

PEMERIKSAAN FISIS BAYI DAN ANAK

- Murti Ani
- Herdian Fitria Widyanto Putri
- Maya Astuti
- Rizqi Kamalah
- Faridah Hariyani
- Duhita Dyah Apsari
- Qatrunnada Naqiyyah Khusmitha
- Winny Kirana Hasanah
- Rizky Auliah



PEMERIKSAAN FISIS BAYI DAN ANAK

Murti Ani
Herdian Fitria Widyanto Putri
Maya Astuti
Rizqi Kamalah
Faridah Hariyani
Duhita Dyah Apsari
Qatrunnada Naqiyyah Khusmitha
Winny Kirana Hasanah
Rizky Auliah



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

PEMERIKSAAN FISIS BAYI DAN ANAK

Penulis :

Murti Ani
Herdian Fitria Widyanto Putri
Maya Astuti
Rizqi Kamalah
Faridah Hariyani
Duhita Dyah Apsari
Qatrunnada Naqiyyah Khusmitha
Winny Kirana Hasanah
Rizky Auliah

ISBN : 978-623-198-311-4

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

Ilda Melisa, A.Md.,Kep

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

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 Pemeriksaan Fisis Bayi Dan Anak ini.

Buku ini membahas Anatomi Bayu Baru Lahir, Pemeriksaan Fisis Bayi Baru lahir dan kelainan bawaan, Pemeriksaan Antropometri Anak, Tumbuh Kembang Anak, Pemeriksaan Fisis Jantung Anak, Pemeriksaan Status Endokrinologi dan Pubertas Pada Anak, Perkembangan Psikologi Anak, Gangguan Perilaku Remaja Pada Fase Pubertas, Perilaku Abuse Pada Anak dan Cara Mendeteksinya.

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	v
DAFTAR TABEL	vi
BAB 1 ANATOMI BAYI BARU LAHIR	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Bayi Baru Lahir.....	1
1.3 Anatomi Bayi Baru Lahir	3
DAFTAR PUSTAKA.....	13
BAB 2 PEMERIKSAAN FISIS BAYI BARU LAHIR	
DAN KELAINAN BAWAAN	15
2.1 Pendahuluan.....	15
2.2 Pemeriksaan Fisis Bayi baru lahir.....	15
2.2.1 Tujuan	16
2.2.2 Hal-hal penting selama melakukan pemeriksaan Fisik.....	16
2.2.3 Pemeriksaan fisik head to toe	17
2.3 Kelainan Bawaan	23
2.3.1 Penyakit jantung bawaan	24
2.3.2 Neural tube defect.....	25
DAFTAR PUSTAKA.....	28
BAB 3 PEMERIKSAAN ANTROPOMETERI ANAK.....	33
3.1 Pendahuluan.....	33
3.2 Parameter Antropometri	34
3.3 Indeks Standar Antropometri Anak.....	37
DAFTAR PUSTAKA.....	43
BAB 4 TUMBUH KEMBANG ANAK.....	45
4.1 Definisi Tumbuh Kembang	45
4.2 Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang.....	45
4.3 Jenis Tumbuh Kembang.....	46
4.4 Penilaian Tumbuh Kembang Anak.....	47

4.5 Fungsi Cinta Dan Kasih Sayang Dalam Keluarga	52
4.6 Upaya Peningkatan Kualitas Tumbuh Kembang Anak....	54
4.7 Perlakuan yang salah pada anak (<i>child abuse</i>)	56
DAFTAR PUSTAKA.....	57
BAB 5 PEMERIKSAAN FISIS JANTUNG ANAK	59
5.1 Pendahuluan.....	59
5.2 Pemeriksaan Kelainan Jantung Anak.....	60
5.2.1 Inspeksi, Palpasi Kulit dan Membran Mukosa	60
5.2.2 Penilaian Denyut Nadi Perifer	61
5.2.3 Penilaian Pola Pernafasan.....	62
5.2.4 Inspeksi, Palpasi dan Auskultasi Jantung	63
5.2.5 Murmur Jantung	64
5.2.6 Pemeriksaan Abdomen.....	64
5.2.7 Tekanan Darah	65
5.2.8 <i>Pulse Oximetry Screening (POS)</i>	65
DAFTAR PUSTAKA.....	69
BAB 6 PEMERIKSAAN STATUS ENDOKRINOLOGI DAN PUBERTAS PADA ANAK	71
6.1 Pendahuluan.....	71
6.2 Konsep Endokrinogi Anak.....	71
6.3 Pemeriksaan Status Endokrinologi Pada Anak.....	73
6.3.1 Pendekatan Umum Pasien Dengan Gangguan Endokrinologi.....	73
6.3.2 Pemeriksaan Penunjang Endokrinologi	73
6.3.3 Prosedur Diagnostik Endokrinologi.....	76
6.3.4 Pemeriksaan Endrokinologi Pubertas	79
DAFTAR PUSTAKA.....	81
BAB 7 PERKEMBANGAN PSIKOLOGI ANAK.....	83
7.1 Definisi Perkembangan Psikologi Anak.....	83
7.2 Teori Perkembangan Psikologi Anak.....	83
7.2.1 Teori psikoanalisis Sigmund Freud	84
7.2.2 Teori Perkembangan Kognitif Jean Piaget.....	90
7.2.3 Tahapan Perkembangan Psikososial Erikson	91

7.2.4 Tahapan Kehidupan Confucius	93
7.3 Ringkasan Perkembangan Psikologi Anak.....	94
DAFTAR PUSTAKA.....	95
BAB 8 GANGGUAN PERILAKU REMAJA PADA FASE	
PUBERTAS	97
8.1 Remaja dan Pubertas.....	97
8.2 Gangguan Perilaku pada Remaja	98
8.2.1 Challenging Behaviour (Perilaku menantang)	98
8.2.2 Disruptive Behaviour (Perilaku mengganggu).....	99
DAFTAR PUSTAKA.....	107
BAB 9 PERILAKU ABUSE PADA ANAK DAN	
CARA MENDETEKSINYA.....	111
9.1 Pendahuluan.....	111
9.2 Bentuk Bentuk Kekerasan Terhadap Anak.....	115
9.3 Cara Mendeteksi Kekerasan Pada Anak.....	120
9.3.1 Diagnosis	122
9.3.2 Perlakuan salah fisis	123
9.3.3 Perlakuan Salah Seksual.....	125
9.3.4 Perlakuan Salah Emosional	127
9.3.5 Diagnosis Banding	127
9.4 Dampak Child Abuse pada Tumbuh Kembang Anak.....	129
DAFTAR PUSTAKA.....	131
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Anatomi Bayi Baru Lahir.....	4
Gambar 1.2. Tengkorak Bayi	5
Gambar 1.3. Ubun-Ubun Bayi.....	6
Gambar 1.4. Sutura Bayi.....	9
Gambar 1.5. Verniks Caseosa	10
Gambar 1.6. Tali Pusat Bayi	11
Gambar 2.1. Jenis <i>Neural tube defect</i>	26
Gambar 7.1. Tingkat Kesadaran Teori Fraud	85
Gambar 7.2. Gambaran Id, Ego, dan Superego	87

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Komponen skor APGAR.....	17
Tabel 3.1. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak	39
Tabel 7.1. Mekanisme Pertahanan Utama dalam Teori Psikodinamik	88
Tabel 7.2. Tahap Perkembangan Psikoseksual Menurut Freud.....	89
Tabel 8.1. Sub Tipe ADHD menurut DSM-5.....	101
Tabel 9.1. Informasi tentang kasus kekerasan anak di Indonesia yang telah dilaporkan ..	112
Tabel 9.2. Klasifikasi Kekerasan Psikologis pada Anak .	116
Tabel 9.3. Klasifikasi Kekerasan Psikologis pada Anak Menurut Sinclair.....	117

BAB 1

ANATOMI BAYI BARU LAHIR

Oleh Murti Ani

1.1 Pendahuluan

Bayi baru lahir adalah individu yang baru saja mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin. Selain itu bayi baru lahir adalah individu yang sedang bertumbuh, yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterine.

Tubuh manusia menyimpan banyak rahasia yang menarik untuk dipelajari. Kita tentu ingin mengetahui macam-macam bagian tubuh dan fungsinya, bagaimana tubuh bekerja, dan hal-hal lain yang berhubungan dengan tubuh. Pada bab ini kita akan mengerti dan memahami tentang anatomi bayi baru lahir. Kita akan lebih mengenal tubuh bayi baru lahir sehingga lebih pandai untuk menjaga, memelihara, dan mensyukurinya.

1.2 Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir dengan umur kehamilan 37 sampai 40 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram.

Ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah:

1. Berat badan lahir 2500-4000 gram
2. Panjang badan lahir 48-52 cm
3. Lingkar dada 30-38 cm
4. Lingkar kepala 33-35 cm

5. Frekuensi jantung 180 denyut/menit, kemudian menurun sampai 120- 140 denyut/menit
6. Pernapasan pada beberapa menit pertama cepat, kira-kira 80 kali/menit, kemudian menurun setelah tenang kira-kira 40 kali/menit
7. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subcutan cukup terbentuk dan diliputi verniks kaseosa
8. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
9. Kuku agak panjang dan lemas
10. Genitalia: labia mayora sudah menutupi labia minora (pada anak perempuan), testis sudah turun (pada anak laki-laki). Spermatogenesis pada anak laki-laki tidak muncul hingga usia pubertas, tetapi komplemen total folikel primordial yang berisi ovum primitif telah ada di dalam ovarium anak perempuan pada saat lahir. Pada kedua jenis kelamin, hilangnya estrogen maternal menyebabkan pembesaran payudara, terkadang disertai oleh sekresi 'air susu' pada hari ke-4 atau ke-5. Bayi perempuan dapat mengalami pseudomenstruasi untuk alasan yang sama. Baik bayi laki-laki maupun perempuan memiliki nodul jaringan payudara disekitar puting. Bidan harus memiliki pengetahuan untuk memastikan dan menjelaskan sifat fisiologis kejadian tersebut pada orang tua.
11. Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
12. Reflek moro sudah baik, jika terkejut bayi akan memperlihatkan gerakan tangan seperti memeluk.
Refleks ini terjadi karena adanya reaksi miring terhadap rangsangan mendadak. Refleks ini dapat dimunculkan dengan cara menggendong bayi dengan sudut 40°, lalu dibirkkan kepalanya turun sekitar 1-2cm. Bayi akan bereaksi dengan menarik dan menjulurkan lengannya yang kadang-kadang gemetar. Lalu kedua lengannya akan memeluk dada.

Reaksi yang sama juga terjadi pada tungkai, yang lentur ditekuk ke perut. Refleks ini simetris dan terjadi pada 8 minggu pertama setelah lahir. Ketiadaan refleks moro menandakan imaturitas otak. Jika pada 6 bulan refleks itu masih ada, ini menunjukkan retardasi mental.

13. Eliminasi baik, urine akan keluar dalam 24 jam pertama
14. Mekonium akan keluar dalam waktu 24 jam setelah lahir sebagai tanda bahwa sistem pencernaan bayi baru lahir sudah normal. Feses bayi baru lahir berwarna hitam kehijau-hijauan dengan konsistensi liquid atau lengket seperti aspal

1.3 Anatomi Bayi Baru Lahir

Setelah 9 bulan berada di dalam rahim ibu maka janin yang dikandung akan lahir ke dunia. Anatomi yang dimiliki bayi baru lahir berbeda. Anatomi bayi baru lahir memiliki berbagai ciri khas yang membantunya untuk tumbuh dan berkembang di luar rahim. Seorang bayi tumbuh lebih cepat di tahun pertama setelah ia lahir dibandingkan waktu lain selama hidupnya.



Gambar 1.1. Anatomi Bayi Baru Lahir
(Sumber : www.alamy.com)

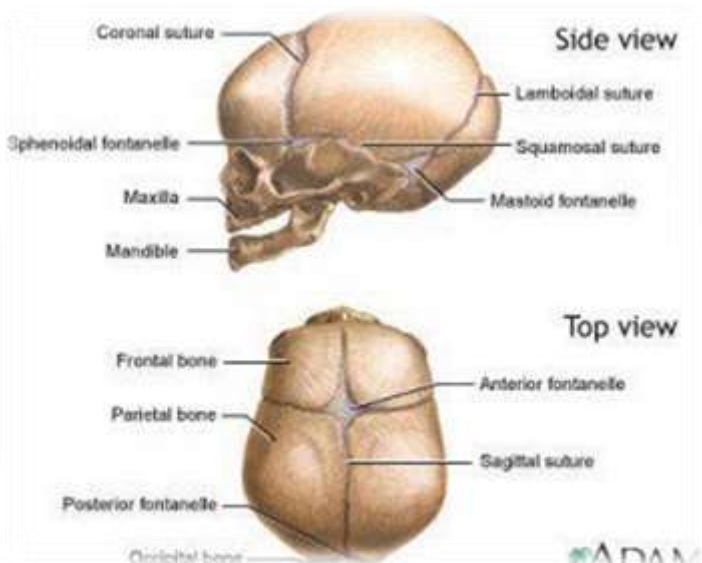
Anatomi bayi baru lahir terdiri atas:

1. Tengkorak

Tengkorak bayi saat baru lahir tersusun atas tulang rawan atau yang di sebut juga kartilago terdiri atas sel-sel

kartilago dan matriks ekstraseluler. Tulang tengkorak bayi masih terdiri dari tulang-tulang rawan yang terpisah dan akan menyatu ketika pertumbuhan otak telah lengkap.

Tengkorak dibentuk oleh tulang-tulang yang saling berhubungan dengan perantaraan sutura. Tulang tengkorak terdiri dari tiga lapisan, yaitu tabula eksterna, diploe, dan tabula interna. Pada orang dewasa ketebalan tulang tengkorak bervariasi antara 3 milimeter hingga 1,5 sentimeter, bagian paling tipis terdapat di daerah pterion dan bagian paling tebal di daerah protuberantia eksterna. Pada bayi cukup bulan, tulang tengkorak sudah terbentuk dengan baik dipisahkan oleh jaringan ikat, sutura, dan fontane.



Gambar 1.2. Tengkorak Bayi
(Sumber : ADAM)

Bagian-bagian tengkorak sebagai berikut:

a. Os Frontal (tulang dahi)

Os frontal merupakan tulang berbentuk mangkuk tidak berpasangan yang terletak di daerah dahi, yang berperan dalam pembentukan tempurung kepala. Tulang frontal terletak di atas tulang hidung dan di anterior tulang parietal

b. Os Parietal (tulang ubun-ubun)

Os Parietal merupakan tulang yang terletak di setiap sisi tengkorak tepat di belakang tulang frontal. Kedua tulang parietal bersama-sama membentuk sebagian besar atap tengkorak dan sisi tengkorak. Setiap tulang parietal memiliki bentuk segiempat yang tidak beraturan dan memiliki empat sudut, empat tepi, dan dua permukaan.



Gambar 1.3. Ubun-Ubun Bayi
(Sumber : ADAM)

Fontanella adalah sendi jaringan ikat yang lentur antara tulang-tulang tengkorak. Fontela ini memungkinkan adanya perubahan bentuk tengkorak,

serta membantu perjalanan bayi melewati saluran lahir.

Kebanyakan bayi yang baru lahir memiliki bentuk kepala yang lonjong atau tidak rata terutama jika dilahirkan dengan normal karena harus melewati jalan lahir. Di kepala bayi akan terlihat ada area lembut pada bagian atas yang mana tulang tengkorak belum tumbuh secara bersama-sama. Daerah ini disebut juga dengan fontanels (ubun-ubun) yang membantu bayi melalui jalan lahir sempit. Fontanels ini akan mengeras dengan cara alami ketika berusia 6-20 bulan.

Ukuran kepala bayi akan terus tumbuh, tapi karena tulang tengkorak bayi masih mudah dibentuk, maka terlalu banyak menghabiskan waktu dalam satu posisi yang sama bisa mengakibatkan perubahan bentuk kepala bayi. Peran orang tua sangat berpengaruh untuk keoptimalan tumbuh kembang anak, yaitu dalam pola pola asuh bayi saat masa neonatus tersebut. Pola asuh dapat berupa dalam kebiasaan tidur bayi. Kebiasaan tidur yang dilihat adalah dari posisi tidur yang sering digunakan, posisi tidur saat menyusui dan juga alas kepala saat tidur yang digunakan. Hal-hal tersebut dapat mempengaruhi bentuk kepala apabila dilakukan dalam jangka waktu yang lama dan dilakukan secara berulang kali.

c. Os Temporal

Os temporal merupakan tulang berpasangan yang terletak di sisi lateral dan dasar tengkorak. Tulang temporal memiliki struktur penting dari peralatan vestibulocochlear, termasuk meatus akustik eksternal, rongga timpani, dan struktur telinga bagian dalam

d. Os Occipitale

Os occipital merupakan tulang tunggal dan terdiri dari empat bagian yang mengelilingi foramen magnum.

2. Sutura

Sutura adalah suatu jaringan yang kuat dan fleksibel yang menyatukan tulang kranial. Dua sutura yang membentuk membran disebut titik lemah atau fontanel, tempat kedua sutura tersebut bertemu.

Sutura merupakan tempat pertemuan 2 tulang. Sutura memungkinkan tulang tengkorak bayi dapat bergerak menyesuaikan dengan besar rongga serviks saat persalinan. Seiring pertumbuhan anak, sutura dapat mengakomodasi pertumbuhan otak. Otak anak akan bertambah besar 2 kali lipat hingga usia 2 tahun. Setelah usia 2 tahun sutura metopik biasanya mulai menutup, sutura sagital mulai menutup setelah usia 22 tahun, sutura koronal setelah 24 tahun, dan lambdoid setelah 26 tahun; sutura yang tidak menutup sepenuhnya hingga usia 40 tahun masih dianggap normal.

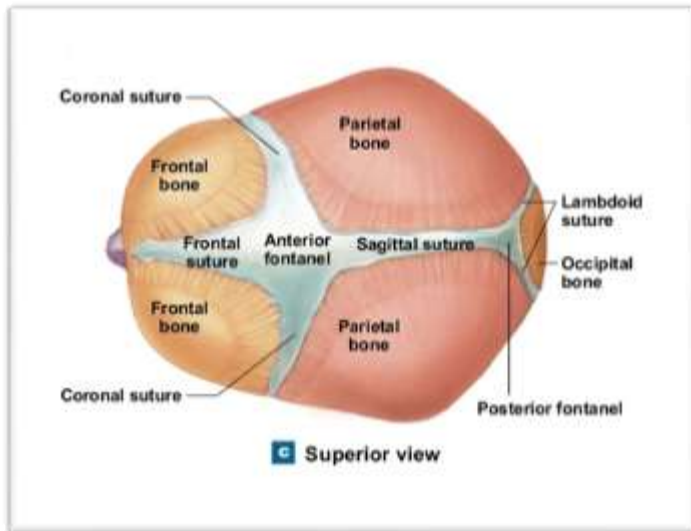
Sutura berguna dalam melindungi otak bayi serta memberikan kesempatan bagi otak untuk tumbuh. Sutura terbagi menjadi beberapa yaitu:

a. Sutura Lambdoidea

Sutura lambdoidea merupakan jaringan yang terletak diantara os occipitalis dan os parietalis. Berfungsi untuk menyatukan os occipital dan os parietal.

b. Sutura Sagitalis (sela panah)

Sutura sagitalis merupakan jaringan yang terletak ditengah os parietal. Berfungsi untuk menyatukan dua os parietal di garis tengah.



Gambar 1.4. Sutura Bayi
(Sumber : Pearson Education, Inc, 2012)

- c. Sutura Coronaria (sela mahkota)
Sutura coronaria merupakan jaringan yang berada diantara os frontal dan os parietal. Berfungsi untuk menyatukan os parietali dan os frontali.
 - d. Sutura Frontalis
Sutura frontalis merupakan jaringan yang berada di antara os frontalis. Berfungsi untuk menyatukan kedua os frontalis.
3. Mata sembab
Kelopak mata bayi yang baru lahir seringkali sembab. Beberapa bayi matanya tampak berwarna merah muda sesaat setelah dilahirkan yang disebabkan oleh sumbatan saluran air mata atau infeksi bakteri jalan lahir.

4. Verniks

Vernix caseosa adalah lapisan lemak pada kulit bayi baru lahir yang merupakan sekresi dari kelenjar minyak (sebum). Vernix caseosa berfungsi sebagai krim pelindung alami dengan beberapa efek menyehatkan bagi bayi baru lahir. Lapisan ini melindungi kulit bayi didalam rahim yang mulai berkembang pada umur kehamilan 20 minggu yang akan mencapai puncak pada trimester ketiga dan jumlahnya menurun sesuai dengan pertambahan usia gestasi. Vernix caseosa menghilang dengan sendirinya dalam 2-3 hari tanpa harus dibersihkan dengan kassa atau alat apapun, yang dapat meningkatkan pengelupasan kulit.



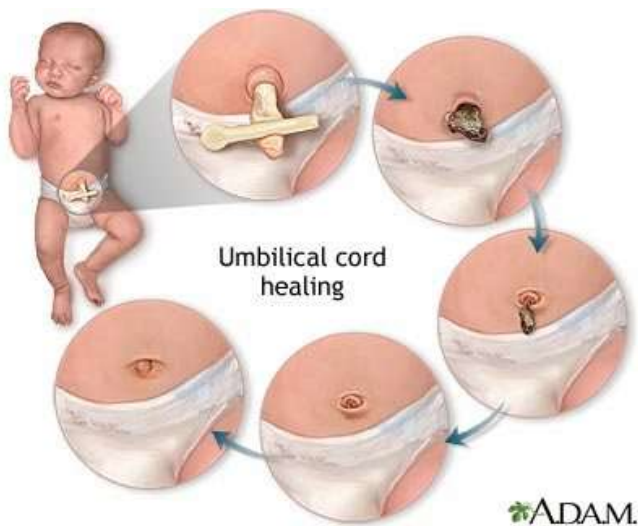
Gambar 1.5. Verniks Caseosa
(Sumber : Shutterstock.com)

Vernix caseosa berbentuk seperti keju yang disekresi oleh kelenjar sebum dan sel-sel epitel yang terdapat pada permukaan kulit bayi baru lahir. Perannya melindungi dari cairan amion, mencegah janin kehilangan air dan

elektrolit, sebagai pelembab dan pelindung dari beberapa bakteri.

