / 5 dl	250 mg / 5 dl
4 - < 6 kg	$\frac{1}{2}$	10 ml	5 ml
6 - < 10 kg	$\frac{3}{4}$	15 ml	7,5 ml
10 - < 16 kg	$1\frac{1}{4}$	20 ml	12,5 ml
16 - < 19 kg	$1\frac{1}{2}$	25 ml	15 ml

Sumber, (Kemenkes RI, 2020)

b. Lakukan rujukan segera

Jika menemukan hasil klasifikasi pneumonia saja maka tindakan nya adalah sebagai berikut :
memberikan antibiotik sesuai selama 5 hari, berikan pelega tenggorokan yng aman dan pereda batuk, memberi tahu ibu atau keluarga kapan kmbali segera ke petugas kesehatan dan memberikan informasi kapan dilakukan nya kunjungan ulang.

c. Dehidrasi

Apabila klasifikasi dehidrasi nya berat maka tindakan nya adalah sebagai berikut :

- 1) Memberikan cairan intravena sesegera mungkin, apabila anak dapat minum maka berikan oralit melalui mulut sambil infus dipersiapkan, berikan

100 ml/kg RL/NaCL dengan ketentuan sebagai berikut :

Tabel 4.2. Pemberian cairan Intra Vena

umur	Dosis pertama (30 ml/kg)	Dosis pertama (75 ml/kg)
Bayi (dibawah 12 bulan)	1 jam (ulangi apabila frekuensi nadi melemah dan tidak teraba)	5 jam
Anak (1-5 tahun)	30 menit (ulangi apabila frekuensi nadi melemah dan tidak teraba)	2,5 jam

Sumber, (Kemenkes RI, 2020)

- 2) Melakukan monitoring setiap 1-2 jam tentang status dehidrasi, apabila belum membaik maka berikan tetesan intravena secepatnya.
- 3) Memberikan oralit (kurang lebih 5ml/kg/jam) segera setelah anak mau minum.

Tabel 4.3. Pemberian Oralit

UMUR	BERAT BADAN	Pemberian Oralit
< 4 bulan	< 6 kg	200-400 ml
4-12 bulan	6 - < 10 kg	400-700 ml
12-24 bulan	10 - < 12 kg	700-900 ml
2-5 tahun	12 - 19 kg	900-1400 ml

Sumber, (Kemenkes RI, 2020)

- 4) Melakukan monitoring kembali setelah 6 jam, pada bayi atau anak setelah 3 jam dan tentukan kembali status dehidrasi kemudian lakukan tindakan sesuai dengan derajat dehidrasi
- 5) Menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI pada anak
- 6) Lanjutkan dengan penilaian pemberian makan

2. Diare Persisten

Dalam klasifikasi ini, dehidrasi merupakan faktor utama yang menentukan tindakan apa yang harus dilakukan. Jika kolera ditemukan, pengobatan yang dianjurkan ditentukan oleh seberapa parah kondisinya, berupa antibiotik kotrimoksazol atau tetrasiklin.

Tabel 4.4. Pemberian antibiotik pada Diare Persisten

Umur atau Berat Badan	Kotrimoksazol (Trimetoprim +sulfametaksazol beri 2x sehari selama 5 hari			Tetrasiklin 4x sehari untuk 3 kali
	Tablet dewasa 80mg trimetoprim + 400mg sulfametaksazol	Tablet anak 20mg trimetoprim + 100mg sulfametaksazol	Syrup/per 5ml 40mg trimetoprim + 200mg sulfametaksazol	Kapsul 250mg
2-4 bulan (4-<6 kg)	$\frac{1}{4}$	1	2,5 mg	Jangan diberikan
4-14 bulan (6-<10 kg)	$\frac{1}{2}$	2	5 mg	$\frac{1}{2}$
1-5 tahun (10-<19 kg)	1	3	7,5 mg	1

Sumber, (Kemenkes RI, 2020)

Tabel 4.5. Pemberian antibiotik pada Disentri

Umur atau Berat Badan	Kotrimoksazol (Trimetoprim +sulfametaksazol beri 2x sehari selama 5 hari			Asam Nalidiksat 4x sehari untuk 5 hari
	Tablet dewasa 80mg trimetoprin + 400mg sulfametaksazol	Tablet anak 20mg trimetoprin + 100mg sulfametaksazol	Syrup/per 5ml 40mg trimetoprin + 200mg sulfametaksazol	Tablet 500mg
2-4 bulan (4-<6 kg)	$\frac{1}{4}$	1	2,5 mg	$\frac{1}{8}$
4-14 bulan (6-<10 kg)	$\frac{1}{2}$	2	5 mg	$\frac{1}{4}$
1-5 tahun (10-<19 kg)	1	3	7,5 mg	$\frac{1}{2}$

Sumber, (Kemenkes RI, 2020)

3. Malaria

Ada berbagai tingkat risiko dalam mengambil tindakan ketika menerima perawatan, hal ini dapat ditentukan dari tingkat klasifikasi, adapun tindakannya berupa :

- a. Pemberian kina (untuk malaria dengan penyakit berat) secara intramuskular dosisi nya sebagai berikut :

Tabel 4.6. Pemberian Kina

Umur atau Berat Badan	Kina Intramuskular 300mg/ml Larutan garam kina (dalam ampul 2ml)
2-4 bulan (4-<6 kg)	0,2 ml
4-12 bulan (6-<10 kg)	0,3 ml
1-2 tahun (10-<12 kg)	0,4 ml
2-3 tahun (12-<14 kg)	0,5 ml
3-5 tahun (14-19 kg)	0,6 ml

Sumber, (Kemenkes RI, 2020)

Kemudian menganjurkan anak tetap berbaring dalam 1 jam dan ulangi suntikan kina pada 4 dan 8 jam kemudian 12 jam sampai anak mampu minum obat malaria secara oral, jangan memberikan suntikan kina pada anak umur kurang dari 4 bulan.

- b. Pemberian obat antimalaria oral penting untuk membantu pencegahan malaria. sebagai berikut :

Tabel 4.7. Pemberian obat anti malaria oral

Umur atau berat badan	Klorokuin (beri selama 3 hari)			Primakuin	Sulfadoksin + Primetamin	Kina
	Tablet (150mg basa)			Tablet (15mg basa)	Tablet (500mg Sulfadoksin + 25 mg Primetamin)	Tablet 100 mg
	Hari 1	Hari 2	Hari 3			3 hari selama 7 hari
2-12 bulan (4-<10 kg)	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{4}$			10mg per umur (bulan) dibagi menjadi 3 dosis selama 7 hari
1-5 tahun (10-<19 kg)	1	1	$\frac{1}{2}$	$\frac{3}{4}$	$\frac{3}{4}$	

Sumber, (Kemenkes RI, 2020)

- c. Setelah memberikan klorokuin, perhatikan apakah ada muntah selama 30 menit setelah meminumnya. Jika muntah terjadi, berikan klorokuin lagi. dengan memperhatikan untuk pemberian : antibiotik sesuai protap, mencegah penurunnn kadar gula darah, pemberia paracetamol apabila terjadi demam $\geq 38,5$ derajat celcius dengan dosis :

Tabel 4.8. Dosis pemberin paracetamol

Umur atau Berat Badan	Tablet (500mg)	Tablet (100 mg)	Syrup 120 mg/5ml
2-6 bulan (4-<7kg)	1/8	½	2,5 ml (1/2 sendok teh)
6 bulan-3 tahun (7-<14 kg)	¼	1	5 ml (1 sendok teh)
3-5 tahun (14-<19 kg)	½	2	7,5 ml (1½ sedok teh)

Sumber, (Kemenkes RI, 2020)

4. Campak

Jika Anak menderita campak dengan tanda gejala yang buruk, dokter akan memberi anak vitamin A. Jika campak disertai komplikasi mata atau mulut, dokter mungkin akan memberikan gentian violet untuk membantu mengatasi masalah tersebut. dan jika ditemukan klasifikasi campak saja maka tindakan yang diberikan hanya menggunakan vitamin A.

Tabel 4.9. Dosis pemberin Vitamin A

Umur	Kapsul Vit A 200.000 IU	Kapsul Vit A 100.000 IU
6-12 bulan	½ kapsul	1 kapsul
1-5 tahun	1 kapsul	2 kapsul

Sumber, (Kemenkes RI, 2020)

5. Masalah telinga

Tindakan dan pengobatan pada anak dengan masalah telinga dapat memberikan dosis pertama untuk antibiotik sesuai protap, kemudian pemberian paracetamol

jikaditemukan gejala demam tinggi, jika terdapat klasifikasi infeksi akut pada telinga seperti mastoiditis kronis maka lakukan pengeringan telinga dengan kain yang menyerap.

6. Status Pertumbuhan

Pada klasifikasi status pertumbuhan dapat dilakukan dengan pemberian vitamin A jika anak kelihatan sangat kurus dan tampak bengkak pada kedua kaki dan terdapat anemia maka lakukan pemberian zat besi.

Tabel 4.10. Dosis pemberian zat besi

Umur	Tablet besi/folat sulfat ferosus 200 mg + 250 mg folat diberikan 3x sehari	Syrup besi/folat sulfat ferosus 150 ml diberikan 3x sehari
6-12 bulan	$\frac{1}{4}$ tablet	2,5 ml ($\frac{1}{2}$ sendok teh)
1-5 tahun	$\frac{1}{2}$ tablet	5 ml (1 sendok teh)

Sumber, (Kemenkes RI, 2020)

Tabel 4.11. Dosis pemberian Pirantel Pamoat

Umur	Pirantel Pamoat (125mg/tablet) dosis tunggal
4-9 bulan (6-<8kg)	$\frac{1}{2}$ tablet
9 bulan - 1 tahun (8-<10kg)	$\frac{3}{4}$ tablet
1-3 tahun (10-<14 kg)	1 tablet
3-5 tahun (14-<19 kg)	$1\frac{1}{2}$ tablet

Sumber, (Kemenkes RI, 2020)

4.3.4 Pemberian Konseling

Ketika anak berusia 2 bulan hingga 5 tahun, ibu mungkin memerlukan konseling untuk membantu menurunkan cemas adalah konseling tentang :

1. Konseling pemberian makan pada anak
 - a. Melakukan evaluasi tentang cara bagaimana memberikan makan pada anak dengan menanyakan cara meneteki anak, berapa kali sehari meneteki anak, apakah pada malam hari ibu meneteki anak, kemudian apakah anak mendapatkan makanan atau minuman yang lain selain ASI pada anak umur >6 bulan, jika ditemukan anak dengan berat badan yang berdasarkan umur sangat rendah bisa dengan menanyakan berapa banyak makanan atau minuman yang diberikan kepada anak, apakah anak mendapatkan makanan tersendiri dan bagaimana cara anak makan dan minum nya, apakah selama sakit makanan di modifikasi sehingga menarik atau anak sama sekali tidak mau makan.
 - b. Menganjurkan cara pemberian makanan pada ibu antara lain :
 - 1) Pada umur neonatus-1 minggu, segera setelah lahir, letakkan bayi di dada ibu (ada kontak kulit ibu dan bayi), berikan kesempatan pada bayi untuk menyusu dalam 1 jam pertama, berikan kolostrum, kemudian berikan ASI setiap pagi, siang, malam sesuai dengan keinginan bayi sedikitnya 8x dalam 24 jam.
 - 2) Pada umur 4-6 bulan cara pemberian makan pada anak yaitu : memberikan ASI sesuai dengan keinginan anak paling sedikit 8 kali dalam 24 jam, dan kondisikan tetap memberikan ASI tanpa makanan pendamping lainnya.

- 3) Pada umur 6-8 bulan cara pemberian makan pada anak yaitu : berikan ASI sesuai dengan keinginan, mulai memberikan makanan tambahan ketika anak umur 6 bulan berikan bubur kental atau makanan yang dilumatkan dengan halusterdiri dari makanan pokok, hewani, protein, sayur dan buah, mulai dengan memberikan 2-3 sendok makan, mulai lah dengan pengenalan rasa tambahkan secara bertahap sampai $\frac{1}{2}$ mangkuk ukuran 250 ml , berikan 2-3 x sehari, dan berikan makanan selingan 1-2 kali.
- 4) Pada umur 9-11 bulan cara pemberian makan pada anak yaitu : berikan ASI sesuai dengan keinginan, mulai memberikan makanan yang bervariasi makanan yang di iris, atau makanan keluarga yang ber variasi misalnya makanan pokok, sayur, kacang-kacangan dan buah, berikan $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ mangkuk ukuran 250 ml, berikan 2-3 x sehari, dan berikan makanan selingan 1-2 kali
- 5) Pada umur 12-23 bulan cara pemberian makan pada anak yaitu : berikan ASI sesuai dengan keinginan, mulai memberikan makanan yang bervariasi makanan yang di iris, atau makanan keluarga yang bervariasi misalnya makanan pokok, sayur, kacang-kacangan dan buah, berikan $\frac{3}{4}$ sampai 1 mangkuk ukuran 250 ml, berikan 3-4 x sehari, dan berikan makanan selingan 1-2 kali.
- 6) Pada umur 24 bulan lebih cara pemberian makan pada anak yaitu : memberikan makanan keluarga yang bervariasi misalnya makanan pokok, sayur, kacang-kacangan dan buah, berikan setidaknya 1 mangkuk ukuran 250 ml, berikan 3-4 x sehari, dan berikan makanan selingan antara waktu ke waktu.

- 7) Jika ibu menggunakan botol susu dalam pemberian susu maka anjurkan untuk mengganti botol dengan gelas atau cangkir.
- 8) Apabila anak tidak diberikan makanan secara aktif maka nasihati ibu agar duduk di samping anak dan membujuk anak agar mau makan serta mengamati apa yang disukai anak dengan mempertimbangkan tentang makanan yang diperbolehkan
- 9) Apabila anak tidak diberi makanan dengan baik selama sakit maka nasihati ibu untuk memberi ASI lebih sering dan lebih lama serta memberikan makan secara variasi dan memberikan makan dalam porsi sedikit tapi sering.

c. Konseling cairan selama sakit

Konseling cairan adalah cara untuk membantu anak yang sakit tetap terhidrasi dan mendapatkan perawatan terbaik. Selama konseling, ibu disarankan untuk menyusui lebih sering dan lebih lama setiap kalinya, dan banyak minum cairan, seperti kaldu, sayuran, kanji atau air matang.

d. Konseling kunjungan ulang

Jika ibu melihat tanda-tanda berikut dalam dua hari sejak kunjungan terakhir, ibu harus segera kembali ke petugas kesehatan: pneumonia, disentri, malaria, demam berdarah, campak. Jika ada diare terus-menerus, infeksi telinga, atau masalah makan, ibu dapat kembali setelah lima hari. Jika ibu mengalami anemia, ibu dapat kembali setelah empat minggu. Jika ibu mengalami penurunan berat badan, ibu bisa kembali lagi setelah empat minggu.

e. Pemberian Pelayanan dan Tindak Lanjut

1) Pneumonia

Setelah pneumonia didiagnosis, dokter akan memeriksa tanda dan gejala untuk melihat apakah berbahaya. Jika tidak, dokter akan memberikan dosis antibiotik pilihan kedua. Jika tanda dan gejala masih ada, dokter akan memberikan kloramfenikol dan selanjutnya dilakukan proses rujukan.

Jika anak mengalami pernapasan cepat atau nafsu makan tidak membaik, Ibu mungkin perlu mengganti antibiotik. Namun jika pernapasan melambat atau nafsu makan membaik, ibu dapat melanjutkan minum antibiotik hingga 5 hari.

2) Diare persisten

Jika anak ibu mengalami diare yang tidak berhenti setelah 5 hari, layanan tindak lanjut mereka mungkin mencakup pemeriksaan diare dan pemberian obat yang diperlukan, atau menyuruh mereka makan sesuai dengan usianya.

3) Disentri

Jika anak menderita disentri, Anak perlu menemui dokter setelah dua hari pengobatan. Jika gejalanya masih ada, ibu mungkin perlu melakukan tindakan lain untuk memperbaiki masalahnya, tergantung seberapa parahnya. Namun, jika semua gejala tersebut membaik setelah lima hari, ibu dapat terus mengonsumsi antibiotik yang diresepkan.

4) Malaria

Jika anak mengalami demam dan kembali dalam 14 hari, ibu dapat melakukan penilaian untuk mengetahui apakah ada tanda bahaya umum. Jika ada tanda-tanda bahaya, maka penilaian dilakukan dengan cara yang sudah ditetapkan. Jika demam disebabkan oleh

malaria, ibu perlu memeriksa sediaan darah untuk mengetahui apakah ada malaria. Jika sediaan darahnya positif, maka ibu akan memberikan anak antibiotik malaria secara oral.

5) Campak

Pasca campak, perawatan lanjutan dapat dilakukan setelah dua hari dengan melihat gejala yang dialami anak dan bila mata masih bernanah, lakukan evaluasi kepada keluarga atau ibu untuk mengetahui apakah ada infeksi pada matanya. Jika demikian, maka rujukan dapat dilakukan ke dokter yang sesuai.

6) Demam berdarang dengue

Setelah melakukan pengukuran demam, jika masih tinggi setelah dua hari, perlu dilakukan pemeriksaan tanda-tanda DBD lainnya, seperti leher kaku. Jika ibu menemukan tanda-tanda tersebut, ibu perlu mengambil tindakan sesuai dengan prosedur DBD. Jika demam masih tinggi setelah tujuh hari, ibu perlu melakukan pemeriksaan lebih lanjut untuk memastikan apakah Anak terkena demam berdarah.

7) Masalah telinga

Jika ibu memperhatikan bahwa anak mengalami infeksi telinga, maka dokter dapat mengobatinya dengan antibiotik. Setelah antibiotik di dapat untuk mengatasi infeksi, dokter mungkin ingin menindaklanjuti sampai anak baik-baik saja. Dokter dapat melakukan ini dengan melihat tanda dan gejala infeksi, seperti demam dan pembengkakan, dan jika ada, maka lakukan rujukan. Jika anak tidak mengalami tanda dan gejala tersebut, dokter mungkin akan melanjutkan pemberian antibiotik hingga habis.

DAFTAR PUSTAKA

- Izzatun Nisa'. 2020. *Implementasi Manajemen Terpadu Balita Sakit di Indonesia*. Surabaya: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional, Vol 15. No.3. FKM Airlangga.
- Kementrian Kesehatan RI, 2020. Pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). DepKes RI. Jakarta.
- Kementrian Kesehatan RI, 2022. Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). DepKes RI. Jakarta.
- Nurhafizah, dkk. 2019. Pemenfaatan Telemedicine Dalam Manajemen Terpadu Balita Sakit. Jakarta
- Suryawati, dkk. 2019. Pengembangan Model Peningkatan Kinerja Tenaga Keperawatan Dalam Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Surabaya. Media Jurnal Ners. Vol.7. No.

BAB 5

ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI DAN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM HEMATOLOGI

Oleh Ito Wardin

5.1 Pendahuluan

A. Definisi darah

Darah merupakan bagian terpenting dalam tubuh manusia dan bagian dari system sirkulasi yang mengangkut zat kimia dan hasil metabolisme kemudian disebarkan sebagai kebutuhan jaringan tubuh (Sari & Maulana, 2021). Selain itu juga darah merupakan jaringan ikat yang meliputi kuning pucat dan plasma yang memiliki kandungan suspensi eritrosit dan leukosit serta trombosit. Leukosi memiliki beberapa jenis, yaitu Basofil, Eosinofil, Neutrofil, Limfosit, Monosit. selain itu darah manusia biasanya berwarna merah karena didalamnya mengandung hemoglobin (Hb) yang mengikat karbondioksida serta oksigen (Fauzi M., 2019).

B. Sistem Hematologi

Sistem hematologi yang mempelajari terkait darah dalam organ manusia serta pembentukan darah dan jaringan limforetikuler serta kelainan darah dalam tubuh. Hematologi adalah suatu kelainan darah dan merupakan sekelompok neoplasma dengan karakteristik klinis dan perilaku yang sangat heterogen yang menyebabkan kondisi dengan cepat atau lambat yang biasa disebut akut atau kronis dengan prognosis yang berbeda dan melibatkan

organ tubuh lainnya (Souza *et al.*, 2023). Sehingga darah manusia sering kali mengalami gangguan atau masalah dan gangguan tersebut salah satunya sebagai berikut:

1. Thalasemia

Thalasemia adalah suatu penyakit kronis yang sering dialami oleh anak-anak, selain itu thalasemia ialah suatu kelainan pada darah yang diakibatkan sama gangguan dari produksi Hb maka hemoglobin pada tubuh mengalami penurunan (Adyanti *et al.*, 2020). Thalasemia ialah suatu penyakit jenis anemia hemolitik yang disebabkan oleh genetik maupun tak terdapatnya sintesis satu maupun lebih rantai globin serta memiliki peranan pada penyusunan Hb. Hemoglobin dewasa meliputi 2 rantai globin α serta 2 rantai globin β . Apabila mengalami kegagalan pada saat pembentukan rantai globin, maka sel darah merah menjadi kaku (Menawati, 2018). Dalam thalasemia ada 3 klasifikasi secara klinis sebagai berikut:

a. Thalasemia Mayor

Thalasemia mayor merupakan penyakit yang paling berat, kondisi ini terjadi karena hemoglobin pada 2 kromosom mengalami kelainan. Gejala thalasemia mayor di usia 7 bulan awal pertumbuhan bayi atau usia 2 tahun. Pasien dengan thalasemia mayor membutuhkan transfuse darah sejak tahun pertama pada usia 6-24 bulan dan akan melakukan transfuse dara seumur hidupnya. Sedangkan rutinitas transfuse darah 2 minggu sekali sampai 4 minggu sekali.

b. Thalasemia Intermedian

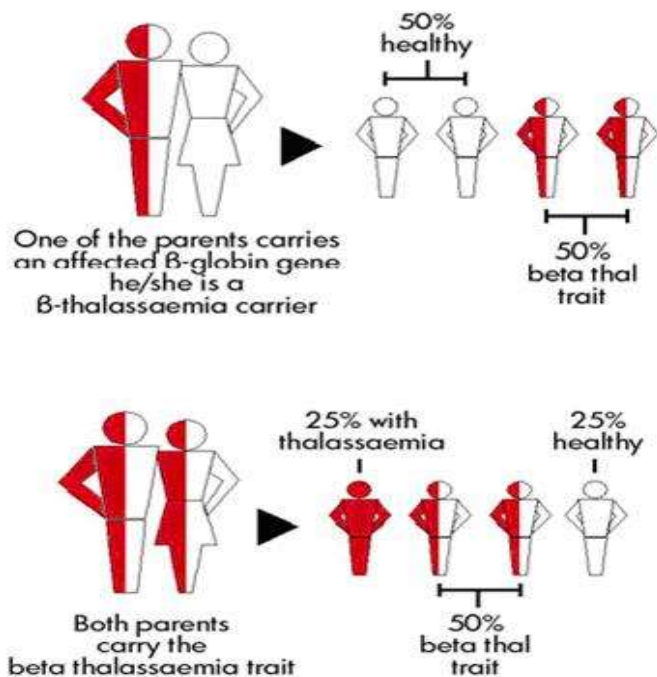
dalam keadaan ini, pada kedua gen terjadi mutasi namun tetap dapat memproduksi sedikit dari

- rantai beta globin. Kemudian Anemia yang timbul dapat berwujud anemia sedang hingga berat
- c. **Thalasemia Minor**
- Thalasemia minor maupun yang sering dikenal sebagai carrier ialah suatu wujud heterozigot, mikrositik anemia serta senantiasa dengan tidak terdapatnya simptom.

2. Patofisiologi

Proses timbulnya perfusi perifer tak efektif untuk anak dengan thalassemia yang mencakup mutasi pada sintesis rantai globulin β serta α yang bersumber pada penurunan penyakit di perkawinan pengidap jenis thalasemia carrier maka mengakibatkan dua probabilitas yakni rantai α terbentuk dengan buruk dibandingkan rantai β yang bakal menciptakan thalasemia α maupun penyusunan rantai β serta α pada retikulo tak seimbang yang bakal menciptakan thalasemia β , maka kedua jenis thalasemia ini bakal mengalami gangguan penyusunan rantai α serta β , kemudian penyusunan rantai α serta β mengalami penurunan serta penimbunan serta pengendapan rantai α serta β mengalami peningkatan (Faridah U., 2021). Oleh karena itu disebabkan karena tidak adanya pembentukan HbA. Namun menyusun inclusion bodies yang bakal melekat di dinding sel darah merah serta timbullah hemolisis sehingga menyebabkan anemia yang selanjutnya bakal mengakibatkan hipoksia, sesudah itu tubuh bakal memberikan respon terhadap penyusunan eritropoetin sehingga menyebabkan suplai oksigen menuju jaringan mengalami penurunan. Anemia akan mulai meningkat dan meningkatnya proliferasi eritrosit secara konstan, maka sumsum

tulang berkompanasi. Deformitas tulang akan mengalami gangguan pertumbuhan serta metabolisme bisa berlangsung. Splenomegali mulai muncul diakibatkan eritrosit yang mengalami penumpukkan didalamnya sehingga terjadi penimbunan besi dan dikarenakan akibat perluasan sumsum tulang serta diakibatkan sering dilakukan transfusi secara berkesinambungan (Daniela S . Duha, 2022).



Gambar 5.1. (Regar, 2009)

3. Tatalaksana Pasien thalasemia

Menurut Andrsini RM., (2021) mengatakan bahwa Penatalaksanaan Thalasemia pasien harus memerlukan terapi seumur hidupnya dan atau tergantung kondisi thalasemia yang dia derita, baik itu thalasemia Mayor, Minor dan Intermedian. Terapi yang biasa diberikan sebagai berikut :

a. Transfusi darah

Transfusi darah adalah untuk mencapai jumlah kadar gula hemoglobin didalam tubuh manusia dan menekan pembentukan sel darah merah yang tidak efektif oleh penderita thalasemia, serta juga untuk menurunkan reaksi simpang dari transfusi termasuk transmisi mikroorganisme. Sehingga pada penderita thalasemia Mayor gejala yang timbul makin berat sehingga kadar hemoglobin makin rendah dan pasien harus mendapatkan sel darah merah yang normal yang mampu membawa oksigen dengan jumlah secara cukup dan bentuk darah yang dibutuhkan adalah komponen eritrosit seperti PRC (*Packed Red Cell*), PRC *Leucoreduced* atau PCR *Leucodepleted*. Pada PRC *Leucoreduced* atau PCR *Leucodepleted* digunakan untuk mengurangi reaksi transfusi yang mungkin disebabkan oleh *human Leucocyte antegen* (HLA)- antibodi pasien, sitokin yang diproduksi oleh leukosit donor. Selain itu juga dapat mengurangi reaksi *alloimmunisation* dan juga reaksi yang disebabkan oleh kontaminasi dari mikroorganisme seperti *cytomegalovirus*.

Pada pasien Mayor membutuhkan transfusi darah secara terus menerus karena tubuh memiliki kadar hemoglobin sangat rendah. Sedangkan pada pasien thalasemia Intermedia thalasemian yang ringan dari

thalasemia mayor, hanya membutuhkan transfusi darah pada saat tertentu saja terutama jika sedang mengalami infeksi atau sakit. Sedangkan pada pasien Minor atau trait, pasien umumnya tidak membutuhkan transfusi darah karena tidak memiliki gejala anemia atau anemia ringan. Kebutuhan hemoglobin pada penderita thalasemia mayo adalah di atas 9 g/dl. Dalam hal ini membutuhkan pertumbuhan dan aktivitas yang normal dan diharapkan hemoglobin pasca transfusi harus mencapai dengan normal atau harus 12 g/dl dan kemudian tidak lebih dari 14-15 g/dl.

b. Obat Kelasi Besi

Dalam proses pemberian transfusi darah secara terus menerus maka perlu adanya penimbunan zat besi di dalam organ tubuh. Selain itu juga untuk meningkatkan absorpsi zat besi dari seluruh pencernaan juga berkontribusi pada meningkatnya kadar zat besi pada pasien thalasemia. Normalnya zat besi pada manusia yang diserap dari makanan sekitar 1-2 mg/hari, akan tetapi pada pasien thalasemia menyerap meningkat sekitar 3-5 mg/hari. Zat besi sangat berkontribusi pada patofisiologi thalasemia karena zat besi sangatlah relatif dan dapat menghasilkan radikal bebas. Radikal bebas ini akan merusak banyak hal, yaitu membran sel, DNA, lipid, serta organ-organ sel. Pada kondisi normal, zat besi akan terikat dengan transporter, yaitu transferrin.

c. Transplantasi Sumsum Tulang dan Terapi Genetik

Transplantasi sumsum tulang atau sel punca bisa dilakukan pada pasien thalasemia, akan tetapi jarang dilakukan karena risikonya yang timbul

sangat berat dan mengancam jiwa, komplikasi yang muncul atau timbulnya adanya reaksi penolakan sel donor (*graft versus host disease* atau GVHD). Maka perlu adanya pertimbangan lebih lanjut. Disisi lain juga donor yang cocok sangat penting untuk mengurangi timbulnya komplikasi CVHD. Akan tetapi sudah dilakukan dengan menggunakan donor haplotype atau setengah cocok karena kesulitan mencari pendonor yang cocok dengan pasien. Dan perlu juga ada mengonsumsi obat imunosupresan guna untuk menekan sistem imun sehingga rentang terhadap infeksi.

5.2 Hemofilia

Hemofilia adalah penyakit kronik yang memengaruhi kualitas hidup penderita dan merupakan kelainan hemoragik hereditas berat yang paling umum, Selain itu juga menyebabkan darah seseorang mengalami pembekuan pada waktu timbulnya luka. Namun darah untuk orang normal jika terkeluar lewat luka bakal mengalami pembekuan selama 5 sampai 7 menit. Tapi untuk orang yang terserang hemophilia tersebut, darah bakal mengalami pembekuan diantara 50 menit hingga 2 jam, sehingga gampang mengakibatkan individu meninggal dunia sebab hilangnya darah secara banyak (Amonius Asmin Hardi Saputra Gulo1, 2018).

Hemofilia pada pasien akan mengalami hemoragi kongenital yang diakibatkan kekurangan dari faktor IX (hemofilia B) maupun faktor VIII (hemophilia A) karena mutasi gen F9 serta F8 di lengan panjang pada kromosom X. Hemofilia A serta B adalah suatu gangguan yang mengakibatkan kromosom X yang memiliki sifat resesif. Oleh karena itu Pada lelaki yang sekedar mempunyai 1 kromosom X, Cuma membutuhkan: 1). copy dari mutasi gen buat terjangkit

penyakit tersebut, sebaliknya pada perempuan mutasi perlu tersedia dalam 2 kromosom X. 2). seluruh anak wanita dari ayah dengan hemofilia bakal jadi *carrier*, sebaliknya untuk anak lelaki tak ada laki yang terjangkit. 3). Apabila ibunya seorang Carrier, terdapat probabilitas sebanyak 50% anak berjenis kelamin lelaki terjangkit penyakit serta sebanyak 50% anak berjenis kelamin cewek menjadi Carrier (Nindya *et al.*, 2022).

1. Etiologi

Hemofilia disebabkan genetik. Hemofilia A serta B, kedua gen itu terdapat dalam kromosom X, maka tergolong penyakit resesif yang berkaitan -X. makan pasien Hemofilia baik laki-laki dan perempuan di karenakan keturunan. Selain itu juga Hemofilia A terjadi apabila terdapat kecatatan gen yang mengakibatkan minimnya AHG (faktor pembekuan VIII). Sedangkan Hemofilia B diakibatkan minimnya faktor pembekuan IX dan Hemofilia C Desebabkan kurangnya faktor pembekuan XI (Perdana & Herdata, 2020).

2. Patofisiologi

Pada pengidap hemophilia mengalami gangguan yang dimana proses itu terjadinya pembekuan yang diberikan terminologi menjadi angka I hingga XIV (Budirahardjo, 2011) antara lain:

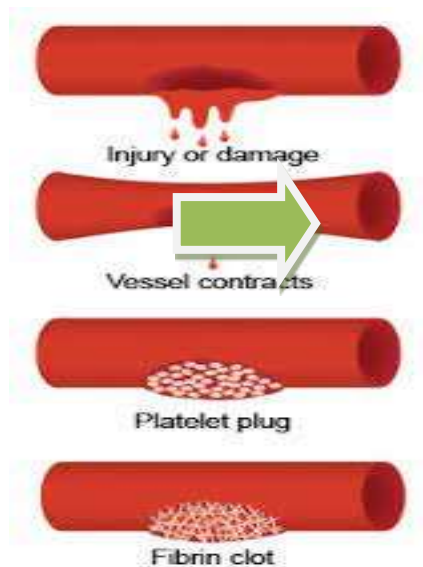
- 1) Fibrinogen
- 2) Protombin
- 3) Bahan prokoagulasi jaringan
- 4) Ion kalsium
- 5) Akselator globulin
- 6) Tidak dinamai
- 7) Akselator Konversi Protombin Serum
- 8) Globulin/faktor anti hemolitik
- 9) Komponen Tromboplastin plasma; faktor Christmas

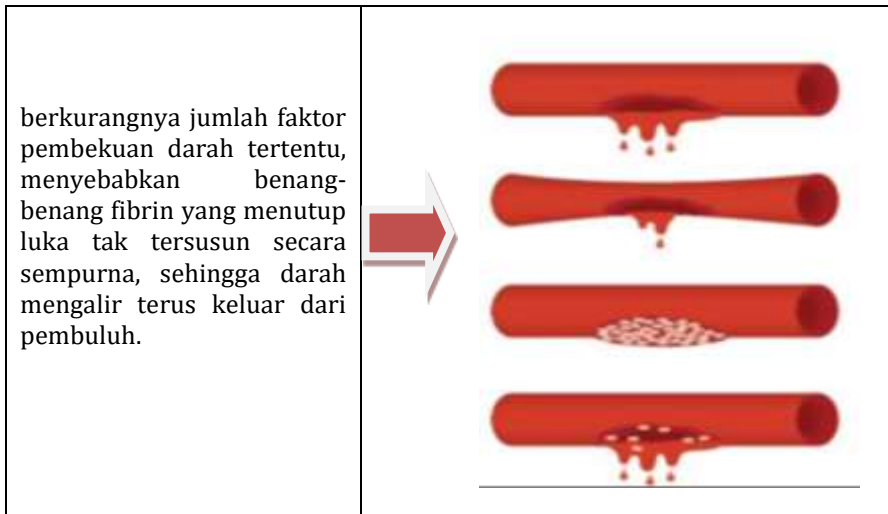
- 10) Faktor stuart-power
- 11) Antesenden tromboplastin plasma
- 12) Faktor hegeman
- 13) Faktor stabilisasi fibrin
- 14) Protein C

Pada pasien Hemofilia mengalami gangguan pembekuan darah dan mengalami jumlah darah yang normal, sehingga proses pembekuan terjadi ada perbedaan antara orang yang normal dan penderita hemofilia.

Pada umumnya manusia, pada saat mengalami perdarahan berat atau ringan, maka akan terjadi luka pada pembuluh darah dan mengalir kesemua tubuh kemudian darah terkeluar pada pembuluh. pembuluh darah mengecil/mengerut.

Kemudian trombin bakal melakukan penutupan luka di pembuluh. Selanjutnya terjadi pembekuan darah yang bekerja untuk membentuk anyaman (benang-benang fibrin) yang bakal melakukan penutupan luka supaya darah berhenti keluar





Gambar 5.2. Hemofilia

3. Manifestasi Klinis

Tanda gejala pada pasien hemofilia A serta B sama-sama mengalami pendarahan yang sulit untuk berhenti pendarahan. Hemophilia dapat dibagi menjadi hemophilia ringan, yaitu hemofilia (konsentrasi FVIII serta konsentrasi F IX 0.05-0.4 IU/militer maupun 5 hingga 40 persen), sedangkan pada hemofilia sedang (konsentrasi FVIII serta konsentrasi F IX 0.01-0.5 IU/militer atau 1-5 persen) dan hemofilia berat (konsentrasi FVIII dan konsentrasi F IX di bawah 0.01 IU/militer atau di bawah 1 persen). Namun pasien dengan hemofilia ringan jarang terjadi pendarahan secara spontan. Pada hemofilia sedang, perdarahan secara spontan dapat terjadi atau dengan trauma ringan, sedangkan untuk hemofilia berat perdarahan secara spontan sering terjadi melalui perdarahan ke organ dalam, sendi serta otot (Perdana & Herdata, 2020).

5.3 Kanker Leukimia

Leukemia adalah suatu gangguan akumulasi Leukosit ganas pada darah serta sumsum tulang. Angka kejadian hingga mencapai 3 sampai 4 kasus per 100.000 anak-anak yang memiliki umur kurang dari 15 tahun, leukemia selalu dialami kepada anak lelaki diperbandingkan dengan anak wanita yang memiliki umur lebih dari 1 tahun, serta puncak terjadi diantara umur 2 serta 6 tahun. Leukemia dikategorikan jadi leukemia kronik serta akut. Sekitar 75 sampai 80 persen pada semua kasus leukemia ialah *ALL* atau *Acute Lymphoblastic Leukemia*, 20 sampai 25 persen ialah *AML* atau *Acute Myelogenous Leukemia*, serta 5 persen *CML* atau *Chronic Myeloid (Myelocytic) Leukemia* (Yulianti & Adnan, 2020).

Leukimia merupakan penyakit keganasan jaringan hematopoietik abnormal yang serius mengancam kehidupan dan kesehatan anak-anak. Leukemia masa kanak-kanak sebagian besar adalah leukemia limfositik akut atau myeloid akut, sedangkan leukimia tipe kronis jarang terjadi, sehingga Leukemia akut sering terjadi pada anak-anak (Wang *et al.*, 2018). Leukimia merupakan produksi sel darah leukosit yang abnormal dan leukosit yang rendah mengalami sel-sel imatur menghancurkan sel darah normal, Leukimia menyerang sel Leukosit sehingga mengalami gangguan atau sel darah yang abnormal yang di produksi oleh sumsum tulang, sehingga sel leukosit tidak bisa melawan infeksi (Deswita; Aprianti; Jennisy O., 2023).

a. Patofisiologi leukimia

Leukimia disebabkan karena faktor genetik, paparan radiasi dan racun kimia yang akan menyebabkan kelainan maturasi sel darah leukosit di dalam sumsum tulang, dengan terganggunya sel leukosit akan mengalami imatur yang biasa di sebut sel blas, sel blas tersebut tidak

berespon terhadap mekanisme umpan balik tubuh sehingga sel berproliferasi secara cepat dan jumlah yang banyak. Sel tersebut berkompetisi dengan sel darah leukosit yang normal di dalam sumsum tulang jika sel blas yang lebih banyak makan sel tersebut akan menggantikan sel darah leukosit.

b. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinik pada leukemia sering mengalami kelelahan, infeksi, pucat, demam yang tak sembuh, sakit kepala, serta muntah, nyeri sendi pada tulang, memar maupun gampang berdarah, menurunnya nafsu makan serta berat badan turun, sulit bernafas maupun batuk, pembesaran kelenjar limf, pembesaran limpa, edema pada tangan serta muka.

a) Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan darah rutin serta hitung jenis, foto toraks lateral serta AP. sitokimia sumsum tulang, fungsi lumbal, Aspirasi sumsum tulang, sitogenetik, imunofenotipi.

b) Pengobatan

1. Kemoterapi

Terapi ini tujuannya untuk mengontrol juga memantau jumlah pada leukosit di tubuh pada fase kronik dan tidak mengurangi presentase hasil dari sel BCR-ABL 1 positif. Regimen yang dimulai dengan kisaran 1,0-2,0 g/hari kemudian dikurangi secara bertahap pada tiap minggu hingga dosis pemeliharaan ada pada kisaran 0,5-1,5 g/hari.

2. Transplantasi sel-sel punca

Transplantasi sel punca adalah terapi yang baik diberikan pada pasien LMK dan sudah terbukti, akan tetapi efeknya yang tinggi dan biasa hanya diberikan pada pasien yang mengalami kegagalan

imanitib. Terapi ini lebih cocok diberikan pada fase kronik.

c) Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu dasar untuk menetapkan asuhan keperawatan yang efisien dalam memberikan bantuan pasien memenuhi kesehatan secara maksimal. Sebagai contoh diagnosa keperawatan yang di angkat dengan Leukimia pada bayi dan anak (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2016) sebagaiberikut:

1. Hipertemia berhubungan dengan proses infeksi
2. Nyeri akut berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik
3. Gangguan perfusi jaringan penurunan komponen penting dara (hemoglobin)
4. Resiko atau gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan dengan anoreksia, mual, muntah
5. Resiko pendarahan di buktikan dengan penurunan komponen pembekuan darah (trombosit)

d) Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan meruapakan suatu tindakan berdasarkan pengetahuan atau pengalaman serta penilaian klinis guna menggapai luaran yang diinginkan. Menurut Fajar (2021) mengatakan dalam buku (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018) langkah yang dilaksanakan salah satunya observasi, edukasi, terapeutik serta kolaborasi, sebaliknya Luaran keperawatan mengarah kepada status diagnosis keperawatan sesudah dilaksanakannya intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

1. Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi
 - ❖ Kriteria hasil :
 - a. Termogulasi bertambah baik
 - b. Menggigil mengalami penurunan
 - c. Suhu tubuh membaik
 - ❖ Observasi
 - a. Mengidentifikasi penyebab hipertermia (mis. penggunaan incubator, terpapar lingkungan panas, Dehidrasi,).
 - b. Memonitor suhu tubuh
 - ❖ Terapeutik
 - a. Lakukan pendingin eksternal (kompres hangat)
 - b. Berikan larutan oral.
 - c. Menganti linen tiap hari maupun lebih sering jika
 - d. Hyperhidrosis (keringat berlebih).
 - ❖ Edukasi
 - a. Mengajarkan tirah baring Kolaborasi
 - b. Kolaborasi pemberian elektrolit serta cairan intravena jika perlu
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
 - ❖ Kriteria hasil :
 - a. Tingkat nyeri berkurang
 - b. Keluhan nyeri
 - c. Meringis berkurang
 - ❖ Observasi
 - a. Mengidentifikasi lokasi, intensitas nyeri, frekuensi kualitas, karakteristik durasi.
 - b. Mengidentifikasi skala nyeri
 - c. Mengidentifikasi faktor yang memperingan serta memperberat rasa

nyeri

❖ Terapeutik

- a. Mengontrol lingkungan yang memperburuk nyeri
- b. Mengajarkan Teknik nonfarmkologis guna menurunkan nyeri

❖ Kolaborasi

- a. Berkolaborasi dalam pemberian anestetik, apabila dibutuhkan

3. Perfusi perifer tidak efektif penurunan konsentrasi hemoglobin

❖ Kriteria hasil :

- a. Perfusi perifer mengalami peningkatan
- b. Nyeri ekstremitas menurun
- c. Warna kulit pucat berkurang
- d. Turgor kulit menurun

❖ Observasi

- a. Memeriksa sirkulasi perifer (mis. suhu, warna, edema, Nadi perifer, ankle brachial index, pengisian kapiler,)
- b. Memonitor kemerahan, nyeri, panas maupun edema pada ekstremitas
- c. Hindarkan untuk mengukur tekanan darah di ekstremitas yang keterbatasan perfusi
- d. Lakukan perawatan kuku serta kaki Edukasi
- e. Sarankan untuk berhenti merokok
- f. Sarankan untuk melakukan pengecekan air mandi guna mencegah kulit terbakar
- g. Sarankan untuk minum obat pengontrol tekanan darah dengan rutin
- h. Informasikan tanda serta gejala darurat

yang perlu disampaikan (mis, hilangnya rasa, luka yang tak sembuh, rasa sakit yang tak hilang ketika istirahat,)

4. Deficit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan Kriteria hasil :

- a. Status nutrisi bertambah baik
- b. Porsi makan yang dihabiskan meningkat
- c. Berat badan membaik

❖ Observasi

- a. Mengidentifikasi status nutrisi
- b. Mengidentifikasi alergi serta intoleransi makanan
- c. Mengidentifikasi makanan yang disenangi
- d. Mengidentifikasi perlunya pemakaian selang nasogastric
- e. Pantau asupan makanan
- f. Pantau berat badan

❖ Edukasi

- a. Lakukan kebersihan mulut (*oral hygiene*) sebelum makan, apabila dibutuhkan
- b. Sajikan makanan dengan menarik serta temperatur yang sesuai
- c. Berhenti memberikan makanan lewat selang nasogastric apabila asupan melalui oral bisa diberi toleransi
- d. Sarankan posisi duduk, apabila mampu

❖ Kolaborasi

- a. Berkolaborasi memberikan pengobatan sebelum makan (mis, antiemetic, Pereda nyeri,), apabila dibutuhkan

DAFTAR PUSTAKA

- Adyanti, H. E., Ulfa, A. F., & Kurniawati, K. 2020. Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Thalasemia Di Paviliun Seruni Rsud Jombang: Studi Literature. *Jurnal EDUNursing*, 4(1), 17–23. <https://test.journal.unipdu.ac.id/index.php/edunursing/article/view/2336>
- Amonius Asmin Hardi Saputra Gulo1, M. S. 2018. Perancangan Aplikasi Sistem Pakar Mendiagnosa Penyakit Hemofilia Pada Manusia Menerapkan Metode Case Based Reasoning. *Jurnal Pelita Informatika*, 6(3), 278–283.
- Andrsini RM. 2021. *Thalasemia* (Annette d'). Airlangga universitas Perss.
- Budirahardjo, R. 2011. PERAWATAN GINGIVITIS PADA ANAK PENDERITA HEMOFILIA-A Roedy Budirahardjo Bagian Pedodonsia Fakultas Kedokt eran Gigi Universit as Jember. *Perawatan Gingivitis Pada Anak Penderita Hemofilia-A*, 8, 62–66.
- Daniela S . Duha. 2022. GAMBARAN TATALAKSANA TALASEMIA ANAK PADA DUA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DI PROVINSI JAMBI. -, 33(1), 1–12.
- Deswita.Aprianti.Jennisya O. 2023. *LEUKIMIA PADA ANAK KEMOTERAPI & KELELAHAN (FATIGUE)* (D. Wati. (ed.); Cetakan Pe). <https://penerbitabatabadi.id>
- Fajar, M. A. 2021. Asuhan keperawatan leukemia mieloid kronis pada tn. a di ruang baitul izzah 1 rumah sakit islam sultan agung semarang. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 1–47.
- Faridah Umi. 2021. *Asuhan Keperawatan pada Anak* (Abdul Kari). kitamenulis.id

- Fauzi M., B. N. S. 2019. Analisis Kebijakan Inventori Pada Komponen Darah Packed Red Cell (Prc). *Jurnal Manajemen Industri Dan Logistik*, 3(2), 94–105. <https://doi.org/10.30988/jmil.v3i2.218>
- Menawati, T. L. 2018. *23-Article Text-58-1-10-20190325.pdf*.
- Nindya, B., Putri, A., & Rahmadhona, D. 2022. Tinjauan Pustaka Literature Review Hemofilia. *Jurnal Kedokteran Unram*, 1(3), 1125–1139.
- Perdana, P. Y., & Herdata, H. N. 2020. Terapi Update Hemofilia pada Anak. *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika*, 3(4), 18–25.
- Regar, J. 2009. Aspek Genetik Talasemia. *Jurnal Biomedik (Jbm)*, 1(3). <https://doi.org/10.35790/jbm.1.3.2009.829>
- Sari, I. Y., & Maulana, F. 2021. Simulasi Terbaik Dalam Persediaan Komponen Darah Menggunakan Metode Monte Carlo. *JITA (Journal of Information Technology ..., IV(1)*, 24–33. <https://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JITA/article/view/475>
- Souza, P. K. de, Amorim, R. O., Sousa, L. S., & Batista, M. D. 2023. Dermatological manifestations of hematologic neoplasms. Part I: secondary specific skin lesions. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 98(1), 5–12. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2022.06.002>
- Wang, Z., Mo, L., Jiang, X., Liu, Y., & Shi, L. 2018. A quality-of-life system to evaluate children with leukemia in China. *Medicine (United States)*, 97(36). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012119>
- Yulianti, E., & Adnan, N. 2020. Faktor-Faktor Prognostik Kesintasan 5 Tahun Leukemia Limfoblastik Akut Pada Anak Usia 1 - 18 Tahun. *Promotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 10(2), 86–96. <https://jurnal.unismuhpalu.ac.id/index.php/PJKM/article/view/1364>

BAB 6

KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GIZI BURUK

Oleh Muhsinin

6.1 Pendahuluan

Data dari Studi Status Gizi Indonesia (SSGI 2021) menunjukkan angka kejadian (prevalensi) *stunting* di Indonesia terjadi pergeseran atau adanya pengurangan angka yang semula 27,7% di tahun 2019 menurun ke angka 24,4%. Akan tetapi bila dilihat dari angka kejadian (nilai prevalensi) *underweight* terjadi peningkatan menjadi 17% yang semula hanya 16,3%. Kenyataan ini merupakan masalah besar yang harus segera diatasi oleh bangsa ini karena masalah gizi buruk (gizi kurang) berdasarkan kriteria WHO kondisi tersebut diatas termasuk pada masalah kesehatan masyarakat pada kategori tinggi.

Langkah langkah dari Pemerintah dalam upaya mengatasi kondisi gizi buruk yang terjadi pada anak-anak Indonesia diantaranya adalah merumuskan program penanganan dan Pedoman Pencegahan dan penguatan deteksi dini masalah gizi, memantau pertumbuhan dan perkembangan anak, bimbingan dan edukasi gizi, , Pemberian Makanan Tambahan (PMT), pembentukan *Therapeutic Feeding Centre* (TFC) dan peningkatan kapasitas tim asuhan gizi (Kemenkes RI, 2011).

Target pencapaian RPJMN di seluruh Indonesia tahun 2024 sebesar 60% pada Puskesmas untuk dapat memberikan pelayanan tata laksana gizi buruk dan sebesar 90% balita gizi

buruk mendapatkan pelayanan yang tepat sesuai dengan pedoman penanganan tentang gizi buruk (Kemenkes RI, 2020).

6.2 Pengertian Gizi Buruk

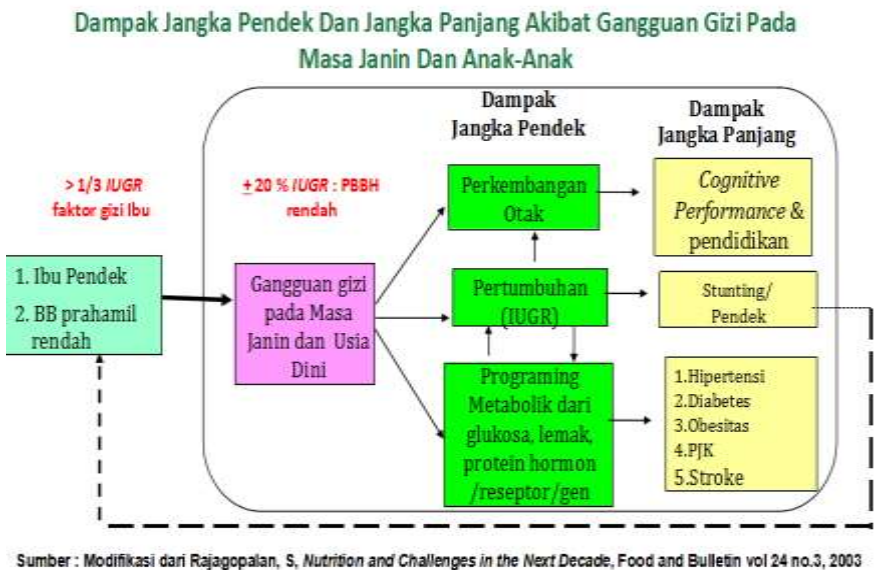
Istilah gizi buruk atau malnutrisi adalah gambaran tidak seimbangnya asupan dibandingkan keluaran nutrisi baik dilihat dari zat gizi makro dan mikro. Mulai dari *undernutrition* (tanda klinis tidak sulit untuk dikenali) hingga kekurangan zat gizi mikro yang seringkali tidak diperhatikan. Kondisi *undernutrition* (sindrom kekurangan gizi) paling banyak terjadi dan muncul anak yang dirawat inap. Karena adanya peningkatan jumlah kebutuhan kalori dan protein atau zat gizi oleh sebab tahapan penyakit atau gangguan proses absorpsi zat gizi yang sehingga berdampak terhadap terhambatnya pemenuhan gizi yang berat atau kombinasi keduanya.

Optimal tidaknya tahapan tumbuh dan perkembangan seorang anak berkaitan erat dengan kondisi saat kehamilan. Pentingnya mencukupi kebutuhan dan jumlah gizi seimbangan sejak hamil dan stimulasi sejak dalam kandungan merupakan sesuatu yang menentukan tingkat pencapaian terbaik tumbuh kembang. Semua aspek harus menjadi perhatian baik dari jumlah dan kualitasnya, termasuk pada kondisi anak yang sehat yang diberi stimulasi yang tepat dan sesuai dengan tahapan tumbuh kembangnya.

Pertumbuhan merupakan penanda sensitif yang digunakan untuk menilai status gizi sepanjang masa kanak-kanak. Monitor dan pemantauan pertumbuhan penting dilakukan baik untuk anak dengan kondisi sakit maupun untuk anak sehat, masa awal Pertumbuhan sangat berpengaruh terhadap perkembangan jangka panjang, status kesehatan dan kesejahteraan anak (Koletzko *et al.*, 2015).

Fokus dunia internasional tidak terkecuali negara Indonesia sangat menekankan pada 1.000 hari pertama

kehidupan (*Scaling Up Nutrition*), untuk memberikan pelayanan sejak dini terhadap anak mulai pada masa kehamilan sesuai pada parameter (standar) untuk kecukupan kebutuhan gizi seimbang hingga usia anak 2 tahun karena, proses pertumbuhan dan perkembangan anak sangat cepat terutama pertumbuhan otak sebesar 80% pada masa ini.



Gambar 6.1. Pentingnya pemenuhan kecukupan gizi pada 100 hari pertama kehidupan terhadap tumbuh kembang anak.
Sumber: (Rajagopalan, 2003).

Pada tabel berikut adalah rata-rata nilai patokan acuan kebutuhan kecukupan gizi yang disarankan bagi anak berbanding kegiatan atau aktivitas fisik anak pada umumnya.

Tabel 6.1. Besaran nilai rata-rata kecukupan gizi anak yang disarankan

Batasan Umur	Energi (Kkal)	Protein (gram)	Vitamin A (RE)	Besi (mg)	Kalsium (mg)
1-3 tahun	1.000	25	400	8, 2	500
4-6 tahun	1.550	39	450	9	500

Sumber: Bahan ajar kesehatan ibu dan anak (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Kejadian atau prevalensi wasting berdasarkan data Riskesdas tahun 2018 pada balita menunjukkan besaran angka 10,2% dan 3,5% atau hampir sekitar 805.000 adalah balita dengan *severe wasting* (gizi buruk).

Tabel 6.2. Masalah kesehatan Masyarakat untuk *Wasting* berdasarkan WHO

Ambang Batas	Kategori
< 2,5%	sangat rendah
2,5 - 5%	Rendah
5 - < 10%	Sedang
10 - < 15%	Tinggi
> 15%	sangat tinggi

Sumber: Kemenkes RI (2020)

6.3 Tanda Gejala, Klasifikasi Dan Penyebab Gizi Buruk

6.3.1 Tanda Gejala Gizi Buruk

Tanda dan gejala klinis gizi berbeda-beda tergantung dari kondisi anak, lingkungan internal eksternal dan penyakit penyerta anak. Istilah yang lazim digunakan untuk kekurangan gizi ada 3 yaitu Marasmus, Kwashiorkor, gabungan keduanya Marasmik-Kwashiorkor.

Marasmus merupakan kejadian kekurangan gizi buruk yang paling banyak ditemukan pada Balita dengan gejala klinis berupa badan sangat kurus, muka keriput seperti orang tua, rewel (sering menangis), lemak kulit sedikit, abdomen cekung, rambut jarang, kusam, tipis dan mudah patah, bentuk tulang iga tergambar jelas, bokong keriput dan kendur (*baggy pant*).

Kwashiorkor adalah bentuk kekurangan gizi karena defisiensi protein walaupun asupan karbohidrat tercukupi. Gejala klinis yang biasanya ditemukan adalah tubuh sangat kurus, pada tubuh terdapat edema yang dapat terjadi pada kaki dan sampai ke seluruh tubuh, masalah pencernaan, rambut seperti rambut jagung berwarna merah, tipis, mudah tercabut, rontok, muka sembab atau bentuk bulat, kering pada kulit adanya pigmentasi, pemeriksaan hati dapat ditemukan pembesaran, anemia ringan dan gangguan tumbuh kembang.