Beberapa bayi dilapisi oleh vernix caseosa yang tebal pada permukaan tubuhnya, sementara yang lainnya terdapat sedikit saja. Sisa vernix caseosa pada bayi aterm ditemukan di alir, telinga dan celah kulit. Vernix caseosa terdiri dari sekresi kelenjar sebacea dan sel kulit serta kaya trigliserida, kolesterol, dan lemak. Vernix caseosa membentuk insulasi bagi kulit dan membantu mengurangi friksi saat persalinan.

5. Tali pusat



Gambar 1.6. Tali Pusat Bayi
(Sumber : ADAM)

Tali pusat lokal yang merupakan penghubung antara janin dan plasenta ibu memiliki 2 arteri dan sebuah vena dengan

selaput yang mirip seperti agar-agar. Tali pusat ini akan dijepit dan dipotong segera setelah bayi lahir.

Pengeringan dan pelepasan tali pusat dipermudah karena terpapar udara sehingga dalam 24 jam warna putih tali pusat menghilang dan berubah menjadi kuning kecoklatan atau kehitaman menjadi kering dan kaku. Pemisahan yang terjadi antara pusat dan tali pusat dapat disebabkan oleh keringnya tali pusat. Pada proses pemisahan secara normal jaringan yang tertinggal sangat sedikit. Sesuai dengan Asuhan Persalinan Normal saat ini yang dikembangkan di Indonesia bahwa untuk perawatan tali pusat tidak boleh diberikan zat atau obat apapun, dan dibiarkan terbuka.

6. Kelenjar timus

Merupakan bagian dari sistem imun (kekebalan tubuh) yang memiliki ukuran besar saat lahir karena sistem imun sedang berkembang pesat.

7. Hati

Ukuran hati bayi relatif besar saat lahir karena merupakan organ utama penghasil darah pada janin.

8. Pelvis

Bagian tubuh ini terutama terbuat dari tulang rawan saat lahir. Pelvis akan mengeras untuk membentuk jaringan tulang (osifikasi) saat usia kanak-kanak.

DAFTAR PUSTAKA

- Collett, B. R., Wallace, E. R., Kartin, D., Cunningham, M. L., & Speltz, M. L. 2019. Cognitive outcomes and positional plagiocephaly. *Pediatrics*, 143(2).
- Kabbani, H., & Raghuveer, T. S. 2004. Craniosynostosis. *American family physician*, 69(12), 2863-2870.
- Kristiyanasari, W. 2010. *AsuhanKeperawatan Neonatus dan Anak*.Yogyakarta: Nuha Medika
- Lutz, W. 2014. Anatomi. In *Dermatology* (Vol. 81, Issue 1)
- Nagaraja, S., Anslow, P., & Winter, B. 2013. Craniosynostosis. *Clinical radiology*, 68(3), 284-292.
- Ramdani, N., Yulianti, A., & Yuliadarwati, N. M. 2022. Literature Review: Hubungan Posisi Tidur Terhadap Risiko Kejadian Plagiocephaly pada Bayi. *Jurnal Penelitian Inovatif*, 2(3), 461-468.
- Soetjiningsih. 2014. *Tumbuh Kembang Anak*. 1–12
- Sueningrat, A. A. N. B. S. 2021. Diagnosis dan Penanganan Kraniosinostosis. *Cermin Dunia Kedokteran*, 48(12), 718-722.
- Suryandari, A. E., & Anasari, T. 2015. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keberadaan Vernix Caseosa Pada Bayi Baru Lahir. *Jurnal Kesehatan Al-Irsyad*, 18-25.
- Yuliana, F., Mahpolah, M., & Rosyana, D. 2017. Metode Perawatan Tali Pusat Terbuka Pada Bayi di Ruang Bayi RSUD. Ulin Banjarmasin. *Dinamika Kesehatan: Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*, 8(1), 19-24.

BAB 2

PEMERIKSAAN FISIS BAYI BARU LAHIR DAN KELAINAN BAWAAN

Oleh Herdian Fitria Widyanto Putri

2.1 Pendahuluan

Masa bayi baru lahir merupakan masa kritis karena pada masa ini terjadi adaptasi intrauterin ke ekstrauterin. Pemeriksaan awal dalam 24 jam pertama kelahiran sangat penting dalam menentukan kesejahteraan umum bayi baru lahir dan mengidentifikasi tanda bahaya yang mungkin memerlukan evaluasi lebih lanjut.

2.2 Pemeriksaan Fisis Bayi baru lahir

Pemeriksaan fisik adalah usaha yang dilakukan oleh tenaga Kesehatan khususnya seorang perawat ketika akan mengumpulkan data objektif melalui observasi kepada seorang pasien secara langsung dengan menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi (Nugroho, Santoso and Utami, 2020). Pemeriksaan fisik adalah teknik yang dilakukan dalam pengumpulan data dengan cara investigasi terhadap tubuh untuk menentukan status kesehatan pasien (Malisa *et al.*, 2021). Bayi baru lahir (BBL) yaitu bayi yang baru mengalami proses kelahiran berusia 0-28 hari (Herman, 2020). Neonatus atau BBL adalah organisme yang berada pada periode adaptasi kehidupan intrauterin ke ekstrauterin (Syafudin and Hamidah, 2009). Jadi pemeriksaan fisik bayi baru lahir adalah usaha tenaga kesehatan dalam mendapatkan data objektif bayi baru lahir berusia 0-28 hari melalui teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi sebagai dasar penegakan diagnosa.

2.2.1 Tujuan

Pemeriksaan fisik pada neonatus bertujuan untuk menilai status kesehatan, mengidentifikasi ketidaknormalan pada neonatus sehingga apabila ditemukan ketidaknormalan dapat segera ditangani (Gustina, 2022).

2.2.2 Hal-hal penting selama melakukan pemeriksaan fisik

Dalam melakukan pemeriksaan fisik, pemeriksa harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut (Campbell and Dolby, 2018; Jones, 2019):

1. Privasi

Privasi dalam KBBI berarti kebebasan, keleluasaan pribadi. Dikatakan privasi apabila individu/ kelompok dapat menentukan kapan, bagaimana dan sejauh mana informasi tentang mereka dikomunikasikan kepada orang lain (Prasetyo Yuwinanto, 2011). Jadi privasi adalah kebebasan seseorang untuk mengatur informasi tentang dirinya dari publik. Bayi merupakan bagian dari individu sehingga dalam prosedur pemeriksaan fisik harus dihargai privasinya. Salah satu caranya yaitu dengan melakukan pemeriksaan di tempat tertutup atau jauh dari orang sekitar

2. Suhu ruang

Selama pemeriksaan fisik, usahakan ruang/ tempat pemeriksaan memiliki suhu hangat karena bayi baru lahir 4x lebih besar kehilangan panas dibandingkan orang dewasa. Selama pemeriksaan bayi diposisikan telanjang atau ditutupi selimut pada area tubuh yang tidak diperiksa

3. Cahaya

Saat pemeriksaan fisik usahakan memperhatikan cahaya. Pencahayaan yang tidak tepat akan mempengaruhi warna kulit bayi sehingga menyebabkan kesalahan diagnosa.

4. Posisi bayi

Usahakan menempatkan bayi pada posisi aman yakni pada tempat tidur yang kokoh dan memiliki tinggi yang sesuai dengan pemeriksa.

5. Terdapat tempat cuci tangan

Cuci tangan dengan sabun dilakukan sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan fisik untuk mencegah infeksi.

2.2.3 Pemeriksaan fisik *head to toe*

Pemeriksaan fisik pada neonatus lebih sering menggunakan teknik inspeksi, auskultasi dan palpasi. Pemeriksaan fisik dimulai dari pemeriksaan umum sekilas menggunakan skor APGAR meliputi *Activity*/tonus otot, *Pulse*/denyut jantung, *Grimace*/refleks, *Appearance*/warna kulit dan *Respiratory*/pernafasan.

Tabel 2.1. Komponen skor APGAR

Komponen	Skor		
	0	1	2
Frekuensi jantung	Tidak ada	<100x/menit	>100x/menit
Kemampuan bernapas	Tidak ada	Lambat/tidak teratur	Menangis kuat
Tonus otot	Lumpuh	Ekstremitas agak fleksi	Gerakan aktif
Refleks	Tidak ada	Gerakan sedikit	Gerakan kuat/melawan
Warna kulit	Biru/pucat	Tubuh kemerahan/ ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan

(Hidayat, 2007; Simon, Hashmi and Bragg, 2022)

Penilaian:

Adaptasi baik : skor 7-10

Asfiksia ringan-sedang: skor 4-6

Asfiksia berat : skor 0-3

Setelah dilakukan pemeriksaan umum sekilas dan tidak ditemukan penyulit dapat dilakukan pemeriksaan fisik *head to toe*.

1. Tanda-tanda vital

a. Tekanan darah

Tekanan darah merupakan kekuatan tekanan darah pada dinding arteri. Nilai sistolik normal 60-80 mmHg, diastolik normal 30-45. Tekanan sistolik merupakan tekanan yang terjadi saat ventrikel kiri memompa darah melalui aorta. Sedangkan tekanan diastolik merupakan tekanan darah yang menurun saat ventrikel relaksasi (Hastuti, 2022)

b. Nadi

Nadi yaitu gerakan atau aliran darah pada pembuluh darah arteri yang dihasilkan oleh kontraksi dari ventrikel kiri jantung. Pemeriksaan nadi dilakukan dengan meraba nadi temporalis, karotis, apikal, brakialis, radialis, femoralis dan lain-lain dengan ujung jari selama 1 menit. Nilai normal 120-160 kali per menit. Akan menurun apabila bayi sedang tidur (Heni and Hijriani, 2018).

c. Frekuensi pernapasan

Merupakan jumlah napas yang dihitung dalam satu menit. Nilai normal 40-60 kali per menit (Abdurachman *et al.*, 2022).

d. Suhu tubuh

Suhu tubuh dapat diukur melalui oral, telinga, axila, rectal, pertengahan dahi. Alat pengukur suhu dapat berupa sentuhan manusia, termometer elektronik,

termometer infrared, termometer timpani inframerah, termometer merkuri dalam kaca (Lei, Tan and Malhotra, 2021; Elizabeth and Lily, 2022).

Berikut beberapa cara mengukur suhu tubuh sesuai dengan tempatnya (Bene, no date; Lei, Tan and Malhotra, 2021; Elizabeth and Lily, 2022):

1) Sentuhan

Pemeriksaan suhu tubuh dengan teknik sentuhan dapat dilakukan dengan cara palpasi pada perut/abdomen bayi dan telapak kaki secara bersamaan. Metode ini murah, cepat, simpel dan dapat mendeteksi adanya hipotermia namun kurang akurat.

2) Aksila

Merupakan tempat yang sering digunakan untuk pemeriksaan suhu. Termometer diletakkan di tengah aksila/ketiak dan lengan diarahkan ke torax/dada kurang lebih 3-5 menit untuk termometer manual. Jika menggunakan termometer digital maka ditunggu sampai termometer berbunyi

3) Telinga/ timpani

Termometer timpani inframerah mengukur energi inframerah yang dipancarkan dari membran timpani dan jaringan di sekitarnya kemudian diubah menjadi pembacaan suhu melalui transduser termal elektronik. Pemeriksaan ini tidak cocok dilakukan pada neonatus, akan tetapi akurat pada usia 6 bulan sampai 15 tahun

4) Pertengahan dahi/ *mid forehead*

Termometer ditempatkan pada pertengahan dahi, namun tidak cocok digunakan pada bayi karena arteri temporal pada bayi berukuran kecil.

5) Oral

Termometer ditempatkan di bawah lidah dan bibir ditutup kurang lebih 3-5 menit.

6) Rektal

Pasien diposisikan berbaring telungkup. Kemudian termometer kaca ujung tumpul dilumasi dan dimasukkan ke lubang anus 4-5 cm dengan sudut 20° selama kurang lebih 3 menit.

Pengukuran suhu tubuh pada neonatus lebih akurat apabila diukur melalui aksila jika dibandingkan dengan cara pengukuran yang lain (Veena and Kriangsak, 2000).

Tabel 2.2. Hasil pemeriksaan temperatur tubuh

Normal	36,5-37,5 °C
Hipotermi	Kurang dari 36 °C
Febris/ pireksia/ panas	37,5-40 °C
Hipertermi	Lebih dari 40°C

(Santoso, 2016)

e. Kulit

Kulit merupakan bagian terbesar tubuh. Pada pemeriksaan kulit, pemeriksa dapat mengamati warna, kuku dan ruam. Di awal kehidupan, bayi mengalami siaonis kaki tangan, akrosianosis, dan dingin akibat belum stabilnya sirkulasi periperal (<24 jam). Pemeriksa juga dapat melakukan palpasi tekstur kulit. Kulit bayi sama dengan orang dewasa. Namun kulit bayi prematur lebih tipis, rapuh dan mudah rusak. Kulit bayi baru lahir akan tertutupi dengan vernix (sekresi sebaceous berwarna putih keju & tidak berbau di lipatan kulit) (Duderstadt, 2019; Elizabeth and Lily, 2022)

f. Kepala

Pemeriksaan kepala dapat dilakukan dengan inspeksi dan palpasi. Pemeriksa dapat mengamati ukuran, bentuk, adanya pola rambut abnormal, lesi, laserasi, lecet, dan memar. Ukuran normal kepala bayi 32-37 cm. Pemeriksa dapat mengetahui adanya trauma kepala akibat persalinan melalui palpasi.

- 1) Kaput suksadeneum: pembengkakan subkutan yang terjadi akibat peningkatan tekanan uterus pada kepala selama persalinan. Edema melewati garis sutura dan sembuh spontan dalam waktu seminggu setelah kelahiran
- 2) Cephalohematoma: perdarahan subperiosteal akibat cedera pembuluh darah. Edema tidak melewati sutura/ hanya 1 sisi saja dan hilang dalam beberapa minggu.
- 3) Perdarahan subgaleal melintasi garis sutura, tetapi berbeda secara klinis dari yang lain karena lebih menyebar, dapat membesar, dan dapat bergeser dengan gerakan. Butuh monitoring ketat.
- 4) Molase: asimetri tengkorak sementara akibat kompresi selama persalinan (Campbell and Dolby, 2018; Duderstadt, 2019; WHO, 2023b)

g. Muka

Inspeksi adanya ketidaksimetrisan pada muka, misalnya ketidaksimetrisan saat bayi menangis akibat cedera syaraf saat persalinan (Duderstadt, 2019).

h. Mata

Inspeksi jarak kedua mata, bentuk mata, warna sklera (normal: biru-putih, kuning: hiperbilirubinemia), dan reaksi pupil dengan penlight (mengecil jika terkena cahaya) (Duderstadt, 2019).

- i. Telinga
Telinga dinilai dari posisi, adanya kelainan bentuk, bengkak, memar, dan lubang. Ketajaman pendengaran dapat ditentukan dengan evaluasi respon koklea atau transmisi suara (Duderstadt, 2019).
- j. Hidung
Dinilai kesimetrisan dan kepatenan lubang hidung (Duderstadt, 2019).
- k. Mulut
Melakukan inspeksi dan palpasi pada mulut, bibir, gusi dan palatum. Adakah bibir sumbing dan celah pada langit-langit serta adakah tongue tie (Duderstadt, 2019).
- l. Leher
Dilakukan inspeksi dan palpasi apakah ada massa pada leher (Duderstadt, 2019).
- m. Dada
Pemeriksaan dada meliputi inspeksi, apakah pergerakan dinding dada dengan pernapasan berjalan seirama atau adakah tarikan pada dinding dada. Kemudian melakukan palpasi, adakah pembengkakan, nyeri tekan, dan krepitus pada kalvikula. Lingkar dada normal 2-3 cm dibawah lingkar kepala normal (Duderstadt, 2019).
- n. Paru
Melakukan auskultasi pada paru. Suara napas bayi beberapa jam setelah lahir sedikit basah karena terdapat sisa cairan pada alveolus. Frekuensi pernapasan bayi harus dihitung dalam satu menit penuh karena napas bayi reguler, ireguler dan terdapat jeda napas. Waspada apabila jeda napas >20 detik (Duderstadt, 2019).
- o. Jantung
Pemeriksa dapat melakukan auskultasi untuk menentukan suara jantung normal atau ada suara

tambahan. Suara murmur sering ditemukan pada bayi baru lahir akibat perubahan kardiopulmonal. Denyut jantung dapat dipalpasi pada arteri brachial, radial dan femur (Duderstadt, 2019).

p. Abdomen

Inspeksi bentuk perut, pada bayi normalnya bundar dan lembut. Umbilikus normalnya tidak berbau dan terdapat 2 vena & 1 arteri. Palpasi dilakukan untuk menentukan lokasi organ dan adakah massa pada abdomen. Lingkar perut diukur melewati umbilikus. Normalnya lingkar perut sama dengan lingkar kepala (Duderstadt, 2019).

q. Genital dan rektal

Pemeriksa dapat melihat apakah lubang rektal paten atau tidak. Bayi harus buang air besar dalam 48 jam dan buang air kecil dalam 24 jam .

Pemeriksaan genital pada:

- 1) Perempuan: pengeluaran sekret pada vagina bayi baru lahir normal terjadi akibat estrogen ibu melewati plasenta selama hamil, labia mayora menutupi labia minora, terdapat klitoris dan orificium uretra
- 2) Laki-laki: palpasi apakah kedua testis sudah turun semua di skrotum, orifisium uretra berada di tengah penis (Octa, 2014; Duderstadt, 2019; Herlinadiyaningsih and Lucin, 2022).

2.3 Kelainan Bawaan

Kelainan bawaan/ *birth defect* didefinisikan sebagai kelainan struktural dan fungsional yang terjadi selama masa intrauterin. Pemeriksa dapat mendeteksi adanya kelainan bawaan pada bayi baik sebelum, saat dan setelah lahir (Soeprijanto, 2016). Sebanyak 240.000 bayi baru lahir 0-28 hari di dunia meninggal

setiap tahun akibat kelainan bawaan. Sedangkan pada bayi usia 1-5 tahun yang meninggal akibat kelainan bawaan sebesar 170.000 setiap tahun (WHO, 2023a). Disamping dapat menyebabkan kematian, kelainan bawaan dapat membuat seseorang mengalami cacat dalam waktu yang lama. Hal ini akan berdampak negatif bagi individu, keluarga serta lingkungan.

Kelainan bawaan dapat disebabkan oleh beberapa faktor meliputi kelainan genetik, faktor sosioekonomi dan demografi (pendapatan rendah, infeksi, alkohol, akses ke fasilitas kesehatan yang buruk, usia ibu saat hamil), faktor lingkungan (infeksi maternal seperti sifilis, rubela dan zika; paparan radiasi, polusi, defisiensi asam folat, diabeter maternal) serta penyebab lain (Soeprijanto, 2016; Purwoko, 2019; WHO, 2023a).

Berikut adalah kelainan bawaan yang sering terjadi pada bayi baru lahir

2.3.1 Penyakit jantung bawaan

Penyakit jantung bawaan (PJB) atau penyakit jantung kongenital merupakan abnormalitas dari struktur dan fungsi sirkulasi jantung pada semasa kelahiran (Khotimah *et al.*, 2022). Penyakit jantung bawaan (PJB) didefinisikan sebagai kelainan struktural jantung dan/atau pembuluh darah besar yang ditemukan sejak di dalam kandungan ataupun setelah lahir (Marbun, 2022). Penyakit jantung bawaan adalah suatu kondisi dimana jantung memiliki struktur dan atau pembuluh darah abnormal sejak dalam kandungan.

Faktor risiko penyakit jantung bawaan meliputi kehamilan kembar, perokok pasif di awal kehamilan, perokok aktif lebih dari 25 batang per hari, terpapar reagen kimia, tinggal di rumah yang sedang direnovasi kurang dari 6 bulan selama hamil, dan sering terpapar polusi (Bai *et al.*, 2022).

Penyakit jantung bawaan dapat diklasifikasikan berdasarkan anatomi dan patofisiologi yang mendasari, sebagai berikut: (a) PJK dengan shunt antara sirkulasi sistemik dan paru,

(b) PJK jantung kiri, (c) PJK jantung kanan, (d) PJK dengan asal anomali arteri besar, dan (e) miscellanea (Ottaviani and Buja, 2016; Micheletti, 2019). Operasi jantung merupakan tatalaksana utama pada kasus penyakit jantung bawaan. Selain itu, PJB dapat diterapi dengan pemasangan kateter jantung dan tranplantasi jantung. Apabila terdapat komplikasi, pasien dapat diberikan pengobatan seperti obat untuk tekanan darah, diuretik dan ritme jantung (Mayo Clinic, 2023).