Marasmik-kwashiorkor merupakan keadaan dimana tubuh mengalami defisiensi karbohidrat serta protein, gejala klinis yang ditunjukkan dapat ditemukan beberapa gabungan dari gejala klinis pada marasmus dan kwashiorkor. Terjadi penurunan berat badan yang massif dimana $BB/U < 60\% SD$ WHO-NCHS yang diiringi dengan adanya bengkak atau edema yang ekstim.

6.3 Penyebab Gizi Buruk

Penyebab terjadinya gizi buruk pada anak dapat disebabkan oleh 2 faktor yaitu secara langsung dan tidak langsung. Adapun berbagai faktor langsung antara lain: pemberian ASI pada saat pertama kali keluar atau kolostrum, penerapan hanya pemberian ASI saja selama 6 bulan (ASI eksklusif), kebiasaan (pola) saat makan anak, dan penyakit infeksi atau penyerta yang terjadi anak sedangkan yang tidak langsung seperti ketersediaan maupun akses bahan makanan dan hygiene kebersihan serta kesehatan lingkungan (Wulandari *et al.*, 2021).

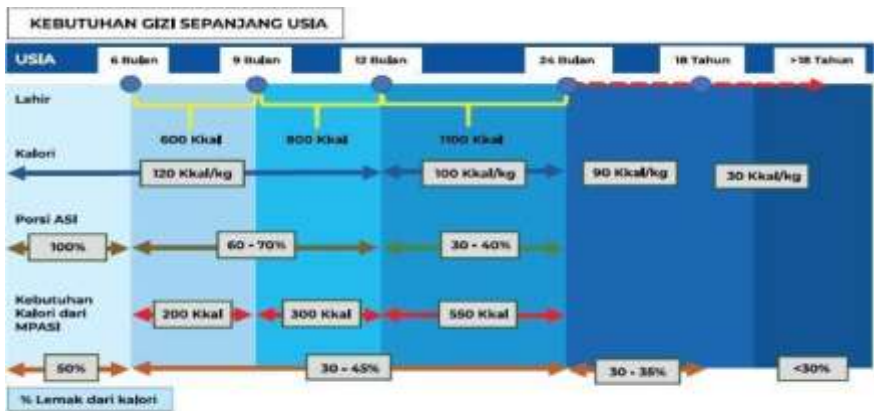
Faktor terjadinya gizi buruk dapat pula karena kebiasaan atau pola pada saat makan yang kurang baik, bahan makanan kurang atau tidak ada serta anak salah atau kurang mendapat asupan zat gizi seimbang (Liansyah, 2015).

6.4 Status Gizi Pada Bayi Dan Anak

Bayi sampai dengan anak prasekolah termasuk dalam batasan kelompok yang sangat rentan terjadinya masalah kurang (rawan dengan masalah gizi). Adapun permasalahan gizi ini merupakan tanggung jawab dari petugas kesehatan (tenaga kesehatan dan kader) oleh karena itu, petugas kesehatan mesti menguasai keterampilan dalam manajemen KIE tentang kebutuhan gizi anak secara persuasif dan mudah dipahami oleh keluarga terutama ibu.

Seorang Ibu harus mempunyai pemahaman tentang pentingnya kesadaran pemenuhan gizi bagi anak dan berupaya untuk memenuhi kebutuhan dasar gizi anak (anak tercukupi asupan gizinya). Membudayakan memberi asupan gizi yang terbaik yang disesuaikan dengan kondisi keuangan dan ketersediaan untuk mendapatkannya, mampu dalam memilih bahan dan pengolahan makanan serta menjaga hygiene baik saat proses memasak maupun saat menyajikannya.

Pemantauan antropometri khususnya berat badan dan tinggi sangat penting karena berat badan dan tinggi badan adalah indikator kesehatan umum dan status nutrisi yang penting. Pemantauan berkala pada status antropometri sangat penting dilakukan terutama pada anak sakit baik dalam kondisi akut maupun kronis (Douglas, Nicol and Robertson, 2013).



Adaptasi dari Buku *Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child* (FAHO 2003) dan *Fats and Fatty Acids in Human Nutrition - Report of an expert consultation* (FAO, 2010).

Gambar 6.2. Kebutuhan Gizi Sepanjang Usia

Sumber: Buku saku pencegahan dan tata laksana gizi buruk pada balita di pelayanan rawat jalan (Kemenkes RI, 2020)

6.5 Skrining Dan Deteksi Dini Gizi Buruk

Beberapa bentuk upaya melakukan skrining dan deteksi dini kurang gizi pada balita sebagai berikut:

1. Meningkatkan kepedulian keluarga untuk berperan aktif untuk memeriksakan anaknya secara rutin dan terus menerus serta mendapatkan informasi penting tentang gizi ke Pelayanan Kesehatan yang langsung kepada masyarakat seperti layanan Puskesmas dan Pustu termasuk layanan

Poskesdes, taman bermain dan TK/PAUD, praktik pelayanan kesehatan swasta (mandiri).

2. Pengukuran antropometri lebih ditujukan dalam mengidentifikasi kejadian gizi buruk ringan dan sedang dengan melakukan penilaian fisik anak seperti mengukur BB, PB/TB, LILA dan lingkaran kepala. Hasil pengukuran selanjutnya dibandingkan dengan nilai baku atau nilai standar untuk anak normal. Jadwal pengukuran disesuaikan dengan jadwal deteksi dini tumbuh kembang anak yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih (Kementerian Kesehatan RI, 2015).
3. Terdapat beberapa parameter nilai standar yang biasa digunakan yaitu BB/U, TB/U, BB/TB(PB) dan IMT/U dimana Parameter ini dibandingkan dengan tabel standar. Perbandingan berat badan dengan umur dapat menggunakan grafik pertumbuhan yang terdapat pada KMS/KIA.
4. Program Buku KIA dimana setiap anak harus mempunyai buku KIA yang terdokumentasi dengan baik dan benar yang diberikan sejak awal kehamilan ibu terutama lagi untuk Balita dengan gangguan atau hambatan tumbuh kembang untuk rujukan ke petugas kesehatan.

Tabel 6.3. Indeks Antropometri Sesuai dengan Status Pertumbuhan.

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
BB/U	Berat badan sangat kurang (<i>severely underweight</i>)	< -3 SD
	Berat badan kurang (<i>underweight</i>)	- 3 SD sd < - 2 SD
	Berat badan normal	-2 SD sd +1 SD
	Risiko berat badan lebih	> +1 SD
PB/U atau TB/U	Sangat pendek (<i>severely stunted</i>)	< -3 SD
	Pendek (<i>stunted</i>)	- 3 SD sd < - 2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi	> +3 SD
BB/PB atau BB/TB	Gizi buruk (<i>severely wasted</i>)	< -3 SD
	Gizi kurang (<i>wasted</i>)	- 3 SD sd < - 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>)	> +1 SD sd +2 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	> +2 SD sd +3 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> +3 SD
LiLA	Gizi buruk	< 11,5 cm
	Gizi kurang	11,5 cm – 12,4 cm
	Gizi baik	≥ 12,5 cm
Lingkar Kepala	Sangat kecil	< -3 SD
	Kecil	- 3 SD sd < - 2 SD
	Normal	≥ -2 SD sd ≤ +2SD
	Sangat besar	> +2 SD

Sumber: Peraturan MenKes RI Nomor 2 Tahun 2020 (Menteri Kesehatan RI, 2020).

Tabel 6.4. Keadaan Serius Perlu Diperhatikan Saat Pelaksanaan Pemantauan

Tanda	Lakukan Kunjungan Rumah	Lakukan Rujukan
BB	BB terjadi penurunan tetapi nafsu makan baik	Berat badan mengalami penurunan, anoreksia atau selera makan menurun/ buruk
	BB naik/tetap tetapi belum bisa mencapai hasil sesuai harapan (kurang dari 50 g/kg BB per minggu dengan durasi 2 minggu terus menerus dan tiada ada anoreksia	Berat badan tetap atau naik tidak sesuai yang diharapkan (kurang dari 50 g/kg BB per minggu) setelah 3 minggu mendapatkan terapi gizi dan telah dilakukan kunjungan rumah
Pitting edema bilateral	Bengkak (Pitting edema) bilateral tetap masa kunjungan minggu ke-2	Terjadi bengkak/pitting edema bilateral baru Meningkat derajat menjadi +3 pitting edema bilateral. Perbaikan pitting edema bilateral pada kunjungan minggu ke-2 belum terjadi
Nafsu makan Tidak ada respons (tidak sembuh)	Makan < 75% RUTF dalam seminggu Minum < 80% F100 dalam seminggu	Anoreksia (nafsu makan menurun) atau tidak mau makan. Jika setelah 3 bulan mendapatkan terapi gizi di pelayanan rawat jalan namun tidak mencapai kriteria sembuh, maka rujuk untuk pemeriksaan lengkap

Sumber: (Kemenkes RI, 2020)

6.7 Pencegahan Dan Tata Laksana Gizi Buruk

Penanganan untuk kasus gizi buruk harus terintegrasi dengan metode tepat dan cepat agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut dan untuk mencegah kematian serta memperbaiki tumbuh kembang anak di masa remaja/dewasa. Program pencegahan dan penanggulangan gizi buruk dilakukan dengan melakukan deteksi dini serta memberikan dorongan motivasi kepada masyarakat tentang penatalaksanaan dan penanganan sesuai standard dan sesuai dengan kasus yang terjadi serta memiliki tingkat integrasi yang baik dengan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap. Keefektifan ini sangat besar menurut WHO apabila, pelaksanaan skrining dini dan partisipasi masyarakat maksimal maka, angka sekitar 644.000 atau sebesar 80% masalah seputar kasus gizi buruk dapat teratasi hanya dengan layanan rawat jalan.

Pemerintah sudah mengambil langkah-langkah untuk menyelesaikan termasuk pencegahan terhadap permasalahan gizi ini. Adapun upaya yang telah dilakukan dalam penanggulangan gizi buruk pada anak antara lain: merumuskan acuan tata cara pencegahan dan penatalaksanaan gizi buruk, memberikan informasi dan pendidikan yang mencakup deteksi awal, monitoring pertumbuhan dan perkembangan anak, program tambahan asupan gizi atau PMT. Mengelola *Therapeutic Feeding Centre* (TFC) sebagai pusat tata laksana gizi pelayanan kesehatan kepada masyarakat dan upaya meningkatkan peran tim dalam asuhan nutrisi penanggulangan gizi buruk. Sebagian anak ada yang harus diberikan memerlukan TPN (total parenteral nutrisi) hingga mereka dapat menoleransi pemberian makanan lewat enteral tanpa malabsorpsi yang bermakna (Kyle and Carman, 2015).

Langkah-langkah tersebut diyakini dapat memberikan warna yang berbeda kearah yang lebih baik dalam upaya pencapaian target RPJMN 2024 yaitu 60% Puskesmas di

seluruh Indonesia. Diharapkan program yang telah dibuat dapat dijadikan sarana yang mendukung terhadap upaya pelayanan tatalaksana masalah gizi, capaian angka sebesar 90% pada pelayanan sesuai dengan tata laksana gizi buruk dapat terpenuhi.

Berbagai upaya pengelolaan gizi buruk terintegrasi melibatkan semua pemangku kepentingan sebagaimana digambarkan bagan di bawah ini.



Gambar 6.3. Skema Komponen Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi.

Sumber: (Kemenkes RI, 2020).

6.8 Asuhan Keperawatan Pada Anak Gizi Buruk

6.8.1 Pengkajian Nutrisi

Penggalian data tentang nutrisi bagian penting dalam menentukan hasil termasuk pada penilaian kesehatan seseorang, termasuk dalam melakukan pemantauan hasil status keseimbangan gizi (perbandingan antara pemasukan dan kebutuhan nutrisi). Pengkajian masalah nutrisi meliputi berbagai aspek tentang informasi tentang diet, pengkajian klinis terhadap status nutrisi dan status biokimia (Wong, 2004).

Informasi masukan diet dimulai dengan riwayat diet mencatat frekuensi makan yang dikonsumsi dalam jumlah hari tertentu biasanya selama 2 minggu. Pengkajian klinis berisi informasi mengenai gejala dan tanda kekurangan nutrisi atau nutrisi yang tidak adekuat. Tes biokimia biasanya mencakup Hemoglobin, transferrin serum, kapasitas ikatan besi-total, albumin, kreatinin dan nitrogen.

6.8.2 Diagnosis Dan Intervensi Keperawatan

Masalah dan intervensi keperawatan yang kemungkinan dapat muncul sangat bervariasi pada masing-masing anak. Penentuan diagnosis dan intervensi keperawatan mengacu pada Nanda (NANDA-I, 2018) sebagai berikut:

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan intake yang tidak memadai, anoreksia dan diare.

Defenisi: suatu bentuk asupan berupa zat gizi (nutrisi) yang tidak terpenuhi untuk tubuh dalam melakukan mekanisme proses metabolik secara normal.

NOC Status Nutrisi: status nutrisi makanan ataupun cairan mencukupi, nutrient intake dan berat badan terkontrol.

Kriteria Hasil:

- a. Terjadi kenaikan BB sesuai dengan kriteria.
- b. BBI mencapai tingkat yang sebanding dengan pertumbuhan tinggi badan.
- c. Kemampuan untuk memilih jumlah kebutuhan nutrisi dan mengidentifikasi tanda klinis malnutrisi.
- d. Adanya perbaikan dari fungsi menelan dan pengecap.
- e. Bila terjadi penurunan BB pada batas yang kecil (dinilai penurunan yang berarti).

Manajemen Nutrisi:

- a. Menggali informasi adanya alergi terhadap makanan tertentu.
- b. Tentukan kebutuhan nutrisi dan jumlah kalori bersama (Kolaborasi) dengan tim kesehatan lain yaitu ahli gizi sesuai dengan yang diperlukan pasien.
- c. Berikan nutrisi berupa karbohidrat atau bahan gula.
- d. Berikan informasi cara membuat catatan makanan harian.
- e. Pantau total kalori termasuk variasi jenis gizi yang disajikan.
- f. Berikan pendidikan dan informasi kesehatan mengenai kebutuhan nutrisi.

Monitoring Status Nutrisi:

- a. BB pada batasan normal.
- b. Pantau adanya perubahan aktivitas serta terjadinya penurunan BB.
- c. Pantau keadaan dan struktur kulit termasuk rambut: keadaan turgor, rambut kekeringan, kusam, dan mudah patah.
- d. Pantau hasil pemeriksaan laboratorium: Kadar albumin darah, jumlah total protein, Kadar Hb dan Ht.

2. Defisiensi Kekurangan volume cairan berhubungan dengan menurunnya masukan via oral dan terjadi peningkatan kehilangan karena diare.

Definisi: berkurang atau terjadi penurunan jumlah cairan darah (intravaskuler), interstitial, dan atau intraseluler. Ini berdasarkan pada adanya kondisi perubahan pada status hidrasi dan kehilangan cairan.

Kriteria Hasil: Status keseimbangan urine output berbanding lurus (sesuai) terhadap berat badan, usia dan berat jenis urine normal, tekanan darah, nadi, temperature dalam kisaran nilai yang normal, Gejala klinis dehidrasi tidak ditemukan, elastisitas turgor kulit baik, keadaan mukosa dan membran tidak kering (lembab), rasa haus normal atau tidak berlebihan

Manajemen cairan:

- a. Lakukan kontrol kehilangan cairan termasuk menimbang popok/pembalut jika diperlukan.
- b. Jaga balance antara intake dan output cairan yang akurat.
- c. Pantau status hidrasi dan vital sign.
- d. Pantau keseimbangan intake (masukan) makanan dan cairan serta identifikasi kebutuhan masukan kalori harian.
- e. Kolaborasi pemberian terapi cairan Intravena (IV) bila perlu.
- f. Monitor sensasi status nutrisi.
- g. Berikan cairan intravena pada suhu ruangan.
- h. Dorong masukan oral.
- i. Dorong keluarga untuk membantu pasien makan.
- j. Kolaborasi dengan dokter termasuk pemeriksaan darah lengkap.
- k. Atur kemungkinan pemberian transfuse.
- l. Pantau kadar Hb, hematokrit dan Monitor BB.

3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kurang atau tidak adanya kandungan makanan yang memadai.

Definisi: Perubahan / gangguan epidermis dan/ atau dermis
Kriteria Hasil:

- a. Temperature, hidrasi, pigmentasi, Integritas dan sensasi kulit dapat dipertahankan dengan baik, tidak ditemukan adanya kerusakan pada kulit seperti adanya lesi, trauma/luka pada kulit. Perfusi jaringan baik (tidak ada pucat).
- b. Memperlihatkan adanya peningkatan pengetahuan tentang mekanisme penyembuhan kulit dan mampu melakukan pencegahan agar tidak terjadi cedera berulang.
- c. Mampu memelihara kelembaban dan memproteksi kulit.

Pressure Management:

- a. Berikan alternatif pasien menggunakan pakaian yang longgar.
 - b. Usahkan tempat tidur dengan alas rata dan hindari adanya kerutan, pelihara kulit tetap kering dan bersih.
 - c. Program mobilisasi pasien.
 - d. Pantau keadaan kulit seperti adanya lecet atau kemerahan.
 - e. Berikan minyak, baby oil atau lotion pada kulit yang tertekan atau beresiko terjadi kerusakan kulit.
 - f. Bila perlu sediakan air hangat untuk mandi pasien.
4. Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan dengan asupan kalori dan protein yang tidak adekuat dan proses penyakit kwashiorkor dan marasmus.
- Definisi: adanya gangguan atau kelainan/penyimpangan sesuai dengan kelompok umur.

Kriteria Hasil:

- a. Pertumbuhan dan perkembangan anak dapat dicapai dan berfungsi maksimal sesuai dengan usianya.
- b. Anak serta keluarga menggunakan pertahanan atau koping yang adaptif karena adanya masalah ketidakmampuan.
- c. Keluarga dapat mengidentifikasi berbagai informasi termasuk sumber sarana komunitas.
- d. Perkembangan fungsi Kematangan organ dan fisik:
 - 1) Wanita: berfungsi perubahan organ atau fisik secara normal terutama pada masa peralihan (transisi) dari masa kanak-kanak ke dewasa.
 - 2) Pria: berfungsi proses kematangan organ atau fisik secara normal dan baik mulai dari masa kanak-kanak ke dewasa.
- e. Upayakan keseimbangan status nutrisi pasien terjaga.

Peningkatan perkembangan anak dan remaja:

- a. Gali informasi tentang faktor penyebab masalah perkembangan anak.
- b. Cari dan gunakan sumber informasi pendidikan untuk mendorong pada pencapaian tumbuh kembang yang optimal pada anak.
- c. Dorong dan motivasi potensi komunikasi verbal atau rangsang/stimulasi taktil.
- d. Lakukan Program atau instruksi berulang tetapi sederhana.
- e. Motivasi untuk bersosialisasi bersama kelompok sebaya.
- f. Berikan penghargaan atau *reinforcement* positif terhadap sesuatu yang telah dilakukan dan dicapai anak.

Manajemen Nutrisi:

- a. Kaji keadekuatan asupan nutrisi Tentukan makanan yang disukai anak.

- b. Lakukan monitor terhadap kenaikan dan penurunan BB anak.
5. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan tidak memahami cara memberikan asupan nutrisi yang adekuat pada anak

Definisi: kondisi kurangnya pengetahuan atau adanya defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

Teaching: Proses penyakit:

- a. Lakukan evaluasi mengenai tingkat pemahaman atau pengetahuan pasien dan keluarga mengenai perjalanan penyakit yang spesifik.
- b. Berikan pengertian tentang perjalanan (patofisiologi dari penyakit) dan jelaskan mengapa dan bagaimana hal ini dapat berhubungan secara anatomi dan fisiologi menggunakan pendekatan yang sederhana.
- c. Jelaskan sign (tanda dan gejala klinis) yang kemungkinan dapat terjadi dengan tepat dan bahasa sederhana.
- d. Jelaskan bagaimana terjadinya proses sakit/penyakit secara mudah dan tepat.
- e. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi secara tepat dan lengkap.
- f. Berikan kesempatan keluarga menjadi pusat informasi dengan tepat tentang hasil perkembangan dan kemajuan kondisi pasien.
- g. Kembangkan dan diskusikan perlunya untuk merubah pola kebiasaan (perilaku) untuk mencegah hal yang lebih rumit atau komplikasi dimasa yang akan datang.
- h. Lakukan pendekatan persuasif mengenai pilihan terapi atau penanganan.

DAFTAR PUSTAKA

- Douglas, G., Nicol, F. and Robertson, C. 2013. *Pemeriksaan Klinis Macleod*. 13th edn. Elsevier.
- Kemenkes RI. 2011. *Bagan Tatalaksana Anak Gizi Buruk I*. 1st edn. Edited by Kementerian Kesehatan RI. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. 2020. *Buku Saku Pencegahan Dan Tatalaksana Gizi Buruk Pada Balita Di Layanan Rawat Jalan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Bahan ajar Kesehatan Ibu dan Anak*. Edited by E. Mulati. Jakarta: Pusdiklatnakes Kementerian Kesehatan RI. Available at: <http://www.pdpersi.co.id/pusdiknakes/>.
- Koletzko, E.B. *et al*. 2015. *Pediatric Nutrition in Practice 2nd, revised edition*. Munich. Available at: <http://url-s.gq/paypal>.
- Kyle, T. and Carman, S. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Pediatri*. 3rd edn. Jakarta: EGC.
- Liansyah, T.M. 2015. Tita Malnutrisi pada anak Balita, *Buah Hati*, 2, pp. 1–12.
- Menteri Kesehatan RI. 2020. *PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA*.
- NANDA-I. 2018. *NANDA-I Diagnosa Keperawatan: Definisi & Klasifikasi 2018-2020*. 11th edn. Jakarta: EGC.
- Rajagopalan, S. 2003. Nutrition Challenges in the Next Decade Enhanced Reader, *Nutrition Challenges in the Next Decade*, 24(3), pp. 245–298.
- Wong, D.L. 2004. *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik*. 4th edn. Jakarta: EGC.

Wulandari, L.A. *et al.* 2021. Risiko Penyebab Kejadian Stunting pada Anak, *Jurnal Pengabdian Kesehatan Masyarakat: Pengmaskesmas*, 1(2), pp. 34–38. Available at: <https://doi.org/10.31849/pengmaskesmas.v1i2/5747>.

BAB 7

ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN PENYAKIT INFEKSI PARU

Oleh Vivi Adriana Suardi

7.1 Pendahuluan

Penyakit infeksi paru merupakan kondisi yang sering terjadi pada anak-anak, terutama pada musim hujan dan dingin. Infeksi paru dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk virus, bakteri, atau jamur. Penyakit ini dapat menyebabkan gejala seperti demam, batuk, pilek, dan kesulitan bernapas. (Riffat Naz dkk, 2018).

Asuhan keperawatan anak dengan penyakit infeksi paru sangat penting untuk membantu anak sembuh lebih cepat dan mencegah komplikasi yang lebih serius. Perawat memiliki peran yang sangat penting dalam memberikan perawatan yang tepat dan efektif pada anak dengan infeksi paru.

Selama asuhan keperawatan, perawat akan melakukan observasi terhadap gejala-gejala yang dialami oleh anak, memberikan obat-obatan yang sesuai dengan resep dokter, memastikan anak mendapatkan nutrisi yang cukup, memberikan oksigen tambahan jika diperlukan, serta memberikan pendidikan kepada keluarga tentang cara mengelola kondisi tersebut di rumah. (Kholisah Nasution dkk, 2015)

Penyakit infeksi paru merupakan salah satu masalah kesehatan yang umum terjadi pada anak-anak di seluruh dunia. Seperti Pneumonia, Bronkopneumonia dan TB Paru pada anak-anak dapat menyebabkan gangguan pernapasan yang

serius, bahkan dapat mengancam nyawa jika tidak ditangani dengan tepat dan cepat.

Oleh karena itu, peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang baik pada anak dengan penyakit infeksi paru, terutama pneumonia. Asuhan keperawatan yang diberikan harus bertujuan untuk memantau dan mendiagnosis kondisi kesehatan anak, memberikan pengobatan yang tepat, meminimalkan risiko komplikasi, serta meningkatkan kenyamanan dan kualitas hidup anak selama masa perawatan.

Selain itu, perawat juga harus memperhatikan pendekatan yang holistik dan berbasis keluarga, sehingga mampu memenuhi kebutuhan kesehatan fisik, psikologis, dan sosial anak serta keluarganya. Hal ini dapat dilakukan dengan cara memberikan edukasi kesehatan dan dukungan emosional kepada anak dan keluarganya, sehingga mereka dapat mengatasi kondisi kesehatan dengan lebih baik dan memiliki pengetahuan yang cukup mengenai pengobatan dan pencegahan pneumonia.

Dalam asuhan keperawatan anak dengan penyakit infeksi paru, perawat harus bekerja sama dengan tim medis lainnya, seperti dokter, apoteker, terapis respirasi, dan ahli gizi, untuk memberikan pengobatan yang terintegrasi dan terkoordinasi dengan baik. Dengan begitu, anak dapat mendapatkan perawatan yang holistik dan komprehensif, sehingga dapat mempercepat pemulihan kondisi kesehatannya.

Dalam keseluruhan, asuhan keperawatan anak dengan penyakit infeksi paru memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup anak. Oleh karena itu, perawat harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai dalam memberikan asuhan keperawatan yang baik dan efektif pada anak dengan kondisi kesehatan tersebut.

7.2 Bronkopneumonia

1. Defenisi

Bronkopneumonia atau pneumonia lobaris atau pneumonia segmental, adalah jenis pneumonia yang memengaruhi bronki dan jaringan paru-paru di sekitarnya. Bronkopneumonia lebih umum terjadi pada anak-anak dan orang dewasa yang lebih tua, terutama mereka yang memiliki sistem kekebalan yang lemah atau penyakit kronis. (Hidayat, 2013).

2. Etiologi

Etiologi Bronkopneumonia disebabkan oleh infeksi bakteri, virus, atau jamur yang menyebar ke bronki dan jaringan paru-paru di sekitarnya. Bakteri yang paling sering menyebabkan bronkopneumonia adalah *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, dan *Staphylococcus aureus*. Virus yang dapat menyebabkan bronkopneumonia meliputi virus influenza, virus respiratori sincytial, dan adenovirus. Jamur seperti *Candida* dan *Aspergillus* juga dapat menyebabkan bronkopneumonia pada individu yang memiliki sistem kekebalan yang lemah. (Hidayat, 2013).

3. Patofisiologi

Patofisiologi Bronkopneumonia terjadi ketika mikroorganisme masuk ke bronki dan menyebar ke jaringan paru-paru di sekitarnya. Hal ini menyebabkan peradangan pada bronki dan jaringan paru-paru dan membuat anak sulit bernapas. Kondisi ini menyebabkan konsolidasi paru-paru, yaitu ketika udara tidak dapat masuk ke dalam area paru yang terkena bronkopneumonia. (Hidayat, 2013).

4. Manifestasi Klinik

Manifestasi Klinis Gejala bronkopneumonia meliputi demam, batuk yang memproduksi dahak yang berwarna hijau atau kuning, sesak napas, napas cepat atau pendek, napas berbunyi atau mengi, rasa sakit di dada, dan kelelahan. Gejala ini dapat bervariasi tergantung pada usia dan keparahan infeksi. (Hidayat, 2013).

5. Pemeriksaan Penunjang

Beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mendiagnosis bronkopneumonia antara lain: (Hidayat, 2013).

- a. Foto rontgen dada: Ini adalah pemeriksaan yang umum dilakukan untuk mendiagnosis bronkopneumonia. Foto rontgen dapat menunjukkan adanya perubahan dalam paru-paru seperti bercak atau bayangan yang menunjukkan adanya infeksi.
- b. CT scan dada: CT scan dada dapat memberikan gambaran yang lebih detail tentang perubahan pada paru-paru dan dapat membantu dokter menentukan tingkat keparahan infeksi.
- c. Pemeriksaan darah: Pemeriksaan darah dapat menunjukkan adanya tanda-tanda peradangan atau infeksi dalam tubuh.
- d. Tes dahak: Tes dahak dapat membantu dokter menentukan jenis bakteri yang menyebabkan infeksi dan membantu memilih jenis antibiotik yang tepat untuk digunakan.
- e. Pulse oximetry: Ini adalah tes yang digunakan untuk mengukur kadar oksigen dalam darah dan dapat membantu dokter menentukan tingkat keparahan infeksi.
- f. Bronchoscopy: Ini adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan memasukkan alat yang disebut bronchoscope

ke dalam saluran napas untuk melihat apakah ada tanda-tanda infeksi atau peradangan pada saluran napas dan paru-paru.