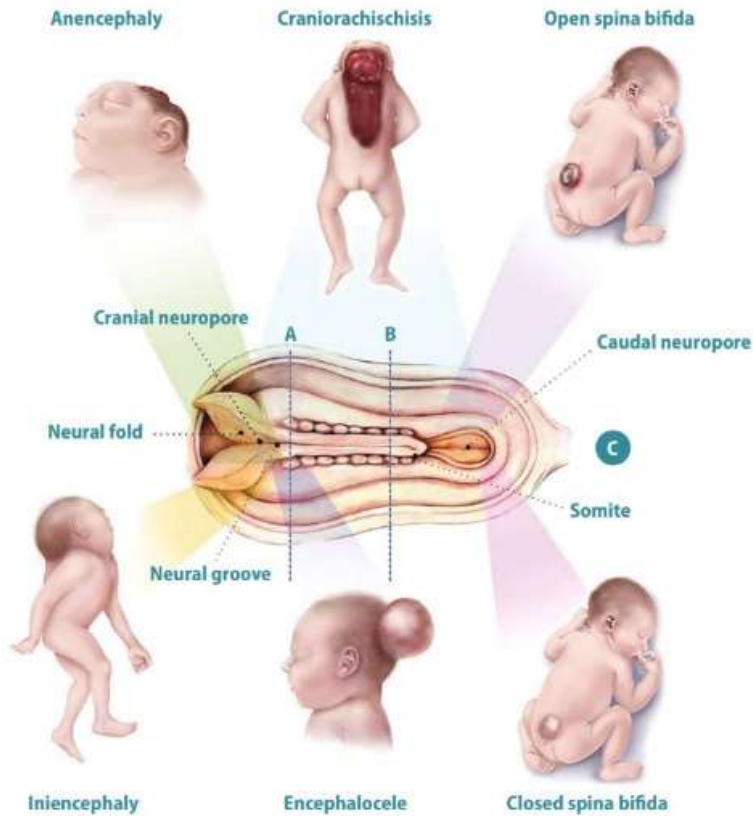
2.3.2 Neural tube defect

Pada awal minggu ketiga kehamilan normalnya lempeng saraf akan menutup dari servikal ke kaudal secara bertahap. Apabila tidak menutup pada waktu tersebut maka akan menjadi *neural tube defects*.

Neural tube defects (NTD) adalah suatu kelainan kongenital yang terjadi akibat kegagalan penutupan lempeng saraf (*neural plate*) pada minggu ketiga hingga keempat masa gestasi (Wulan and Simanjuntak, 2016). *Neural tube defects* (NTD) adalah kelainan struktural bawaan dari sistem saraf pusat dan tulang vertebral (Rofi'atunnisa', 2020). *Neural tube defect* atau cacat tabung saraf merupakan kecacatan pada tulang belakang akibat lempeng saraf gagal menutup pada minggu ke-3 sampai 4 kehamilan.

Jenis *neural tube defects* tergantung dari lokasi kegagalan penutupan lempeng saraf tersebut. Jenis NTD paling sering terjadi adalah anencephaly, encephalocele dan spina bifida. Anencephaly merupakan tidak adanya otak dan calvaria total atau sebagian. Encephalocele terjadi ketika otak dan meninges mengalami herniasi melalui defek pada calvaria. Spina bifida dibagi menjadi okulta dan sistika. Spina bifida okulta atau close spina bifida merupakan kecacatan pada arkus-arkus vertebrae yang diselimuti kulit dan tidak mengganggu jaringan saraf dibawahnya. Sedangkan spina bifida sistika atau open spina bifida adalah jenis NTD berat akibat jaringan saraf yang menonjol melalui defek pada arkus

vertebrae & terdapat kantong kista dari kulit (Wulan and Simanjuntak, 2016; CDC, 2021).



Gambar 2.1. Jenis *Neural tube defect*
(Botto *et al.*, 1999)

Faktor risiko neural tube defect meliputi pendapatan rendah, konsumsi teh sebelum dan selama hamil, nutrisi selama hamil yang tidak adekuat, rendahnya konsumsi asam folat sebelum dan selama hamil, paparan pestisida/ bahan kimia sebelum hamil, penyakit komorbid selama hamil, serta riwayat *stillbirth* dan

abortus. Teh mengandung kafein, sama halnya yang terkandung pada kopi dan coklat. Dalam jumlah yang banyak, kafein dapat mengganggu penyerapan asam folat dan dapat melewati plasenta yang memiliki efek teratogen sehingga menyebabkan malformasi. Sama halnya dengan kafein, pestisida bersifat teratogen terhadap system saraf (Forci *et al.*, 2021; Gashaw *et al.*, 2021; Mulu *et al.*, 2022).

Tatalaksana neural tube defect tergantung pada jenisnya. Misalnya pada open spina bifida dapat dilakukan pembedahan untuk menutup lubang di punggung beberapa setelah lahir. Sama halnya dengan encephalocele juga dapat dilakukan pembedahan untuk memperbaiki kelainan pada tengkorak dan wajah. Sedangkan bayi dengan anencephale akan meninggal setelah lahir (CDC, 2022; NINDS, 2023).

DAFTAR PUSTAKA

- Abdurachman *et al.* 2022. *Efektivitas Mekanika Napas Diafragma*. Surabaya: Airlangga University Press. Available at: https://www.google.co.id/books/edition/EFEKTIVITAS_MEKANIKANAPAS_DIAFRAGMA/LWylEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=frekuensi+pernapasan+adalah&pg=PA156&printsec=frontcover.
- Bai, J. *et al.* 2022. 'Prediction of Heart Failure in Children with Congenital Heart Disease Based on Multichannel LSTM', *Mobile Information Systems*. Edited by H.A. Khattak, 2022(6), pp. 1–10. Available at: <https://doi.org/10.1155/2022/5901445>.
- Botto, L.D. *et al.* 1999. 'Neural-Tube Defects', *New England Journal of Medicine*, 341(20), pp. 1509–1519. Available at: <https://doi.org/10.1056/NEJM19991113412006>.
- Campbell, D. and Dolby, L. 2018. *Physical Examination of the Newborn at a Glance*. Jerman: Wiley. Available at: https://www.google.co.id/books/edition/Physical_Examination_of_the_Newborn_at_a/nppNDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=physical+examination+newborn&pg=PT295&printsec=frontcover.
- CDC. 2021. *Neural Tube Defects*. Available at: <https://www.cdc.gov/ncbddd/birthdefects/surveillancemanual/quick-reference-handbook/neuralTubeDefects.html> (Accessed: 26 March 2023).
- CDC. 2022. *Birth Defects: Facts about Anencephaly*. Available at: <https://www.cdc.gov/ncbddd/birthdefects/Anencephaly.html> (Accessed: 26 March 2023).

- Duderstadt, K. 2019. *Pediatric Physical Examination: an Illustrated Handbook*. 3rd edn. Missouri: Elsevier. Available at: https://www.google.co.id/books/edition/Pediatric_Physical_Examination_E_Book/ObpDDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=physical+examination+newborn&pg=PA74&printsec=frontcover.
- Elizabeth, F.G. and Lily, W. 2022. *Neonatal Evaluation*. StatPearls.
- Forci, K. *et al.* 2021. 'Incidence of neural tube defects and their risk factors within a cohort of Moroccan newborn infants', *BMC Pediatrics*, 21(1), pp. 1–10. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02584-5>.
- Gashaw, A. *et al.* 2021. 'Risk factors associated to neural tube defects among mothers who gave birth in North Shoa Zone Hospitals, Amhara Region, Ethiopia 2020: Case control study', *PLoS ONE*, 16(4 April), pp. 1–12. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250719>.
- Hastuti, A.P. 2022. *Hipertensi*. Edited by I Made Ratih R. Klaten: Lakeisha. Available at: <https://www.google.co.id/books/edition/HIPERTENSI/TbYgEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=tekanan+darah+adalah&printsec=frontcover>.
- Heni and Hijriani, H. 2018. *Keperawatan Dasar II*. Edited by A. Rahmawati. Cirebon: LovRinz. Available at: https://www.google.co.id/books/edition/Keperawatan_Dasar_II_Buku_Lovrinz_Publis/UxseEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=nadi+adalah&pg=PA9&printsec=frontcover.
- Herlinadiyaningsih and Lucin, Y. 2022. *Ilmu Kesehatan Anak*. Banyumas: Wawasan Ilmu. Available at: https://www.google.co.id/books/edition/Ilmu_Kesehatan_Anak/qQ2IEAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=pemeriksaan+fisik+rektal+bayi&pg=PA82&printsec=frontcover.

- Herman. 2020. 'the Relationship of Family Roles and Attitudes in Child Care With Cases of Caput Succedeneum in Rsud Labuang Baji, Makassar City in 2018', *Jurnal Inovasi Penelitian*, 1(2), pp. 49–52. Available at: <https://doi.org/10.47492/jip.v1i2.49>.
- Hidayat, A.A. 2007. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Edited by E. Wahyuningsih. Jakarta: EGC. Available at: https://www.google.co.id/books/edition/Asuhan_Neonatus_Bayi_dan_Balita/I7wJR49YztQC?hl=id&gbpv=1.
- Jones, T. (ed.) 2019. *The Student Guide to the Newborn Infant Physical Examination*. Britania Raya: Taylor & Francis.
- Khotimah *et al.* 2022. *Penyakit Gangguan Sisrem Tubuh*. Edited by A. Karim. Medan: Yayasan Kita Menulis. Available at: https://www.google.co.id/books/edition/Penyakit_Gangguan_Sistem_Tubuh/VDJtEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=kelainan+jantung+bawaan&pg=PA22&printsec=frontcover.
- Malisa, N. *et al.* 2021. *Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik*. Edited by R. Watrianthos. Medan: Yayasan Kita Menulis. Available at: https://www.google.co.id/books/edition/Proses_Keperawatan_dan_Pemeriksaan_Fisik/PjJAEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=pemeriksaan+fisik+adalah&pg=PA7&printsec=frontcover.
- Marbun, J.M.H. 2022. *Penyakit Jantung Bawaan Kritis*. Edited by A.A. Sembiring. Banten: Nas Media Pustaka. Available at: https://www.google.co.id/books/edition/Penyakit_Jantung_Bawaan_Kritis/dpCVEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=kelainan+jantung+bawaan&pg=PA11&printsec=frontcover.
- Mayo Clinic. 2023. *Congenital Heart Defect in Children*. Available at: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/congenital-heart-defects-children/diagnosis-treatment/drc-20350080?p=1> (Accessed: 26 March 2023).

- Micheletti, A. 2019. *Congenital Heart Disease Classification, Epidemiology, Diagnosis, Treatment, and Outcome*. Berlin: Springer. Available at: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-78423-6_1.
- Mulu, G.B. *et al.* 2022. 'Factors Associated With Neural Tube Defects Among Newborns Delivered at Debre Berhan Specialized Hospital, North Eastern Ethiopia, 2021. Case-Control Study', *Frontiers in Pediatrics*, 9(February), pp. 1–7. Available at: <https://doi.org/10.3389/fped.2021.795637>.
- NINDS. 2023. *Spina Bifida*. Available at: <https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/spina-bifida> (Accessed: 26 March 2023).
- Nugroho, F.A., Santoso, D. and Utami, W. 2020. *Pemeriksaan Fisik Keperawatan*. Edited by Indah. Sukabumi: Farha Pustaka. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=hHixEAAQBAJ&newbks=0&printsec=frontcover&hl=id#v=onepage&q&f=false>.
- Octa, D.R. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi/Balita dan Anak Prasekolah untuk Para Bidan*. Yogyakarta: Deepublish. Available at: https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Ajar_Asuhan_Kebidanan_Neonatus_Bayi/dKzpCAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=fese+bayi+baru+lahir&pg=PA131&printsec=frontcover.
- Ottaviani, G. and Buja, L.M. 2016. 'Congenital Heart Disease', in *Cardiovascular Pathology*. Milan: Elsevier, pp. 611–647. Available at: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-420219-1.00014-8>.
- Purwoko, M. 2019. 'Faktor Risiko Timbulnya Kelainan Kongenital Risk Factors of Congenital Anomalies', *Magna Medika*, 6(1), pp. 51–56.
- Rofi'atunnisa'. 2020. 'Suplementasi Folat Dapat Menurunkan Risiko Cacat Tabung Saraf Pada Janin', *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 2(November), pp. 371–380.

- Simon, L. V, Hashmi, M.F. and Bragg, B.N. 2022. *APGAR Score*. Florida: StatPearls Publishing. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470569/#_NBK470569_pubdet_.
- Soeprijanto, B. 2016. *Imejing Diagnostik pada Anomali Kongenital Sistem Traktus Urinarius*. Surabaya: Airlangga University Press. Available at: https://www.google.co.id/books/edition/Imejing_Diagnostik_pada_Anomali_Kongenit/u0V7DwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=congenital+kelainan&pg=PA51&printsec=frontcover.
- Syafrudin and Hamidah. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Edited by M. Ester and E. Wahyuningsih. Jakarta: EGC. Available at: https://www.google.co.id/books/edition/Kebidanan_Komunitas/qTqERPPWYAC?hl=id&gbpv=1&dq=neonatus+adalah&pg=PA138&printsec=frontcover.
- WHO. 2023a. *Congenital Disorder*. Available at: https://www.who.int/health-topics/congenital-anomalies#tab=tab_1.
- WHO. 2023b. *Head Circumference for Age*. Available at: <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/head-circumference-for-age>.
- Wulan, A.J. and Simanjuntak, D.L. 2016. 'Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Neural Tube Defect', *Majority*, 5(3), pp. 55–61. Available at: <http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/1037/831>.

BAB 3

PEMERIKSAAN ANTROPOMTERI ANAK

Oleh Maya Astuti

3.1 Pendahuluan

Antropometri berasal dari bahasa Yunani, terdiri dari 2 kata *anthropos* yang berarti manusia dan *metros* yang berarti ukuran. Antropometri adalah suatu teknik yang dapat dipakai untuk menilai berbagai ukuran, proporsi, dan komposisi tubuh manusia. (Kemenkes, 2020). Antropometri berkaitan dengan berbagai beragam pengukuran struktur tubuh dan berbagai bagian tubuh dari yang dinilai dari gizi dan umur seseorang. Komposisi tersebut meliputi dimensi tulang, otot dan jaringan lemak yang identik dengan asupan protein dan energi. Komposisi tubuh manusia mencerminkan kesehatan nutrisi, status gizi, prediksi kinerja dan kesehatan masa depan seseorang.

Pengukuran antropometri dilakukan untuk menentukan apakah asupan gizi seseorang itu seimbang dan menilai pertumbuhan individu, termasuk pada bayi, balita dan anak. Pengukuran antropometri yang diperoleh memberikan referensi yang berguna untuk dan dapat mengidentifikasi anak yang berisiko untuk dapat penanganan yang lebih baik. (Shastri & Bhat, 2015)

Sebagian besar negara memakai ukuran antropometri sebagai cara untuk menilai status gizi masyarakat, khususnya menskrining kondisi gizi. Pengukuran antropometri dapat dilakukan pada bayi, balita dan anak. Standar antropometri pada anak menggunakan parameter berapa berat tubuh dan panjang/tinggi tubuh anak. Standar antropometri anak sangat baik

digunakan sebagai rujukan bagi dokter, bidan dan petugas pengelola program dan para pejabat program untuk menilai tren pertumbuhan anak dan status gizi anak.(Kemenkes, 2020)

Di Indonesia Standar antropometri anak diambil dari WHO *Child Growth Standards* untuk balita yang berumur 0 bulan sampai umur 5 tahun dan The WHO Reference 2007 untuk anak berumur 5 (lima) sampai dengan umur 18 tahun (delapan belas) tahun. Di Indonesia pedoman pengukuran antropometri adalah Permenkes RI Nomor 2 Tahun 2020 Tentang Standar Antropometri Anak. Revisi ini dilakukan setelah melalui berbagai studi dan kesesuaian dengan kondisi anak di Indonesia.

Penggunaan antropometri didasari prinsip antara lain didapatkan dengan mudah, penggunaannya juga mudah, dapat berulang kali dilakukan, objektif dan mudah, serta bisa dilakukan oleh petugas kesehatan atau petugas yang sudah dilatih sebelumnya karena hasilnya mudah disimpulkan. Standar ini juga baku sehingga dapat dipakai sebagai rujukan bagi petugas kesehatan dalam menilai apakah ada risiko galat tumbuh pada anak-anak, dan tidak perlu sampai ada gejala atau masalah gizi muncul.

3.2 Parameter Antropometri

Beberapa parameter dalam pengukuran antropometri antara lain yaitu :

1. Umur

Faktor umur sangat penting dalam menetapkan status gizi. Jangan sampai salah dalam menentukan umur karena bisa jadi salah juga hasil interpretasi status gizi. Pengelompokan umur yang digunakan adalah *completed year* atau tahun penuh dan *completed month* yaitu anak umur 0-2 tahun digunakan bulan usia penuh (Utami, 2016)

- a. Umur anak dalam jumlah bulan dapat dihitung dari tanggal pengukuran antropometri dan kapan lahir anak lahir
- b. Pembulatan keatas perlu dilakukan bila lebih dari 15 hari dan sebaliknya
- c. Bila orangtua lupa kapan anak tersebut lahir, maka penetapan tanggal lahir yaitu pada tanggal 15.
- d. Kategori usia :
 - 1) 0 - < 6 bulan
 - 2) 6 - < 12 bulan
 - 3) 12 - < 24 bulan
 - 4) 24 - < 59 bulan

2. Berat Badan

Berat badan anak merupakan ukuran yang paling penting dan paling sering digunakan. Pada bayi yang baru lahir (neonatus), untuk mendiagnosis apakah bayi lahir normal atau BBLR maka perlu dilakukan penimbangan berat badan. Berat badan menggambarkan kadar lemak, jumlah air, asupan protein, kandungan mineral dan nutrisi lainnya ebagai pembentuk tunak. Pada remaja, protein otot menurun dan lemak tubuh cenderung meningkat.(Utami, 2016)

Berat badan ditimbang dengan menggunakan 2 macam timbangan yaitu :

- a. Tipe timbangan gantung (*Salter Spring Balance*), yaitu timbangan yang biasa digunakan di posyandu, anak yang dapat ditimbang adalah yang memiliki berat badan paling berat 25 kg, tingkat penyimpangan 100 gram.
- b. Tipe yang diletakan dilantai (*Bathroom Scale*), digunakan jika ada sudah bisa berdiri sendiri atau menimbang anak bersama ibunya. Berat maksimun

yang dapat menggunakan timbangan ini yaitu 100 kg, dengan tingkat penyimpangan 100 gram.

Cara pengukuran : Timbangan diletakkan dilantai yang rata. Anak menggunakan pakaian ringan (0,4 – 0,6 kg) diminta untuk berdiri ditengah timbangan dengan kepala tegak. Berat anak dinyatakan dengan kilogram. (Bandikolla & Harika, 2015)

3. Panjang/Tinggi Badan

Pengukuran panjang/tinggi badan dilakukan dengan 2 macam alat ukur, sebagai berikut :

- a. Bagi bayi dan anak yang umurnya masih kurang 2 tahun, maka digunakan alat *Baby lenght board*, yang mengukur *crown to heel* yaitu dari puncak kepala sampai tumit, dengan ketelitian 0,1 cm.

Cara pengukuran:

- b. Bagi anak yang dapat berdiri sendiri atau sekitar usia 2 tahun atau lebih maka menggunakan alat *Vertical measure (microtoise)*. Mengukur tinggi badan dengan ketelitian 0,1 cm.

Cara pengukuran: Posisi anak berdiri dilantai di lantai yang rata, tanpa alas kaki. Punggung menyentuh dinding, kaki sejajar dengan tumit. Bokong, bahu dan bagian belakang kepala menyentuh dinding/latar belakang. Kepala dibuat tegak dengan tangan tergantung disamping secara alami. (Rasyid, 2014)

4. Lingkar Lengan Atas (LILA)

Cara mengukur lingkar lengan atas dapat memakai alat berupa pita meteran yang tidak elastis (tidak bisa melar) Nilai lila normal untuk balita yaitu : 12,5 cm – 13 cm, dapat menggantikan interpretasi TB rendah atau wasting dengan BB rendah.

3.3 Indeks Standar Antropometri Anak

Terdapat empat indeks kategori dari standar antropometri anak terdiri dari.

1. Indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U).

Berat badan relatif dapat dibandingkan dengan umur anak menggunakan indeks BB/U. Indeks ini digunakan untuk menilai anak yang mengalami underweight atau berat badan kurang atau bahkan pada anak yang severely underweight atau sangat kurang berat badannya. Sedangkan pada anak gemuk atau obesitas tidak dapat digunakan klasifikasi pengukuran ini. Seorang anak yang mengalami masalah pertumbuhan biasanya ditemukan BB/U rendah. Petugas perlu membandingkan juga dengan dengan indeks BB/PB atau BB/TB atau IMT/U pada saat sebelum intervensi. (Rokhimawaty et al., 2021)

Indeks ini memiliki kelebihan antara lain dapat mencerminkan kekurangan gizi masa lalu (kronis) dan atau sekarang (Akut) meskipun tidak dapat membedakan antara keduanya. (Bruce, 2017)

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

Penilaian untuk tinggi atau panjang badan anak berdasarkan umurnya dapat menggunakan Indeks perbandingan PB/U atau TB/U ini. Pada anak yang mengalami kekurangan gizi masa lalu maka tepat sekali menggunakan indeks. Misalnya pada anak malnutrisi kronis seperti sangat pendek (severely stunted) atau pendek (stunted) atau Defisit panjang menurut usia atau tinggi badan menurut usia yang disebut stunting. (Bruce, 2017). Pada kondisi tinggi badan anak sangat tinggi, perlu

juga diidentifikasi, mungkin saja ada gangguan hormon pertumbuhan atau endokrin yang berlebihan.

3. Indeks Berat Badan dibandingkan Panjang Badan/Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB).

Berat badan anak dapat dinilai apakah sesuai terhadap pertumbuhan panjang/tinggi badannya dengan menggunakan Indeks BB/PB atau BB/TB. Pada anak yang *wasted* atau gizi kurang maka tepat menggunakan indeks ini. Selain itu pada kasus V atau gizi buruk, serta anak yang memiliki risiko gizi lebih (possible risk of overweight). Penyakit, sanitasi yang buruk dan kekurangan gizi yang baru atau lama dapat menjadi penyebab gizi buruk. (Kemenkes, 2020)

4. Indeks Masa Tubuh menurut Umur (IMT/U)

Indeks IMT/U adalah rasio berat badan terhadap tinggi, yang sering dipakai sebagai indikator kesehatan secara umum. IMT digunakan untuk menentukan kategori dari status gizi anak: baik, kurang, buruk, berisiko gizi lebih dan obesitas. Caranya menghitung IMT yaitu dengan langkah:

- a. Pertama timbang berat badan anak
- b. Lalu ukur tinggi badan anak
- c. Lalu masukan kedalam rumus IMT sebagai berikut:
berat badan (dalam kilogram) dibagi tinggi badan kuadrat

Grafik grafik BB/PB dan IMT/U atau BB/TB cenderung menunjukkan hasil yang sama. Tetapi hasilnya lebih sensitif jika menggunakan indeks IMT/U terutama bagi penapisan anak obesitas atau gizi lebih. Anak yang mengalami obesitas/gizi lebih akan menunjukkan batas $IMT/U > +1 SD$.