Namun, jenis pemeriksaan penunjang yang tepat akan tergantung pada kondisi pasien dan gejala yang dialami. Oleh karena itu, penting untuk berkonsultasi dengan dokter untuk menentukan jenis pemeriksaan yang tepat untuk dilakukan.

6. Pengobatan

Pengobatan bronkopneumonia tergantung pada jenis mikroorganisme yang menyebabkan infeksi. Pengobatan dapat meliputi antibiotik untuk bakteri, antijamur untuk jamur, dan obat antivirus untuk virus. Anak juga dapat diberikan terapi oksigen, obat pereda sakit, dan obat untuk meredakan demam dan batuk. Terapi fisik seperti fisioterapi dada juga dapat membantu untuk mengeluarkan dahak yang menumpuk dan memperbaiki ventilasi paru. (Hidayat, 2013).

Konsep asuhan keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia: (Hidayat, 2013).

1. Pengkajian

Pengkajian pada anak dengan bronkopneumonia meliputi pemeriksaan fisik, riwayat kesehatan, dan riwayat imunisasi. Pemeriksaan fisik meliputi pemeriksaan nafas, frekuensi nafas, suara nafas, bunyi nafas, serta keadaan umum dan tanda vital anak. Riwayat kesehatan mencakup riwayat penyakit sebelumnya, riwayat alergi, serta riwayat imunisasi. Selain itu, pengkajian juga harus mencakup penilaian nutrisi dan status hidrasi anak.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia dapat meliputi, antara lain: (Hidayat, 2013).

- a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan penurunan ventilasi alveolar dan peningkatan ketebalan dinding alveolus.
- b. Hambatan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret di saluran napas.
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya faktor risiko seperti keadaan imunodefisiensi dan lingkungan yang tidak bersih.
- d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan nafsu makan dan demam.
- e. Gangguan istirahat tidur berhubungan dengan batuk dan kesulitan bernapas.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada anak dengan bronkopneumonia meliputi, antara lain:

- a. Memberikan terapi oksigen untuk meningkatkan kadar oksigen dalam darah dan memperbaiki ventilasi paru.
- b. Memberikan antibiotik sesuai dengan hasil tes kultur dahak untuk mengatasi infeksi bakteri.
- c. Memberikan antijamur atau obat antivirus sesuai dengan jenis mikroorganisme yang menyebabkan infeksi.
- d. Melakukan tindakan fisik seperti fisioterapi dada untuk membantu mengeluarkan dahak dan memperbaiki ventilasi paru.
- e. Memberikan nutrisi yang adekuat dan memperhatikan status hidrasi anak.

- f. Memberikan obat pereda sakit dan obat untuk meredakan demam dan batuk.
- g. Memastikan lingkungan yang bersih dan aman untuk mencegah infeksi selanjutnya.
- h. Mengajarkan pada orangtua tentang tanda-tanda perburukan kondisi anak dan tindakan yang harus dilakukan.

4. Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk menilai efektivitas intervensi keperawatan yang dilakukan pada anak dengan bronkopneumonia. Evaluasi dilakukan dengan memantau tanda-tanda vital, kadar oksigen dalam darah, dan peningkatan gejala yang terjadi pada anak. Jika intervensi keperawatan yang dilakukan berhasil, maka tanda-tanda perburukan kondisi anak dapat dihindari dan kondisi anak dapat membaik.

7.3 Tuberkulosis (TB)

1. Defenisi

Tuberkulosis (TB) paru pada anak adalah infeksi bakteri yang menyerang paru-paru dan dapat mempengaruhi organ tubuh lainnya. Pada anak, TB paru biasanya disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yang juga disebut sebagai kuman penyebab TB. (Arifin, Zinul & Mamik, Ratnawati. 2015)

2. Manifestasi Klinik

Gejala: Anak-anak yang terinfeksi TB paru biasanya memiliki gejala seperti batuk, demam, keringat malam, kehilangan nafsu makan, penurunan berat badan, dan kelelahan. Namun, gejala ini tidak selalu muncul pada setiap anak yang terinfeksi. (Arifin, Zinul & Mamik, Ratnawati. 2015)

3. Patofisiologi

Tuberkulosis (TB) paru pada anak disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*) yang menyerang paru-paru. Setelah *M. tuberculosis* masuk ke dalam tubuh anak, bakteri tersebut akan berkembang biak dan menyebabkan peradangan pada paru-paru. Patofisiologi TB paru pada anak melibatkan beberapa tahap yang terjadi dalam tubuh anak, antara lain: (Arifin, Zinul & Mamik, Ratnawati. 2015)

- a. Infeksi primer: Tahap ini terjadi saat *M. tuberculosis* masuk ke dalam tubuh anak melalui udara yang terinfeksi. Bakteri tersebut akan menyebar ke seluruh tubuh, termasuk paru-paru, dan mulai berkembang biak. Selama tahap ini, anak mungkin tidak mengalami gejala apapun.
- b. Laten infeksi: Tahap ini terjadi ketika sistem kekebalan tubuh anak mulai merespons infeksi *M. tuberculosis* dan mencegah bakteri tersebut untuk berkembang biak. Selama tahap ini, anak masih terinfeksi TB, tetapi tidak menunjukkan gejala penyakit. Tahap ini dapat bertahan selama beberapa tahun.
- c. Infeksi aktif: Tahap ini terjadi ketika sistem kekebalan tubuh anak menurun dan memungkinkan *M. tuberculosis* untuk berkembang biak dan menyebar ke seluruh paru-paru. Pada tahap ini, anak akan mengalami gejala TB, seperti batuk kronis, demam, berkeringat di malam hari, kehilangan nafsu makan, berat badan menurun, dan kelelahan.
- d. Komplikasi: Jika tidak diobati dengan tepat, TB paru pada anak dapat menyebabkan beberapa komplikasi, seperti kerusakan paru-paru, infeksi lain yang memanfaatkan kelemahan sistem kekebalan tubuh anak, serta gangguan pertumbuhan dan perkembangan.

Dalam patofisiologi TB paru pada anak, sistem kekebalan tubuh anak memainkan peran penting dalam melawan infeksi *M. tuberculosis*. Oleh karena itu, kondisi kesehatan umum anak, seperti nutrisi yang baik dan hidup sehat, juga sangat penting untuk mencegah TB paru pada anak.

4. Pengobatan

Pengobatan tuberkulosis (TB) paru pada anak dilakukan dengan menggunakan obat anti-TB yang dikombinasikan dalam regimen tertentu. Terapi obat anti-TB pada anak harus dilakukan secara teratur dan komprehensif untuk memastikan kesembuhan yang optimal dan mencegah kemunculan kembali infeksi TB.

Regimen pengobatan TB paru pada anak yang direkomendasikan oleh *World Health Organization* (WHO) adalah kombinasi dari empat obat anti-TB, yaitu *isoniazid* (INH), *rifampisin* (RMP), *pyrazinamide* (PZA), dan *ethambutol* (EMB).

Durasi pengobatan tergantung pada kondisi klinis anak dan kemajuan penyakitnya, tetapi pada umumnya adalah selama 6-9 bulan. Pengobatan TB paru pada anak harus dilakukan dengan memperhatikan usia dan berat badan anak, serta kondisi kesehatan yang mendasarinya.

Selama pengobatan, perlu dilakukan pemantauan terhadap respons anak terhadap obat, gejala, serta efek samping obat yang mungkin muncul. Penting juga untuk memastikan bahwa anak mengonsumsi obat sesuai dengan dosis dan jadwal yang ditentukan.

Selain terapi obat, perawatan pada anak dengan TB paru juga mencakup pengelolaan gejala dan komplikasi, seperti memberikan nutrisi yang baik, menjaga kebersihan

lingkungan, dan menghindari kontak dengan orang yang terinfeksi TB.

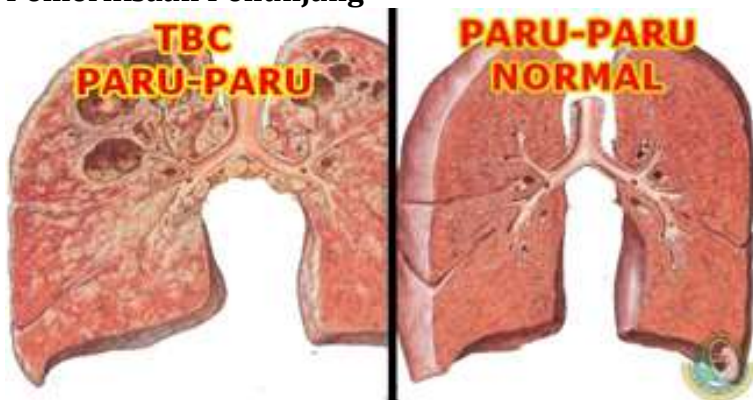
Pengobatan TB paru pada anak harus dilakukan oleh dokter spesialis paru yang berpengalaman dan memperhatikan ketentuan-ketentuan yang ditetapkan oleh WHO dan badan kesehatan nasional setempat. (Arifin, Zinul & Mamik, Ratnawati. 2015)

5. Pencegahan

Pencegahan: Pencegahan TB paru pada anak meliputi program imunisasi yang disebut BCG (Bacille Calmette-Guerin) yang diberikan pada bayi. Selain itu, anak-anak yang tinggal dengan orang yang terinfeksi TB harus menjalani pemeriksaan untuk mendeteksi apakah mereka juga terinfeksi. (Arifin, Zinul & Mamik, Ratnawati. 2015)

- a. Isolasi: Anak-anak yang terinfeksi TB paru harus diisolasi selama beberapa waktu untuk mencegah penyebaran kuman TB ke orang lain.
- b. Tindak lanjut: Anak-anak yang terinfeksi TB paru harus dipantau secara teratur selama pengobatan dan setelah pengobatan selesai untuk memastikan bahwa infeksi tidak kambuh dan gejala tidak muncul kembali.

6. Pemeriksaan Penunjang



Gambar 7.1. Paru-paru dengan TB

Beberapa jenis pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mendiagnosis TB Paru pada anak antara lain:

- a. Tes kulit (*Mantoux test*): Pemeriksaan ini melibatkan pemberian suntikan kecil di bawah lapisan atas kulit untuk menguji reaksi tubuh terhadap bakteri penyebab TB. Hasil positif menunjukkan adanya infeksi TB, tetapi tidak dapat menunjukkan apakah infeksi aktif atau tidak.
- b. Tes darah: Tes darah dapat membantu dokter mengetahui apakah ada infeksi TB dalam tubuh anak. Tes ini juga dapat membantu dokter mengevaluasi keparahan infeksi dan menentukan apakah perlu dilakukan tes tambahan.
- c. Pemeriksaan dahak: Pemeriksaan dahak dapat membantu dokter menentukan adanya bakteri penyebab TB pada anak. Pemeriksaan ini dilakukan dengan mengambil sampel dahak dari anak dan menganalisisnya di laboratorium.

- d. Foto rontgen dada: Pemeriksaan ini dapat membantu dokter menemukan tanda-tanda infeksi TB pada paru-paru, seperti bercak atau cairan.
- e. CT scan dada: CT scan dapat memberikan gambaran yang lebih detail mengenai infeksi pada paru-paru dan organ tubuh lainnya.
- f. Bronkoskopi: Pemeriksaan ini melibatkan penggunaan tabung fleksibel untuk melihat saluran udara dan paru-paru, serta mengambil sampel jaringan untuk dianalisis di laboratorium.

Namun, jenis pemeriksaan penunjang yang dilakukan tergantung pada kondisi dan gejala yang dialami oleh anak, serta seberapa parah infeksi TB yang terjadi. Sebaiknya Anda berkonsultasi dengan dokter untuk mengetahui lebih lanjut mengenai Komplikasi: Jika tidak diobati, TB paru pada anak-anak dapat menyebabkan komplikasi serius seperti kerusakan paru-paru permanen dan kematian.

- a. Peran keluarga: Keluarga memiliki peran penting dalam pengobatan TB paru pada anak-anak. Mereka harus memastikan bahwa anak-anak mereka mematuhi pengobatan yang diresepkan dan menjalani pengobatan hingga selesai. Keluarga juga harus memastikan kebersihan lingkungan dan makanan yang dikonsumsi anak-anak mereka untuk mencegah penyebaran infeksi TB.

7. Pengkajian

Pengkajian TB paru pada anak penting dilakukan untuk mendiagnosis TB dan menentukan pengobatan yang tepat. Berikut adalah beberapa hal yang dilakukan dalam pengkajian TB paru pada anak:

- a. Wawancara dengan anak dan keluarga: Dokter akan melakukan wawancara dengan anak dan keluarga untuk mengetahui gejala yang dialami oleh anak dan faktor risiko yang mungkin mempengaruhi terjadinya TB.
- b. Pemeriksaan fisik: Dokter akan memeriksa paru-paru dan bagian tubuh lain untuk mencari tanda-tanda TB seperti pembesaran kelenjar getah bening di leher atau ketiak.
- c. Tes darah IGRA: Tes darah ini dapat mengukur respons sistem kekebalan anak terhadap antigen yang ada pada bakteri TB.
- d. Tes Mantoux: Tes ini melibatkan penyuntikan kecil antigen tuberkulin di bawah kulit lengan anak. Setelah 48-72 jam, dokter akan menilai ukuran benjolan kulit dan merespons tes sebagai indikasi kemungkinan infeksi TB.
- e. Foto rontgen dada: Foto rontgen dada dapat menunjukkan adanya lesi atau bekas luka yang menandakan adanya infeksi TB paru pada anak.
- f. Tes dahak: Tes dahak dapat membantu dokter menentukan adanya bakteri TB dan mengidentifikasi jenis bakteri yang menyebabkan infeksi.

Selain itu, dokter juga dapat memeriksa riwayat vaksinasi TB anak dan memeriksa kontak dengan orang dewasa yang terinfeksi TB. Dengan melakukan pengkajian yang komprehensif, dokter dapat mendiagnosis TB paru pada anak dan menentukan pengobatan yang tepat untuk mengatasi infeksi TB.

8. Diagnosa Keperawatan

Berikut beberapa diagnosa keperawatan yang mungkin terkait dengan kasus TB paru pada anak:

- a. Gangguan pertukaran gas Hal ini terkait dengan adanya infeksi TB paru yang menyebabkan adanya obstruksi saluran napas dan gangguan pertukaran gas yang dapat berakibat pada hipoksia.
- b. Risiko infeksi Anak yang terkena TB paru memiliki risiko terkena infeksi bakteri lain, seperti pneumonia bakteri.
- c. Risiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Infeksi TB paru pada anak dapat menyebabkan nafsu makan menurun dan berat badan turun.
- d. Ansietas Anak dengan TB paru dapat mengalami kecemasan karena perubahan pola hidup dan pengobatan yang panjang.
- e. Kurang pengetahuan tentang pengobatan Orang tua atau anak mungkin memerlukan lebih banyak informasi tentang TB paru dan pengobatannya, termasuk pengobatan yang tepat, efek samping obat, dan tindakan pencegahan untuk mencegah penularan TB.
- f. Gangguan pola tidur Anak dengan TB paru dapat mengalami gangguan tidur akibat gejala seperti batuk dan sulit bernapas.

Perlu diingat bahwa diagnosa keperawatan harus dibuat secara individual untuk setiap kasus dan harus disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi anak. Setiap diagnosa harus didasarkan pada data pengkajian yang akurat dan komprehensif.

9. Intervensi Keperawatan

Berikut adalah beberapa contoh intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk anak dengan TB paru:

- a. Intervensi gangguan pertukaran gas
 - 1) Monitor saturasi oksigen secara teratur
 - 2) Lakukan terapi oksigen jika diperlukan
 - 3) Ajarkan teknik napas yang benar untuk membantu memperbaiki pertukaran gas
 - 4) Berikan obat bronkodilator jika diperlukan
- b. Intervensi risiko infeksi
 - 1) Ajarkan tindakan pencegahan infeksi TB dan bakteri lain pada anak dan keluarga
 - 2) Berikan vaksinasi sesuai jadwal untuk mencegah infeksi lain
 - 3) Cuci tangan secara teratur dan gunakan alat pelindung diri (APD) seperti masker saat berada di dekat anak
- c. Intervensi risiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
 - 1) Monitor asupan makanan anak dan berat badannya secara teratur
 - 2) Berikan makanan yang mengandung protein dan kalori yang cukup
 - 3) Ajarkan cara mengatasi mual dan muntah yang sering terjadi pada anak dengan TB paru
- d. Intervensi ansietas
 - 1) Berikan dukungan emosional pada anak dan keluarga
 - 2) Ajarkan teknik relaksasi seperti yoga atau meditasi pada anak dan keluarga
 - 3) Berikan informasi yang akurat dan jelas tentang TB paru dan pengobatannya

- e. Intervensi kurang pengetahuan tentang pengobatan
 - 1) Berikan informasi yang akurat dan jelas tentang TB paru dan pengobatannya
 - 2) Berikan edukasi pada anak dan keluarga tentang cara minum obat dengan benar dan konsisten
 - 3) Berikan informasi tentang efek samping obat dan tindakan yang harus dilakukan jika terjadi efek samping
 - f. Intervensi gangguan pola tidur
 - 1) Ajarkan teknik relaksasi dan meditasi untuk membantu anak tidur dengan nyenyak
 - 2) Berikan kamar tidur yang tenang dan nyaman untuk membantu anak tidur dengan lebih baik
 - 3) Berikan obat batuk atau obat tidur jika diperlukan
- Intervensi keperawatan harus disesuaikan dengan kebutuhan individu setiap anak dengan TB paru. Perencanaan perawatan harus didasarkan pada evaluasi pengkajian yang akurat dan komprehensif.

10. Implementasi Keperawatan

Berikut adalah beberapa contoh implementasi keperawatan yang dapat dilakukan pada anak dengan TB paru:

- a. Implementasi gangguan pertukaran gas
 - 1) Monitor saturasi oksigen secara teratur
 - 2) Berikan terapi oksigen jika diperlukan
 - 3) Ajarkan teknik napas yang benar untuk membantu memperbaiki pertukaran gas
 - 4) Berikan obat bronkodilator jika diperlukan
- b. Implementasi risiko infeksi
 - 1) Ajarkan tindakan pencegahan infeksi TB dan bakteri lain pada anak dan keluarga

- 2) Berikan vaksinasi sesuai jadwal untuk mencegah infeksi lain
 - 3) Ingatkan anak dan keluarga untuk selalu mencuci tangan secara teratur dan gunakan alat pelindung diri (APD) seperti masker saat berada di dekat anak
- c. Implementasi risiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- 1) Berikan makanan yang mengandung protein dan kalori yang cukup pada anak
 - 2) Berikan makanan yang disukai anak dan mengandung nutrisi yang diperlukan
 - 3) Ingatkan anak dan keluarga untuk memberikan asupan makanan yang cukup untuk menjaga berat badan anak
- d. Implementasi ansietas
- 1) Berikan dukungan emosional pada anak dan keluarga
 - 2) Ajarkan teknik relaksasi seperti yoga atau meditasi pada anak dan keluarga
 - 3) Berikan informasi yang akurat dan jelas tentang TB paru dan pengobatannya
- e. Implementasi kurang pengetahuan tentang pengobatan
- 1) Berikan informasi yang akurat dan jelas tentang TB paru dan pengobatannya
 - 2) Ajarkan cara minum obat dengan benar dan konsisten pada anak dan keluarga
 - 3) Berikan informasi tentang efek samping obat dan tindakan yang harus dilakukan jika terjadi efek samping

f. Implementasi gangguan pola tidur

- 1) Berikan waktu istirahat yang cukup pada anak
- 2) Berikan kamar tidur yang tenang dan nyaman untuk membantu anak tidur dengan lebih baik
- 3) Berikan obat batuk atau obat tidur jika diperlukan

Implementasi keperawatan harus disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi individu setiap anak dengan TB paru. Tindakan perawatan harus didasarkan pada evaluasi pengkajian yang akurat dan komprehensif. Selain itu, perlu diperhatikan juga faktor lingkungan, keluarga, dan sosial yang dapat memengaruhi kondisi anak.

11. Evaluasi Keperawatan

Berikut adalah beberapa contoh evaluasi keperawatan yang dapat dilakukan pada anak dengan TB paru:

a. Pertukaran gas

- 1) Saturasi oksigen meningkat dan tetap dalam rentang normal
- 2) Frekuensi napas anak berkurang dan tetap dalam rentang normal
- 3) Tidak ada tanda-tanda kesulitan bernapas seperti retraksi dada, napas cepat, atau napas pendek

b. Risiko infeksi

- 1) Tidak ada tanda-tanda infeksi baru atau perburukan infeksi TB paru
- 2) Anak dan keluarga mematuhi tindakan pencegahan infeksi yang telah diajarkan

c. Nutrisi

- 1) Berat badan anak bertambah dan tetap dalam rentang normal
- 2) Anak makan dengan nafsu makan yang baik dan pola makan sehat dan bergizi

- d. Ansietas
 - 1) Anak dan keluarga merasa lebih tenang dan terampil dalam mengelola gejala TB paru
 - 2) Anak dan keluarga memahami dengan baik tentang kondisi anak dan pengobatannya
- e. Kepatuhan minum obat
 - 1) Anak dan keluarga mematuhi jadwal minum obat yang telah ditentukan
 - 2) Tidak ada gejala samping dari pengobatan yang signifikan
- f. Pola tidur
 - 1) Anak tidur nyenyak dan istirahat yang cukup untuk mendukung pemulihan
 - 2) Tidak ada keluhan tentang gangguan tidur atau gangguan tidur yang signifikan

Evaluasi keperawatan harus dilakukan secara berkala dan didasarkan pada data pengamatan yang akurat dan lengkap. Evaluasi yang efektif akan membantu perawat menentukan efektivitas dari intervensi keperawatan yang telah diberikan, dan mengubah rencana perawatan jika perlu. Jika evaluasi menunjukkan adanya masalah atau ketidakberhasilan dalam mencapai tujuan perawatan, perawat harus mengambil tindakan perbaikan atau mencari bantuan medis tambahan.

Pneumonia pada anak adalah infeksi pada paru-paru yang dapat menyebabkan gejala seperti demam, batuk, sesak napas, dan sakit dada. Pneumonia pada anak dapat disebabkan oleh berbagai jenis virus, bakteri, atau jamur.

7.4 Pneumonia

1. Defenisi

Pneumonia pada anak adalah infeksi pada paru-paru yang dapat disebabkan oleh berbagai jenis mikroorganisme seperti virus, bakteri, atau jamur. Pneumonia pada anak dapat menjadi kondisi yang serius jika tidak diobati dengan tepat.

2. Manifestasi Klinik

Gejala pneumonia pada anak mungkin bervariasi tergantung pada penyebabnya dan usia anak. Gejala pneumonia pada bayi dan anak-anak muda mungkin termasuk demam, batuk, napas cepat, napas pendek, dan nafsu makan menurun. Sedangkan pada anak yang lebih besar, gejalanya mungkin mirip dengan flu dan termasuk demam, batuk, sakit kepala, dan sakit tenggorokan.

Jika Anda mencurigai anak Anda menderita pneumonia, segera bawa anak Anda ke dokter. Dokter mungkin akan melakukan pemeriksaan fisik, tes darah, dan tes pencitraan seperti foto rontgen dada untuk membantu mendiagnosis pneumonia.

3. Patofisiologi

Pneumonia pada anak terjadi ketika mikroorganisme seperti bakteri, virus, atau jamur masuk ke dalam paru-paru dan menginfeksi jaringan lunak di dalamnya. Ketika infeksi terjadi, paru-paru menjadi meradang dan menghasilkan cairan, sehingga mengurangi kemampuan paru-paru untuk mengambil oksigen dari udara dan memasukkannya ke dalam darah. Proses ini dapat dijelaskan dalam patofisiologi pneumonia pada anak sebagai berikut:

- a. Penetrasi mikroorganisme: Bakteri, virus, atau jamur dapat memasuki paru-paru anak melalui udara yang

terinfeksi atau melalui aliran darah dari organ lain di dalam tubuh.

- b. Respons inflamasi: Setelah mikroorganisme masuk ke dalam paru-paru, sistem imun anak akan merespons dengan memicu respons inflamasi. Ini akan menghasilkan produksi sitokin dan mediator inflamasi, yang menyebabkan pembuluh darah di paru-paru melebar dan meningkatkan permeabilitas kapiler.
- c. Konsolidasi parenkim: Akibat dari respons inflamasi, sel darah putih seperti neutrofil dan makrofag bermigrasi ke area infeksi dan menumpuk di alveoli, sehingga menghasilkan konsolidasi parenkim atau penggumpalan jaringan di paru-paru.
- d. Pneumonia lobular: Infeksi yang terjadi pada sebagian besar paru-paru disebut pneumonia lobular. Pada pneumonia lobular, konsolidasi jaringan terjadi di beberapa lobus paru-paru.
- e. Pneumonia interstitial: Pada beberapa kasus, infeksi terjadi pada jaringan interstitial atau ruang di antara alveoli. Ini disebut pneumonia interstitial, dan dapat menyebabkan pembengkakan dan kerusakan pada jaringan interstitial.
- f. Pembentukan cairan: Selama respons inflamasi, paru-paru juga dapat menghasilkan cairan, yang mengisi alveoli dan menghalangi kemampuan paru-paru untuk mengambil oksigen dari udara dan memasukkannya ke dalam darah.

Pada akhirnya, pneumonia pada anak dapat menyebabkan kerusakan jaringan paru-paru dan mengurangi kemampuan anak untuk bernapas dengan baik. Oleh karena itu, diagnosis dan pengobatan yang tepat sangat penting untuk mengurangi komplikasi dan mempercepat pemulihan anak.

4. Pengobatan

Pengobatan pneumonia pada anak tergantung pada penyebabnya. Jika disebabkan oleh bakteri, dokter mungkin meresepkan antibiotik. Jika disebabkan oleh virus, dokter mungkin akan memberikan obat antivirus. Selain itu, anak perlu istirahat yang cukup, banyak minum cairan, dan makan makanan yang sehat untuk membantu tubuhnya pulih. Pencegahan pneumonia pada anak dapat dilakukan dengan memberikan vaksinasi, menjaga kebersihan tangan dan lingkungan, serta menjaga kesehatan anak dengan memberikan makanan yang sehat dan olahraga yang cukup.

5. Komplikasi

Pneumonia pada anak dapat menyebabkan beberapa komplikasi yang serius. Beberapa komplikasi yang mungkin terjadi pada anak yang mengalami pneumonia adalah: (Muttaqin, Arif. 2012)

- a. **Pleural effusion:** Ini terjadi ketika cairan menumpuk di sekitar paru-paru. Hal ini dapat menyebabkan sesak napas dan sakit dada.
- b. **Empyema:** Ini terjadi ketika infeksi menyebar ke rongga pleura dan menyebabkan penumpukan nanah. Hal ini dapat menyebabkan demam tinggi dan sakit dada yang hebat.
- c. **Sepsis:** Pneumonia yang tidak diobati atau tidak diobati dengan benar dapat menyebabkan infeksi menyebar ke seluruh tubuh dan menyebabkan sepsis. Sepsis dapat menyebabkan syok septik dan kematian jika tidak diobati segera.
- d. **Perdarahan paru-paru:** Hal ini jarang terjadi pada anak-anak, tetapi dalam kasus yang parah, pneumonia

dapat menyebabkan perdarahan paru-paru. Hal ini dapat menyebabkan sesak napas dan batuk darah.

- e. Abses paru: Ini terjadi ketika infeksi membentuk abses di dalam paru-paru. Hal ini dapat menyebabkan demam, batuk, dan napas pendek.
- f. Gangguan pernapasan: Pneumonia dapat menyebabkan gangguan pernapasan pada anak-anak yang lebih muda atau yang memiliki kondisi kesehatan yang sudah ada sebelumnya.

Jika anak Anda mengalami gejala pneumonia atau komplikasi yang mungkin terkait dengan pneumonia, segera bawa anak Anda ke dokter untuk mendapatkan perawatan yang tepat.