Penilaian tingkat individu dapat memakai interpretasi hasil indeks IMT/U, sehingga dapat diketahui anak dengan kategori berisiko gizi lebih (*possible risk of overweight*) atau yang sudah mengalahi masalah gizi lebih. Namun, pada hasil ini tidak dapat digunakan untuk kalsifikasi cakupan program atau hasil survei.

Tabel 3.1. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) anak usia 0 - 60 bulan	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	> +1 SD
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Sangat pendek (<i>severely stunted</i>)	<-3 SD
	Pendek (<i>stunted</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi ²	> +3 SD

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) anak usia 0 - 60 bulan	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
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk (<i>severely wasted</i>) ³	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>wasted</i>) ³	- 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

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Indeks Massa Tubuh menurut	Gizi buruk (<i>severely thinness</i>)	<-3 SD

Keterangan:

- 1 Anak dengan Z-score $>+1$ SD perlu konfirmasi dengan BB/TB atau IMT/U karena diduga mempunyai masalah pertumbuhan,
- 2 Anak dengan Z-score $>+3SD$ perlu diduga mempunyai gangguan hormon pertumbuhan, tumor atau masalah endokrin berlebihan sehingga tinggi badannya sangat tinggi. Jika ditemukan kondisi ini maka petugas kesehatan perlu segera merujuk ke dokter spesialis anak untuk dapat pemeriksaan dan penanganan lebih lanjut.
- 3 Jika Z score $<-3SD$, maka gunakan Indeks Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB). Walaupun hasil interpretasi IMT/U mencantumkan gizi kurang dan gizi buruk dan gizi kurang.

Setelah dilakukan pengukuran antropometri maka selanjutnya data yang didapatkan dapat dimasukkan kedalam kurva pertumbuhan atau grafik pertumbuhan sebagai pembanding. Penggunaan plot memudahkan petugas atau orang tua membandingkan kondisi bulan sebelumnya. Apakah berat badan dan tinggi badan anak mengalami peningkatan, sama saja atau penurunan (berat badan).

Pemantauan anak melalui penimbangan dan pengukuran tinggi badan dapat dilakukan secara rutin yaitu setiap 1 bulan sekali untuk balita. Pengukuran untuk tinggi badan pada anak

kurang 1 tahun diukur dengan jadwal sebagai berikut, yaitu: hari pertama kelahiran, umur 1 bulan, 2 bulan, 4 bulan, 6 bulan, 9 bulan, dan 12 bulan. Ketika sudah berumur 1-2 tahun dapat dilakukan pengukuran tinggi badan setiap 3 bulan, dan 1 tahun sekali pada anak yang lebih besar. Petugas kesehatan dan orangtua tidak boleh terlambat dalam menilai pertumbuhan anak, semakin terlambat penanganan maka dapat menyebabkan masalah pertumbuhan anak semakin buruk, salah satunya anak akan pendek atau potensi untuk tinggi menjadi tidak tercapai. (Pulungan, 2020)

DAFTAR PUSTAKA

- Bandikolla, V., & Harika, V. C. 2015. *A study on Anthropometric Measurements of Preschool children*. 55(12), 1603–1606.
- Bruce, C. 2017. *Revised Edition Anthropometric Indicators Measurement Guide*. March.
- Kemenkes. 2020. Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia No. 2 Tahun 2022 Tentang Standar Antropometri Anak.
- Pulungan, A. B. 2020. Auxology, Kurva Pertumbuhan, Antropometri, dan Pemantauan Pertumbuhan. *Sari Pediatri*, 22(2), 123. <https://doi.org/10.14238/sp22.2.2020.123-30>
- Rasyid, H. 2014. *Buku Pendidikan Keterampilan Klinik*. 1–12.
- Rokhimawaty, A., Martono, S. U., & Utomo, T. 2021. Hubungan Berat Badan Lahir Dan Status Gizi Bayi Umur 1-6 Bulan Berdasarkan Indeks Bb/U. *Indonesian Midwifery and Health Sciences Journal*, 3(1), 62–69. <https://doi.org/10.20473/imhsj.v3i1.2019.62-69>
- Shastri, C., & Bhat, B. 2015. Anthropometric measurements of newborns. *International Journal of Contemporary Pediatrics*, 2(2), 85. <https://doi.org/10.5455/2349-3291.ijcp20150505>.
- Utami, N. W. A. 2016. Modul Antopometri. *Diklat/Modul Antopometri, 006*, 4–36.

BAB 4

TUMBUH KEMBANG ANAK

Oleh Rizqi Kamalah

4.1 Definisi Tumbuh Kembang

Tumbuh kembang mencakup 2 peristiwa yang saling berkaitan dan sulit dipisahkan yaitu pertumbuhan dan perkembangan. Pertumbuhan erat kaitannya dengan perubahan dalam ukuran yang bertambah besar, jumlah, atau dimensi sebuah sel, organ maupun individu yang dapat di ukur. Perkembangan meliputi perubahan bentuk dan fungsi terhadap pematangan organ seluruh makhluk hidup, serta perubahan emosional yang dipengaruhi oleh lingkungan. Sehingga dapat disimpulkan proses pertumbuhan berpengaruh pada aspek fisik, proses perkembangan mengacu pada pematangan organ tubuh dan intelektual individu.

4.2 Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang

Pencapaian potensi biologis seseorang tidak lepas dari hasil interaksi dari berbagai faktor yang saling berhubungan, hakekatnya terbagi menjadi 3 faktor, yaitu;

a. Faktor genetik

Genetik memiliki peran penting dalam proses tumbuh kembang. Potensi genetik yang berkualitas perlu ditunjang dengan interaksi positif dengan lingkungan sehingga diperoleh hasil optimal.

b. Faktor perilaku

Status perilaku mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Perilaku yang berakar pada masa kanak-kanak akan terbawa ke masa dewasa sehingga akan

mempengaruhi kepatuhan anak terhadap peraturan yang berlaku dan sosialisasi anak terhadap lingkungannya.

c. Faktor lingkungan;

Lingkungan menentukan apakah potensi alam dapat dimanfaatkan atau tidak. Lingkungan yang baik memungkinkan tercapainya potensi genetik, sedangkan lingkungan yang buruk menghambat potensi genetik. Berbagai kondisi lingkungan yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak digolongkan ke dalam lingkungan biopsikososial, yang meliputi komponen biologis (fisik), psikologis, ekonomi, sosial, politik, dan budaya.

4.3 Jenis Tumbuh Kembang

Secara garis besar tumbuh kembang dapat dibedakan menjadi tiga macam, yaitu;

a. Tumbuh kembang fisis

Pertumbuhan dan perkembangan fisik melibatkan perubahan ukuran dan fungsi organisme atau individu. Perubahan fungsional ini berkisar dari fungsi molekuler sederhana seperti aktivasi enzim dan diferensiasi sel hingga proses metabolisme kompleks tubuh dan perubahan fisik selama pubertas dan remaja.

b. Tumbuh kembang intelektual

Tahapan ketika anak mempelajari dan menerapkan pengalaman yang diperolehnya sehingga anak mampu memecahkan masalah melalui proses penalaran dan berpikirnya.

c. Tumbuh kembang emosional

Proses pertumbuhan dan perkembangan emosi tergantung pada kemampuan bayi saat menjalin ikatan, menunjukkan cinta dan kasih sayang.

4.4 Penilaian Tumbuh Kembang Anak

Penilaian tumbuh kembang anak dapat dilakukan di rentang usia 0 – 60 bulan dengan menggunakan KMS untuk menilai pertumbuhan, dan lembar denver untuk menilai perkembangan. Ketika ibu dan tenaga kesehatan mendapati bayi atau anaknya berisiko tinggi mengalami gangguan harus segera mendapat penanganan khusus yang berkolaborasi dengan dokter spesialis anak.

a. Penilaian pertumbuhan anak

Penilaian medis atau statistik terhadap tumbuh kembang anak sangat diperlukan untuk mendiagnosis kondisi anak saat ini apakah dalam keadaan sehat atau sakit, untuk mengetahui apakah pertumbuhan dan perkembangan anak normal atau tidak. Penilaian terhadap pertumbuhan anak melalui pengukuran antropometri fisik mulai dari tinggi badan, berat badan, lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran lengan dan proporsi tubuh/badan. Penilaian pertumbuhan diawali dengan grafik hasil pengukuran tinggi dan berat badan pada kurva standar yang dapat dilihat pada kartu KMS (Kartu Sehat). Adapun rumus yang dapat digunakan untuk mengetahui berat badan dan tinggi badan bayi dan anak apakah sudah sesuai usia, sebagai berikut;

Usia	Berat Badan (Kilogram)
Lahir	Berat badan ideal 3,25 kg
3-12 bulan	$(\text{Usia (bulan)} + 9) : 2$
1-6 tahun	$(\text{Usia (tahun)} \times 2) + 8$
7-12 tahun	$(\text{Usia (tahun)} \times 7) - 5 : 2$

Usia	Tinggi Badan (cm)
Lahir	50 cm
Usia 1 tahun	75 cm
Usia 2 - 12 tahun	$(\text{Usia (tahun)} \times 6) + 77$

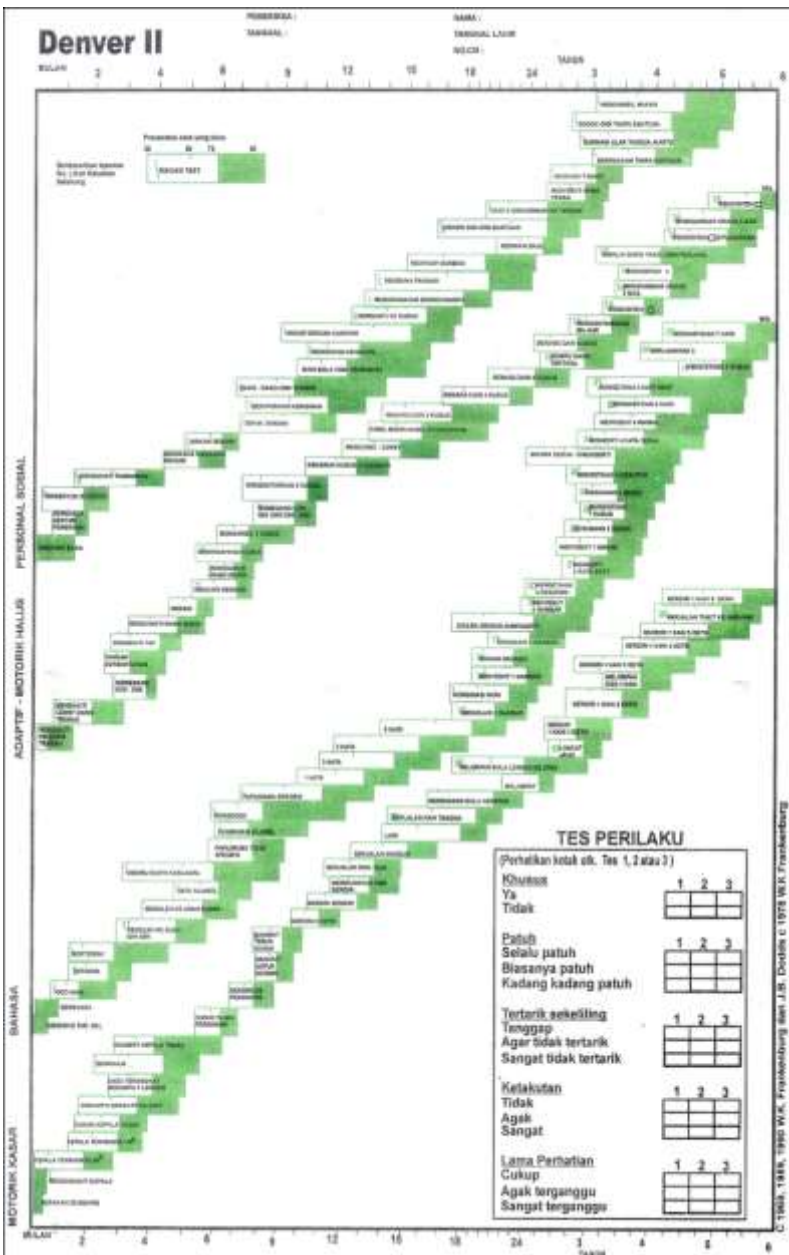
b. Penilaian perkembangan

Penilaian perkembangan anak dapat dilakukan dengan menggunakan lembar *Denver Development Screening Test* (DDST) dan *Revised Denver Developmental Screening Test* (DDST-R). Menilai perkembangan anak memiliki tujuan sebagai berikut;

- 1) Langkah awal orangtua untuk mengevaluasi stimulasi yang telah diberikan
- 2) Identifikasi perhatian orangtua dan anak tentang perkembangan
- 3) Mengajarkan perilaku yang tepat sesuai usia anak

Pada lembar DDST memuat empat sektor perkembangan yang dinilai, meliputi;

- 1) Perilaku sosial, yang berkaitan dengan kemampuan mandiri, bersosialisasi dan berinteraksi anak terhadap lingkungannya.
- 2) Motorik halus, berkaitan dengan kemampuan anak dalam mengamati sesuatu yang dilanjutkan dengan meniru gerakan yang melibatkan koordinasi bagian-bagian tubuh tertentu
- 3) Bahasa; mengenai kemampuan dalam memberikan respons terhadap suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan.
- 4) Motorik kasar, mengenai aspek yang berhubungan gerakan yang melibatkan tangan dan kaki dan bagian tubuh lainnya.



PETUNJUK PELAKSANAAN

1. Mengajuk anak untuk beres-beres dengan memberi semangat, berbicara dan memandulkan tangan, jangan menyentak anak.
2. Anak harus menggosok tangannya selama beberapa detik.
3. Orang tua dapat memberi petunjuk cara menggosok gigi dan memarah pada sikat gigi.
4. Anak tidak harus mampu memulikan seperti atau mengancing baju / menutup ritelleting di bagian belakang.
5. Gerakan belajar perlahan-lahan, seperti benar secara bolak-balik dari satu sisi ke sisi lainnya kira-kira berjarak 20 cm (8 inci) diatas muka anak.
6. Lalu jika anak memegang kerikilan yang di tentukan pada belakang atas ujung jarinya.
7. Lalu jika anak berusaha menceri kemana benda itu menghidang. Benda harus dijatuhkan sesepatnya dari pandangan anak tanpa pemeriksa mengguyurkannya tangannya.
8. Anak harus memindahkan bahu dari tangan satu ke tangan lainnya tanpa bantuan dari tabuhnya, meja atau meja.
9. Lalu jika anak dapat mengambil manik - manik dengan menggunakan ibu jari dan jarinya (menjalipit).
10. Garis belah beraturan, sekitar 30 derajat atau kurang dari garis yang dibuat oleh pemeriksa.
11. Berilah pengamatan tugas dengan ibu jari menghadap keatas dan goyangan ibu jari. Lalu jika anak dapat memisahkan gerakan tanpa mengguyurkan jari selagi ibu jarinya.



12. Lalu jika membentuk lingkaran tertutup. Gagal jika gerakan terus melingkar
13. Garis mana yang lebih panjang ? (bukan yang lebih besar) putarlah keatas secara bertahap dan selagi (bisa 3 dari 3 atau 3 dari 4)
14. Lalu jika kedua garis berpetangan mendekati titik tengah
15. Biarkan anak memencet dalam, bisa gagal berilah petunjuk

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

16. Waktu menilai, setiap pasang (2 tangan, 2 kaki dan seterusnya) hitunglah sebagai satu bagian.
17. Masukkan satu kubus kedalam rangkai kemudian kubus perlahan - lahan didatarkan telinga anak tetapi di luar pandangan anak, atangi pada telinga yang lain
18. Tunjukkan gambar dan suruh anak menyebutkan namanya (tidak diberi nilai jika hanya berisi saja). Jika menyebut karang dari 4 nama gambar yang benar, maka suruh anak menunjuk ke gambar sesuai dengan yang disebutkan oleh pemeriksa.



19. Gambarkan benda. Katakan pada anak untuk menunjukkan mana hidung, mata, telinga, mulut, tangan, kaki, perut dan rambut. Lalu 4 dari 8.
20. Gambarkan gambar, tanyakan pada anak : mana yang terbang ? berbunyi meong? berbicara? berteriak mendidat? menggonggong? Lalu 2 dari 5, 4 dari 5.
21. Tanyakan pada anak : Apa yang kamu lakukan bila kamu dingin ? capai? Lapar? Lalu 2 dari 3, 3 dari 3.
22. Tanyakan pada anak : Apa gunanya capai? Apa gunanya karai? Apa gunanya peniti? Kata - kata yang menunjukkan kegiatan harus termasuk dalam jawaban anak.
23. Lalu jika anak merelakkan dan menyebarkan dengan benar berapa banyaknya kubus diatas kertas/meja (1, 5).
24. Katakan jika anak : Letakkan kubus diatas meja, dibawah meja, dimuka pemeriksa, dibelakang pemeriksa. Lalu 4 dari 4. (jangan membantu anak dengan menunjuk, mengguyurkannya kepada atas mata).
25. Tanyakan pada anak : Apa itu bola? dahan? meja? rumah? pisang? korden? pagar? lenggi dangit? Lalu jika diucapkan sesuai dengan gunanya, bentuknya, dibuat dari apa atau kategori umum seperti pisang itu buah bukan hanya kasing. Lalu 5 dari 8 atau 7 dari 8.
26. Tanyakan pada Anak : Jika benda itu besar, siapa itu? jika api itu panas, es itu? jika matahari bersinar pada siang hari, bulan berbayang pada? Lalu 2 dari 3.
27. Anak harus boleh menggunakan dinding atau kayu pelang, bukan orang, tidak boleh merangkak.
28. Anak harus memisahkan bola diatas bahu ke arah pemeriksa pada jarak paling sedikit 1 meter (1 kaki).
29. Anak harus melompat melampaui lebar kertas 22 cm (8,5 inci).
30. Katakan pada anak untuk berjalan lurus kedepan. Tumit berjarak 2,5 cm (1 inci) dari ibu jari kaki. Pemeriksa boleh memberi contoh, anak harus berjalan 4 langkah berturut-turut.
31. Pada tahun kedua, separuh dari anak normal tidak selalu patuh.

Pengamatan :

4.5 Fungsi Cinta Dan Kasih Sayang Dalam Keluarga

a. Definisi Cinta Kasih Dalam Keluarga

Cinta adalah perasaan yang hadir di dalam diri seseorang. Cinta kasih dapat terjalin antar anggota keluarga bila masing-masing individu menjalankan dengan niat untuk mewujudkan keharmonisan hubungan antar anggota keluarga.

b. Definisi keluarga

Keluarga merupakan sistem sosial kecil yang terbentuk dari ikatan manusia yang saling bergantung dan dipengaruhi oleh struktur internal dan eksternal. Keluarga terdiri atas sekelompok orang yang memiliki ikatan perkawinan, adopsi dan kelahiran. Umumnya hidup bersama- sama dalam satu rumah tangga dapat juga hidup terpisah namun mereka tetap melakukan interaksi komunikasi satu sama lainnya.

c. Cinta Orangtua Terhadap Anak

Hal ini merupakan bentuk lain dari melayani diri sendiri yang dapat melahirkan rasa bahagia. Sudah bukan menjadi rahasia lagi bila orangtua akan melakukan apa saja untuk anak dan keluarganya. Orangtua, khususnya ibu memiliki dapat memberikan cinta dan sayang tanpa syarat terhadap hidup dan kebutuhan anak. Penguatan hidup anak mempunyai dua segi, yaitu perhatian dan tanggung jawab.

d. Kasih Sayang

Kasih sayang dapat diartikan pemberian perasaan tulus yang lahir dari jiwa tanpa ada keinginan merugikan satu pihak dan juga merupakan bentuk dari dasar komunikasi dalam suatu keluarga yaitu komunikasi antara anak dan orangtua.

e. Cara Pemberian Kasih Sayang

Kasih sayang orangtua kepada anak dan sebaliknya dapat dibedakan menjadi;

1. Orangtua bersifat aktif dan anak bersifat pasif.

Orangtua dalam memberikan kasih sayang terhadap anaknya melimpah ruah, kasing sayang ini meliputi pemenuhan materi dan pengajaran moral sedangkan anak hanya menerima saja, mengiyakan tanpa memberikan respon. Sehingga memunculkan ketakutan, tidak maksimal dalam bersosialisasi, takut menyatakan pendapat, hingga anak tidak bisa mandiri di lingkungan bermasyarakat.

2. Orangtua bersifat pasif dan anak bersifat aktif.

Kasih sayang yang diberikan anak pada orangtua lebih besar daripada orangtua sendiri. Kasih sayang ini diberikan secara sepihak orangtua tidak memberikan respon, perhatian pada anak.

3. Orangtua dan anak sama-sama bersifat pasif

Anggota keluarga yang tidak saling memberikan kasih sayang, menjadikan suasana dalam keluarga sangat dingin, orangtua hanya memenuhi aspek materi saja.

4. Orangtua dan anak sama-sama bersifat.

Orangtua dan anak saling memberikan kasih sayang, sehingga hubungan antara orangtua dan anak sangat intim dan mesra, saling mencintai, saling melengkapi dan saling membutuhkan.

- f. Keluarga tidak utuh / broken home

Kurangnya perhatian dan kasih sayang dari orangtua karena orangtua memiliki kesibukan masing-masing. Kondisi ini dapat membuat krisis kepribadian anak sehingga perilaku sering tidak sesuai dengan norma yang berlaku.