6. Pemeriksaan Penunjang

Pada anak dengan pneumonia, beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk membantu mendiagnosis kondisi tersebut antara lain:

- a. Foto rontgen dada: Pemeriksaan ini dilakukan untuk memeriksa gambaran rontgen dada yang menunjukkan adanya infeksi pada paru-paru.
- b. Pemeriksaan darah: Pemeriksaan darah dapat membantu dalam menentukan apakah terdapat tanda-tanda infeksi, seperti peningkatan jumlah sel darah putih.
- c. Tes kultur: Tes kultur dapat membantu menentukan jenis bakteri atau virus penyebab pneumonia dan sensitivitasnya terhadap antibiotik.
- d. Pemeriksaan oksigenasi: Pemeriksaan ini dapat dilakukan dengan menggunakan oksimeter untuk mengukur kadar oksigen dalam darah anak.
- e. Pemeriksaan pencitraan lainnya: Selain foto rontgen dada, pencitraan lainnya seperti CT scan atau MRI

dapat dilakukan jika diperlukan untuk menegakkan diagnosis atau memantau kemajuan pengobatan.

Pemeriksaan penunjang ini dapat membantu dokter dalam menegakkan diagnosis pneumonia pada anak, menentukan jenis penyebabnya, serta membantu dalam memilih jenis antibiotik yang tepat untuk pengobatan. Namun, pemeriksaan penunjang juga harus dipertimbangkan dengan hati-hati karena beberapa pemeriksaan dapat memiliki risiko dan dampak yang berbeda pada anak. Oleh karena itu, keputusan untuk melakukan pemeriksaan penunjang harus dilakukan secara hati-hati dan berdasarkan kebutuhan individu anak.



Gambar 7.2. Paru-pari dengan Pneumonia

7. Konsep Keperawatan Pneumonia

Pengkajian pneumonia pada anak dilakukan untuk mengidentifikasi adanya tanda dan gejala pneumonia pada anak. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pengkajian pneumonia pada anak antara lain:

- a. Riwayat kesehatan: Anamnesis dilakukan untuk mengetahui riwayat kesehatan anak, seperti apakah anak sering mengalami infeksi saluran pernapasan atas atau telah memiliki riwayat pneumonia sebelumnya.
- b. Gejala klinis: Periksa tanda dan gejala yang muncul, seperti demam, batuk, nafas cepat, nafas pendek, nyeri dada, dan nafsu makan menurun. Gejala ini sering kali berlangsung selama beberapa hari hingga satu minggu.
- c. Pemeriksaan fisik: Lakukan pemeriksaan fisik, seperti pemeriksaan suhu tubuh, auskultasi paru untuk mendengarkan suara napas, dan palpasi untuk merasakan adanya perubahan suhu pada daerah dada.
- d. Tes diagnostik: Pada beberapa kasus, dokter mungkin meminta tes diagnostik, seperti tes darah, tes urine, atau radiografi dada, untuk membantu mendiagnosis pneumonia.
- e. Pemeriksaan vital sign: Pemeriksaan vital sign penting dilakukan pada anak dengan pneumonia, seperti tekanan darah, denyut nadi, suhu tubuh, dan frekuensi pernapasan untuk memantau perubahan dalam kondisi anak.
- f. Riwayat vaksinasi: Dokter mungkin juga akan menanyakan tentang riwayat vaksinasi anak, terutama vaksin pneumokokus dan vaksin influenza, karena vaksinasi dapat membantu mencegah terjadinya pneumonia.

Pengkajian pneumonia pada anak sangat penting untuk mendeteksi dini dan mencegah terjadinya komplikasi. Jika anak Anda mengalami gejala pneumonia, segera bawa anak Anda ke dokter untuk mendapatkan perawatan yang tepat.

8. Diagnosa Keperawatan

Beberapa diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada anak dengan pneumonia antara lain:

- a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan penumpukan cairan di paru-paru.
- b. Gangguan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan lendir di saluran pernapasan.
- c. Nyeri dada akut berhubungan dengan inflamasi pada jaringan paru-paru.
- d. Kelelahan berhubungan dengan gangguan oksigenasi dan peningkatan usaha pernapasan.
- e. Risiko infeksi berhubungan dengan penurunan daya tahan tubuh akibat infeksi.
- f. Ansietas berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik dan kekhawatiran tentang kesehatan.
- g. Kurang pengetahuan tentang kondisi kesehatan berhubungan dengan ketidakpahaman tentang penyakit dan perawatan yang diberikan.
- h. Gangguan pola tidur berhubungan dengan batuk, sesak napas, dan ketidaknyamanan lainnya.

Setiap anak dengan pneumonia dapat memiliki kebutuhan dan masalah yang berbeda-beda, tergantung pada kondisi kesehatan anak dan faktor-faktor lainnya. Oleh karena itu, penting bagi perawat untuk melakukan penilaian yang menyeluruh untuk mengidentifikasi diagnosa keperawatan yang tepat dan menyusun rencana perawatan yang sesuai dengan kebutuhan anak tersebut.

9. Intervensi Keperawatan

Beberapa intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada anak dengan pneumonia antara lain:

- a. Pemantauan tanda-tanda vital dan oksigenasi: Perawat dapat memantau tanda-tanda vital anak secara teratur,

termasuk frekuensi pernapasan, denyut nadi, tekanan darah, dan suhu tubuh. Perawat juga dapat memantau kadar oksigen dalam darah dan memberikan oksigen tambahan jika diperlukan.

- b. Peningkatan jalan nafas: Perawat dapat membantu anak untuk melakukan teknik pernapasan yang baik, seperti pursed lip breathing atau deep breathing. Selain itu, perawat dapat membantu anak untuk membuang lendir dan dahak dari saluran pernapasan dengan cara melakukan percikan atau suction.
- c. Terapi obat: Perawat dapat memberikan obat sesuai dengan resep dokter, seperti antibiotik atau bronkodilator untuk mengurangi inflamasi dan membuka jalan napas.
- d. Menjaga asupan nutrisi dan cairan yang cukup: Perawat dapat membantu anak untuk menjaga asupan nutrisi dan cairan yang cukup dengan memberikan makanan dan minuman yang mudah dikonsumsi oleh anak.
- e. Peningkatan aktivitas dan mobilitas: Perawat dapat membantu anak untuk melakukan aktivitas dan latihan ringan, seperti gerakan pernapasan dalam atau berjalan-jalan di sekitar ruangan.
- f. Edukasi keluarga: Perawat dapat memberikan edukasi tentang penyakit pneumonia dan cara merawat anak yang sakit di rumah. Keluarga dapat diajarkan untuk memantau tanda-tanda keburukan dan mengikuti instruksi dokter dan perawat.
- g. Meningkatkan kenyamanan: Perawat dapat membantu anak untuk merasa nyaman dengan memberikan lingkungan yang tenang dan nyaman serta memberikan dukungan emosional.

Setiap intervensi keperawatan harus disesuaikan dengan kondisi kesehatan anak, kebutuhan individual, dan

rekomendasi medis. Oleh karena itu, perawat perlu melakukan penilaian yang tepat dan melibatkan keluarga dalam perencanaan perawatan.

10. Implementasi Keperawatan

Beberapa implementasi keperawatan yang dapat dilakukan pada anak dengan pneumonia antara lain:

- a. Memberikan terapi oksigen: Perawat dapat memberikan oksigen sesuai dengan kebutuhan anak dan memantau kadar oksigen dalam darah secara teratur.
- b. Mengatur posisi tidur yang nyaman: Perawat dapat membantu anak untuk menemukan posisi tidur yang nyaman dan dapat membantu mengurangi sesak napas dan nyeri dada.
- c. Menjaga kebersihan dan sanitasi: Perawat dapat membantu menjaga kebersihan dan sanitasi ruangan dan peralatan medis untuk mencegah infeksi.
- d. Memberikan makanan dan minuman yang mudah dikonsumsi: Perawat dapat membantu anak untuk makan dan minum dengan cara yang mudah dikonsumsi dan sesuai dengan kebutuhan nutrisinya.
- e. Memberikan terapi obat sesuai resep dokter: Perawat dapat memberikan obat sesuai resep dokter dan memantau efek samping atau interaksi obat.
- f. Memberikan pendidikan kesehatan: Perawat dapat memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang tanda-tanda keburukan, penggunaan obat, perawatan diri, dan cara menjaga kesehatan anak.
- g. Mengajarkan teknik pernapasan yang baik: Perawat dapat mengajarkan teknik pernapasan yang baik kepada anak untuk membantu mengurangi sesak napas dan memudahkan napas.

- h. Meningkatkan kenyamanan anak: Perawat dapat membantu meningkatkan kenyamanan anak dengan memberikan lingkungan yang tenang, memberikan dukungan emosional, dan mengurangi ketidaknyamanan fisik.
- i. Meningkatkan mobilitas: Perawat dapat membantu meningkatkan mobilitas anak dengan mengajarkan latihan pernapasan atau gerakan ringan.

Setiap implementasi keperawatan harus disesuaikan dengan kondisi kesehatan anak dan rekomendasi medis yang ada. Perawat perlu melakukan penilaian terhadap kebutuhan individu anak dan melibatkan keluarga dalam perencanaan dan pelaksanaan perawatan.

11. Evaluasi Keperawatan

Beberapa contoh evaluasi yang dapat dilakukan pada anak dengan pneumonia antara lain:

- a. Evaluasi tanda-tanda vital dan oksigenasi: Perawat dapat memantau frekuensi pernapasan, denyut nadi, tekanan darah, dan suhu tubuh anak serta memantau kadar oksigen dalam darah. Jika kondisi anak membaik, tanda-tanda vital akan stabil dan kadar oksigen dalam darah akan normal.
- b. Evaluasi kemajuan terapi obat: Perawat dapat memantau kemajuan anak dalam merespons terapi obat yang diberikan. Jika terapi obat berhasil, tanda-tanda infeksi seperti demam dan batuk akan berkurang dan hasil pemeriksaan laboratorium akan normal.
- c. Evaluasi kemajuan dalam mengatasi sesak napas: Perawat dapat memantau kemajuan anak dalam mengatasi sesak napas. Jika kondisi anak membaik,

anak akan dapat bernapas dengan lebih mudah dan frekuensi pernapasannya akan menurun.

- d. Evaluasi kenyamanan anak: Perawat dapat memantau kenyamanan anak dengan memperhatikan tanda-tanda ketidaknyamanan fisik dan emosional. Jika anak merasa nyaman, maka kemungkinan untuk mengalami komplikasi akan berkurang.
- e. Evaluasi asupan nutrisi dan cairan: Perawat dapat memantau asupan nutrisi dan cairan anak. Jika anak dapat mengonsumsi makanan dan minuman dengan cukup, maka anak akan memiliki energi yang cukup untuk melawan infeksi.
- f. Evaluasi edukasi keluarga: Perawat dapat memastikan bahwa keluarga telah memahami dan mampu menjalankan instruksi yang diberikan dalam edukasi kesehatan.

Jika evaluasi menunjukkan kemajuan dalam kondisi kesehatan anak, maka perawat dapat menyesuaikan rencana perawatan dan terus memantau kondisi anak secara teratur. Namun jika evaluasi menunjukkan tanda-tanda keburukan, maka perawat harus segera mengambil tindakan yang diperlukan dan memperbarui rencana perawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Riffat Naz, Asma Gul, Urooj Javed, Alina Urooj, Sidra Amin, and Zareen Fatima: Etiology of acute viral respiratory infections common in Pakistan: A review. Published online 2018 Dec 12. doi: 10.1002/rmv.2024
- Kholisah Nasution, M. Azhar Rully Sjahrullah, Kartika Erida Brohet, Krishna Adi Wibisana, M. Ramdhani Yassien, Lenora Mohd. Ishak, Liza Pratiwi, Corrie Wawolumaja Endyarni, B. 2015. '*Infeksi Saluran Napas Akut pada Balita di Daerah Urban Jakarta*', Sari Pediatri
- Hidayat. 2013. *Pengantar Ilmu keperawatan anak*. Jakarta: Salemba Medika
- Arifin, Zinul & Mamik, Ratnawati. 2015. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Pneumonia Dengan Ketidakefektifan Pola Nafas di Paviliun Cempaka RSUD Jombang*. Jurnal Ilmiah Keperawatan Volume 1 nomer 2
- Muttaqin, Arif. 2012. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Jakarta: Penerbit Salemba.

BAB 8

ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN PENYAKIT MATABOLIK; DIABETES MELLITUS

Oleh Titin Supriatin

8.1 Pengertian Diabetes Mellitus

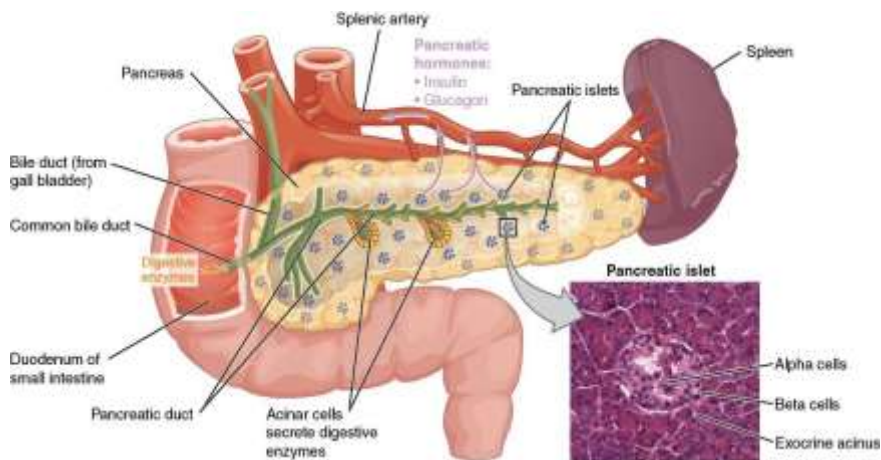
Diabetes mellitus (DM) merupakan salah satu penyakit kronis progresif yang ditandai dengan kegagalan tubuh melakukan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein, mengarah ke hiperglikemia (kadar glukosa darah tinggi). DM dikenal dengan "gula tinggi". DM dapat berhubungan dengan komplikasi serius, namun orang dengan DM dapat mengambil cara-cara pencegahan untuk mengurangi kemungkinan kejadian tersebut (Black, M. Joyce, 2014).

Diabetes mellitus (DM) merupakan penyakit kronis yang membutuhkan terapi medis berkelanjutan dan edukasi perawatan mandiri pada pasien. Namun, bergantung pada tipe DM dan usia pasien, kebutuhan dan asuhan keperawatan pasien dapat sangat berbeda (Le Mone, Priscilla, 2016).

8.2 Anatomi dan fisiologi pankreas

Pankreas terletak di kuadran kiri atas rongga abdomen dan menghubungkan lengkung duodenum dan limpa. Pankreas adalah suatu organ yang terdiri dari jaringan eksokrin dan endokrin. Bagian eksokrin mengeluarkan larutan encer alkalis serta enzim pencernaan melalui duktus pankreatikus ke dalam lumen saluran cerna. Di antara sel-sel eksokrin di seluruh

pankreas tersebar kelompok-kelompok atau sel endokrin yang dikenal sebagai pulau (*islets*) langerhans atau sel pankreas yang memproduksi hormon ini disebut sel pulau Langerhans, sel endokrin pankreas yang terbanyak adalah sel β beta, tempat sintesis dan sekresi insulin, dan sel α alfa yang menghasilkan glukagon. Sel D (delta), yang lebih jarang adalah tempat sintesis somatostatin (Scanlon, Valerie C., 2007).



Gambar 8.1. Anatomi pankreas
(Michigan, .2012)

Pankreas manusia secara anatomi letaknya menempel pada duodenum dan terdapat kurang lebih 200.000 – 1.800.000 pulau Langerhans. Dalam pulau langerhans jumlah sel beta normal pada manusia antara 60% - 80% dari populasi sel Pulau Langerhans. Pankreas berwarna putih keabuan hingga kemerahan. Organ ini merupakan kelenjar majemuk yang terdiri atas jaringan eksokrin dan jaringan endokrin. Jaringan eksokrin menghasilkan enzim-enzim pankreas seperti amylase, peptidase dan lipase, sedangkan jaringan endokrin

menghasilkan hormon-hormon seperti insulin, glukagon dan somatostatin (Dolensek, Rupnik & Stozer, 2015).

Pulau Langerhans mempunyai 4 macam sel yaitu (Dolensek, Rupnik & Stozer, 2015) :

- a. Sel Alfa; sekresi glucagon
- b. Sel Beta; sekresi insulin
- c. Sel Delta; sekresi somastatin
- d. Sel pankreatik

Hubungan yang erat antar sel-sel yang ada pada pulau Langerhans menyebabkan pengaturan secara langsung sekresi hormon dari jenis hormon yang lain. Terdapat hubungan umpan balik negatif langsung antara konsentrasi gula darah dan kecepatan sekresi sel alfa, tetapi hubungan tersebut berlawanan arah dengan efek gula darah pada sel beta. Kadar gula darah akan dipertahankan pada nilai normal oleh peran antagonis hormon insulin dan glukagon, akan tetapi hormon somatostatin menghambat sekresi keduanya (Dolensek, Rupnik & Stozer, 2015).

Insulin (bahasa latin *insula*, “pulau”, karena diproduksi di pulau-pulau Langerhans di pankreas) adalah sebuah hormon yang terdiri dari 2 rantai polipeptida yang mengatur metabolisme karbohidrat (glukosa → glikogen). Dua rantai dihubungkan oleh ikatan disulfida pada posisi 7 dan 20 di rantai A dan posisi 7 dan 19 di rantai B (Guyton & Hall, 2012).

Peningkatan kadar glukosa darah dalam tubuh akan menimbulkan respons tubuh berupa peningkatan sekresi insulin. Bila sejumlah besar insulin disekresikan oleh pankreas, kecepatan pengangkutan glukosa ke sebagian besar sel akan meningkat sampai 10 kali lipat atau lebih dibandingkan dengan kecepatan tanpa adanya sekresi insulin. Sebaliknya jumlah glukosa yang dapat berdifusi ke sebagian besar sel tubuh tanpa adanya insulin, terlalu sedikit untuk menyediakan sejumlah

glukosa yang dibutuhkan untuk metabolisme energi pada keadaan normal, dengan pengecualian sel hati dan sel otak (Guyton & Hall, 2012)

Pada kadar normal glukosa darah puasa sebesar 80-90 mg/100ml, kecepatan sekresi insulin akan sangat minimum yakni 25mg/menit/kg berat badan. Namun ketika glukosa darah tiba-tiba meningkat 2-3 kali dari kadar normal maka sekresi insulin akan meningkat yang berlangsung melalui 2 tahap (Guyton & Hall, 2012):

Ketika kadar glukosa darah meningkat maka dalam waktu 3-5 menit kadar insulin plasma akan meningkat 10 kali lipat karena sekresi insulin yang sudah terbentuk lebih dahulu oleh sel-sel beta pulau langerhans. Namun, pada menit ke 5-10 kecepatan sekresi insulin mulai menurun sampai kira-kira setengah dari nilai normalnya.

Kira-kira 15 menit kemudian sekresi insulin mulai meningkat kembali untuk kedua kalinya yang disebabkan adanya tambahan pelepasan insulin baru dari sel beta yang sudah lebih dulu terbentuk oleh adanya aktivasi beberapa sistem enzim yang mensintesis dan melepaskan insulin baru dari sel beta.

Diagnosis DM dapat ditegakkan dengan 3 cara yaitu jika terdapat keluhan klasik, pemeriksaan glukosa plasma sewaktu ≥ 200 mg/dL sudah cukup untuk menegakkan diagnosis DM, yang kedua bila pemeriksaan glukosa plasma puasa ≥ 126 mg/dL dengan adanya keluhan klasik dan yang ketiga tes toleransi glukosa oral (TTGO) > 200 mg/dL. (American Diabetes Association. *Diabetes Guidelines. Diabetes Care*, 2016)

8.3 Etiologi

Dalam (Walker, 2020) Semua sel tubuh Anda membutuhkan energi. Sumber utamanya adalah glukosa, yang membutuhkan hormon insulin untuk masuk ke dalam sel. Pada penyakit diabetes, terdapat kekurangan insulin atau insulin tidak dapat bekerja dengan baik, yang menyebabkan berbagai gejala dan gangguan kesehatan.

Pada penderita diabetes, glukosa dalam darah tidak dapat masuk ke sel tubuh sehingga kehilangan sumber energi yang biasa. Tubuh mencoba membuang kelebihan glukosa dalam darah dengan mengeluarkannya melalui urin, dan menggunakan lemak dan protein (dari otot) sebagai sumber energi alternatif. Hal ini mengganggu proses tubuh dan menyebabkan gejala diabetes. Akibatnya, glukosa menumpuk di dalam darah.

8.4 Patofisiologi DM

a. DM Tipe 1

DM tipe 1 atau biasa disebut dengan diabetes melitus yang tergantung insulin (IDDM). Pada IDDM terdapat kekurangan insulin absolut sehingga pada pasien IDDM membutuhkan suplai insulin dari luar. Keadaan ini disebabkan karena sel beta pancreas mengalami lesi akibat dari mekanisme autoimun, yang pada keadaan tertentu dipicu oleh infeksi virus. Pulau pankreas diinfiltrasi oleh limfosit T dan ditemukan autoantibodi terhadap jaringan pulau yaitu ICCA (*Islet Cell Cytoplasmic Antibodies*) dan autoantibodi insulin (IAA). ICCA pada beberapa kasus dapat dideteksi selama bertahun-tahun sebelum onset penyakit. Ketika sel beta mati, maka ICCA akan menghilang kembali. Sekitar 80% pasien membentuk antibodi terhadap glutamat dekarboksilase yang diekspresikan di sel beta.

IDDM lebih sering terjadi pada pembawa antigen HLA tertentu (HLA-DR3 dan HLA-DR4), hal ini menunjukkan terdapat faktor predisposisi genetik (Silbernagl dan Lang, 2014).

b. DM Tipe 2

DM tipe 2 atau bisa disebut juga dengan diabetes melitus yang tidak tergantung insulin (NIDDM). NIDDM merupakan diabetes yang paling sering terjadi dan terdapat defisiensi insulin relatif. Pelepasan insulin dapat normal atau bahkan biasanya meningkat, tetapi organ target memiliki sensitivitas yang berkurang terhadap insulin (Silbernagl dan Lang, 2014).

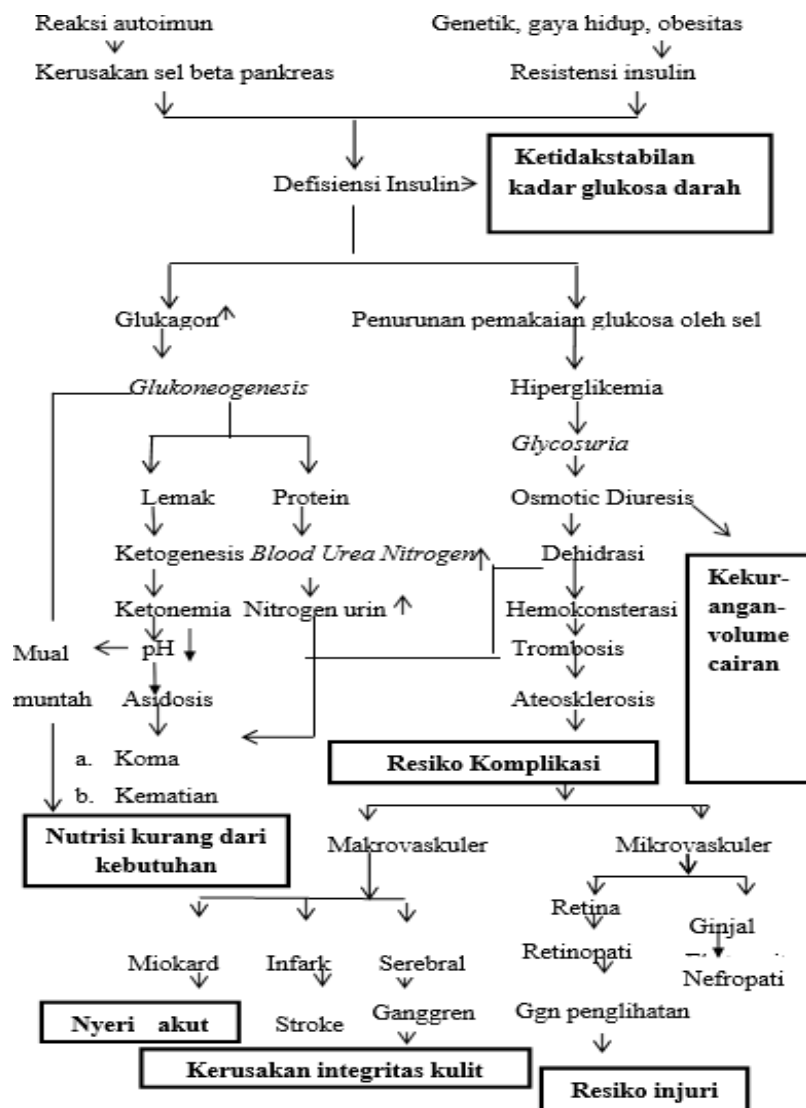
c. Diabetes tipe lain

Berdasarkan American Diabetes Association (2013). yang menyatakan bahwa diabetes dapat berkembang menjadi diabetes sekunder yang disebabkan oleh beberapa hal seperti diabetes yang disebabkan karena neoplasma, penyakit pankreas, penyakit yang berhubungan dengan sistem endokrin ataupun konsumsi obat-obatan tertentu. Selain itu, kegagalan sistem endokrin dalam tubuh yang mempengaruhi produksi hormon *counterregulatory* seperti *Acromegaly*, *Cushing's syndrome*, dan *Hyperthyroidism* dapat berkembang menjadi diabetes sekunder. Tidak hanya itu saja, namun beberapa penyebab lain seperti sindroma genetik lain yang diantaranya adalah sindroma *Down*, *Klinefelter*, *Turner*, *Huntington*, *Chorea*, *Prader Willi* juga dapat berkembang menjadi diabetes sekunder atau termasuk

diabetes tipe lain (*American Diabetes Association, 2013*).

d. Diabetes Gestasional

Diabetes gestasional disebabkan adanya peningkatan resistensi insulin dan penurunan sensitivitas insulin selama kehamilan yang merupakan efek dari meningkatnya hormon yang dihasilkan selama kehamilan, seperti estrogen, progesteron, kortisol dan laktogen dalam sirkulasi maternal. Sehingga semakin meningkatnya usia kehamilan, resistensi insulin semakin besar. Plasenta mensintesa progesteron dan pregnenolone. Hormon ini menstimulasi lipolisis, yang menyebabkan tingginya kadar asam lemak dalam sirkulasi, ditujukan untuk membentuk glukosa yang dibutuhkan oleh janin. Asam lemak ini berfungsi antagonis dengan fungsi insulin, sehinggaterjadi hambatan penyimpanan glukosa dalam sel (Kaaja dan Ronnema, 2009).



Gambar 8.2. Pathway penyakit DM

8.5 Manifestasi klinik

Seseorang dapat dikatakan menderita diabetes mellitus apabila menderita dua dari tiga gejala yaitu :

- a. Keluhan TRIAS : banyak minum, banyak kencing, dan penurunan berat badan.
- b. Kadar glukosa darah pada waktu puasa lebih dari 120mg/dl
- c. Kadar glukosa darah dua jam sesudah makan lebih dari 200 mg/dl keluhan yang sering terjadi pada penderita diabetes mellitus adalah polyuria, polidipsi, polifagia, berat badan menurun, lemah, kesemutan gatal, visus menurun, bisul/luka, keputihan (M.Clevo Rendy Margaret TH, 2019)

8.6 Asuhan keperawatan pasien DM

Menurut Utami (2016), asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung pada klien di bagian tatanan pelayanan kesehatan yang pelaksanaannya berdasarkan kaidah profesi keperawatan. Proses keperawatan adalah sarana atau alat yang digunakan oleh seorang perawat dalam bekerja dan tata cara pelaksanaannya tidak boleh dipisah-pisah antara tahap pertama, kedua, ketiga dan seterusnya. Tahap pertama pengkajian, tahap kedua menegakkan diagnosis keperawatan, tahap ketiga menyusun rencana keperawatan yang mengarah kepada penanganan diagnosis keperawatan, tahap keempat diimplementasikan dan tahap kelima atau tahap terakhir adalah dievaluasi (Budiono, 2016).

- a. Pengkajian

Menurut Budiono (2016), pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk

mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien.

Konsep dasar pengkajian DM yaitu sebagai berikut:

1) Identitas.

Identitas pasien berisi nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, status, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk, diagnosis medis dan nomor registrasi. Identitas penanggung jawab. Identitas penanggung jawab berisi nama, umur, alamat, pekerjaan, hubungan dengan pasien.

2) Riwayat Kesehatan.