- g. Cara mewujudkan cinta kasih dalam keluarga agar lebih bahagia
- 1) Meluangkan waktu untuk anggota keluarga
 - 2) Menjalin komunikasi baik
 - 3) Bersikaplah jujur
 - 4) Kenalilah sifat dan perilaku setiap anggota keluarga
 - 5) Ungkapkan perasaan dengan tulus dan wajar
 - 6) Jangan bersikap pelit
 - 7) Berusaha mengendalikan emosi dan amarah
 - 8) Jika ada masalah selesaikanlah dengan secepatnya
 - 9) Setia kepada keluarga
 - 10) Jangan mendominasi
 - 11) Berikan perhatian lebih
 - 12) Menghormati privasi setiap anggota keluarga
 - 13) Lakukanlah kegiatan yang menyenangkan

4.6 Upaya Peningkatan Kualitas Tumbuh Kembang Anak

Beberapa upaya yang dapat dilakukan guna meningkatkan kualitas tumbuh kembang anak yaitu;

a. Faktor prenatal

Memastikan asupan gizi yang baik selama kehamilan, segera kontak tenaga kesehatan saat didapati hamil, melakukan pemeriksaan kehamilan sesuai kunjungan minimal, rutin meminum tablet tambah darah, asam folat dan kalsium.

b. Faktor postnatal

Sebelum menentukan jenis persalinan, seorang ibu wajib mengetahui kondisi janin karena persalinan tanpa masalah dan komplikasi baik bagi pertumbuhan dan perkembangan anak di selanjutnya.

c. Faktor setelah lahir

Terdapat beberapa upaya yang harus dipenuhi orangtua agar tumbuh kembang anak berkualitas, meliputi;

1) Pemenuhan gizi seimbang anak

Zat nutrisi makanan memegang peranan penting dalam tumbuh kembang. Pada masa neonatus gizi seimbang diperoleh dari ASI, sedangkan masa balita diperoleh dari makanan yang disesuaikan dengan usia.

2) Kesehatan anak

Manusia akan menderita jika tidak dalam kondisi sehat. Memastikan sanggata keluarga sehat merupakan bagian terpenting tugas dan tanggung jawab orangtua. Bila didapatkan anggota keluarganya sakit maka orangtua perlu segera membawanya untuk berobat. Tumbuh kembang anak dapat di monitoring dengan KMS yang terdapat dalam buku KIA.

3) Imunisasi

Imunisasi merupakan tindakan pencegahan atas penyakit menular dengan memberikan vaksin agar terbentuk kekebalan aktif terhadap suatu penyakit. Oleh karena itu orangtua wajib membawa anak ke tempat pelayanan kesehatan untuk dilakukan imunisasi.

4) Stimulasi

Orangtua wajib mengajak memberikan stimulasi pada anak sedini mungkin, hanya saja kegiatan tersebut harus sesuai dengan usia anak dan terarah. Tujuannya agar anak mendapat pengalaman dan dapat menguasai kemampuan .

5) Sanitasi Lingkungan

Kebersihan lingkungan juga memiliki peran penting dalam keberhasilan tumbuh kembang anak.

Anak yang tinggal di lingkungan dengan tingkat kebersihan baik dapat terhindari dari berbagai macam penyakit.

6) Keluarga

Anggota keluarga yang memiliki keterikatan kuat dengan sendirina akan menciptakan hubungan harmonis dengan penuh kasih sayang sehingga membuat tumbuh dan berkembang anak lebih baik.

4.7 Perlakuan yang salah pada anak (child abuse)

Child Abuse adalah perlakuan yang menyakiti fisik, mental atau seksual yang dilakukan oleh orangtua atau orang yang dituakan kepada anak, yang seharusnya mereka memiliki tanggung jawab menjamin kesejahteraan anak.. Contoh perbuatan perlakuan salah pada anak, yaitu :

1. Diskriminasi
2. Eksploitasi anak secara ekonomi atau seksual
3. Penganiayaan secara fisik dan psikis
4. Kelalaian / penelantaran anak
5. Ketidakadilan

DAFTAR PUSTAKA

- Andriana, D. 2017. Tumbuh Kembang dan Terapi Bermain Pada Anak (2nd ed., p. 162). Salemba Medika.
- Dewi, R. C., Oktiawati, A., & Saputri, L. D. 2015. Teori & Konsep Tumbuh Kembang: Bayi, Toddler, Anak, dan Usia Remaja (1st ed.). Nuha Medika.
- Handayani, D. S., Sulastri, A., Mariha, T., & Nurhaeni, N. 2017. Penyimpangan Tumbuh Kembang Anak dengan Orang Tua Bekerja. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 20(1), 48–55. <https://doi.org/10.7454/jki.v20i1.439>
- Hurlock. 2017. Perkembangan anak. Erlangga.
- Irdawati. 2020. Konsep Keperawatan Anak Sehat (1st ed.). Muhammadiyah University Press.
- Kemenkes RI. 2016. Pedoman pelaksanaan stimulasi, deteksi, dan intervensi tumbuh kembang anak. Jakarta: Kemenkes RI
- Ridha, H. N. 2017. Buku Ajar Keperawatan Anak (S. Riyadi (ed.); 2nd ed.). Pustaka Pelajar
- Santoso, Heru. 2009. Petunjuk Praktis Denver Development Screening Test. Jakarta : EGC
- Santrock, J. 2007, Perkembangan anak jilid 2, trans. Mila rahmawati, Anna Kuswanti, Jakarta, Erlangga.
- Soetjiningsih. 2012a. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang. In I. N. G. R. Soetjiningsih (Ed.), Tumbuh Kembang Anak (2nd ed., pp. 61–68). Buku Kedokteran EGC.
- Soetjiningsih. 2012b. Konsep Dasar Tumbuh Kembang Anak. In I. N. G. R. Soetjiningsih (Ed.), Tumbuh Kembang Anak (edisi 2, p. 2). Buku Kedokteran EGC

BAB 5

PEMERIKSAAN FISIS JANTUNG ANAK

Oleh Faridah Hariyani

5.1 Pendahuluan

Di negara maju penyakit jantung bawaan adalah penyebab paling umum kematian bayi terkait dengan malformasi kongenital. Sekitar 9 dari 1000 kelahiran hidup menderita penyakit jantung bawaan, dari jumlah tersebut 25% memiliki *critical congenital heart disease* (CCHD) yaitu suatu kondisi yang memerlukan intervensi bedah atau kateter pada tahun pertama kehidupan. Diagnosis CCHD sering terlambat meningkatkan morbiditas dan mortalitas bayi. Keterlambatan deteksi ini disebabkan oleh keterbatasan pemeriksaan fisik, termasuk kesulitan dalam mengidentifikasi sianosis, terutama pada neonatus anemia atau berpigmen gelap(Johnson *et al.*, 2014). Tiga puluh persen bayi baru lahir dengan CCHD dipulangkan dari rumah sakit dengan CCHD yang tidak terdiagnosis dan mereka meninggal dengan penutupan duktus arteriosus atau dirawat di rumah sakit karena kolaps kardiovaskular(Ozalkaya *et al.*, 2016). Penting bagi tenaga kesehatan melakukan pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, auskultasi) dan melakukan lebih dari satu pemeriksaan fisik sebelum pulang atau sesudahnya(Fillipps & Bucciarelli, 2015). *American Academy of Pediatrics* (AAP) merekomendasikan skrining bayi baru lahir dengan *Pulse Oximetry Screening* untuk diagnosis dini CCHD(Kemper *et al.*, 2011)

5.2 Pemeriksaan Kelainan Jantung Anak

Langkah pertama dalam penilaian sistem kardiovaskular bayi baru lahir adalah tinjauan yang cermat untuk menilai kondisi yang berhubungan dengan peningkatan risiko Penyakit Jantung Kongenital (PJK). Faktor-faktor dari ibu yang berhubungan dengan kejadian PJK antara lain diabetes, obesitas, hipertensi, sistemik lupus erythematosus, epilepsi, gangguan tyroid, ibu dengan penyakit jantung bawaan, kehamilan ganda, merokok pada kehamilan trimester 1, pengguna alkohol/obat. Faktor risiko pada perinatal antara lain infeksi TORCH (*toksoplasmosis, rubella, cytomegalovirus, herpes simpleks*), kelahiran prematur, kelainan genetik/ kromosom, omphalocel, hernia diafragmatika kongenital, sindrom VACTERL (kelainan kongenital yang melibatkan malformasi vertebra, anal, trakea, esofagus, ginjal dan ekstremitas)(Tennant *et al*, 2001)

5.2.1 Inspeksi, Palpasi Kulit dan Membran Mukosa

Warna kulit dan *capillary refill* dapat menjadi indikator kecukupan oksigenasi dan curah jantung. Dikatakan normal bila saat kulit atau kuku ditekan, warna kembali dalam waktu 3-4 detik setelah tekanan dilepaskan (waktu pengisian kapiler). Selaput lendir bayi baru lahir yang normal harus berwarna merah muda. Ini biasanya diperiksa dengan melihat lidah dan bibir. Akrosianosis biasanya digambarkan sebagai sianosis pada bagian distal ekstremitas tetapi dapat terlihat di sekitar mulut dan di bantalan kuku. Namun, selaput lendir umumnya tetap berwarna merah muda. Acrocyanosis sering terjadi pada bayi baru lahir dan normal. Ini dapat disebabkan oleh ketidakstabilan vasomotor, vasokonstriksi yang disebabkan oleh dingin, atau polisitemia. Derajat akrosianosis dapat berhubungan dengan kadar hematokrit dan paling jelas

dengan hematokrit sentral 65% atau lebih (Wodwaski & Webber, 2022)

Acrocyanosis meningkat saat menangis dan menghilang saat tidur. Biasanya terdistribusi secara merata di lengan dan tungkai tetapi mungkin memiliki pola asimetris yang lebih jelas terlihat pada ekstremitas tertentu. Perbedaan penampilan yang jelas antara bagian atas dan bawah tubuh harus menjadi perhatian. Penentuan hematokrit sentral dan saturasi hemoglobin perifer dapat membantu (Fillipps & Bucciarelli, 2015)

Sianosis sentral selalu abnormal. Kondisi ini mungkin disebabkan oleh penyakit paru primer atau CCHD, yang membatasi aliran darah paru. Sianosis yang disebabkan oleh penyakit paru seringkali responsif terhadap pemberian oksigen. Sianosis sentral yang disebabkan oleh CCHD tidak berubah secara signifikan saat pasien ditempatkan di lingkungan yang kaya akan oksigen. *Mottling* atau pucat bisa menjadi tanda berkurangnya curah jantung karena darah dialirkan dari kulit untuk mendukung lebih banyak organ dan jaringan sentral. Waktu pengisian kapiler memanjang, dan mungkin ada asidosis metabolik yang signifikan (Fillipps & Bucciarelli, 2015)

5.2.2 Penilaian Denyut Nadi Perifer

Palpasi denyut brakialis dan femoral merupakan elemen penting dari pemeriksaan kardiovaskular bayi baru lahir. Pada palpasi pertama, pemeriksa harus menilai denyut nadi (normal 100-160 per menit) dan ritme (irama konsisten tanpa denyut yang tidak teratur). Meskipun palpasi nadi di setiap ekstremitas dapat diterima secara terpisah, praktik yang baik juga dapat dilakukan dengan palpasi satu denyut femoralis secara bersamaan dengan masing-masing denyut brakialis. Praktek ini memberikan

kesempatan untuk tidak hanya menilai amplitudo denyut nadi tetapi juga waktu denyut nadi di lengan dan kaki. Keterlambatan waktu denyut nadi antara ekstremitas atas dan bawah menunjukkan kelainan pada aorta. Setelah mencatat laju dan waktu denyut jantung, amplitudo dan karakternya harus diperhatikan. Amplitudo denyut perifer sering dinilai dari 0 sampai 41 (nilai 0 tidak teraba) (Fillipps & Bucciarelli, 2015)

5.2.3 Penilaian Pola Pernafasan

Pola pernapasan normal pada neonatus cukup bulan adalah teratur dan tanpa usaha. Bunyi nafas biasanya sangat pelan dan jauh dan sering dapat dideteksi hanya dengan pengamatan dekat dan auskultasi. Bayi umumnya menunjukkan pola pernapasan perut karena otot dinding dadanya yang lemah dan pernapasan yang diarahkan oleh diafragma. Pola tambahan umum yang dikenal sebagai pernapasan periodik juga dapat dicatat. Pernapasan berkala adalah variasi pernapasan normal yang ditemukan pada bayi prematur dan cukup bulan. Pemeriksa akan memperhatikan jeda pernapasan kurang dari 10 detik, diikuti dengan serangkaian napas cepat dan dangkal. Pernapasan kemudian kembali normal tanpa stimulasi atau intervensi apapun. Penurunan aliran darah pulmonal (*pulmonary blood flow/PBF*) menghasilkan hipoksemia, yang merangsang pusat pernapasan di batang otak dan menyebabkan hiperpnea, takipnea ringan dengan peningkatan volume tidal. Bayi tampak sianotik tetapi tidak mengalami distress pernapasan yang signifikan, karena hiperpnea PaCO₂ seringkali rendah. Takipnea tanpa usaha pada bayi sianotik adalah ciri khas CCHD yang disebabkan oleh lesi obstruktif jantung kanan (Wodwaski & Webber, 2022)

5.2.4 Inspeksi, Palpasi dan Auskultasi Jantung

Mirip dengan pemeriksaan paru-paru, aktivitas jantung normal pada neonatus hampir tidak terlihat dengan inspeksi dan precordium biasanya tenang untuk dipalpasi. Sedikit pengangkatan parasternal biasanya dapat dilihat dan dipalpasi sepanjang batas sternum kiri, akibat dominasi normal ventrikel kanan yang terlihat pada bayi baru lahir cukup bulan. Auskultasi jantung harus dilakukan menggunakan stetoskop berkualitas tinggi dengan bel kecil dan diafragma. Pemeriksaan paling baik dilakukan dengan mulai dari dasar jantung (ruang interkostal kedua kiri dan kanan), bergerak ke bawah perbatasan sternum ke apeks. Bel dan diafragma harus digunakan saat pemeriksa berkonsentrasi pada detak jantung, ritme, bunyi jantung, dan setiap bunyi yang terdengar. Denyut jantung normal neonatus cukup bulan biasanya antara 100 dan 160 denyut per menit. Namun, detak jantung bisa melebihi 180 saat bayi menangis dan bisa turun hingga 70 saat tidur lelap,

Bunyi jantung normal dihasilkan oleh penutupan katup trikuspid dan mitral (S1) dan oleh penutupan katup pulmonal dan aorta (S2). Saat PBF meningkat setelah lahir, katup pulmonal menutup kemudian menyebabkan suara pemisahan S2. Pemisahan S2 menunjukkan adanya 2 pembuluh darah besar yang posisinya normal, menunjukkan bahwa resistensi pembuluh darah paru rendah, dan menunjukkan adanya 2 ventrikel normal yang dipisahkan oleh septum ventrikel. Dengan demikian adanya pemisahan sangat menunjukkan anatomi jantung yang normal. Kadang-kadang terdengar bunyi jantung ekstra (S3, S4, atau penjumlahan S3/S4). Meskipun suara-suara ini dapat didengar dalam beberapa situasi normal, keberadaannya harus segera dievaluasi lebih lanjut (Fillipps & Bucciarelli, 2015)

5.2.5 Murmur Jantung

Murmur disebabkan oleh aliran darah turbulen, baik oleh peningkatan aliran melalui pembuluh dan katup normal atau aliran normal melalui katup, pembuluh, atau cacat septum yang abnormal. Murmur dinilai 1 sampai 6 dan dijelaskan apakah terjadi pada sistol atau diastol. Perhatian juga harus diberikan pada kualitas murmur (keras, halus, atau bergetar) dan apakah hanya terdengar di area kecil atau menyebar lebih luas ke seluruh dada. Ada banyak murmur yang dapat dideteksi pada bayi baru lahir. Murmur aliran paru mungkin salah satu yang paling umum. Terdengar paling baik di batas sternum kiri atas dan bertransmisi dengan baik ke kedua sisi dada, aksila, dan punggung. Biasanya lembut dan umumnya tidak lebih keras dari intensitas kelas 2/6. Murmur lainnya adalah bising paten duktus arteriosus (PDA) sistolik sementara, yang terdengar di batas sternum kiri atas dan di daerah infraklavikula kiri selama hari-hari pertama kehidupan. Hal ini diduga disebabkan oleh penutupan duktus arteriosus dan biasanya menghilang segera setelah hari pertama, sering terdengar bising regurgitasi trikuspid derajat 1-2/6 transien di ruang interkostal keempat di sebelah kanan sternum. Regurgitasi trikuspid transien paling sering terdengar pada bayi baru lahir yang stres dengan hipertensi pulmonal ringan sampai sedang dan umumnya sembuh sebelum keluar karena resistensi pembuluh darah paru turun (Fillipps & Bucciarelli, 2015)

5.2.6 Pemeriksaan Abdomen

Saat menilai CCHD, penting juga untuk menginspeksi dan meraba perut. Neonatus dengan sianosis kemungkinan besar akan menjalani pemeriksaan perut normal. Namun, bayi dengan sirkulasi paru yang berlebihan dan distres pernapasan dapat mengalami distensi abdomen yang disebabkan oleh aerophagia, yang selanjutnya dapat membahayakan mekanisme pernapasan. Bayi dengan kelainan jantung bawaan mungkin mengalami

pembesaran hati dan jika ada asidosis metabolik dapat berkembang menjadi ileus dengan berkurangnya atau tidak adanya bising usus pada auskultasi (Fillipps & Bucciarelli, 2015)

5.2.7 Tekanan Darah

Penentuan tekanan darah di kedua lengan dan setidaknya satu kaki penting dalam evaluasi bayi yang diduga menderita CCHD. Pola variasi tekanan antara ekstremitas dapat menunjukkan adanya CCHD yang signifikan (Fillipps & Bucciarelli, 2015)

5.2.8 Pulse Oximetry Screening (POS)

Pulse Oximetry Screening (POS) pada baru lahir lebih berhasil dalam mengidentifikasi 7 kelainan jantung primer (*Hypoplastic left heart syndrome, Pulmonary atresia, Tetralogy of Fallot, Total anomalous pulmonary venous return, Transposition of the great vessels, Tricuspid atresia, Persistent truncus arteriosus*) dan 5 kelainan jantung sekunder (*Coarctation of the aorta, Interrupted aortic arch, Ebstein anomaly of the tricuspid valve, Double outlet right ventricle, Single ventricle*). *Pulse Oximetry Screening* untuk mendapatkan saturasi oksigen preduktal (tangan kanan) dan postduktal (kedua kaki) secara bersamaan. Skrining ditargetkan pada bayi antara usia 24 dan 48 jam. Bayi yang dipulangkan sebelum usia 24 jam, waktu skriningnya sedikit mungkin dengan waktu pulang (Johnson et al., 2014)

Bayi dengan saturasi kurang dari 90% pada tangan atau kaki kanan harus segera dirujuk untuk pemeriksaan klinis. Bayi dengan 3 pembacaan yang gagal (oksimetri nadi <95% di tangan dan kaki kanan atau perbedaan >3% antara tangan dan kaki kanan) harus menerima penilaian klinis (infeksi dan patologi paru harus disingkirkan), Ekokardiogram, Rujukan ke kardiologi pediatrik (segera jika simptomatik, secepatnya jika asimtomatik) (Oster & Kochilas, 2016)

1. *Negative Screen*, jika saturasi oksigen 95% atau lebih pada tangan dan kaki kanan dengan perbedaan kurang dari 4% antara kedua pembacaan.
2. *Positive Screen* jika:
 - a. Pengukuran saturasi oksigen kurang dari 90% (di skrining awal atau di skrining ulang).
 - b. Saturasi oksigen kurang dari 95% pada tangan dan kaki kanan setelah 3 kali pengukuran masing-masing berjarak 1 jam
 - c. Setiap bayi yang gagal skrining harus dilakukan ekokardiogram diagnostik dan dirujuk ke ahli jantung anak untuk penanganan lebih lanjut.

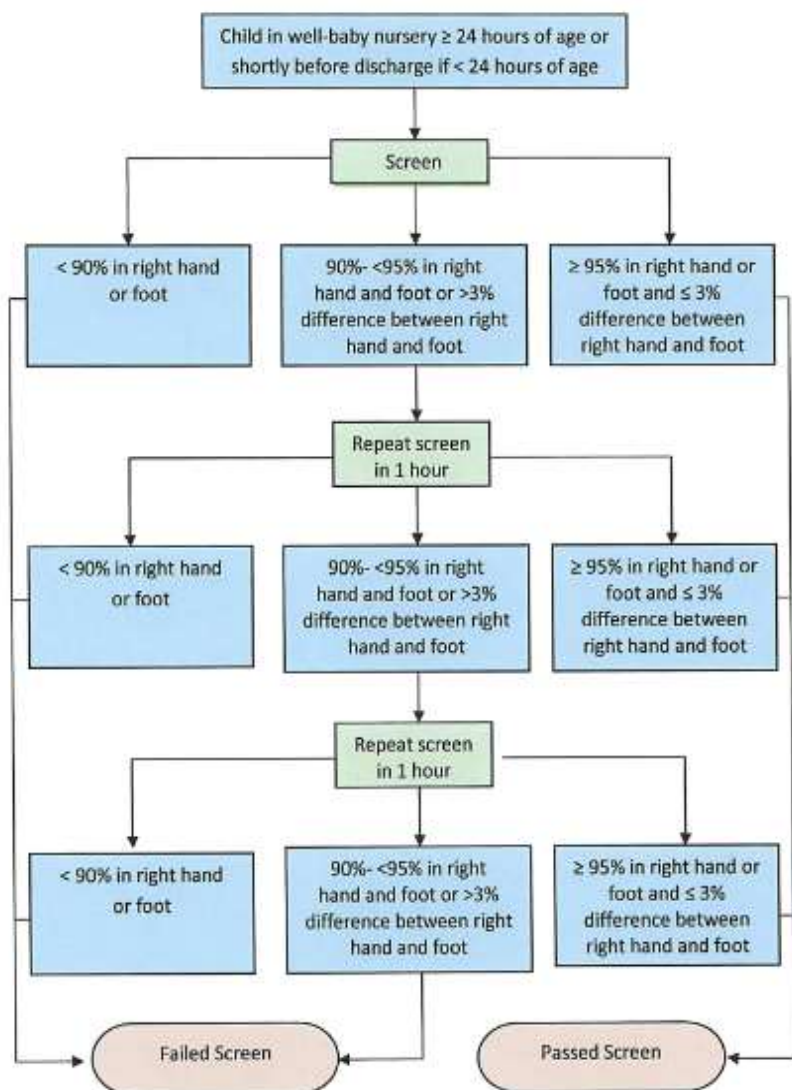


Fig. 1. Algorithm for POS. Effect of altitude: It is important to note that the oxygen saturation thresholds for a positive screening result may vary at high altitude. Appropriate studies need to be performed

at higher altitudes to establish reliable thresholds. (Adapted from Kemper AR, Mahle WT, Martin GR, et al. Strategies for implementing screening for critical congenital heart disease. Pediatrics 2011;128(5):e1267; with permission.)