Keluhan utama yaitu keluhan yang paling utama saat itu dirasakan oleh pasien. Keluhan utama yang akan didapatkan yaitu luka yang tak kunjung sembuh, anoreksia, cemas, nafas berbau aseton, sakit kepala, badan lemas dan terdapat penurunan berat badan yang signifikan, mengalami kehausan yang berlebihan kemudian tungkai kesemutan, dan penurunan rasa raba.

3) Riwayat penyakit sekarang.

Data yang akan diambil saat pengkajian berisi tentang perjalanan penyakit pasien dari sebelum dibawa ke IGD sampai dengan mendapatkan perawatan di bangsal.

4) Riwayat penyakit dahulu.

Berisi riwayat penyakit sebelumnya. Adanya riwayat penyakit DM atau penyakit-penyakit penyerta lainnya. Seperti adanya riwayat penyakit pankreas, jantung, obesitas, hipertensi dan yang lainnya. Tindakan medis yang pernah didapat ataupun obat-obat yang biasa dikonsumsi.

- 5) Riwayat penyakit keluarga.
Adakah anggota keluarga dari pasien yang menderita DM. Pada pasien DM biasanya terdapat salah satu anggota keluarga yang juga menderita DM atau memiliki penyakit keturunan yang dapat menyebabkan terjadinya DM. Karena DM ini termasuk penyakit yang menurun.
- 6) Pola fungsional.
- 7) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan.
Perlu dikaji mengenai persepsi pasien dan keluarga mengenai pentingnya kesehatan bagi anggota keluarga. Pada pasien dengan DM dapat terjadi perubahan pola persepsi dan tata laksana hidup sehat dikarenakan kurangnya pengetahuan tentang kepatuhan pola hidup sehat dan kepatuhan akan prosedur pengobatan.
- 8) Pola nutrisi dan metabolik.
Perlu dikaji mengenai nutrisi dan metabolik pasien. Kaji kebiasaan makan pasien, pola diet.
- 9) Pemeriksaan Fisik.
Keadaan umum: pasien DM biasanya datang ke RS dalam keadaan baik kompos mentis. Tanda-tanda vital: pemeriksaan tanda vital yang terkait yaitu tekanan darah, nadi, suhu dan frekuensi pernafasan. Tekanan darah dan pernafasan pada pasien dengan DM bisa tinggi atau normal, Nadi dalam batas normal, sedangkan suhu akan mengalami perubahan jika terjadi infeksi. Pemeriksaan fisik dilakukan secara head to toe atau sistematis.
Kepala.
- 10) Diagnosis keperawatan
Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Kompleksnya

masalah sistem tubuh pada pasien dengan DM makan akan banyak penyakit yang muncul. Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien DM menurut Tim Pokja PPNI SDKI (2018), yaitu antara lain:

- a. Intoleransi aktivitas.
Intoleransi aktivitas merupakan ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.
- b. Ketidakstabilan kadar glukosa darah.
- c. Nyeri akut.
- d. Gangguan integritas kulit.
- e. Risiko infeksi mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

11) Intervensi Keperawatan.

Intervensi keperawatan merupakan segala tindakan perawatan yang dikerjakan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan. Intervensi dan kriteria hasil menurut Tim Pokja SIKI PPNI dan Tim Pokja SLKI (2018), diantaranya yaitu:

- a. Intoleransi aktivitas.
Tujuan dan kriteria hasil: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil: Perasaan lemah menurun. Keluhan lelah menurun. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat. Kekuatan otot meningkat
Intervensi: Observasi. Latihan rentang gerak aktif maupun pasif. Anjurkan tirah baring. Kolaborasi dengan tim medis terkait terapi farmakologi
Rasional: Membantu pasien mengatasi kelemahan
- b. Ketidakstabilan kadar glukosa darah.
Tujuan dan kriteria hasil: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah teratasi

dengan kriteria hasil: Kadar glukosa dalam darah membaik. Kadar glukosa dalam urin membaik.
Intervensi: Observasi. Monitor kadar glukosa darah.
Edukasi. Ajarkan pengelolaan diabetes.

c. Nyeri akut.

Tujuan dan kriteria hasil: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil: Keluhan nyeri menurun. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat.

Intervensi: Observasi. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Fasilitasi istirahat dan tidur. Kolaborasi pemberian analgetik. Edukasi

d. Gangguan integritas kulit.

Tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil: Kerusakan jaringan menurun. Kerusakan lapisan kulit menurun.

Intervensi: Observasi. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit. Bersikan dengan cairan NaCl. Bersihkan jaringan nekrotik. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. Kolaborasi pemberian antibiotik.

e. Risiko infeksi.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil: Kadar sel darah putih membaik. Kultur area luka membaik.

Intervensi: Observasi. Monitor tanda dan gejala infeksi. Cuci tangan sesudah dan sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Edukasi. Kolaborasi pemberian antibiotik.

12)Implementasi Keperawatan.

Setelah menyusun rencana asuhan keperawatan, langkah selanjutnya yang akan diterapkan adalah melakukan tindakan yang nyata untuk mencapai hasil berupa berkurang atau hilangnya masalah. Implementasi yaitu melaksanakan tindakan keperawatan yang telah teridentifikasi dalam komponen P atau Perencanaan disertai dengan menuliskan tanggal dan jam pelaksanaan (Budiono, 2016).

13)Evaluasi

Menurut Budiono (2016), evaluasi merupakan suatu proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan terhadap respon pasien secara terus-menerus terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi proses atau promotif dilakukan setiap selesai.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfariki, L. O. 2020. *Uji Sensitifitas Dan Spesifitas Keluhan Penderita Diabetes Mellitus Berdasarkan Keluhan Dan Hasil Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu (GDS)*.
- Afisa, E. 2019. *Tingkat Kelelahan Pasien Diabetes Mellitus Yang Berobat Di Poliklinik Rumah Sakit Universitas Sumatera Utara*. Tersedia di <https://repository.usu.ac.id/handle/123456789/26104>
- Astuti, A. 2017. *Pengaruh Aktivitas Fisik Terhadap Kadar Gula Ddarah Pada Pasien DM Di Poli Penyakit Dalam RSUD Jombang*. 9-10. Tersedia di <http://repo.stikesicme-jbg.ac.id/46/>.
- Black, J. &. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah : Manajemen Klinis untuk hasil yang diharapkan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Budiono. 2016. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Pusdik DM Kesehatan. Tersedia di [http:// bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Konsep-dasar-keperawatan-Komprehensif.pdf](http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Konsep-dasar-keperawatan-Komprehensif.pdf).
- Dinas Kesehatan Surakarta. 2019. *Laporan Provinsi Jawa Tengah RISKESDAS 2018*. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.Tersedia di <http://ejournal2.litbang.kemkes.go.id/index.php/lpb/article/view/3641>
- Dinkes Provinsi Jawa Tengah. 2019. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*. Semarang. Tersedia di <https://dinkesjatengprov.go.id/v2018/storage/2020/09/Profil-Jateng-tahun-2019.pdf>
- Fitriani Nasution, A. A. 2021. *Faktor Risiko Kejadian Diabetes Mellitus*. *Jurnal ilmu kesehatan*, 96. Tersedia di <https://ejurnaladchkdr.com/index.php/jik/article/view/304>.

- Kementrian, RI. 2018. *Diabetes :Pasien di Indonesia bisa mencapai 30 juta orang pada tahun 2030*. Tersedia di <http://p2ptm.kemkes.go.id/artikelsehat/diabetes-pasien-di-indonesia-bisa-mencapai-30-juta-orang-pada-tahun-2030>.
- Maria, I. 2021. *Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus dan Asuhan Keperawatan Stroke*. Yogyakarta: deepublish.
- Octavia, R. D. 2020. *Literatur Review Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diabetes Mellitus Di Rumah Sakit*. Tersedia di <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1074/1/KTI%20REISCHA%20DELFI%20OCTAVIA.pdf>
- Rinaldi, S.F & Mujiyanto, B. 2017. *Metodologi Penelitian Dan Statistik*. Jakarta: Pusdik DM Kesehatan. Tersedia di <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/11/Metodologi-Penelitian-dan-Statistik-SC.pdf>.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2018. *Standar Diagnosis keperawatan Indonesia(SDKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2018. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia(SLKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia(SIKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Utami, N.W. 2016. *Etika Keperawatan Dan Keperawatan Profesional*. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan. Tersedia di <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Etika-Keperawatan-dan-Keperawatan-Profesional-Komprehensif.pdf>

Waode Azfari Azis, L. Y. 2020. *Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Dengan Gaya Hidup Pada Pasien Diabetes Melitus. Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 105. Tersedia di <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP/article/view/52>

BAB 9

ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN LUKA BAKAR

Oleh Mochamad Robby Fajar Cahya

9.1 Pendahuluan

Luka bakar adalah jenis luka yang disebabkan oleh paparan yang tidak disengaja terhadap zat bersuhu tinggi, termasuk cairan panas, padat, atau gas seperti didapatkan dari kompor pada saat memasak, asap, uap, minuman, mesin, peralatan, perkakas, radiator, dan benda yang memancarkan energi panas. (*The Global Burden of Disease Study, 2019*). Luka bakar dapat menyebabkan perubahan mendalam jangka panjang bahkan luka telah sembuh, yang mempengaruhi tidak hanya kesehatan fisik tetapi juga kesehatan mental dan kualitas hidup pasien, menempatkan beban tinggi tidak hanya pada keluarga pasien tetapi juga pada sistem kesehatan nasional secara global (Enns J, et al. 2016 & Jeschke MG, et al 2020).

Luka bakar adalah penyebab utama kematian dan kecacatan pada anak-anak secara global (Grudziak J, et al, 2018). WHO memperkirakan bahwa luka bakar menyebabkan sekitar 180.000 kematian setiap tahunnya dan merupakan penyebab paling umum kelima dari cedera anak non-fatal . Beban kematian anak akibat luka bakar mencerminkan ketidaksetaraan faktor risiko dan kapasitas perawatan, karena tingkat kematian anak akibat luka bakar lebih dari tujuh kali lebih tinggi di negara berpenghasilan rendah dan menengah bila dibandingkan dengan negara berpenghasilan tinggi . Anak – anak dan orang tua terus mengalami peningkatan morbiditas

dan mortalitas jika dibandingkan dengan kelompok usia lain dengan cedera serupa. Karena risiko kematian yang tinggi untuk pasien luka bakar, dampak fisik dan psikososial pada orang yang hidup dengan luka bakar, dan kurangnya kapasitas perawatan luka bakar dan pediatrik secara global, penyebab dan pengobatan luka bakar pediatrik perlu mendapat perhatian khusus (Butler EK, et al. 2017 & Marianne Belleza, 2021)

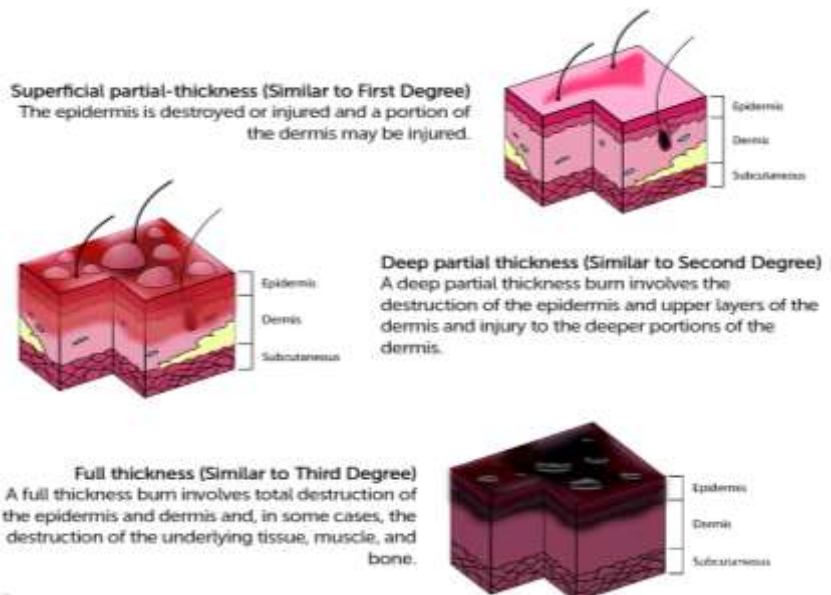
9.2 Pengertian

Luka bakar adalah hasil perpindahan panas dari satu tempat ke tempat lain. Luka bakar mengganggu kulit, yang menyebabkan peningkatan kehilangan cairan; infeksi ; hipotermia ; jaringan parut; kekebalan yang dikompromikan; dan perubahan fungsi, penampilan, dan citra tubuh. (Marianne Belleza, 2021).

9.3 Klasifikasi

Luka bakar diklasifikasikan menurut kedalaman kerusakan jaringan sebagai luka dengan ketebalan sebagian superfisial, luka dengan ketebalan sebagian dalam, atau luka dengan ketebalan penuh. Diantaranya sebagai berikut :

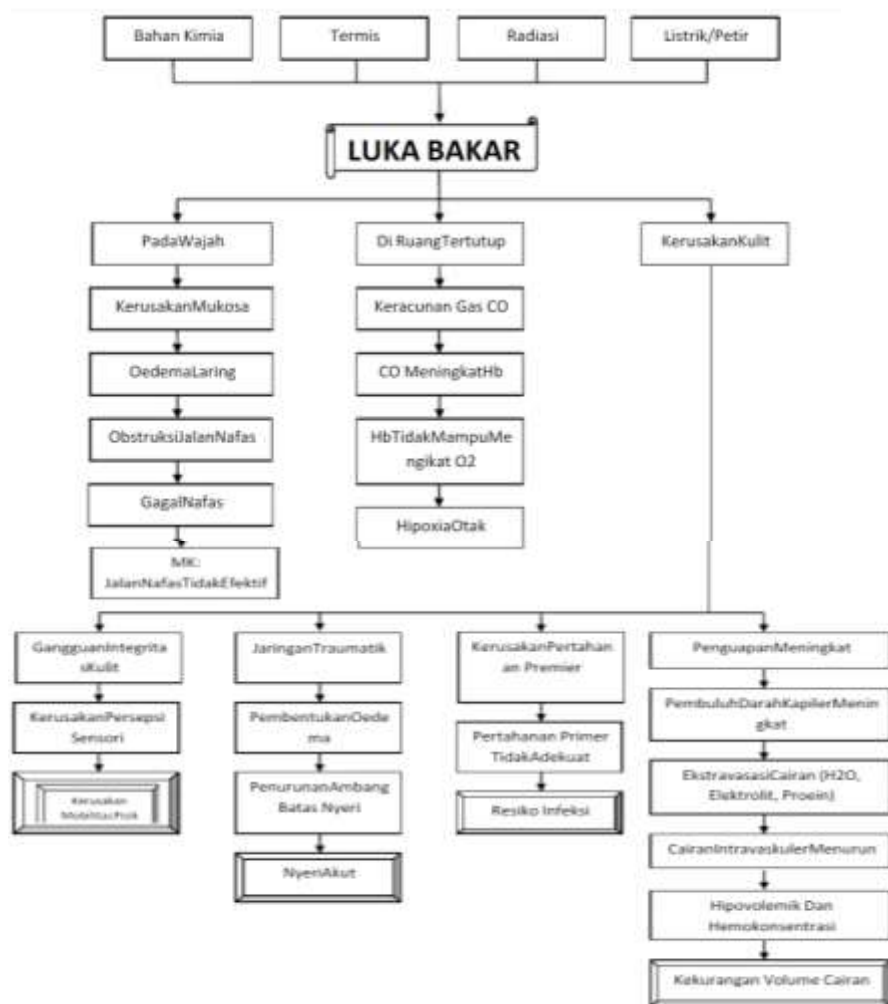
1. Ketebalan *parsial superfisial*. Epidermis hancur atau terluka dan sebagian dari dermis mungkin terluka.
2. Ketebalan *parsial dalam*. Luka bakar dengan ketebalan parsial yang dalam melibatkan penghancuran epidermis dan lapisan atas dermis dan cedera pada bagian dermis yang lebih dalam.
3. Ketebalan penuh. Luka bakar full-thickness melibatkan penghancuran total epidermis dan dermis dan, dalam beberapa kasus, penghancuran jaringan, otot , dan tulang di bawahnya.



Gambar 9.1. Gambar Klasifikasi Kedalaman Luka
Sumber : Nurlabs.com

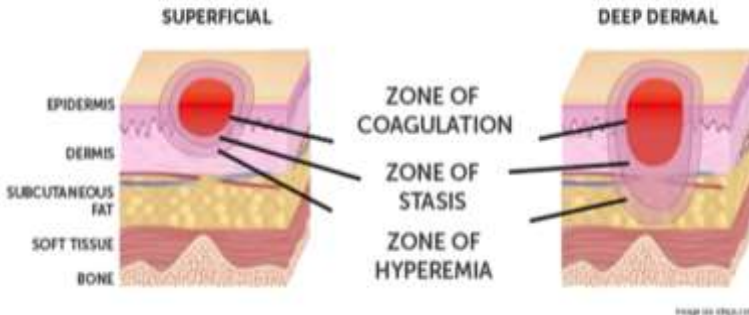
9.4 Patofisiologi

Destruksi jaringan terjadi akibat koagulasi, denaturasi protein, atau ionisasi komponen seluler. Respon lokal. Luka bakar yang tidak melebihi 20% dari *Total Body Surface Area* (TBSA) menurut Rule of Nines menghasilkan respon lokal. Respon sistemik. Luka bakar yang melebihi 20% TBSA menurut Rule of Nines menghasilkan respons sistemik. Respon sistemik disebabkan oleh pelepasan sitokin dan mediator lain ke dalam sirkulasi sistemik. Pelepasan mediator lokal dan perubahan aliran darah, edema jaringan, dan infeksi, dapat menyebabkan perkembangan luka bakar.



Gambar 9.2. Patofisiologi Luka Bakar
Sumber : Yuna Pratiwi ,2019

Each burned area has three zones of injury. The inner zone or "Zone of Coagulation" is where cellular death occurs and sustains the most damage. The middle area or "Zone of Stasis" has a compromised supply of blood, inflammation, and tissue injury. The outer zone or "Zone of Hyperemia" sustains the least damage.



Gambar 9.3. Area Luka Bakar
Sumber : NurLabs.com

9.5 Manifestasi Klinis

Perubahan yang terjadi pada luka bakar antara lain sebagai berikut:

1. *Hipovolemia*. Ini adalah konsekuensi langsung dari kehilangan cairan dan mengakibatkan penurunan perfusi dan pengiriman oksigen.
2. Penurunan curah jantung. Curah jantung menurun sebelum terjadi perubahan volume darah yang signifikan.
3. *Edema*. Edema terbentuk dengan cepat setelah luka bakar.
4. Penurunan volume darah yang bersirkulasi. Volume darah yang bersirkulasi menurun drastis selama syok luka bakar.
5. *Hiponatremia*. Hiponatremia sering terjadi selama minggu pertama fase akut, karena air berpindah dari ruang interstisial ke ruang vaskular.
6. *Hiperkalemia*. Segera setelah luka bakar terjadi hiperkalemia akibat destruksi sel masif.

7. *Hipotermia*. Hilangnya kulit menyebabkan ketidakmampuan untuk mengatur suhu tubuh.

9.6 Pencegahan

Untuk meningkatkan keamanan dan menghindari luka bakar, hal-hal berikut harus dilakukan untuk mencegah luka bakar:

1. Jauhkan Korek Api dari jangkauan anak-anak.
2. Awasi dan jangan pernah meninggalkan anak-anak tanpa pengawasan di sekitar api atau di kamar mandi/bak mandi.
3. Hati-hati agar tidak membuang cairan yang mudah terbakar ke api yang sudah menyala.
4. Hati-hati terhadap penggunaan cairan yang mudah terbakar untuk menyulut api.
5. Merekomendasikan penghindaran kabel listrik tidak tertata rapih di lantai yang dapat di jangkau oleh anak
6. Anjurkan setrika panas dan peralatan listrik yang menimbulkan jauhkan dari jangkauan anak-anak.
7. Berhati-hatilah untuk tidak memasang kabel listrik di bawah karpet atau permadani.
8. Anjurkan kehati-hatian saat memasak, waspadai pakaian longgar yang tergantung di atas kompor.
9. Merekomendasikan memiliki alat pemadam kebakaran yang berfungsi di rumah dan mengetahui cara menggunakannya.

9.7 Komplikasi

Ada banyak Komplikasi yang akan timbul apabila tidak segera di tangani antara lain :

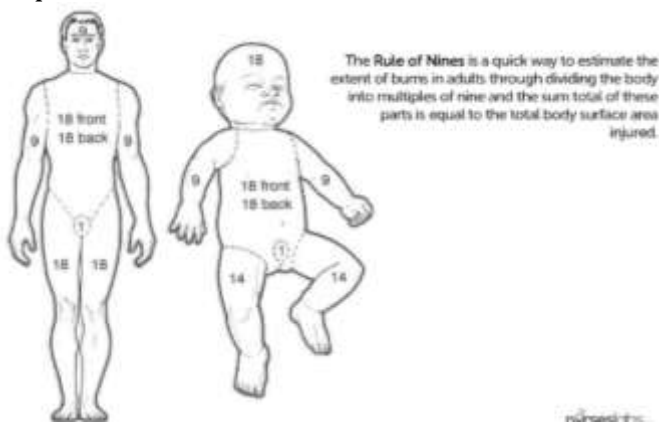
1. *Iskemia*. Saat edema meningkat, tekanan pada pembuluh darah kecil dan saraf di ekstremitas distal menyebabkan obstruksi aliran darah.

2. *Hipoksia jaringan*. Hipoksia jaringan adalah hasil dari inhalasi karbon monoksida.
3. Kegagalan pernapasan. Komplikasi paru sekunder akibat cedera inhalasi.

9.8 Penilaian dan Temuan Diagnostik

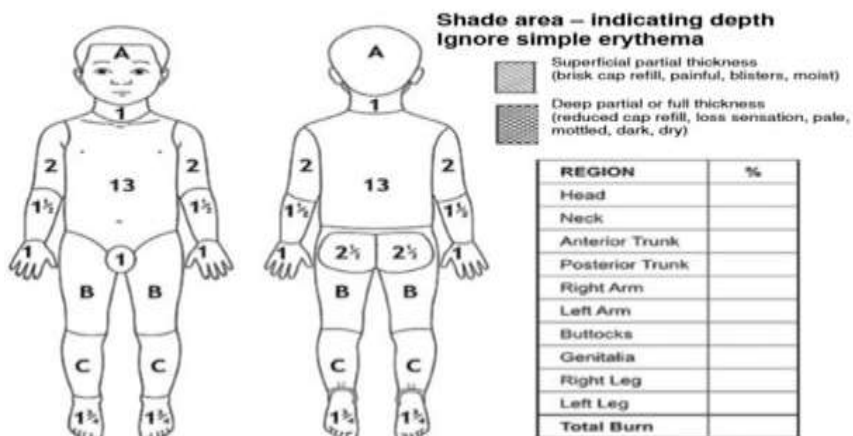
Berbagai metode digunakan untuk menentukan TBSA yang terkena luka bakar.

1. *Rule of Nine*. Metode yang umum, aturan sembilan adalah cara cepat untuk memperkirakan luasnya luka bakar pada orang dewasa dengan membagi tubuh menjadi kelipatan sembilan dan jumlah total bagian ini sama dengan total luas permukaan tubuh yang terluka.
2. *Metode Lund dan Browder*. Metode ini mengenal persentase luas permukaan berbagai bagian anatomi, terutama kepala dan tungkai, yang berkaitan dengan usia pasien.
3. *Metode Palmer*. Ukuran telapak tangan pasien, tidak termasuk luas permukaan jari, kira-kira 1% dari TBSA, dan telapak tangan pasien tanpa jari setara dengan 0,5% TBSA dan berfungsi sebagai ukuran umum untuk semua kelompok umur.



Gambar 9.4. Rule of Nine

Assess the extent and depth of the burn



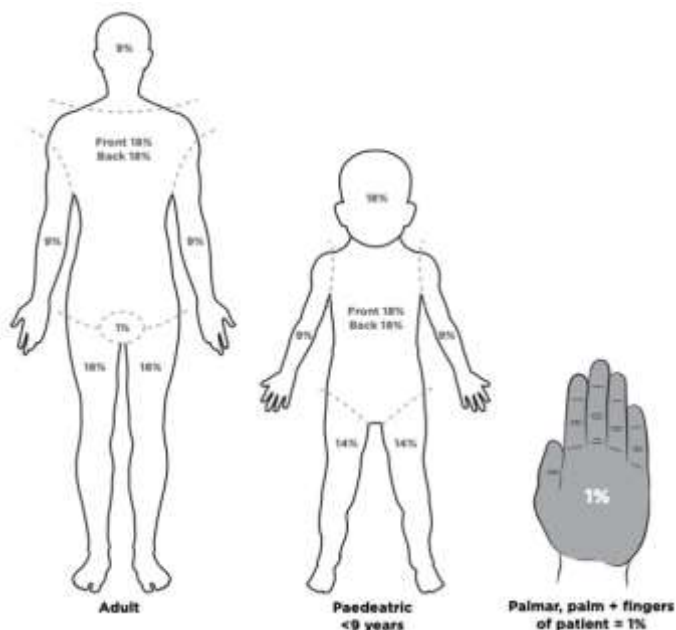
Relative percentage of body surface area affected by growth.

Age (years)	0	1	5	10	15	Adult
A 1/2 of head	9 1/2	8 1/2	6 1/2	5 1/2	4 1/2	3 1/2
B 1/2 of one thigh	2 3/4	3 1/4	4	4 1/2	4 1/2	4 3/4
C 1/2 of one leg	2 1/2	2 1/2	2 3/4	3	3 1/4	3 1/2

Small burns - Palm of hand (including fingers together) approximates 1% of body surface area.
 Palm alone approximates 0.5% BSA.



Gambar 9.5. Persentase Body Surface Area



Gambar 9.6. Metode Palmar

9.9 Manajemen medis

Perawatan luka bakar adalah tugas rumit yang dapat dilakukan oleh perawat mana pun dan memiliki pengetahuan tentang urutan intervensi yang tepat sangatlah penting.

1. Transportasi. Rumah sakit dan dokter diperingatkan bahwa pasien sedang dalam perjalanan sehingga tindakan penyelamatan jiwa dapat segera dimulai.
2. Prioritas. Prioritas awal di UGD tetap jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi.
3. Saluran udara. Oksigen yang dilembabkan 100% diberikan dan pasien didorong untuk batuk sehingga sekret dapat dikeluarkan dengan batuk.

4. Luka bakar kimia. Semua pakaian dan perhiasan dilepas dan luka bakar kimiawi harus disiram.
5. Akses intravena. Kateter IV lubang besar (16 atau 18 gauge) dimasukkan di area yang tidak terbakar.
6. Akses pencernaan. Jika luka bakar melebihi 20% sampai 25% TBSA, selang nasogastrik dipasang dan dihubungkan ke penghisapan (*Suction*) intermiten rendah karena ada pasien dengan luka bakar besar dengan keluhan mual.
7. Tempat tidur bersih. Seprai bersih ditempatkan di atas dan di bawah pasien untuk melindungi luka bakar dari kontaminasi, menjaga suhu tubuh, dan mengurangi rasa sakit akibat aliran udara yang melewati ujung saraf yang terbuka.
8. Terapi penggantian cairan. Volume total dan laju penggantian cairan IV diukur dengan respons pasien dan disesuaikan dengan formulasi cairan yang digunakan.

9.10 Manajemen Keperawatan

Manajemen keperawatan dalam perawatan luka bakar memerlukan pengetahuan khusus tentang luka bakar sehingga dapat diberikan intervensi yang tepat dan efektif.

9.11 Pengkajian keperawatan

Pengkajian Keperawatan berfokus pada prioritas utama untuk setiap pasien trauma; luka bakar adalah pertimbangan sekunder.

1. Fokus pada prioritas utama setiap pasien trauma. luka bakar merupakan pertimbangan sekunder, meskipun manajemen luka bakar aseptik dan garis invasif terus berlanjut.