DAFTAR PUSTAKA

- Fillipps, D. J., & Bucciarelli, R. L. 2015. Cardiac Evaluation of the Newborn. *Pediatric Clinics of North America*, 62(2), 471–489. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2014.11.009>
- Johnson, L. C., Lieberman, E., O'Leary, E., & Geggel, R. L. 2014. Prenatal and newborn screening for critical congenital heart disease: Findings from a nursery. *Pediatrics*, 134(5), 916–922. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1461>
- Kemper, A. R., Mahle, W. T., Martin, G. R., Cooley, W. C., Kumar, P., Morrow, W. R., Kelm, K., Pearson, G. D., Glidewell, J., Grosse, S. D., & Howell, R. R. 2011. Strategies for implementing screening for critical congenital heart disease. *Pediatrics*, 128(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1317>
- Oster, M. E., & Kochilas, L. 2016. Screening for Critical Congenital Heart Disease. *Clinics in Perinatology*, 43(1), 73–80. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2015.11.005>
- Ozalkaya, E., Akda, A., Şen, I., Cömert, E., & Melek Yaren, H. 2016. Early screening for critical congenital heart defects in asymptomatic newborns in Bursa province. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 29(7), 1105–1107. <https://doi.org/10.3109/14767058.2015.1035642>
- Tennant, P. W. G., Pearce, M. S., Bythell, M., & Rankin, J. 2001. 20-year survival of children born with congenital anomalies: a population-based study. *The Lancet*, 375(9715), 649–656. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61922-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61922-X)
- Wodwaski, N., & Webber, E. 2022. Cardiovascular Assessment. *Home Healthcare Now*, 40(5), 238–244. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000001097>

BAB 6

PEMERIKSAAN STATUS ENDOKRINOLOGI DAN PUBERTAS PADA ANAK

Oleh Duhita Dyah Apsari

6.1 Pendahuluan

Endokrinologi merupakan ilmu yang mempelajari hormon dan komunikasi antara sel dalam tubuh manusia (Shahab, 2017). Pertumbuhan dan perkembangan seorang anak berhubungan erat dengan peran sistem endokrin. Pubertas adalah periode ketika fungsi endokrin dan gametogenesis gonad telah berkembang untuk memungkinkan reproduksi. Pada anak perempuan, peristiwa pertama adalah ginekomastia, perkembangan payudara, diikuti dengan munculnya rambut kemaluan, perkembangan rambut ketiak dan kemaluan, dan kemudian menarche, yaitu periode menstruasi pertama. Dalam beberapa tahun terakhir di Amerika Serikat, pubertas umumnya terjadi antara usia 8-13 tahun. Peningkatan sekresi GnRH menyebabkan pubertas. (Barrett *et al.*, 2018)

Organ-organ endokrin akan menghasilkan hormon yaitu zat kimia yang berperan penting dalam mengatur fungsi tubuh seperti pertumbuhan, perkembangan, dan sistem reproduksi.

6.2 Konsep Endokrinogi Anak

Sistem endokrin adalah kelenjar-kelenjar yang bekerja dalam tubuh manusia yang hasil sekresinya langsung ke dalam darah tanpa melewati duktus atau saluran (Utomo, Suprpto and

Hidayat, 2017). Dalam system endokrin, hormon bertindak sebagai "pembawa pesan" yang dibawa oleh darah ke setiap sel dalam tubuh, dan akan mengubah "pesan" tersebut menjadi tindakan (Manurung, 2017). Sistem endokrin mengkoordinasikan berbagai fungsi internal tubuh, mengatur pertumbuhan dan perkembangan mulai dari kehidupan janin hingga dewasa, membantu beradaptasi dengan nutrisi yang masuk ke dalam tubuh dan perubahan lain di lingkungan eksternal yang diatur oleh kelenjar-kelenjar yang menghasilkan hormon, kemudian hormon ini disekresikan ke sirkulasi atau aliran darah dan organ target (IDAI *et al.*, 2010). Sistem endokrin terdiri dari hipofisis, hipotalamus, tiroid, paratiroid, pankreas, adrenal, timus, ovarium, dan testis (Daniels & Nicoll, 2012).

Endokrinologi anak merupakan sub-spesialisasi yang mempelajari perubahan, perkembangan fisik dan seksual pada anak dan remaja, serta gangguan pertumbuhan pada anak yang disebabkan gangguan sistem endokrin. Oleh karena itu, diperlukan pemeriksaan klinis yang didukung dengan pemeriksaan endokrin untuk menilai pertumbuhan. Salah satu gangguan yang paling sering pada anak adalah gangguan pubertas, termasuk pubertas dini dan pubertas terlambat, gangguan perkembangan reproduksi atau *Sexual Development Disorder* (DSD). Gangguan pubertas memerlukan pendekatan klinis yang komprehensif, pengujian hormonal, dan pencitraan untuk penatalaksanaan yang optimal. dan gangguan kelenjar adrenal. Kelainan lain yang sering ditemukan pada anak adalah hipoglikemia neonatal, dislipidemia, gangguan metabolisme dan kelainan bawaan atau kongenital (IDAI *et al.*, 2010)

6.3 Pemeriksaan Status Endokrinologi Pada Anak

Pemeriksaan endokrin adalah serangkaian tes yang dilakukan untuk menilai fungsi system endokrin. Endokrin memiliki fungsi yang sangat penting yaitu mengatur metabolisme, respirasi, pertumbuhan, fungsi reproduksi dan pergerakan. Pemeriksaan endokrin dirancang untuk menilai fungsi organ endokrin. Dengan demikian, dapat diketahui secara pasti penyebab keluhan yang dialami (IDAI *et al.*, 2010)

6.3.1 Pendekatan Umum Pasien Dengan Gangguan Endokrinologi

Kelainan endokrin dapat dideteksi sejak dini sehingga penanganan dapat segera diberikan untuk mencegah terjadinya kecacatan. Anamnesa dan pemeriksaan fisik sangat penting dilakukan. Riwayat keluarga dapat membantu mengindikasikan apakah kelainan tersebut bersifat hereditier atau keturunan sehingga pendekatan dan pengobatan sesuai dan tepat (IDAI *et al.*, 2010)

6.3.2 Pemeriksaan Penunjang Endokrinologi

Pemeriksaan penunjang dapat dilakukan dengan pemeriksaan hormonal, elektrolit, pemeriksaan radiologis dan berbagi uji endokrin dinamis. Pemeriksaan dapat dilakukan pada keadaan basal, acak atau setelah perlakuan (IDAI *et al.*, 2018)

1. Immuassay

Kadar hormon dapat diukur dengan immunoassay pada sampel darah atau urin. Untuk hormon jangka pendek, diperlukan beberapa tes karena nilainya mencerminkan waktu pengambilan sampel. Analisis urin untuk penentuan metabolit hormon steroid dan katekolamin, bukan untuk hormon polipeptida. Sebagian besar hormon dalam darah terikat pada protein tertentu, sisanya adalah hormon bebas dengan aktivitas biologis. Pemeriksaan hormon bebas

iniilah yang sering dilakukan dan sangat berguna dalam diagnosis penyakit endokrin (IDAI *et al.*, 2018).

Contoh pada pemeriksaan hormon tiroid adalah T3, T4, TSH, dan fT4. Pemeriksaan hormon tiroid mulai dilakukan dengan teknik *radioimmunoassay* (RIA) *immunoradiometric assay* (IRMA), *enzyme-linked immunoassay* (ELISA), *enzyme immunoassay* (EIA) dan yang paling terbaru dengan *electrochemiluminescent assay* (ECLIA). Metode ECLIA lebih sensitif dibandingkan metode sebelumnya (Suryaatmadja, 2010).

2. Uji Dinamik Endokrin

Uji dinamik endokrin dilakukan pada hormon dengan kadar yang tidak stabil seperti hormon pertumbuhan atau *Growth Hormon*(GH). Untuk pengujian dinamis, diperlukan bahan kimia tertentu untuk stimulasi agar hormon dilepaskan secara optimal (IDAI *et al.*, 2018).

3. Pemeriksaan Pencitraan

Pencitraan bertujuan membantu memvisualisasikan kelenjar endokrin dan menilai pertumbuhannya. Penilaian usia tulang adalah tes pencitraan yang sangat mendasar untuk mengevaluasi gangguan endokrin. Ultrasonografi dan genitografi untuk visualisasi genetalia internal, MRI dan CT-Scan untuk visualisasi kelenjar endokrin lainnya. Pemeriksaan radioaktif untuk melihat fungsi kelenjar tiroid (IDAI *et al.*, 2018).

4. Biopsi Kelenjar

Biopsi kelenjar biasanya dilakukan untuk gangguan endokrin dengan dugaan keganasan atau abses (IDAI *et al.*, 2018)

5. Diagnosis Kelainan Genetik

Pemeriksaan kelainan genetik dapat dilakukan dengan analisis kromosom, pemeriksaan *fluorescence in situ hybridization* (FISH), pemeriksaan DNA juga diperlukan

untuk kelainan endokrin. Pemeriksaan kromosom untuk DSD, pemeriksaan DNA untuk melihat mutase HAK (Hiperplasia Adrenal Kongenital) dan untuk melihat *SRY-Gene* dengan pemeriksaan FISH (IDAI *et al.*, 2018).

6. Skrining Kelainan Endokrin

Skrining pada bayi baru lahir dapat dilakukan untuk mendeteksi adanya Hipotiroid Kongenital (HK) dan Hiperplasia Adrenal Kongenital (HAK)

- a) Deteksi dan terapi dini hipotiroid kongenital melalui program skrining neonatal atau bayi baru lahir bertujuan untuk menghindari terjadinya *disability* (cacat) karena adanya gangguan perkembangan saraf dan belum optimalnya perkembangan anak (IDAI *et al.*, 2018). Tujuan skrining neonatal untuk mendeteksi hipotiroid kongenital primer baik yang ringan, sedang, dan berat. Skrining dapat dilakukan dengan pemeriksaan TSH yang merupakan pemeriksaan paling sensitive. Skrining hipotiroid kongenital primer efektif pada bayi usia diatas 24 jam, namun waktu yang paling baik adalah bayi usia 48 jam-72 jam. Hal ini disebabkan pemeriksaan yang dilakukan sebelum usia 48 jam dapat meningkatkan angka positif-palsu karena pada kurun waktu tersebut terjadi *TSH surge*. Pemeriksaan skrining hipotiroid kongenital dilakukan dengan mengambil sampel darah tumit pada bayi usia 48 jam sampai 72 jam (IDAI, 2017a)

Jika kadar TSH bayi tinggi, maka skrining hipotiroid kongenital dikatakan positif. sehabis itu, investigasi yang lebih lengkap akan dilakukan buat memastikan penaksiran. Bayi dinyatakan memiliki hipotiroid kongenital Jika kadar TSH permanen tinggi di pemeriksaan kedua dan kadar hormon tiroksinnya rendah (Nareza, 2020)

- b) Hiperplasia Adrenal Kongenital (HAK) merupakan kelainan bawaan yang memengaruhi produksi hormon pada kelenjar adrenal. HAK bisa didiagnosis pada kehamilan dengan keluarga yang sebelumnya telah memiliki anak HAK atau karier HAK. Pemeriksaan skrining bisa dilakukan dengan pemeriksaan vilus korionik atau amniosentesis. Pemeriksaan vilus korionik dilakukan pada usia kehamilan 10-12 minggu dengan pemeriksaan plasenta. Pemeriksaan amniosentesis dapat dilakukan pada usia kehamilan 14-18 minggu dengan menggunakan cairan amnion (IDAI, 2012).

6.3.3 Prosedur Diagnostik Endokrinologi

Adapun beberapa prosedur diagnostic endokrinologi adalah sebagai berikut :

a) Uji Stimulasi hormon Pertumbuhan

1) Uji Stimulasi Hormon Pertumbuhan

Latihan fisik atau gerak badan sebagai perangsang *growth hormon* (GH). Pada Uji stimulasi GH perlu dilakukan pemeriksaan dengan melakukan intruksi - intruksi kepada anak. Uji ini dikatakan positif apabila terdapat peningkatan GH lebih 10 µg/L. Risiko terjadinya negative palsu sebesar 10-20%. Tes ini aman dan tidak mahal, kontraindikasi uji ini adalah anak yang sakit jantung atau memiliki gangguan atau kelainan sehingga mengalami keterbatasan dalam bergerak (IDAI *et al.*, 2018).

2) Uji toleransi Arginin

Uji toleransi Arginin dilakukan dengan infus Arginin. Arginin merangsang sekresi GH melalui reseptor adrenergic- α dan mengakibatkan pelepasan *Growth Hormon Releasing Hormon* (GnRH). Biasanya nilai

puncak GH dicapai sekitar 60 menit setelah dimulainya infus arginin. Hasil kadar GH akhir kurang lebih 10 mg/mL, indeterminate 5-10 mg/mL, dan subnormal 5 mg/mL. Apabila hasilnya abnormal (tidak terjadi peningkatan kadar GH setelah tes) maka menunjukkan adanya penurunan hGH pada pituitary anterior yang menandakan defisiensi GH pada anak-anak (IDAI *et al.*, 2018).

- 3) Uji toleransi insulin
Uji ini bertujuan untuk menentukan integritas aksis hipotalamus – hipofisis. Prosedur Uji toleransi insulin yaitu puasa 12 jam, pasien dibaringkan dan diberikan infus insulin regular (IDAI *et al.*, 2018)
- 4) Uji Klonidin
Klonidin adalah agonis reseptor- α yang merangsang pelepasan GH melalui sekresi GHRH. Tes ini bertujuan menguji adanya *growth hormone deficiency*. Pasien puasa 4-6 jam dan diberikan infus klonidin dengan dosis standar, maka rata-rata nilai GH maksimal adalah 23-37 mg/mL (IDAI *et al.*, 2018)
- 5) Uji glucagon
Uji glucagon dilakukan apabila terdapat kontraindikasi uji toleransi insulin pada pasien (IDAI *et al.*, 2018)
- 6) Uji stimulasi L-Dopa
Untuk stimulasi L-Dopa untuk mendeteksi penyakit parkinson karena pasien parkinson menggunakan terapi dengan L-Dopa (IDAI *et al.*, 2018)
- 7) Uji *Growth Hormone Releasing Hormone* (GHRH)
Anak pra pubertas memiliki GH dibawah normal selama stimulasi perlu dipertimbangkan untuk memberikan hormon steroid seks sebelum uji stimulasi GHRH. Pada anak-anak lebih dari 8 tahun pada masa pre pubertal atau pubertas awal harus dilakukan uji stimulasi GH.

Pada pasien dengan kecurigaan defisiensi GH, 2 jenis uji stimulasi GH direkomendasikan untuk menegakkan diagnosa (IDAI *et al.*, 2018).

b) Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO)

Indikasi TTGO digunakan pada kasus dengan resistensi insulin, diabetes melitus yang meragukan, perawakan tinggi, hipoglikemia (IDAI *et al.*, 2018)

c) Uji haus atau uji dehidrasi

Uji ini bertujuan mendiagnosis penyakit diabetes insipidus dan membedakan diabetes insipidus sentral (hipotalamus), diabetes insipidus nefrogenik (renal) dan polidipsi primer (diabetes insipidus psikogenik) pada anak untuk menentukan terapi dan tatalaksana yang tepat (IDAI *et al.*, 2018)

d) Pemeriksaan fungsi tiroid

Pemeriksaan Uji tiroid dilakukan dengan uji supresi tiroid, Pada keadaan normal pemberian hormon tiroid eksogen akan direspon dengan mekanisme supresi TSH endogen sebagai kompensasi sehingga terjadi reduksi sintesis dan sekresi hormon tiroid. Pada tirotoksikosis, hal ini tidak terjadi (IDAI *et al.*, 2018)

e) Pemeriksaan Fungsi Korteks Adrenal

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melakukan evaluasi sekresi kortisol pada individu dengan kecurigaan hipokortisol atau hiperkortisol dan dapat digunakan untuk mengevaluasi tahapan intermediet dalam produksi kortisol dan fungsi adrenal. Pemeriksaan dilakukan dengan uji supresi deksametason dosis rendah, uji ACTH dosis rendah, uji ACTH dosis standar, uji stimulasi hormon adrenokortikotroik-deksametason (IDAI *et al.*, 2018).

f) Uji stimulasi HCG

Selain sebagai glikoprotein yang dihasilkan plasenta saat hamil, HCG berperan merangsang sel Leydig testis dalam

menghasilkan hormon testosterone, setelah anak berusia 4 bulan sampai anak sebelum pubertas. Jika testis rusak maka tidak akan ada peningkatan hormon testosterone. Uji stimulasi HCG digunakan untuk mengetahui berfungsi tidaknya biji testis khususnya sel Leydig atau untuk mengetahui fungsi testis selama fase anak, sehingga uji HCG digunakan apabila dalam pemeriksaan fisik tidak teraba kedua biji testis baik di inguinal maupun di skrotum. Uji HCG juga dapat digunakan untuk membedakan mikropenis akibat kekurangan enzim 5α reductase dan adrogen insensitivty sindrom. Pada anak dengan kriptorkismus respon yang normal dari uji HCG akan menghasilkan fungsi sel Leydig masih normal dan jaringan yang masih bagus (IDAI *et al.*, 2018)

6.3.4 Pemeriksaan Endrokinologi Pubertas

Pubertas adalah masa peralihan dari anak-anak ke masa remaja, perubahan fisik pada masa remaja terjadi ketika terjadi perubahan struktur tubuh dari anak-anak menuju dewasa. Dalam beberapa tahun terakhir di Amerika Serikat, pada umumnya pubertas terjadi pada usia 8-13 tahun. (Barrett *et al.*, 2018).

Peningkatan sekresi GnRH menyebabkan pubertas. Masa pubertas dianggap abnormal apabila seseorang mengalami pubertas terlampau dini atau terlalu terlambat. Gangguan pubertas memerlukan pendekatan klinis yang komprehensif, pengujian hormonal, dan pencitraan untuk penatalaksanaan yang optimal. (IDAI *et al.*, 2010)

Pubertas dini atau pubertas prekoks adalah perkembangan tanda seks sekunder yang terjadi sebelum usia 8 tahun pada anak perempuan atau sebelum umur 9 tahun pada anak laki-laki. Pemeriksaan untuk pubertas prekoks dapat dilakukan dengan anamnesa dan pemeriksaan fisik, pemeriksaan usia tulang sebagai

dasar awal pemeriksaan endokrin, pemeriksaan laju pertumbuhan menggunakan grafik kurva pertumbuhan, pemeriksaan hormon terutama pemeriksaan hormon LH, FSH, Estradiol, dan stimulasi GnRH dan juga bisa dilakukan pencitraan dengan pemeriksaan USG Pelvis, USG Testis, USG Adrenal, MRI Kepala jika diduga ada penyebab neurologis (IDAI, 2017b).

Selain pubertas prekoks dan pubertas terlambat, masalah pubertas lain yang sering ditemukan adalah telars prematur, ginekomastia dan *constitutional delay of growth and puberty*. Pemeriksaan pada telars premature dapat dilakukan dengan pemeriksaan hormon FSH dan untuk Ginekomastia dapat dilakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan yang sama dengan pubertas prekoks karena diduga ginekomastia berhubungan erat dengan pubertas prekoks (IDAI, 2013)

DAFTAR PUSTAKA

- Barrett, K. E. *et al.* 2018. *Ganong's Medical Physiology Examination & Board Review*. Edited by M. Weitz, B. Kearns, and P. J. Boyle. Anubhav Singh, Cenveo Publisher Services. Available at: <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2139§ionid=160311346>.
- Daniels, R & Nicoll, L. 2012. *Contemporary medical-surgical nursing*. USA: DELMAR.
- IDAI *et al.* 2010. *Buku Ajar Endokrinologi Anak*. Edisi 1, Jakarta : Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia
- IDAI. 2012. *Buklet 'Hormon dan Aku' - Hiperplasia Adrenal Kongenital*. Jakarta: Merck Serono Australia.
- IDAI. 2013. *Masalah Pubertas pada Anak dan Remaja*. (online) Available at: <https://www.idai.or.id/artikel/seputar-kesehatan-anak/masalah-pubertas-pada-anak-dan-remaja>.
- IDAI. 2017a. *Diagnosa Dan Tatalaksana Hipotiroid Kongenital*. Jakarta: Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia
- IDAI. 2017b. *Diagnosa Dan Tatalaksana Pubertas Prekoks Sentral*. Jakrata: Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia
- IDAI *et al.* 2018. *Buku Ajar Endokrinologi Anak Edisi 2*. Edisi 2. Jakarta: Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia
- Manurung, N. 2017. *Asuhan Keperawatan Sistem Endokrin*. Cetakan Pertama. Yogyakarta: CV Budi Utomo.
- Nareza, M. 2020. *Deteksi Dini Hipotiroid Kongenital Dapat Mencegah Gangguan Pertumbuhan*. Available at: <https://www.alodokter.com/deteksi-dini-hipotiroid-kongenital-dapat-mencegah-gangguan-pertumbuhan>.
- Shahab, D. H. A. 2017. *Dasar-Dasar Endokrinologi*. 1st edn. Edited by S. W. Salim Shahab. Jakarta: Rayyana Komunikasindo.