2. Kaji keadaan sekitar cedera. Waktu cedera, mekanisme luka bakar, apakah luka bakar terjadi di ruang tertutup, kemungkinan menghirup bahan kimia berbahaya, dan trauma terkait lainnya.
3. Pantau tanda-tanda vital secara teratur. Pantau status pernapasan dengan cermat; dan evaluasi nadi apikal, karotis, dan femoral terutama di area luka bakar melingkar hingga ekstremitas.
4. Mulai pemantauan jantung jika diindikasikan. Jika pasien memiliki riwayat masalah jantung atau pernapasan, cedera listrik.
5. Periksa nadi perifer pada ekstremitas yang terbakar setiap jam; gunakan Doppler sesuai kebutuhan.
6. Pantau asupan cairan (cairan IV) dan output (kateter urin) dan ukur setiap jam. Catat jumlah urin yang diperoleh saat kateter dimasukkan (menunjukkan fungsi ginjal sebelum luka bakar dan status cairan).
7. Dapatkan sejarah Kaji suhu tubuh, berat badan, riwayat berat badan sebelum luka bakar, alergi, imunisasi tetanus, masalah bedah medis masa lalu, penyakit saat ini, dan penggunaan obat-obatan.
8. Atur agar pasien dengan luka bakar wajah dinilai untuk cedera kornea.
9. Lanjutkan untuk menilai sejauh mana luka bakar; menilai kedalaman luka, dan mengidentifikasi area cedera ketebalan penuh dan sebagian.
10. Kaji status neurologis: kesadaran, status psikologis, nyeri dan kecemasan, dan perilaku.
11. Kaji pemahaman pasien dan keluarga tentang cedera dan pengobatan. Kaji sistem pendukung pasien dan keterampilan coping.

9.12 Fase Akut

Fase akut atau menengah dimulai 48 hingga 72 jam setelah luka bakar. Perawatan luka bakar dan pengendalian nyeri menjadi prioritas pada tahap ini.

1. Fokus pada perubahan hemodinamik, penyembuhan luka, respon nyeri dan psikososial, dan deteksi dini komplikasi.
2. Ukur tanda-tanda vital sesering mungkin. Status pernapasan dan cairan tetap menjadi prioritas tertinggi.
3. Kaji nadi perifer sesering mungkin selama beberapa hari pertama setelah luka bakar untuk membatasi aliran darah.
4. Amati asupan cairan dan output urin setiap jam, serta tekanan darah dan irama jantung ; perubahan harus segera dilaporkan ke ahli bedah luka bakar.
5. Untuk pasien dengan cedera inhalasi, pantau secara teratur tingkat kesadaran, fungsi paru, dan kemampuan ventilasi; jika pasien diintubasi dan ditempatkan pada ventilator , penyedotan yang sering dan penilaian jalan nafas adalah prioritas.

9.13 Fase Rehabilitasi

Rehabilitasi harus dimulai segera setelah luka bakar terjadi. Penyembuhan luka, dukungan psikososial, dan pemulihan aktivitas fungsional yang maksimal tetap menjadi prioritas. Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit serta memperbaiki status gizi tetap penting.

Pada pengkajian awal, dapatkan informasi tentang tingkat pendidikan pasien, pekerjaan, aktivitas santai, latar belakang budaya, agama, dan interaksi keluarga.

Kaji konsep diri, status mental, respons emosional terhadap cedera dan rawat inap, tingkat fungsi intelektual, rawat inap sebelumnya, respons terhadap nyeri dan tindakan pereda nyeri, dan pola tidur .

Lakukan penilaian berkelanjutan relatif terhadap tujuan rehabilitasi, termasuk rentang gerak sendi yang terkena, kemampuan fungsional dalam ADL, tanda-tanda awal kerusakan kulit dari belat atau perangkat pemosisian, bukti neuropati (kerusakan saraf), toleransi aktivitas, dan kualitas atau kondisi penyembuhan kulit.

Mendokumentasikan partisipasi dan kemampuan perawatan diri dalam ambulasi, makan, membersihkan luka, dan menerapkan balutan tekanan.

Pertahankan penilaian yang komprehensif dan berkesinambungan untuk deteksi dini komplikasi, dengan penilaian khusus yang diperlukan untuk perawatan khusus, seperti penilaian pasca operasi pasien yang menjalani eksisi primer.

9.14 Pertolongan pertama

1. Lepaskan perhiasan dan pakaian yang bersentuhan dengan sumber luka bakar
2. Dinginkan area yang terkena sesegera mungkin (dalam waktu 3 jam sejak luka bakar) selama 20 menit dengan air dingin yang mengalir
3. Jika tidak tersedia, opsi lain termasuk: kompres air dingin yang sering diganti, perendaman dalam baskom, irigasi melalui set pemberian terbuka
4. Jangan pernah menggunakan es dan hindari penggunaan produk luka bakar hidrogel
5. Tutupi luka bakar dengan plastik cling film di sepanjang luka bakar (jangan dibungkus melingkar)
6. Jangan mengoleskan cling film plastik ke wajah (gunakan salep parafin)
7. Jangan menempelkan film plastik pada luka bakar kimia
8. Foto luka bakar yang disetujui secara tepat sebelum pembalutan berguna untuk manajemen berkelanjutan

Mencegah hipotermia

1. Lepaskan pakaian/pembalut yang basah setelah pendinginan awal
2. Usahakan agar anak tetap hangat
3. Tutupi luka dan anak setelah pengkajian
4. Bila memungkinkan, hangatkan cairan infus dan ruangan

Manajemen cairan pada luka bakar $\geq 10\%$ TBSA

1. Formula Parkland yang Dimodifikasi memberikan panduan cairan resusitasi untuk mengkompensasi kehilangan cairan berlebih dalam 24 jam pertama setelah luka bakar
2. Hitung persyaratan dari waktu pembakaran, bukan waktu penyajian
3. Hitung kebutuhan cairan resusitasi menggunakan Modified Parkland Formula (lihat di bawah)
4. Solusi Hartmann adalah cairan pilihan - jika tidak tersedia, gunakan natrium klorida 0,9%.
5. Masukkan kateter urin untuk keseimbangan cairan yang ketat
6. Simpan nil melalui mulut dan pertimbangkan selang nasogastrik - ileus lambung merupakan komplikasi yang potensial
7. Resepkan cairan rumatan intravena (lihat Cairan intravena) sampai dapat menoleransi asupan oral/enteral yang adekuat.

Modified Parkland Formula
Correct use of this formula uses 5 steps:

TBSA = A %

Weight = B kg

Time since burn = C hrs (If more than 7 hrs, use 7)

Volume fluid already received = D ml

Step 1: Calculate estimated fluid required in the first 24 hours (from time the burn injury)

$$3 \times \text{A} \% \times \text{B} \text{ kg} = \text{E} \text{ ml}$$

Step 2: Adjust volume to account for initial fluids already received

$$\text{E} \text{ ml} - \text{D} \text{ ml} = \text{F} \text{ ml}$$

Step 3: Adjust volume to account for initially maximal increased vascular permeability

$$\text{F} \text{ ml} \div 2 = \text{G} \text{ ml}$$

Step 4: Adjust rate calculation to account for time elapsed since the burn injury

$$\text{G} \text{ ml} \div (8 - \text{C}) \text{ hrs} = \text{H} \text{ ml/hr}$$

Step 5: Start IV resuscitation fluids at rate H ml/hr

The MPF is to be used as a *guide* only and the patient's fluid state and urine output should be re-evaluated in 1 – 2 hours of commencing fluids and rate adjusted accordingly to target an optimal urine output of 1ml/kg/h:

- sustained urine output <1ml/kg/hr: increase fluid rate
- sustained urine output >1ml/kg/hr: decrease fluid rate

Gambar 9.7. Parkland Formula

Diagnosa

Diagnosa keperawatan luka bakar meliputi:

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan keracunan karbon monoksida, inhalasi asap, dan obstruksi jalan napas bagian atas.
2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan edema dan efek inhalasi asap.

3. Defisit volume cairan berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler dan kehilangan evaporasi akibat luka bakar.
4. Hipotermia berhubungan dengan hilangnya mikrosirkulasi kulit dan luka terbuka.
5. Nyeri yang berhubungan dengan cedera jaringan dan saraf.
6. Kecemasan berhubungan dengan ketakutan dan dampak emosional dari luka bakar.

Perencanaan & Tujuan

Untuk menerapkan rencana perawatan pasien luka bakar secara efektif, harus ada tujuan yang harus ditetapkan :

1. Pemeliharaan oksigenasi jaringan yang adekuat.
2. Pemeliharaan jalan napas paten dan pembersihan jalan napas yang memadai.
3. Pemulihan keseimbangan cairan dan elektrolit yang optimal dan perfusi organ vital.
4. Pemeliharaan suhu tubuh yang adekuat.
5. Kontrol rasa sakit.
6. Meminimalkan kecemasan pasien dan keluarga.

Prioritas Keperawatan

1. Pertahankan paten jalan napas/fungsi pernapasan.
2. Mengembalikan stabilitas hemodinamik/volume sirkulasi.
3. Mengurangi rasa sakit.
4. Mencegah komplikasi.
5. Berikan dukungan emosional untuk pasien
6. Berikan informasi tentang kondisi, prognosis, dan pengobatan.

Intervensi Keperawatan

Asuhan keperawatan pada pasien luka bakar harus tepat dan efektif.

Mengoptimalkan Pertukaran Gas dan Bersihan Jalan Nafas

1. Berikan oksigen yang dilembabkan, dan pantau gas darah arteri (ABG), oksimetri nadi, dan kadar karboksihemoglobin.
2. Kaji suara napas dan laju pernapasan, ritme, kedalaman, dan simetri; memantau hipoksia.
3. Amati tanda-tanda cedera inhalasi: bibir melepuh atau mukosa bukal; lubang hidung hangus ; luka bakar di wajah, leher, atau dada; meningkatkan suara serak; atau jelaga dalam dahak atau sekresi pernapasan.
4. Segera laporkan sesak napas, penurunan kedalaman pernapasan, atau tanda-tanda hipoksia ke dokter; mempersiapkan untuk membantu dengan intubasi dan escharotomies.
5. Pantau pasien dengan ventilasi mekanis dengan cermat.
6. Lakukan tindakan perawatan paru yang agresif: berbalik, batuk, napas dalam, inspirasi kuat secara berkala menggunakan spirometri, dan penyedotan trakea.
7. Pertahankan posisi yang tepat untuk mendorong pengeluaran sekret dan jalan napas paten dan untuk meningkatkan ekspansi dada yang optimal; menggunakan jalan napas buatan sesuai kebutuhan.

Mengembalikan Keseimbangan Cairan dan Elektrolit

1. Pantau tanda-tanda vital dan keluaran urin (setiap jam), tekanan vena sentral (CVP), tekanan arteri pulmonalis, dan curah jantung.
2. Catat dan laporkan tanda-tanda hipovolemia atau kelebihan cairan.

3. Pertahankan jalur IV dan cairan teratur pada tingkat yang sesuai, seperti yang ditentukan. Dokumentasikan asupan, haluaran, dan berat badan harian.
4. Tinggikan kepala tempat tidur dan ekstremitas yang terbakar.
5. Pantau kadar elektrolit serum (misalnya, natrium, kalium , kalsium, fosfor, bikarbonat); mengenali ketidakseimbangan elektrolit yang berkembang.
6. Beri tahu dokter segera tentang penurunan keluaran urin; tekanan darah; tekanan vena sentral, arteri pulmonal, atau baji arteri pulmonal; atau peningkatan denyut nadi.
7. Menjaga Suhu Tubuh Normal
8. Sediakan lingkungan yang hangat: gunakan pelindung panas, selimut ruang, lampu pemanas, atau selimut.
9. Kaji suhu inti tubuh sesering mungkin.
10. Bekerjalah dengan cepat saat luka harus terbuka untuk meminimalkan kehilangan panas dari luka.

Meminimalkan Rasa Sakit dan Kecemasan

1. Gunakan skala nyeri untuk menilai tingkat nyeri (yaitu, 1 sampai 10); membedakan antara kegelisahan akibat nyeri dan kegelisahan akibat hipoksia.
2. Berikan analgesik opioid IV sesuai resep, dan nilai respons terhadap pengobatan; amati depresi pernapasan pada pasien yang tidak diberi ventilasi mekanis.
3. Berikan dukungan emosional, jaminan, dan penjelasan sederhana tentang prosedur.
4. Kaji pemahaman pasien dan keluarga tentang luka bakar, strategi koping, dinamika keluarga, dan tingkat kecemasan. Berikan respons individual untuk mendukung koping pasien dan keluarga; jelaskan semua prosedur dengan istilah yang jelas dan sederhana.

5. Berikan pereda nyeri, dan berikan obat anti ansietas jika pasien tetap sangat cemas dan gelisah setelah intervensi psikologis.

Memantau dan Mengelola Potensi Komplikasi

1. Gagal napas akut: Kaji adanya peningkatan dispnea, stridor, perubahan pola pernapasan; pantau nilai oksimetri nadi dan ABG untuk mendeteksi masalah saturasi oksigen dan peningkatan CO₂; pantau rontgen dada ; kaji hipoksia serebral (misalnya, gelisah, bingung); melaporkan memburuk
2. status pernapasan segera ke dokter; dan bantu sesuai kebutuhan dengan intubasi atau eskarotomi.
3. Syok distributif : Pantau tanda-tanda awal syok (penurunan output urin, curah jantung, tekanan arteri pulmonalis, tekanan baji kapiler paru, tekanan darah, atau peningkatan denyut nadi) atau edema progresif. Berikan resusitasi cairan sesuai perintah sebagai respons terhadap temuan fisik; terus memantau status cairan.
4. Gagal ginjal akut : Pantau dan laporkan keluaran dan kualitas urin yang tidak normal, nitrogen urea darah (BUN) dan tingkat kreatinin ; nilai hemoglobin urin atau mioglobin; berikan peningkatan cairan sesuai resep.
5. Sindrom kompartemen: Nilai denyut perifer setiap jam dengan Doppler; menilai status *neurovaskular ekstremitas* setiap jam (kehangatan, isi ulang kapiler, sensasi, dan gerakan); lepaskan manset tekanan darah setelah setiap membaca; meninggalkan ekstremitas yang terbakar; laporkan nyeri ekstremitas, hilangnya denyut atau sensasi perifer; mempersiapkan untuk membantu dengan escharotomies.
6. Ileus paralitik: Pertahankan selang nasogastrik pada pengisapan intermiten rendah sampai bising usus

berlanjut; auskultasi perut secara teratur untuk distensi dan bising usus.

7. Ulkus Curling : Kaji aspirasi lambung untuk darah dan pH; menilai tinja untuk darah gaib; berikan antasida dan penghambat histamin (misalnya, ranitidin [Zantac]) sesuai resep.

Mengembalikan Keseimbangan Cairan Normal

1. Pantau asupan cairan IV dan oral; menggunakan pompa infus IV.
2. Ukur asupan dan haluaran serta berat badan harian.
3. Laporkan perubahan (misalnya, tekanan darah, denyut nadi) ke dokter.

Mencegah Infeksi

1. Menyediakan lingkungan yang bersih dan aman; melindungi pasien dari sumber kontaminasi silang (misalnya pengunjung, pasien lain, staf, peralatan).
2. Periksa luka dengan cermat untuk mendeteksi tanda-tanda awal infeksi.

Pantau hasil kultur dan jumlah sel darah putih.

1. Latih teknik bersih untuk prosedur perawatan luka dan teknik aseptik untuk setiap prosedur invasif. Gunakan kebersihan tangan yang cermat sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.
2. Peringatkan pasien untuk menghindari menyentuh luka atau pembalut; cuci area yang tidak terbakar dan ganti seprai secara teratur.

Menjaga Kecukupan Nutrisi

1. Mulailah cairan oral secara perlahan saat bising usus berlanjut; catat toleransi—jika muntah dan distensi tidak terjadi, cairan
2. dapat ditingkatkan secara bertahap dan pasien dapat ditingkatkan ke diet normal atau pemberian makan selang.
3. Berkolaborasi dengan ahli diet untuk merencanakan diet kaya protein dan kalori yang dapat diterima oleh pasien. Anjurkan keluarga untuk membawa makanan yang bergizi dan kesukaan pasien. Berikan nutrisi dan suplemen vitamin dan mineral jika diresepkan.
4. Mendokumentasikan asupan kalori. Masukkan selang makanan jika target kalori tidak dapat dipenuhi dengan pemberian makanan oral (untuk pemberian makan terus menerus atau bolus); mencatat volume residu.
5. Timbang pasien setiap hari dan grafik bobot.

Mempromosikan Integritas Kulit

1. Kaji status luka.
2. Dukung pasien selama perawatan luka yang menyusahkan dan menyakitkan.
3. Koordinasikan aspek kompleks perawatan luka dan perubahan balutan.
4. Kaji luka bakar untuk ukuran, warna, bau, eschar, eksudat, tunas epitel (kumpulan sel kecil seperti mutiara pada permukaan luka), perdarahan, jaringan granulasi, status pencangkakan, penyembuhan situs donor, dan kondisi luka bakar. kulit di sekitarnya; melaporkan setiap perubahan yang signifikan kepada dokter.
5. Menginformasikan semua anggota tim perawatan kesehatan tentang prosedur perawatan luka terbaru yang digunakan untuk pasien.

6. Bantu, instruksikan, dukung, dan dorong pasien dan keluarga untuk mengambil bagian dalam penggantian balutan dan perawatan luka.
7. Sejak dini, kaji kekuatan pasien dan keluarga dalam mempersiapkan pemulangan dan perawatan di rumah.

Menghilangkan Rasa Sakit dan Ketidaknyamanan

1. Kaji nyeri dan ketidaknyamanan secara berkala; berikan agen analgesik dan obat ansiolitik , seperti yang ditentukan, sebelum rasa sakit menjadi parah. Kaji dan dokumentasikan respons pasien terhadap pengobatan dan intervensi lainnya.
2. Ajari pasien teknik relaksasi. Berikan kontrol atas perawatan luka dan analgesia. Berikan jaminan yang sering.
3. Gunakan citra yang dipandu dan gangguan untuk mengubah persepsi dan respons pasien terhadap nyeri; hipnosis, terapi musik, dan realitas virtual juga bermanfaat.
4. Kaji pola tidur pasien setiap hari; berikan obat penenang, jika diresepkan.
5. Bekerjalah dengan cepat untuk menyelesaikan perawatan dan mengganti balutan.

Dorong pasien untuk menggunakan obat analgesik sebelum prosedur yang menyakitkan.

Tingkatkan kenyamanan selama fase penyembuhan dengan hal-hal berikut:

1. agen antipruritic oral, lingkungan yang dingin, sering melumasi kulit dengan air atau losion berbasis silika, olahraga dan belat untuk mencegah kontraktur kulit, dan aktivitas pengalihan.

Menganjurkan Mobilitas Fisik

1. Cegah komplikasi imobilitas (atelektasis, pneumonia , edema, ulkus tekan , dan kontraktur) dengan bernapas dalam, berputar, dan mengubah posisi dengan benar.
2. Memodifikasi intervensi untuk memenuhi kebutuhan pasien. Dorong duduk lebih awal dan ambulasi. Saat kaki terlibat, gunakan perban tekanan elastis sebelum membantu pasien ke posisi tegak.
3. Lakukan upaya agresif untuk mencegah kontraktur dan jaringan parut hipertrofik pada area luka setelah penutupan luka selama satu tahun atau lebih.
4. Mulailah latihan rentang gerak pasif dan aktif sejak masuk sampai setelah pencangkokan, dalam batasan yang ditentukan.
5. Terapkan belat atau perangkat fungsional ke ekstremitas untuk kontrol kontraktur; memantau tanda-tanda insufisiensi vaskular, kompresi saraf, dan kerusakan kulit.

Memperkuat Mekanisme Pertahanan Diri (Koping)

1. Bantu pasien untuk mengembangkan strategi koping yang efektif: Tetapkan ekspektasi khusus untuk perilaku, promosikan komunikasi yang jujur untuk membangun kepercayaan, bantu pasien mempraktikkan strategi koping, dan berikan penguatan positif bila perlu.
2. Mendemonstrasikan penerimaan pasien. Mintalah orang yang tidak terlibat bagi pasien untuk melampiaskan perasaan tanpa takut akan pembalasan.
3. Sertakan pasien dalam keputusan tentang perawatan. Dorong pasien untuk menegaskan individualitas dan preferensi. Tetapkan harapan yang realistis untuk perawatan diri.

Mendukung Proses Pasien dan Keluarga

1. Dukung dan atasi masalah verbal dan nonverbal pasien dan keluarga.
2. Instruksikan keluarga cara untuk mendukung pasien.
3. Buat rujukan pekerjaan psikologis atau sosial sesuai kebutuhan.
4. Berikan informasi tentang perawatan luka bakar dan pengobatan yang diharapkan.
5. Memulai pendidikan pasien dan keluarga selama manajemen luka bakar. Menilai dan mempertimbangkan gaya belajar yang disukai; menilai kemampuan untuk menangkap dan mengatasi informasi; menentukan hambatan belajar ketika merencanakan dan melaksanakan pengajaran.
6. Tetap peka terhadap kemungkinan perubahan dinamika keluarga.

Memantau dan Mengelola Potensi Komplikasi

1. Gagal jantung : Kaji kelebihan cairan, penurunan curah jantung, oliguria, distensi vena jugularis, edema, atau timbulnya bunyi jantung S3 atau S4.
2. Edema paru: Kaji peningkatan CVP, arteri pulmonal dan tekanan baji, dan ronki; segera laporkan. Posisikan dengan nyaman dengan kepala ditinggikan kecuali kontraindikasi. Berikan obat-obatan dan oksigen sesuai resep dan nilai respons.
3. Sepsis : Kaji suhu yang meningkat, nadi yang meningkat, tekanan nadi yang melebar, dan kemerahan, kulit kering di area yang tidak terbakar (tanda awal), dan catat tren dalam data. Lakukan kultur luka dan darah sesuai resep. Berikan antibiotik terjadwal tepat waktu.
4. Gagal napas akut dan sindrom gangguan pernapasan akut (ARDS): Pantau status pernapasan untuk dispnea,

- perubahan pola pernapasan, dan timbulnya suara tambahan. Kaji penurunan volume tidal dan COMPLIANS paru pada pasien yang menggunakan ventilasi mekanis . Ciri khas dari onset ARDS adalah hipoksemia pada oksigen 100%, penurunan COMPLIANS paru, dan PIRAU yang signifikan; beri tahu dokter tentang status pernapasan yang memburuk.
5. Kerusakan visceral (akibat luka bakar listrik): Pantau elektrokardiogram (EKG) dan laporkan disritmia; perhatikan nyeri yang berhubungan dengan iskemia otot dalam dan laporkan. Deteksi dini dapat meminimalkan keparahan komplikasi ini. Fasciotomi mungkin diperlukan untuk meredakan pembengkakan dan iskemia pada otot dan fascia; monitor pasien untuk kehilangan darah yang berlebihan dan hipovolemia setelah fasciotomi .
 6. Kontraktur: Berikan terapi fisik dan okupasi secara dini dan agresif; dukung pasien jika operasi diperlukan untuk mencapai rentang gerak penuh.
 7. Gangguan adaptasi psikologis terhadap luka bakar:
 8. Dapatkan rujukan psikologis atau psikiatri segera setelah bukti masalah utama muncul.

Mempromosikan Toleransi Aktivitas

1. Jadwalkan perawatan untuk memungkinkan periode tidur tanpa gangguan. Berikan agen hipnotis, sesuai resep, untuk meningkatkan tidur.
2. Komunikasikan rencana perawatan kepada keluarga dan pengasuh lainnya.
3. Kurangi stres metabolik dengan menghilangkan rasa sakit, mencegah menggigil atau demam , dan meningkatkan integritas semua sistem tubuh untuk membantu menghemat energi. Pantau kelelahan , nyeri, dan demam

untuk menentukan jumlah aktivitas yang harus didorong setiap hari.

4. Menggabungkan latihan terapi fisik untuk mencegah atrofi otot dan mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk aktivitas sehari-hari.
5. Dukung pandangan positif, dan tingkatkan toleransi untuk aktivitas dengan menjadwalkan aktivitas pengalihan dalam periode durasi yang meningkat.

Meningkatkan Citra Tubuh dan Konsep Diri

1. Luangkan waktu untuk mendengarkan kekhawatiran pasien dan berikan dukungan yang realistis; rujuk pasien ke kelompok pendukung untuk mengembangkan strategi koping untuk menghadapi kerugian.
2. Kaji reaksi psikososial pasien; memberikan dukungan dan mengembangkan rencana untuk membantu pasien menangani perasaan.
3. Promosikan citra tubuh dan konsep diri yang sehat dengan membantu pasien mempraktikkan respons terhadap orang yang menatap atau bertanya tentang cedera.
4. Dukung pasien melalui gerakan kecil seperti memberikan kue ulang tahun, menyisir rambut pasien di depan pengunjung, dan berbagi informasi tentang sumber daya kosmetik untuk menyempurnakan penampilan.
5. Ajari pasien cara untuk mengalihkan perhatian dari tubuh yang cacat ke diri di dalam.
6. Koordinasikan komunikasi konsultan, seperti psikolog, pekerja sosial, konselor kejuruan, dan guru, selama rehabilitasi.

Mengajarkan perawatan diri

1. Sepanjang fase perawatan luka bakar, upayakan untuk mempersiapkan pasien dan keluarga untuk perawatan

- yang akan mereka lakukan di rumah. Instruksikan mereka tentang tindakan dan prosedur.
2. Berikan instruksi lisan dan tertulis tentang perawatan luka, pencegahan komplikasi, manajemen nyeri, dan nutrisi.
 3. Informasikan dan tinjau dengan latihan khusus pasien dan penggunaan garmen dan bidai elastis; memberikan instruksi tertulis.
 4. Ajari pasien dan keluarga untuk mengenali tanda-tanda abnormal dan laporkan ke dokter.
 5. Bantu pasien dan keluarga dalam merencanakan perawatan lanjutan pasien dengan mengidentifikasi dan memperoleh perlengkapan dan peralatan yang dibutuhkan di rumah.
 6. Dorong dan dukung perawatan luka lanjutan.
 7. Rujuk pasien dengan sistem pendukung yang tidak adekuat ke fasilitas perawatan di rumah untuk bantuan perawatan luka dan latihan.
 8. Evaluasi status pasien secara berkala untuk modifikasi instruksi perawatan di rumah dan/atau perencanaan untuk bedah rekonstruktif.

Evaluasi

1. Pada pasien dengan luka bakar, hasil yang diharapkan adalah:
2. Tidak adanya dispnea.
3. Tingkat pernapasan antara 12 dan 20 napas / menit.
4. Paru-paru bersih pada auskultasi,
5. Saturasi oksigen arteri lebih besar dari 96% dengan oksimetri nadi.
6. Kadar ABG dalam batas normal.
7. jalan napas paten
8. Sekresi pernapasan minimal, tidak berwarna, dan tipis.
9. Keluaran urin antara 0,5 dan 1,0 mL/kg/jam.

10. Tekanan darah lebih tinggi dari 90/60 mmHg.
11. Detak jantung kurang dari 120 bpm.
12. Suhu tubuh tetap antara 36,1°C dan 38,3°C

Panduan Pemulangan dan Perawatan di Rumah

Fokus intervensi rehabilitatif diarahkan pada rawat jalan, perawatan di rumah, atau perawatan di pusat rehabilitasi.

1. Perawatan Luka. Pasien dan keluarga diinstruksikan untuk mencuci luka kecil yang bersih dan terbuka setiap hari dengan sabun lembut dan air dan mengoleskan agen topikal atau pembalut yang diresepkan.
2. Pendidikan. Pasien dan keluarga membutuhkan instruksi tertulis dan lisan yang hati-hati tentang manajemen nyeri, nutrisi, pencegahan komplikasi, latihan khusus, dan penggunaan pakaian tekan dan bidai.
3. Perawatan tindak lanjut. Pasien yang mendapat perawatan di pusat luka bakar biasanya kembali ke klinik luka bakar secara berkala untuk evaluasi , modifikasi instruksi perawatan luka bakar, dan perencanaan untuk bedah rekonstruktif.
4. Rujukan. Pasien yang kembali ke rumah setelah mengalami luka bakar yang parah, mereka yang tidak dapat mengelola perawatan luka bakar mereka sendiri, dan mereka yang sistem pendukungnya tidak memadai memerlukan rujukan untuk perawatan di rumah.

Pedoman Dokumentasi

Perawat harus mendokumentasikan data berikut untuk memastikan bahwa setiap asuhan yang didokumentasikan adalah asuhan yang dilakukan.