- Suryaatmadja M. 2010. Tiroid : Pemeriksaan Laboratorium, ABC Laboratorium Amerind Bio-Clinic, Jakarta [online] Available at : [http://Tiroid: Pemeriksaan Laboratorium_AmerindBio-Clinic.htm](http://Tiroid:PemeriksaanLaboratorium_AmerindBio-Clinic.htm)
- Utomo, D. W., Suprpto and Hidayat, N. 2017. 'Pemodelan Sistem Pakar Diagnosis Penyakit pada Sistem Endokrin Manusia dengan Metode Dempster-Shafer', *Jurnal Pengembangan Teknologi Informasi dan Ilmu Komputer*, 1(9), pp. 893–903. Available at: <https://j-ptiik.ub.ac.id/index.php/j-ptiik/article/view/279>.

BAB 7

PERKEMBANGAN PSIKOLOGI ANAK

Oleh Qatrunnada Naqiyyah Khusmitha

7.1 Definisi Perkembangan Psikologi Anak

Perkembangan atau development didefinisikan sebagai peningkatan kemampuan (*skill*) baik dari segi struktur maupun fungsi tubuh yang lebih kompleks. Perkembangan dapat diprediksi karena memiliki pola yang teratur hasil dari proses pematangan (Ardiyansyah, 2022).

Psikologi merupakan suatu cabang ilmu yang mempelajari terkait hakikat, perilaku dan proses kejiwaan manusia. Psikologi perkembangan merupakan adalah cabang dari ilmu psikologi yang mempelajari perkembangan manusia serta aspek-aspek yang berpengaruh dalam perilaku dan kejiwaan manusia sejak masa bayi, remaja, dewasa hingga lansia (Muyassaroh *et al.*, 2022).

Definisi Anak berdasarkan UNICEF dan Undang-undang No. 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak pada pasal 1 ayat 1 adalah seseorang yang belum berusia 18 tahun, termasuk ketika anak tersebut masih dalam kandungan (Cohen, 2023).

7.2 Teori Perkembangan Psikologi Anak

Menjelaskan pertumbuhan dan perubahan sepanjang siklus kehidupan dalam psikologi terdapat tahapan perkembangan kehidupan yang didahului oleh adanya beberapa transisi dari perkembangan fisik, kognitif, dan sosio-emosional. Setiap teori perkembangan memiliki tahapan perkembangan yang berbeda-beda. Beberapa teori perkembangan anak yang berkembang saat ini adalah teori psikoanalisis Sigmund Freud, perkembangan

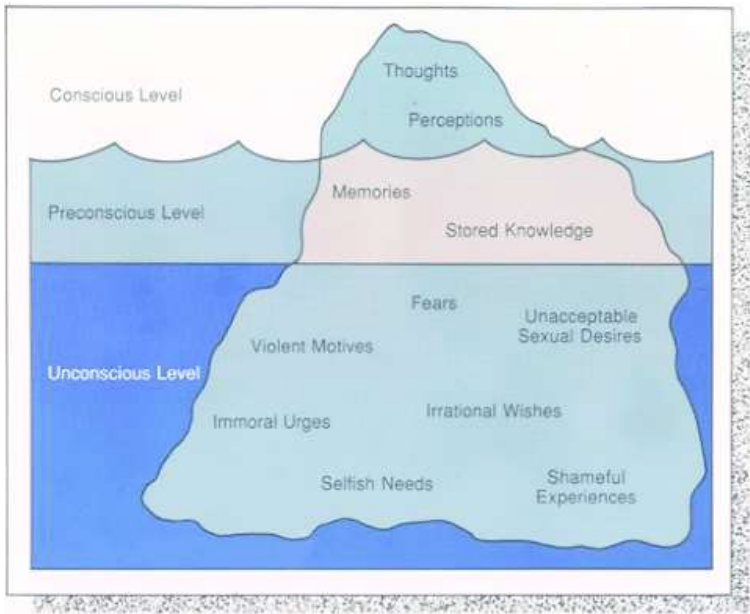
kognitif yang dikemukakan Jean Piaget, perkembangan psikososial Erikson, enam *milestones* kehidupan dari Confucius (Chung, 2018).

7.2.1 Teori psikoanalisis Sigmund Freud

Teori psikoanalitik dikembangkan Freud untuk menjelaskan bagaimana cara pikiran dapat menyeimbangkan tuntutan naluri dan penerimaan sosial yang berkonflik. Empat konsep teori kepribadian Freud adalah tingkat kesadaran, struktur kepribadian, mekanisme pertahanan dan tahap-tahap perkembangan psikoseksual (Nevid, 2021).

Tingkat Kesadaran: Sadar, Prasadar dan Bawah Sadar

Pikiran manusia model Freud diibaratkan seperti sebuah gunung es raksasa di laut dimana sebagian besar tersembunyi di bawah permukaan air yang artinya sebagai besar pikiran kita berada di bawah permukaan kesadaran (Gambar 7.1). Pikiran manusia direpresentasikan dalam tiga tingkat kesadaran yaitu sadar, prasadar dan bawah sadar. Pikiran sadar digambarkan seperti puncak gunung es, dimana pikiran ini berkaitan dengan apa yang terlihat atau dipikirkan saat tertentu. Prasadar akan membawa informasi yang disimpan dari pengalaman masa lalu, informasi ini dapat digali dari memori dan dibawa ke dalam alam sadar pada setiap saat. Bawah sadar yang direpresentasikan seperti gunung es yang berada pada bagian bawah permukaan air. Pikiran ini berisi impuls agresif dan seksual primitif yang berasal dari peristiwa traumatis atau memori yang mengganggu serta keinginan yang tidak bisa diterima. Pikiran bawah sadar tidak dapat dibawa langsung ke kesadaran hanya dengan berfokus, sangat sulit untuk membawa pikiran bawah sadar ke dalam kesadaran. Kita akan sering tidak menyadari keinginan atau gagasan kita yang terdalam apabila sebagian besar pikiran berada di bawah alam sadar.



Gambar 7.1. Tingkat Kesadaran Teori Freud

(Sumber : https://www.researchgate.net/figure/Freuds-iceberg-model-of-unconscious-pre-conscious-and-conscious-levels_fig1_259524711)

Struktur Kepribadian: Id, Ego, dan Superego

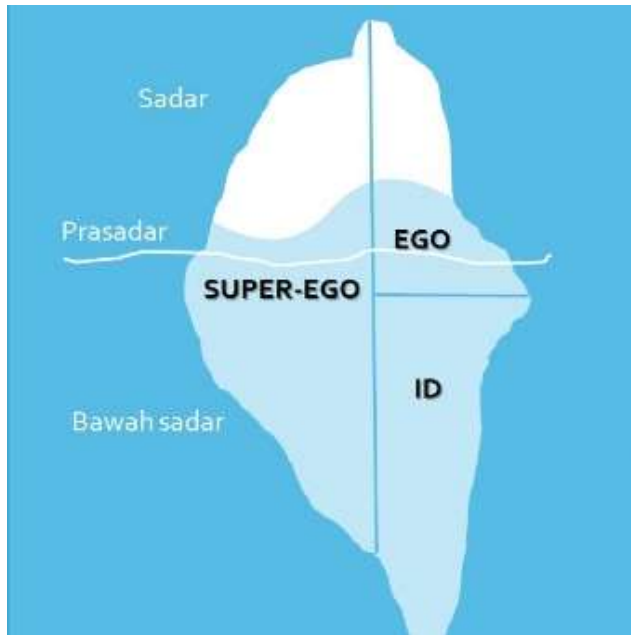
Kepribadian menurut Freud dikemukakan dalam tiga entitas mental yaitu id, ego dan superego. Kemampuan dalam memenuhi tantangan kehidupan kita dipengaruhi oleh adanya keseimbangan dan interaksi antara ketiganya. Freud menganggap struktur kepribadian ini sebagai struktur aktual yang dapat ditemukan didalam otak. Ia meyakini sebagai konsep representasi kekuatan yang bertolak belakang dalam kepribadian. Id berarti itu berada di dalam bawah sadar (Gambar 7.2). Id berisi impuls dasar atau naluri seperti lapar, haus, seks, buang kotoran, dan agresi. Id akan mendorong untuk kebutuhan biologis ini

terpenuhi dan satu-satunya struktur psikis yang ada sejak lahir disebut sebagai "*pleasure priciple*" atau prinsip kesenangan yaitu keinginan akan kepuasan segera terpenuhi tanpa memperhatikan peraturan dan kebiasaan sosial.

Ego bekerja menurut "*reality priciple*" atau prinsip realitas yang merupakan usaha untuk memenuhi tuntutan naluriah (Id) dengan cara praktis dan diterima sosial. Contohnya: Id akan memotivasi kita untuk berjalan ke dapur mencari makanan saat lapar. Ego akan memungkinkan kita memasak dan menjaga kita tidak mengambil makanan orang lain.

Superego merupakan penjaga hati nurani. Usia 3-5 tahun, superego akan memisah dari ego dan berkembang dengan menginternalisasikan ajaran moral yang didapatkan dari orang tua. Bagian superego bisa mencapai kesadaran karena berkaitan dengan keyakinan kita terhadap benar dan salah. Akan tetapi, sebagian besar superego bekerja di bawah sadar untuk menilai tindakan ego benar atau salah. Superego dapat memberlakukan hukuman diri dalam bentuk rasa bersalah atau rasa malu.

Ego merupakan penengah antara superego dan Id. Ego akan berusaha memenuhi tuntutan Id tanpa menyinggung standar moral yang dimiliki superego. Sebagian ego timbul di tingkat kesadaran seperti secara sadar kita memasak saat lapar, tetapi sebagian besar berada di bawah sadar untuk menggunakan mekanisme pertahanan yang bertujuan mencegah timbulnya pikiran atau keinginan seksual ataupun agresif yang tidak dapat diterima.



Gambar 7.2. Gambaran Id, Ego, dan Superego
(Sumber : https://www.researchgate.net/figure/Gambar-1-Gambaran-Id-Ego-dan-Superego_fig1_337822768)

Mekanisme Pertahanan

Mekanisme pertahanan utama yang dikemukakan Freud adalah represi (lupa bermotivasi) yang berarti membuang keinginan, dorongan dan memori yang mengganggu ke pikiran bawah sadar. Mekanisme pertahanan lainnya adalah regresi, pengalihan (*displacement*), penyangkalan (*denial*), pembentukan reaksi, rasionalisasi, proyeksi, dan sublimasi.

Tabel 7.1. Mekanisme Pertahanan Utama dalam Teori Psikodinamik

Jenis	Keterangan Mekanisme Pertahanan	Contoh
Represi	Pengusiran gagasan yang tidak diterima pikiran	Seseorang yang tetap tidak menyadari bahwa ia menyimpan impuls kebencian terhadap seseorang lainnya
Regresi	Kembali muncul perilaku khas di tahap perkembangan sebelumnya	Saat mengalami stress, seseorang mulai menggigit-gigit kukunya
Pengalihan	Pengalihan impuls yang tidak dapat diterima objek aslinya menuju ke objek yang lebih aman dan tidak begitu mengancam	Seorang anak membanting pintu setelah dimarahi oleh orangtuanya
Penyangkalan	Penyangkalan untuk mengakui keinginan yang mengancam	Seseorang yang hampir membuat orang lain celaka atau mati kemudian ia bertindak seolah-olah “itu bukan masalah besar”
Pembentukan reaksi	Perilaku yang digunakan berlawanan dengan moral akan tetapi menjaga tetap direpresi	Seorang remaja yang menggalakkan gerakan anti seks bebas namun ia sendiri yang melakukan seks bebas
Rasionalisasi	Penjelasan perilaku yang tidak dapat diterima menggunakan pembenaran diri	Seorang remaja yang menjawab alasan merokoknya adalah “Keluarga saya tidak

Jenis	Keterangan Mekanisme Pertahanan	Contoh
		ada yang terkena penyakit kanker”
Proyeksi	Mekanisme pertahanan diri mengalihkan kecemasannya pada orang lain	X mengatakan dia adalah korban bullying Y padahal sebenarnya ia yang membully Y
Sublimasi	Pikiran sadar yang tidak sesuai dengan norma masyarakat dan disalurkan menjadi aktifitas positif	Seseorang yang suka membuat keributan belajar bela diri untuk menyalurkan energinya

Sumber:

https://www.google.co.id/books/edition/Tentang_Kepribadian_Konsepsi_dan_Aplikas/cMdwEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=psikologi+anak+freud&pg=PA15&printsec=frontcover

Tahap Perkembangan Psikoseksual

Teori perkembangan psikoseksual yang dikembangkan oleh Sigmund Freud merupakan salah satu teori psikologi yang terkenal namun kontroversial (Rahmat, 2018). Adapun tahap-tahap perkembangan psikoseksual Sigmund Freud adalah berikut:

Tabel 7.2. Tahap Perkembangan Psikoseksual Menurut Freud

Tahap psiko-seksual	Perkiraan Usia	Zona Erogen	Sumber Kepuasan Seksual	Sumber Konflik	Karakteristik Dewasa terkait Konflik tahap ini
Oral	Sejak lahir – 1 tahun / 1,5 tahun	Rongga oral	Menghisap, menggigit, dan mengulum	Penyapihan	Perilaku oral seperti merokok, konsumsi alkohol, menggigit kuku
Anal	1,5 – 3 tahun	Anal	Menahan dan melepas tinja	<i>Toilet training</i>	Ciri anal-rentif vs anal-ekspulsif
Phalik	3 – 6 tahun	Penis; Klitoris	Masturbasi	Masturbasi	Homoseksualitas; kebencian

Tahap psiko-seksual	Perkiraan Usia	Zona Erogen	Sumber Kepuasan Seksual	Sumber Konflik	Karakteristik Dewasa terkait Konflik tahap ini
					terhadap otoritas sosok laki-laki; iri-penis yang tidak terselesaikan pada perempuan
Latensi	6 tahun - pubertas	Tidak ada	Tidak ada (fokus kegiatan bermain dan sekolah)	Tidak ada	Tidak ada
Genital	Pubertas – dewasa	Genital (penis; vagina)	Kembalinya minat seksual yang ditunjukkan dalam hubungan seksual orang dewasa	Tidak ada	Tidak ada

Sumber:

https://www.google.co.id/books/edition/Tentang_Kepribadian_Konsepsi_dan_Aplikas/cMdwEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=psikologi+anak+freud&pg=PA15&printsec=frontcover

7.2.2 Teori Perkembangan Kognitif Jean Piaget

Jean Piaget (1896-1980) merupakan salah satu peneliti paling berpengaruh di perkembangan psikologi pada abad 20an. Piaget mulanya dilatih di bidang biologi dan filosofi dan menyebut dirinya sebagai “*genetic epistemologist*”. Sebagai biologis, Piaget tertarik bagaimana organisme beradaptasi pada lingkungannya (disebut intelijen). Piaget mengidentifikasi perkembangan kognitif dalam empat tahapan (Huitt and Hummel, 2003).

Tahapan Perkembangan Kognitif

1. *Sensorimotor stage* (Bayi baru lahir)

Periode ini memiliki 6 tahapan, kecerdasan ditunjukkan melalui aktivitas motorik tanpa menggunakan simbol.

Pengetahuan tentang dunia terbatas (tetapi berkembang) karena didasarkan pada interaksi/pengalaman fisik. Bayi akan belajar objek permanen sekitar usia 7 bulan (memori). Perkembangan fisik (mobilitas) memungkinkan bayi mulai mengembangkan kemampuan intelektual baru. Beberapa kemampuan simbolik (bahasa) dikembangkan pada akhir tahap ini.

2. *Pre-operasional stage* (Balita dan anak usia dini)
Periode ini memiliki 2 sub tahapan. Kecerdasan digambarkan melalui simbol, kematangan bahasa, dan memori dan imajinasi dikembangkan. Berpikir dilakukan dengan cara yang tidak logis dan tidak dapat diubah. Dominasi pemikiran egosentris.
3. *Concrete operational stage* (Dasar dan remaja awal)
Tahapan ini di karakterisasi oleh 7 tipe konservasi yaitu angka, panjang, cairan, massa, berat, area, dan volume. Kecerdasan didemonstrasikan melalui manipulasi logika dan sistematis dari simbol yang berkaitan dengan objek. Berpikir operasional mengembangkan mental yang dapat berubah. Egosentris berkurang.
4. *Formal operational stage* (Masa remaja dan dewasa)
Pada tahap ini, kecerdasan digambarkan melalui kemampuan logika menggunakan simbol yang berkaitan dengan konsep abstrak. Awal periode terjadi kembali pikiran egosentris. Hanya 35% dari lulusan sekolah tinggi di negara-negara industri berpikir formal selama masa dewasa.

7.2.3 Tahapan Perkembangan Psikososial Erikson

Tahapan perkembangan psikososial erikson merupakan sebuah teori yang diperkenalkan pada tahun 1950-an oleh Erik Esikson seorang psikolog dan psikoanalisis. Teori ini dibangun diatas teori perkembangan psikoseksual Freud dengan menggambar

paralel di tahap masa kanak-kanak sambil memperluasnya untuk memasukkan pengaruh dinamika sosial serta perluasan perkembangan psikososial hingga dewasa. Teori ini mengemukakan delapan tahapan berurutan dari perkembangan individu (Orenstein and Lewis, 2018).

Tahap 1 – Masa bayi : kepercayaan vs ketidakpercayaan

1. Keutamaan: harapan, gangguan perkembangan: penarikan
2. Tahap Freud: fase oral
3. Contoh: lingkungan yang aman disediakan oleh orang tua dengan akses reguler ke kasih sayang dan makanan

Tahap 2 – Masa anak usia dini: otonomi vs malu

1. Keutamaan: kehendak, gangguan perkembangan: paksaan
2. Tahap Freud: fase anal
3. Contoh: pengasuh mengajak swasembada sambil menjaga lingkungan yang aman

Tahap 3 – Usia anak prasekolah: inisiatif vs rasa bersalah

1. Keutamaan: tujuan, gangguan perkembangan: penghambatan
2. Tahap Freud: fase genital
3. Contoh: orang tua mendorong, mendukung, dan membimbing inisiatif dan minat anak itu sendiri

Tahap 4 – Usia sekolah: industri vs inferioritas

1. Keutamaan: kompetensi, gangguan perkembangan: inersia (pasif)
2. Tahap Freud: fase latensi
3. Contoh: harapan yang masuk akal ditetapkan di sekolah dan di rumah, dengan pujian atas prestasi mereka

Tahap 5 – Masa remaja: identitas vs kebingungan identitas

1. Keutamaan: kesetiaan, gangguan perkembangan: penolakan
2. Contoh: individu menimbang pengalamannya sebelumnya, ekspektasi masyarakat dan aspirasi mereka dalam membangun nilai dan menemukan diri mereka sendiri.

Tahapan Kedewasaan

Tahap 6 – Masa dewasa muda: keintiman vs isolasi

1. Keutamaan: cinta, gangguan perkembangan: distansiasi
2. Contoh: individu membentuk persahabatan dekat atau kemitraan jangka panjang

Tahap 7 – Masa dewasa: generativitas vs stagnasi/
penyerapan diri

1. Keutamaan: perawatan, gangguan perkembangan: penolakan
2. Contoh: Keterlibatan dengan generasi berikutnya melalui pengasuhan, pembinaan, atau pengajaran

Tahap 8 – Masa tua: integritas vs keputusasaan

1. Keutamaan: kebijaksanaan, gangguan perkembangan: penghinaan
2. Contoh: kontemplasi dan pengakuan pencapaian kehidupan pribadi

7.2.4 Tahapan Kehidupan Confucius

Confucius merupakan seorang filsuf Tiongkok. Confucius memberikan kita salah satu peta awal perkembangan manusia. Confucius berkata: “Pada usia 15 tahun, hatiku bertekad untuk belajar; pada usia 30 saya berdiri teguh; pada usia 40 saya tidak ragu lagi; pada usia 50 saya tahu mandat Surga; pada usia 60

telingaku patuh; pada usia 70, saya dapat mengikuti keinginan hati saya tanpa melanggar norma.” (Chung, 2018)

7.3 Ringkasan Perkembangan Psikologi Anak

Penjelasan tumbuh kembang dalam psikologi perkembangan dimulai dengan transisi yang berbeda dalam perkembangan fisik, kognitif, dan sosio-emosional. Teori psikologi perkembangan yang berbeda memiliki tahap perkembangan yang berbeda. Teori psiko-analitik dikembangkan Freud untuk menjelaskan bagaimana cara pikiran dapat menyeimbangkan tuntutan naluri dan penerimaan sosial yang berkonflik. Tahapan perkembangan psikoseksual akan menggambarkan kematangan organ reproduksi manusia. Empat tahap perkembangan kognitif Jean Piaget adalah tahap sensori-motor, tahap pra-operasional, tahap operasional konkret, dan tahap operasional formal. Delapan tahap perkembangan psikososial (ego-sosial) Erik Erikson dimulai sejak masa bayi, balita, anak prasekolah, anak sekolah, remaja, dewasa muda, dewasa tengah, dan dewasa akhir. Konfusius menjelaskan enam tonggak kehidupan dengan enam tonggak sejarah orang terpelajar.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardiyansyah, M. 2022. *Perkembangan gerak dan motorik pada anak usia dini*. Kotabaru: Guepedia.
- Chung, D. 2018. 'The Eight Stages of Psychosocial Protective Development: Developmental Psychology', *Journal of Behavioral and Brain Science*, 08(06), pp. 369–398. doi: 10.4236/jbbs.2018.86024.
- Cohen, C. P. 2023. 'Convention on the Rights of the Child', *The Jurisprudence on the Rights of the Child*, pp. 4149–4170. doi: 10.1163/9789004531215_016.
- Huitt, W. and Hummel, J. 2003. 'Piaget's theory of cognitive development', *Educational Psychology Interactive*.
- Muyassaroh, Y. et al. 2022. *Psikologi Perkembangan*. Padang: PT Global Eksekutif Teknologi.
- Nevid, J. S. 2021. *Tentang Kepribadian Konsepsi dan Aplikasi Psikologi*. Edited by Rizal. Purworejo: Nusamedia. Available at: https://www.google.co.id/books/edition/TentangKepribadian_Konsepsi_dan_Aplikas/cMdwEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=psikologi+anak+freud&pg=PA15&printsec=frontcover.
- Orenstein, G. A. and Lewis, L. 2018. 'Eriksons Stages of Psychosocial Development', *The SAGE Encyclopedia of Educational Research, Measurement, and Evaluation*. doi: 10.4135/9781506326139.n231.
- Rahmat, P. S. 2018. *Perkembangan Peserta Didik*. Edited by S. B. Hastuti. Jakarta Timur: Bumi Aksara. Available at: https://www.google.co.id/books/edition/Perkembangan_Peserta_Didik/Ph0mEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=psikoseksual+freud&pg=PA68&printsec=frontcover.
- Undang-undang No. 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak

BAB 8

GANGGUAN PERILAKU REMAJA PADA FASE PUBERTAS

Oleh Winny Kirana Hasanah

8.1 Remaja dan Pubertas

Kata remaja berasal dari bahasa Latin '*Adolescere*' yang berarti 'tumbuh menjadi dewasa'. Pada periode ini terjadi perubahan secara biologis, psikososial, dan kognitif (Krasniqi & Cakirpaloglu, 2020). Remaja didefinisikan sebagai individu yang berusia 10-19 tahun (WHO, 2006), sedangkan menurut BKKBN menyatakan bahwa rentang usia remaja adalah 10-24 tahun dan belum menikah (Kemenkes RI, 2015). Masa remaja dapat dikategorikan dalam tiga tahap: remaja awal (sekitar usia 11-14 tahun), remaja pertengahan (sekitar usia 15-17 tahun) dan remaja akhir (sekitar usia 18-19 tahun) (WHO, 2006).