1. Bunyi napas dan karakter sekret.

2. Laju pernapasan, oksimetri nadi/saturasi O₂, tanda-tanda vital.
3. Rencana perawatan dan mereka yang terlibat dalam perencanaan.
4. Rencana mengajar.
5. Respon klien terhadap intervensi, pengajaran, dan tindakan yang dilakukan.
6. Penggunaan alat pernapasan atau tambahan.
7. Kondisi yang dapat mengganggu pasokan oksigen.
8. I&O, keseimbangan cairan , perubahan berat badan, berat jenis urin.
9. Pencapaian atau kemajuan menuju hasil yang diinginkan.
10. Modifikasi rencana asuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Burns/.
Diakses Tanggal 20.02.2023 Jam 4.13 am
- Diseases, G.B.D. and C. Injuries, Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: *a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*. Lancet (London, England). 2020;396(10258):1204-22.
- Enns J, et al. 2016. *Mental and physical health outcomes in parents of children with burn injuries as compared with matched controls*. J Burn Care Res. 2016;37(1):e18-26.
- Logsetty S, et al. 2016. *Mental health outcomes of burn: A longitudinal population-based study of adults hospitalized for burns*. Burns. 2016;42(4):738-44.
- Jeschke MG, et al 2020. *Burn injury*. Nat Rev Dis Primers. 2020;6(1):11.
- Yakupu, A., Zhang, J., Dong, W. et al. 2022. *The epidemiological characteristic and trends of burns globally*. BMC Public Health 22, 1596. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13887-2>
- Grudziak J, Snock C, Zalinga T, Banda W, Gallaher J, Purcell L, et al. 2018. *Pre-burn malnutrition increases operative mortality in burn patients who undergo early excision and grafting in a sub-Saharan African burn unit*. Burns. 44:692-9. doi: 10.1016/j.burns.2017.10.003
- World Health Organization. 2018. *Burns*. World Health Organization. Available online at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns> (accessed March 30, 2022).

- Butler EK, Tran TM, Nagarajan N, Canner J, Fuller AT, Kushner A, et al. 2017. *Epidemiology of pediatric surgical needs in low-income countries*. Arez AP, editor. PLoS ONE. 12:e0170968. doi: 10.1371/journal.pone.0170968.
- Belleza Marianne. 2021. *Burn Injury Nursing Management*. Nurseslabs.com. Diakses Pada 20.02.2023 Jam 5.31 WIB.
- https://www-rch-org-au.translate.google/clinicalguide/guideline_index/Burns/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=sc
(Diakses Pada 27.2.2023 Jam 5 pm)
- https://www-frontiersin-org.translate.google/articles/10.3389/fped.2022.954995/full?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=sc
(Diakses Pada 27.02.2023 Jam 5.30 pm)
- https://nurseslabs-com.translate.google/burn-injury/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=sc
(Diakses Pada 27.02.2023 Jam 6pm)

BAB 10

FAMILY CENTERED CARE

Oleh Isymiarni Syarif

10.1 Pendahuluan

Family centered care adalah salah satu factor yang penting dalam hospitalisasi anak yang mengharuskan anak untuk tinggal dan dirawat di Rumah Sakit dan harus menjalani perawatan sampai pemulangnya kembali ke rumah (Purmailani, 2014). Stres hospitalisasi dapat menyebabkan anak mengalami efek negatif jangka pendek atau jangka panjang umumnya dalam bentuk kelesuan, ketakutan, atau gangguan tidur terutama bagi anak-anak usia dibawah tujuh belas tahun (Brier and lia dwi jayanti, 2020)

Keluarga dipandang sebagai mitra dalam pengasuhan anak. Konsep *Family centered care* merupakan filosofi keperawatan anak yang mengakui peran keluarga sebagai bagian penting selama anak sakit (Brier and lia dwi jayanti, 2020). Peran orang tua atau keluarga sebagai mitra pengasuh harus menentukan pemenuhan kebutuhan anak dalam bentuk pengasuhan anak yang berpusat pada keluarga (Purmailani, 2014). *Family centered care* meyakini adanya dukungan individu, menghormati, memelihara dan meningkatkan kekuatan dan kemampuan keluarga (Tanaem, Dary and Istiarti, 2019).

Familly centered care merupakan komponen yang sangat penting dalam hospitalisasi anak yang didasarkan pada kolaborasi antara anak, dan profesional lainnya dalam perawatan klinis yang berdasarkan pada perencanaan, pemberian dan evaluasi layanan kesehatan (American

Academy of pediatric, 2012). Family centered care telah diakui sebagai filosofi pendekatan kemitraan oleh banyak profesional kesehatan dan sistem kesehatan untuk pembuatan keputusan perawatan Kesehatan (Institute of Medicine, 2012). Konsep family centered care pada awalnya dikembangkan di negara berkembang karena keterlibatan orang tua merupakan sumber kekuatan dan dukungan utama bagi anak untuk memenuhi kebutuhan psikososial dan perkembangannya (Eichner *et al.*, 2012).

Menurut data WHO (Organisasi Kesehatan Dunia) tahun 2018, 3-10% pasien anak yang dirawat di AS mengalami stres selama rawat inap. Sekitar 3-7% anak usia sekolah yang dirawat di Jerman mengalami hal yang sama, 5-10% anak yang dirawat di rumah sakit di Kanada dan Selandia Baru juga mengalami tanda-tanda stres selama dirawat di rumah sakit (Wariantini Hadi, Munir and Siam, 2019)(Brier and lia dwi jayanti, 2020).

Angka kesakitan anak di Indonesia lebih dari 45 persen populasi anak Indonesia (Kemenkes RI, 2018) Sehingga jumlah rawat inap anak meningkat pada tahun 2018, menurut Badan Pusat Statistik (BPS), jumlah rawat inap atau rawat inap anak di Indonesia meningkat 13% dibandingkan tahun 2017 (Badan Pusat Statistik., 2018).(Wariantini Hadi, Munir and Siam, 2019)

Konsep family centered care di Indonesia mungkin sudah diterapkan di setiap rumah sakit yang ada, namun tidak mudah untuk mencapai cita-cita tersebut karena masih banyak tenaga kesehatan khususnya perawat yang belum memahami konsep *family centered care*. Kondisi ini mengakibatkan asuhan keperawatan di Indonesia sering tersjebak dalam kegiatan rutinitas di rumah sakit. Berbeda dengan di negara maju, konsep *family centered care* atau perawatan yang berpusat pada keluarga diimplementasikan dengan baik dan distandarisasi di setiap rumah sakit anak (Purmailani, 2014).

Dalam menerapkan konsep konsep *family centered care* atau pengasuhan yang berpusat pada keluarga, orang tua harus terlibat dalam pekerjaan pengasuhan. Untuk menjalin komunikasi dan kerjasama antara staf medis dan keluarga untuk memastikan kelancaran pelaksanaan perawatan yang berpusat pada keluarga, perawat harus dapat melibatkan orang tua dengan menjelaskan pentingnya keterlibatan keluarga dalam perawatan anak untuk efek hospitalisasi pada anak (Tanaem, Dary and Istiarti, 2019)

10.2 Defenisi *Family Centered Care*

Konsep *family centered care* sebagai filosofi dalam pemberian pelayanan perawatan di rumah sakit merupakan salah satu pendekatan yang dapat diikuti karena dalam pendekatan tersebut terdapat hubungan dua arah antara penyedia layanan, pasien dan keluarga sehingga dapat meminimalisir konflik yang ditimbulkan. kurangnya informasi dan komunikasi. Perawatan yang berpusat pada keluarga dapat dipraktikkan untuk orang-orang dari segala usia dan latar belakang. Ternyata, pengasuhan yang berpusat pada keluarga dapat diterapkan pada berbagai latar belakang (Kusumanigrum, 2015).

Family-Centered Care didefinisikan oleh *Association for the Care of Children's Health* telah mendefinisikan perawatan yang berpusat pada keluarga sebagai filosofi di mana pengasuh memprioritaskan dan memasukkan peran penting keluarga, memberdayakan dukungan keluarga, membantu membuat keputusan terbaik dan meningkatkan efisiensi. pola normal yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari saat anak sakit dan dalam masa pemulihan (Johnson, Jeppson & Redburn, 1992) dalam (Petersen, Cohen and Parsons, 2004).

10.3 Sejarah Family Centered Care

Pada tahun 1987, ACCH mengidentifikasi delapan elemen *Family Centered Care* (Shelton *et al.*, 1987) yang dicatat oleh C. Everest Koop dalam *Surgeon General's Report: Children With Special Health Care Needs* (US Department of Health and Human Services, 1987). Sejak saat itu, definisi Family Centered Care telah mendapat perhatian sosial dan budaya bagi keluarga (Johnson *et al.*, 1992) dan mendukung peran manajerial staf. *Family Centered Care* tidak hanya membahas praktik standar merawat anak-anak yang sakit, tetapi Amerika Serikat mendukungnya melalui undang-undang dalam Undang-Undang Anggaran dan Rekonsiliasi Omnibus tahun 1989, amandemen Hibah Pendidikan untuk Penyandang Cacat, Perawatan Kesehatan Anak Ibu. UU, Bantuan Disabilitas Perkembangan dan *Bill of Rights Act* dan Amandemen Kesehatan Mental tahun 1990 (Johnson *et al.*, 1992) (Petersen, Cohen and Parsons, 2004).

Dasar pemikiran perawatan yang berpusat pada keluarga (Kusumanigrum, 2015) adalah sebagai berikut:

- a. Bangun sistem kolaboratif alih-alih kontrol.
- b. Fokus pada kekuatan dan sumber daya keluarga, bukan kelemahan keluarga
- c. Pengakuan atas keahlian dan profesionalisme keluarga dalam pengasuhan anak
- d. Membangun pemberdayaan bukan ketergantungan
- e. Beri pasien, keluarga, dan penyedia layanan kesehatan lebih banyak informasi daripada yang diketahui para profesional.
- f. Menciptakan Program yang fleksibel dan tidak kaku dibuat.

10.4 Tujuan *Family Centered Care*

Menurut Brunner dan Suddarth (1986 Fretes, 2012), konsep perawatan yang berpusat pada keluarga dalam pediatri bertujuan untuk memberikan kesempatan kepada orang tua untuk merawat anaknya selama rawat inap di bawah pengawasan perawat, sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Selain itu, tujuan perawatan yang berpusat pada keluarga adalah untuk meminimalkan trauma rawat inap anak dan meningkatkan kemandirian untuk meningkatkan kualitas hidup.

10.5 Manfaat *Family Centered Care*

Perawatan yang berpusat pada keluarga atau *family centered care* adalah inti dari rawat inap anak, berdasarkan kolaborasi antara anak, orang tua, dokter anak, perawat, dan profesional klinis lainnya dalam perencanaan, pengiriman, dan evaluasi layanan kesehatan (*American Academy of Pediatrics*, 2012). Menerapkan model pengasuhan yang berpusat pada keluarga yang berfokus pada anak dan orang tua menunjukkan hasil yang signifikan dalam meningkatkan proses pertumbuhan bayi berat lahir rendah (Johnston *et al.*, 2006). Manfaat perawatan yang berpusat pada keluarga adalah 1) pengambilan keputusan klinis yang lebih baik berdasarkan informasi yang lebih baik dan proses kolaboratif, 2) tindak lanjut yang lebih baik ketika rencana perawatan dibuat bersama dengan keluarga, 3) proses perawatan yang lebih efisien dan efektif, 4) peningkatan komunikasi antara anggota tim kesehatan dan 5) meningkatkan kepuasan kerja (*American Academy of Pediatrics*, 2012).

Menurut sebuah studi oleh *Academy of Pediatrics* (2003), keuntungan dari konsep perawatan yang berpusat pada keluarga adalah membangun kemitraan antara perawat dan orang tua untuk meningkatkan kesehatan dan

perkembangan setiap anak, meningkatkan pengambilan keputusan klinis, membuat dan mengembangkan rencana tindak lanjut bekerjasama dengan keluarga, memahami kekuatan keluarga, penggunaan sumber daya kesehatan dan waktu tenaga kesehatan dan lebih profesional staf, efektif dan efisien, memasarkan pelayanan kesehatan secara kompetitif, meningkatkan kepuasan kerja, dan meningkatkan kepuasan anak dan keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang mereka terima. Menerapkan konsep perawatan yang berpusat pada keluarga pada keperawatan anak dapat memuaskan rumah sakit dan staf medis (perawat) serta membawa manfaat bagi keluarga (Eichner *et al.*, 2012).

10.6 Elemen *Family Centered Care*

Elemen *Family Centered Care* terdiri dari sembilan elemen *Family Centered Care* yang diidentifikasi oleh ACCH (Shelton *et al.*, 1987) dalam (Petersen, Cohen and Parsons, 2004) adalah sebagai berikut:

- a. Perawat menyadari bahwa Keluarga dipandang sebagai unsur yang konstan dan berkesinambungan dalam kehidupan anak, sedangkan keberadaan tenaga kesehatan bervariasi/berfluktuasi
- b. Memfasilitasi kolaborasi profesional antara keluarga dan perawat di semua tingkat pelayanan Kesehatan, pengembangan program, pelaksanaan dan evaluasi serta pembentukan kebijakan.
- c. Menghormati keanekaragaman ras, etnis budaya dan social ekonomi dalam keluarga
- d. Mengakui kekuatan keluarga dan individualitas serta memperhatikan perbedaan mekanisme koping dalam keluarga.
- e. Memberikan informasi yang lengkap dan jelas kepada orang tua tentang pengasuhan anak yang benar.

- f. Mendorong dan memfasilitasi keluarga untuk saling mendukung
- g. Memahami dan menggunakan sistem perawatan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan perkembangan bayi, anak-anak, dewasa, dan keluarganya
- h. Menerapkan kebijakan dan program yang tepat dan komprehensif, termasuk dukungan emosional dan finansial, untuk memenuhi kebutuhan kesehatan keluarganya.
- i. Merancang system perawatan kesehatan yang fleksibel, mudah diakses dan responsif terhadap kebutuhan keluarga

10.7 Konsep Family Centered Care

Konsep *family centered care* sebagai filosofi dalam pemberian pelayanan perawatan di rumah sakit merupakan salah satu pendekatan yang dapat diikuti karena dalam pendekatan tersebut terdapat hubungan dua arah antara penyedia layanan, pasien dan keluarga sehingga dapat meminimalisir konflik yang ditimbulkan. Kurangnya informasi dan komunikasi (Wariantini Hadi, Munir and Siam, 2019). Konsep family centered care adalah sebagai berikut: (Kusumanigrum, 2015)

- a. Martabat dan kehormatan
Perawat mendengarkan dan menghormati pendapat dan keputusan pasien. Informasi, nilai-nilai, keyakinan dan latar belakang budaya pasien dan keluarga dimasukkan ke dalam rencana perawatan dan intervensi.
- b. Pertukaran informasi
Perawat berkomunikasi dan memberikan informasi yang berguna kepada pasien dan keluarga secara akurat dan tidak memihak. Pasien dan keluarga menerima informasi yang tepat waktu, lengkap dan akurat untuk berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan.

c. Partisipasi

Pasien dan kerabat didorong untuk berpartisipasi dalam pengobatan dan pengambilan keputusan sesuai dengan kesepakatan yang dibuat.

d. Kerjasama

Pasien dan kerabat juga terlibat dalam komponen dasar kolaborasi. Perawat berkolaborasi dengan pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan dan pengembangan program, implementasi dan evaluasi, perencanaan perawatan kesehatan dan pelatihan profesional, terutama dalam pelayanan perawatan.

10.8 Hambatan Implementasi *Family Centered Care*

Family centered care merupakan konsep yang memungkinkan caregiver untuk memberikan asuhan yang memenuhi kebutuhan anak dan keluarganya serta mengurangi tekanan selama hospitalisasi. Kesimpulan Mayoritas peserta mendukung penerapan *family-centered care*. Peserta menunjukkan bahwa perawatan yang berpusat pada keluarga adalah inti dari keperawatan anak, termasuk orang tua/keluarga dalam perawatan anak. Namun, ada beberapa kendala dalam pelaksanaannya karena alasan berikut Perbedaan:

- a. persepsi terkait konsep hospitalisasi, dampak hospitalisasi dan konsep *family centered care*,
- b. Pengetahuan tentang orang tua, pengasuh dan dokter anak,
- c. pendidikan Kesehatan
- d. Pelatihan dan
- e. Kepercayaan budaya.

(Suza, 2016)

Menerapkan model pengasuhan yang berpusat pada keluarga memerlukan beberapa langkah persiapan yang direkomendasikan sebagai berikut : (Suza, 2016)

- a. Sakit,
- b. Menjelaskan konsep-konsep yang berkaitan dengan perawatan berpusat pada keluarga,
- c. Seminar untuk anak-anak, orang tua, staf dan administrasi rumah sakit, dll
- d. Pelatihan terkait dengan kebutuhan orang tua, pengasuh, dan dokter anak dalam menerapkan pengasuhan yang berpusat pada keluarga.

(Suza, 2016)

10.9 Keuntungan *Family Centered Care*

Manfaat *Family centered care* sebagai filosofi layanan telah dijelaskan dalam berbagai literatur. Dalam praktik perawatan yang berpusat pada keluarga, kehidupan pasien ditingkatkan dengan memfasilitasi proses penyesuaian pada anak-anak yang dirawat di rumah sakit dan keluarganya. Komunikasi antara orang tua dan penyedia layanan semakin meningkat, sehingga kepuasan terhadap layanan datang dari orang tua yang merasa aman dan tahu cara mengasuh anaknya. Peningkatan keuangan dan hasil pengasuhan anak berkualitas tinggi juga merupakan keuntungan dari pengasuhan *Family centered care*, karena pengasuhan anak tidak lagi harus dibayar jika keluarga dan penyedia layanan bekerja sama dalam pengasuhan anak. (Als *et al.*, 1994; Buchler, Als, Duffy, McAnulty, & Liederman, 1995; Van Riper, 2001) (Eichner *et al.*, 2012)

DAFTAR PUSTAKA

- Brier, J. and lia dwi jayanti. 2020. 'wong essential pediatrice', 21(1), pp. 1–9. Available at: <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>.
- Eichner, J.M. *et al.* 2012. 'Patient- and family-centered care and the pediatrician's role', *Pediatrics*, 129(2), pp. 394–404. Available at: <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>.
- Kusumanigrum, A. 2015. 'Pada Hospitalisasi Anak Pra Sekolah', *PSIK Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya* [Preprint].
- Petersen, M.F., Cohen, J. and Parsons, V. 2004. 'Family-centered care: Do we practice what we preach?', *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 33(4), pp. 421–427. Available at: <https://doi.org/10.1177/0884217504266772>
- Suza. 2016. 'Family-Centered Care Model untuk Menurunkan Dampak Hospitalisasi Anak dengan Penyakit Kanker di Medan , Sumatera Utara Family-Centered Care Model to Reduce Impact of Hospitalization Children with Cancer in Medan , Sumatera Utara Dewi Elizadiani Suza', *Idea Nursing Journal*, VI(I), pp. 15–24. Available at: <http://e-repository.unsyiah.ac.id/INJ/article/view/6634/5428>.
- Tanaem, G.H., Dary, M. and Istiarti, E. 2019. 'Family Centered Care Pada Perawatan Anak Di Rsud Soe Timor Tengah Selatan', *Jurnal Riset Kesehatan*, 8(1), p. 21. Available at: <https://doi.org/10.31983/jrk.v8i1.3918>.
- Wariantini Hadi, Y.M., Munir, Z. and Siam, W.N. 2019. 'Efektifitas Penerapan Metode Family-Centered Care terhadap Pasien Anak dengan Stress Hospitalisasi', *Citra Delima: Jurnal Ilmiah STIKES Citra Delima Bangka Belitung*, 3(2), pp. 112–116. Available at: <https://doi.org/10.33862/citradelima.v3i2.69>

BIODATA PENULIS



Ns. Yunike, S.Kep., M.Kes,
Dosen Poltekkes Kemenkes Palembang

Ns. Yunike, S.Kep., M.Kes, Lahir di Palembang 19 Juni 1980. Ibu dari empat putri cantik yang super aktif dan suami yang penuh cinta. Mengenal dan akhirnya mencintai dunia keperawatan pertama kami di Akper Depkes Palembang, kemudian melanjutkan kembali pendidikan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saat ini menekuni profesi sebagai Dosen Poltekkes Kemenkes Palembang sejak tahun 2009 hingga sekarang. Beberapa hasil penelitian saya di publish di Jurnal International bertema tentang Keperawatan Anak, diantaranya “Having Children with Mental Retardation” di publish di UPHS Vol. 6 Tahun 2017. “Setiap hari selalu ada yang ingin saya buat untuk kemajuan keperawatan dan masyarakat, beruntungnya saya dikelilingi oleh guru dan teman-teman yang selalu bersemangan untuk belajar bersama, bermetafosis bersama dari ulat menjadi kepompong dan kelak menjadi kupu-kupu”. Motto hidup saya “Hidup Sekali, Hidup Berarti”.

Email: yunike@poltekkespalembang.ac.id

BIODATA PENULIS



Dr. Ns. Ady Purwoto,S.Kep.,M.Kep.,S.H.,M.H.

Ady Purwoto lahir di Tegal Jawa Tengah. Putra Tunggal dari pasangan Bapak K.DJojo Soemarto (Alm) dan Ibu Sariah Ia Menempuh pendidikan tinggi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mahardika Cirebon untuk jenjang S1 Keperawatan dan Profesi Ners, Institut Ilmu Kesehatan Strada Indonesia Kediri untuk jenjang S2 Keperawatan, Universitas Terbuka dan Universitas Wiraswasta Indonesia Jakarta untuk jenjang S1 Hukum, Universitas Swadaya Gunung Jati Cirebon untuk jenjang S2 Hukum dan Universitas Islam Sultan Agung Semarang Untuk jenjang S3 Hukum. Saat ini ia bekerja sebagai dosen tetap di Akademi Keperawatan Berkala Widya Husada Jakarta sebagai Dosen Keperawatan, Universitas IBN Khaldun bogor sebagai Dosen Hukum. Artikel yang ia tulis telah diterbitkan oleh berbagai jurnal nasional dan Internasional bereputasi.

Penulis dapat di Hub. Melalui Email :
adypurwoto21@gmail.com

BIODATA PENULIS



Ns. Dewi Tiansa Barus, S.Kep., M.K.M

Dosen Tetap Pada Program Studi Ilmu Keperawatan Program Sarjana Fakultas Keperawatan Institut Kesehatan Deli Husada Deli Tua

Penulis lahir di Galang, 11 Pebruari 1989. Penulis adalah Dosen Tetap Pada Program Studi Ilmu Keperawatan Program Sarjana Fakultas Keperawatan Institut Kesehatan Deli Husada Deli Tua. Penulis menyelesaikan Pendidikan S1, Profesi Ners dan melanjutkan Pendidikan S2 di Institut Kesehatan Deli Husada Deli Tua dan lulus Tahun 2018. Penulis senang memberikan kontribusi dalam menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

BIODATA PENULIS



Ns. Elfina Yulidar, S.Kep.,M.Kep

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Faletahan

Penulis lahir di Palembang tanggal 03 Juli 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Faletahan. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan di Universitas Faletahan pada tahun 2010, dan melanjutkan Magister Keperawatan Anak di Universitas Indonesia pada tahun 2018 . Penulis menekuni bidang keperawatan anak sejak tahun 2011. Penulis telah mengikuti Pelatihan kegawatdaruratan pada anak, dan pernah aktif membimbing mahasiswa dalam kegiatan Korp Sukarelawan Mahasiswa. Penulis juga merupakan sebagai salah satu anggota IPANI Provinsi Banten dan aktif dalam keanggotaan.

BIODATA PENULIS



Ito Wardin

Ketua Prodi Profesi Ners di Fakultas Ilmu Kesehatan UMC

Penulis lahir di Desa Lamonae Kabupaten Konawe Utara Sulawesi Tenggara Pada Tahun 1993. Penulis saat ini sebagai Dosen tetap di Fakultas Ilmu Kesehatan UMC. Penulis merupakan lulusan S1 Keperawatan di Universitas Mandala Waluya Kendari tahun 2016, kemudian melanjutkan Pendidikan profesi Ners tahun 2016 dan melanjutkan S2 Keperawatan Anak di Universitas Gadjah Mada lulus tahun 2020. Penulis juga sempat menjabat ketua umum HMPK- FKMK Gadjah Mada tahun 2018.

Penulis juga saat ini menjabat sebagai Ketua Prodi Profesi Ners di Fakultas Ilmu Kesehatan UMC. Selanjutnya penulis sering melakukan penelitian nasional tentang Anak dengan kanker. Aktivitas keseharian penulis sering mengikuti kajian keislaman, politik, perkembangan Kemuhammadiyah dan sebagai kader Muhammadiyah.

Email Penulis: itowardin1993@gmail.com

BIODATA PENULIS



Muhsinin

Dosen Pengajar Fakultas Keperawatan
dan Ilmu Kesehatan Universitas
Muhammadiyah Banjarmasin.

Penulis Lahir di Banjarmasin tanggal 05 September 1973. Penulis adalah dosen tetap di Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Menyelesaikan pendidikan S1 dan Ners tahun 2005 di Universitas Airlangga. Melanjutkan S2 Keperawatan UI Lulus tahun 2010 dan Spesialis Keperawatan Anak UI Lulus tahun 2011. Aktif sebagai dosen pengajar pada program Studi Ilmu Keperawatan. Pengalaman membimbing praktek mahasiswa ke rumah sakit skala nasional maupun internasional seperti Rumah sakit yang ada di Malaysia, ikut dalam berbagai kegiatan ilmiah dan Riset Keperawatan.

BIODATA PENULIS



Vivi Adriana Suardi, S.Kep. Ns M.Kes.
Dosen Program Studi Sarjana Keperawatan
STIKES Gema Insan Akademik Makassar

Penulis lahir di Sengkang tanggal 22 Oktober 1985. Penulis Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Keperawatan pada tahun 2008 dan kemudian melanjutkan dan program profesi Ners tahun 2009 dan tamat profesi ners pada tahun 2010 di STIKES Gema Insan Akademik Makassar. Penulis melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat di Universitas Muslim Indonesia pada tahun 2016 dan tamat tahun 2018. Saat ini. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Keperawatan , Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Gema Insan Akademik Makassar (2009-sekarang), Sekretaris Program Studi Diploma III Keperawatan (2011-2017), Sekretaris Program Studi sarjana Keperawatan (2017-sekarang).

BIODATA PENULIS



Titin Supriatin, Ners., M.Kep.

Dosen Program Studi D III Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ahmad Dahlan Cirebon

Penulis lahir di Cirebon tanggal 11 Oktober 1980. Penulis adalah dosen tetap pada Dosen Program Studi D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ahmad Dahlan Cirebon. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dan melanjutkan S2 Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.

BIODATA PENULIS



Ns. Mochamad Robby Fajar Cahya, S.Kep., MSN

Dosen S1 Keperawatan – Fakultas Keperawatan dan Kebidanan
Universitas Binawan Jakarta

Penulis lahir di Bogor, 06 February 1982. Penulis Lulusan dari Akademi Keperawatan Persada HUSADA Indonesia Jakarta, S1 + Ners di Fakultas Ilmu Universitas Indonesia, S2 Keperawatan dengan peminatan Critical care di *Middle East University FZE Uni Emirate Arab*, dan Saat ini Sedang melanjutkan Pendidikan S2 Magister Manajemen Kesehatan Keselamatan Kerja dan Lingkungan di Pascasarjana Universitas Sahid Jakarta. Pengalaman Kerja 12 tahun terakhir di *Ministry of Health Kuwait di Mubarak Alkabeer Hospital (Medical Ward)* dan *Sabah Al Ahmad Urology Center (Surgical Oncology Ward)*. Penulis juga aktif di berbagai Organisasi Profesi dan Organisasi Sosial Kemasyarakatan. Saat ini Penulis menjabat sebagai Wakil Sekretaris Pada Pengurus Pusat Himpunan Perawat Critical Care Indonesia (PP HIPERCCI) Periode 2023 – 2028. Dan Pada Tahun 2022 juga mendapatkan Penghargaan sebagai Dosen Berprestasi Tingkat Nasional dari LSP Optimal. Email Penulis: robby_alfajar@yahoo.com

BIODATA PENULIS



Isyamiarni Syarif, S.Kep., Ns., M.Kes.

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Makassar

Penulis lahir di Somba tanggal 25 Januari 1985. Penulis adalah dosen DPK pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Islam Makassar (UIM). Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan profesi Ners di STIK GIA Makassar serta melanjutkan S2 pada Jurusan Epidemiologi, Universitas Hasanuddin. Penulis merupakan Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Makassar (UIM) periode 2020-2023. Aktivitas lainnya penulis adalah menekuni bidang Menulis serta penulis aktif dalam berorganisasi baik organisasi formal maupun non formal yang merupakan bagian dari hobi penulis. Untuk bersilaturahmi dengan penulis, bisa mengirim email ke alamat isyamiarnisyarif@gmail.com