Pubertas adalah proses otak dan neuroendokrin yang terjadi pada awal masa remaja yang merangsang perubahan fisik dan psikologis, berpuncak pada kematangan reproduksi dan berakhir saat individu melakukan transisi ke peran dewasa (Krasniqi & Cakirpaloglu, 2020). Masa remaja merupakan salah satu fase paling cepat dari siklus perkembangan manusia, dimana waktu dan kecepatan perubahan ini bervariasi antar individu satu dengan lainnya. Berbagai macam faktor seperti karakteristik individu ataupun faktor eksternal seperti lingkungan yang abusif atau nutrisi yang tidak adekuat dapat mempengaruhi perubahan ini (WHO, 2014).

Pubertas memiliki tiga manifestasi fisik utama yaitu pertumbuhan yang cepat yang menghasilkan peningkatan tinggi

dan berat badan, perkembangan karakteristik seks primer yaitu gonad (hormon seks), dan perkembangan karakteristik seks sekunder (perubahan payudara dan alat kelamin, pertumbuhan bulu kemaluan, wajah, dan tubuh). Sistem endokrin memproduksi, mengedarkan, dan mengatur kadar hormon dalam tubuh. Pubertas memicu aktivasi aksis *hipotalamus-hipofisis-gonad* (HPG) dan aksis *hipotalamus-hipofisis-adrenal* (HPA). Aksis HPG mengoordinasikan fungsi endokrin hipotalamus, kelenjar hipofisis, dan gonad. Sumbu HPG ditekan beberapa bulan setelah manusia lahir dan aktif kembali pada awal pubertas. Penyebab awal reaktivasi sumbu HPG tidak diketahui tetapi diyakini faktor lingkungan dan genetik berperan. Pengaktifan HPG ini memicu sekresi *Gonadotropin Releasing Hormone* (GnRH) yang meningkatkan sekresi *Luteinizing Hormone* (LH) dan *Follicle Stimulating Hormone* (FSH). Hormon-hormon ini mengaktifkan gonad (Krasniqi & Cakirpaloglu, 2020).

8.2 Gangguan Perilaku pada Remaja

8.2.1 *Challenging Behaviour* (Perilaku menantang)

Setiap pola perilaku abnormal yang berada di atas norma yang diharapkan untuk usia dan tingkat perkembangan tertentu pada remaja dapat digambarkan sebagai *challenging behaviour*. Perilaku ini didefinisikan sebagai perilaku yang secara budaya tidak normal dengan intensitas, frekuensi, atau durasi yang sedemikian rupa sehingga keselamatan fisik orang tersebut atau orang lain berada dalam bahaya serius, atau perilaku yang secara serius dapat membatasi akses dan penggunaan fasilitas masyarakat. Bentuk dari perilaku tersebut dapat seperti, melukai diri sendiri, agresi secara fisik atau verbal, ketidakpatuhan, gangguan terhadap lingkungan, serta vokalisasi yang mengganggu (berteriak, mengumpat, berbicara yang tidak jelas) yang secara umum tidak biasa, tidak pantas, atau mengganggu orang lain. Perilaku-perilaku ini dapat menghambat pembelajaran, membatasi

akses terhadap aktivitas normal dan kesempatan sosial serta membutuhkan sumber daya manusia yang cukup untuk dapat mengelola permasalahan perilaku ini (Ogundele, 2018).

Remaja dengan berbagai disabilitas seperti termasuk *learning disability* (LD), autisme, dan gangguan perilaku saraf lainnya yang didapat seperti kerusakan otak atau fenomena pasca-infeksi lebih mungkin untuk mengembangkan *challenging behaviour*. Selain itu, beberapa faktor lingkungan juga berkontribusi dalam meningkatkan risiko remaja mengalami *challenging behaviour*, seperti kebisingan yang berlebihan, pengasuh yang tidak responsif, kecenderungan untuk diabaikan serta pelecehan, dimana kebutuhan akan kesehatan fisik dan rasa sakit tidak segera diidentifikasi (Ogundele, 2018).

Agresi adalah perilaku yang umum, namun kompleks, dan sering menjadi indikasi rujukan ke psikiater pada anak dan remaja. Perilaku ini biasanya dimulai pada masa kanak-kanak, dengan lebih dari 58% anak prasekolah menunjukkan perilaku agresif. Agresi dikaitkan dengan beberapa faktor risiko, termasuk temperamen individu; efek dari dinamika keluarga yang terganggu, praktik pengasuhan anak yang buruk dan paparan terhadap kekerasan. Agresi biasanya didiagnosis melalui hubungannya dengan masalah kesehatan mental lainnya termasuk ADHD, CD, ODD, depresi, cedera kepala, keterbelakangan mental, autisme, gangguan bipolar, PTSD, atau disleksia (Gurnani, *et al.*, 2016).

8.2.2 Disruptive Behaviour (Perilaku mengganggu)

Disruptive Behaviour adalah sekelompok gangguan yang didefinisikan dengan adanya pola perilaku negatif, menantang, atau melanggar aturan yang terus-menerus yang mengganggu fungsi sosial, akademis, keluarga, atau pribadi remaja (Southam-Gerow, *et al.*, 2011). Masalah perilaku yang mengganggu didalamnya termasuk *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD), *Oppositional Defiant Disorder* (ODD) dan *Conduct disorder* (CD).

1. **Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)**

ADHD adalah gangguan perilaku saraf yang paling umum terjadi pada anak-anak dan remaja, dengan prevalensi berkisar antara 5% dan 12% di negara-negara maju. ADHD ditandai dengan tingkat hiperaktif, impulsif, dan kurangnya pemusatan perhatian yang berlebihan yang tidak proporsional dengan usia dan perkembangan anak (*American Psychiatric Association*, 2013). Pada ICD-10 tidak menggunakan istilah "ADHD" tetapi menggunakan istilah "gangguan hiperkinetik", yang setara dengan ADHD yang parah (WHO, 2016).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) membagi menjadi tiga sub tipe gangguan perilaku ADHD ini, yaitu *predominantly hyperactivity/ impulsivity* (hiperaktif/impulsif sebagian), *predominantly inattentive* (kurang perhatian sebagian) dan ADHD gabungan (kombinasi antara kedua sub tipe tersebut). Ketiga sub tipe gangguan perilaku ini timbul sebelum usia 12 tahun, berlangsung lebih dari 6 bulan, gejala-gejala ini terjadi di dua setting atau lebih, menyebabkan gangguan signifikan pada fungsi sehari-hari dan perkembangan (APA, 2013). Tiga sub tipe perilaku ADHD ditampilkan pada tabel 8.1 berikut.

Tabel 8.1. Sub Tipe ADHD menurut DSM-5

Hiperaktif/impulsif predominan	Kurang perhatian predominan	ADHD gabungan
Kriteria: memiliki 6 dari 9 gejala hiperaktif/impulsif	Kriteria: memiliki 6 dari 9 gejala kurang perhatian	Gabungan dari kedua kriteria
Gejala: • Menggeliat dan gelisah • Tidak bisa tetap duduk • Berlari/memanjat secara berlebihan • Tidak dapat bermain/bekerja dengan tenang • Sering bergerak • Tidak bisa menjawab dengan jelas • Tidak dapat menunggu giliran • Mengganggu/menginterupsi orang lain • Berbicara secara berlebihan	Gejala: • Gagal memperhatikan detail • Membuat kecerobohan • Mengalami kesulitan untuk mempertahankan perhatian • Tidak tampak mendengarkan • Kesulitan untuk mengikuti instruksi • Kesulitan untuk mengorganisasi • Menghindari atau tidak menyukai tugas-tugas yang membutuhkan banyak pemikiran • Mudah kehilangan barang. • Perhatian mudah teralihkan	

Sumber: DSM- 5 (APA, 2013)

2. *Oppositional Defiant Disorder (ODD)*

Karakteristik dasar dari *Oppositional Defiant Disorder* (ODD) mencakup pola perilaku marah, mudah tersinggung, argumentatif, dan pendendam yang berulang (APA, 2013). ODD dianggap sebagai permasalahan *disruptive behaviour* yang paling ringan dan paling umum, dengan perkiraan prevalensi 6%-9% untuk anak pra-sekolah dengan kejadian pada anak laki-laki lebih banyak daripada anak perempuan, setidaknya dua banding satu (Nock, *et al.*, 2007). ODD biasanya dimulai sebelum anak berusia 8 tahun, tetapi paling lambat sekitar usia 12 tahun. Anak dan remaja dengan ODD lebih cenderung bertindak menentang orang yang mereka kenal dengan baik, seperti anggota keluarga, pengasuh, atau guru. Mereka menunjukkan perilaku ini lebih sering daripada anak-anak lain seusianya (CDC, 2023).

Anak dan remaja dengan ODD biasanya memiliki pola suasana hati yang mudah marah atau mudah tersinggung, perilaku argumentatif atau menentang, atau pendendam yang berlangsung selama setidaknya 6 bulan, ditunjukkan selama interaksi dengan setidaknya satu orang yang bukan saudara kandung, dengan setidaknya empat dari 8 gejala berikut:

- a. Sering kehilangan kesabaran
- b. Sensitif atau mudah kesal
- c. Sering marah
- d. Sering berdebat dengan orang yang lebih tua (misalkan anak atau remaja berdebat dengan orang tua atau orang dewasa)
- e. Sering secara aktif menentang atau menolak untuk mematuhi permintaan orang yang lebih tua atau peraturan yang berlaku
- f. Sering secara sengaja mengganggu orang lain
- g. Sering menyalahkan orang lain atas kesalahannya atau kelakuan buruknya

- h. Pernah menjadi pendendam atau dendam setidaknya dua kali dalam 6 bulan terakhir

Remaja dan anak dengan ODD umumnya menentang figur otoritas, tetapi mereka juga mungkin memusuhi saudara kandung atau teman sebayanya. Pola perilaku permusuhan ini secara signifikan berdampak negatif pada kehidupan mereka di rumah, sekolah, dan masyarakat yang lebih luas, dan secara serius merusak semua hubungan mereka (Bradley dan Mandell, 2005).

Seorang anak atau remaja yang menunjukkan gejala ODD harus mendapatkan evaluasi yang komprehensif dan penting sekali untuk mencari gangguan lain yang mungkin ada, seperti ADHD, ketidakmampuan belajar, gangguan suasana hati (depresi, gangguan bipolar), dan gangguan kecemasan. Sulit untuk memperbaiki gejala ODD tanpa mengobati gangguan lainnya yang mungkin terjadi bersamaan. Beberapa anak dengan ODD dapat mengembangkan gangguan perilaku lainnya (*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP), 2019).

Orang tua dapat membantu anak mereka dengan ODD dengan cara-cara berikut (AACAP, 2019):

- a. Membangun hal-hal positif seperti memberikan anak pujian dan penguatan positif ketika ia menunjukkan fleksibilitas atau kerja sama.
- b. Mendukung anak jika ia memutuskan memilih waktu sendiri untuk mencegah reaksi berlebihan.
- c. Hindari memperpanjang waktu berdebat dengan anak.
- d. Memberikan konsekuensi pada anak dalam batas yang wajar dan sesuai dengan usia anak.
- e. Mencoba bekerja sama dan mencari dukungan dari orang dewasa lainnya (guru, pelatih, dan pasangan) yang dapat membantu menangani anak.

- f. Meminta dokter anak untuk merujuk anak ke psikiater atau profesional kesehatan mental lain yang berkualifikasi sehingga dapat membantu mendiagnosis dan mengobati ODD dan kondisi kejiwaan yang menyertai.

3. **Conduct Disorder (CD)**

Gangguan perilaku mengganggu lainnya yang telah dimasukkan dalam edisi terbaru DSM adalah *Conduct Disorder* (CD). CD adalah gangguan perilaku mengganggu yang prototipikal karena gangguan ini didefinisikan sebagai pola perilaku yang berulang dan terus-menerus yang melanggar hak-hak orang lain atau yang melanggar norma-norma atau aturan-aturan masyarakat (APA, 2013). Gejala-gejala gangguan ini terbagi dalam empat dimensi utama (AACAP, 2018):

- a) Penyerangan terhadap manusia dan hewan
 - 1) Menggertak, mengancam, atau mengintimidasi orang lain,
 - 2) Senang bersikap kejam dan jahat kepada orang lain,
 - 3) Memulai perkelahian fisik,
 - 4) Menggunakan senjata yang dapat menyebabkan cedera fisik serius pada orang lain (misalnya pemukul, batu bata, pecahan botol, pisau, atau pistol),
 - 5) Kejam secara fisik terhadap orang atau hewan,
 - 6) Mencuri dan menyakiti korban,
 - 7) Memaksa seseorang melakukan aktivitas seksual,
 - 8) Tidak menunjukkan penyesalan yang tulus setelah episode agresif.
- b) Perusakan properti
 - 1) Melakukan pembakaran dengan maksud untuk menyebabkan kerusakan secara sengaja,
 - 2) Menghancurkan properti orang lain dengan sengaja

- c) Penipuan atau pencurian
 - 1) Membobol gedung, rumah, atau mobil orang lain,
 - 2) Berbohong untuk mendapatkan barang, bantuan atau untuk menghindari kewajiban,
 - 3) Mencuri barang yang nilainya tidak terlalu penting tanpa menghadapi korban (contohnya: mengutil, tetapi tidak membobol dan masuk; pemalsuan)
- d) Pelanggaran serius terhadap peraturan.
 - 1) Sering keluar malam meskipun dilarang oleh orang tua (dimulai sebelum usia 13 tahun),
 - 2) Pernah kabur dari rumah dalam semalam setidaknya dua kali ketika tinggal di rumah orang tua atau rumah orang tua asuh, atau satu kali tidak kembali dalam waktu yang lama,
 - 3) Sering membolos sekolah (dimulai sebelum usia 13 tahun).

Conduct Disorder (CD) adalah gangguan kejiwaan yang penting karena beberapa alasan. Secara khusus, gangguan ini sangat terkait dengan perilaku kriminal dan kekerasan. Selain itu, gangguan ini juga dikaitkan dengan sejumlah perilaku yang bermasalah di sepanjang masa hidup, termasuk masalah kesehatan mental (misalnya, penyalahgunaan zat), masalah hukum (misalnya, risiko penangkapan), masalah pendidikan (misalnya, putus sekolah), masalah sosial (misalnya, penyesuaian pernikahan yang buruk), masalah pekerjaan (misalnya, kinerja pekerjaan yang buruk), dan masalah kesehatan fisik (misalnya, terganggunya fungsi pernapasan) (Frick dan Matlasz, 2018). Anak dan remaja dengan CD dapat sangat bervariasi dalam hal tingkat keparahan gangguan, perjalanannya, dan proses penyebab potensial yang menyebabkan gangguan tersebut (Frick, 2016).

Remaja dan anak-anak yang menunjukkan perilaku ini harus menerima evaluasi komprehensif oleh seorang profesional

kesehatan mental yang berpengalaman. Banyak anak dengan gangguan perilaku mungkin memiliki masalah perilaku lainnya seperti gangguan suasana hati, kecemasan, PTSD, penyalahgunaan zat, ADHD, masalah belajar, atau gangguan pikiran yang juga dapat diobati. Penelitian menunjukkan bahwa anak-anak dengan gangguan perilaku cenderung memiliki masalah yang berkelanjutan jika mereka tidak menerima perawatan dini dan komprehensif. Tanpa adanya perawatan, banyak anak dengan gangguan perilaku kemudian tidak dapat beradaptasi dengan tuntutan masa dewasa dan berakibat mengembangkan masalah dalam menjalin hubungan dan dalam mendapatkan pekerjaan (AACAP, 2018; Ogundele, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). 2018. *Conduct Disorder*. No. 33; Updated June 2018. [Internet] Diakses 1 April 2023 pada https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Conduct-Disorder-033.aspx.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). 2018. *Oppositional Defiant Disorder*. No. 72; Reviewed January 2019. [Internet] Diakses 1 April 2023 pada https://www.aacap.org/aacap/families_and_youth/facts_for_families/fff-guide/Children-With-Oppositional-Defiant-Disorder-072.aspx
- American Psychiatric Association (APA). 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Bradley, M. C., & Mandell, D. 2005. Oppositional Defiant Disorder: A Systematic Review Of Evidence Of Intervention Effectiveness. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 343-365. <https://doi.org/10.1007/s11292-005-0062-3>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2023. *Behavior or Conduct Problems in Children*. [Internet] Diakses 1 April 2023 pada <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/behavior.html>
- Frick, P. J. 2016. Current Research On Conduct Disorder In Children And Adolescents. *South African Journal of Psychology*, 46(2), 160-174. DOI: 10.1177/0081246316628455
- Frick, P. J., & Matlasz, T. M. 2018. *Disruptive, Impulse-Control, And Conduct Disorders*. In Developmental pathways to disruptive, impulse-control and conduct disorders (pp. 3-20). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811323-3.00001-8>

- Gurnani, T., Ivanov, I., & Newcorn, J. H. 2016. Pharmacotherapy Of Aggression In Child And Adolescent Psychiatric Disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26(1), 65-73. DOI: 10.1089/cap.2015.0167.
- Kemenkes RI. 2015. *Infodatin Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja*. Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Krasniqi, E., & Cakirpaloglu, P. 2020. The Role Of Puberty In Adolescent Development. *PhD Existence* 10, 241-250.
- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., & Kessler, R. C. 2007. Lifetime Prevalence, Correlates, And Persistence Of Oppositional Defiant Disorder: Results From The National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 703-713. DOI:10.1111/j.1469-7610.2007.01733.x
- Ogundele, M. O. 2018. Behavioural And Emotional Disorders In Childhood: A Brief Overview For Paediatricians. *World Journal Of Clinical Pediatrics*, 7(1), 9. DOI: 10.5409/wjcp.v7.i1.9
- Southam-Gerow, M.A., McLeod, B.D., Brown, R.C., Quinoy, A.M., Avny, S.B. 2011. *Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents*. Encyclopedia of Adolescence (pp. 100-108). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-373951-3.00106-X>.
- WHO. 2006. *Orientation Programme On Adolescent Health For Health Care Providers*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2014. *Adolescence: A Period Needing Special Attention* [Internet] diakses 1 April 2023 pada <https://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2>.

World Health Organization (WHO). 2016. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)*. Geneva Switzerland: World Health Organization. Diakses pada <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

BAB 9

PERILAKU ABUSE PADA ANAK DAN CARA MENDETEKSINYA

Oleh Rizky Auliah Juniarti

9.1 Pendahuluan

Karakteristik fisik, emosional, mental, dan perilaku anak-anak tidak dapat dibandingkan dengan orang dewasa. Anak-anak adalah individu yang berbeda. Oleh karena itu, diperlukan emosi dan spesialisasi yang stabil saat merawat anak. (DEVI RISMA, 2020)

Anak-anak memikul banyak tanggung jawab. Anak merupakan harapan bangsa dan agama untuk masa depan. Dengan kata lain, anak adalah harapan masa depan, penerus cita-cita, dan pewaris keturunan. Anak-anak masa depan memainkan peran penting dan memiliki ciri khas yang menjamin kelangsungan hidup bangsa dan negara di masa depan. (DEVI RISMA, 2020)

Orang tua mendidik anaknya dengan berbagai cara. Pendekatan yang lebih afektif, komunikasi yang efektif, dan kasih sayang dihargai oleh beberapa orang. Ada juga yang menggunakan kekerasan untuk mengontrol dan memaksa anak muda untuk tunduk. Kebrutalan fisik dan mental anak dipilih sebagai strategi untuk mengubah perilaku anak dan secara signifikan memengaruhi perilaku normal. (Daisy Widiastuti, 2005)

Lingkungan rumah dan sekolah menjadi lahan subur dan sumber utama kekerasan bagi anak karena mereka lebih sering berinteraksi dengan orang tua, pengasuh, dan guru. Namun,

situasi anak jalanan adalah salah satunya karena mereka hidup di jalanan dan mencari nafkah untuk diri mereka sendiri atau bekerja sebagai "agen" untuk lembaga kesejahteraan anak. Banyak anak yang ditolak hak-hak masa kecilnya. (DEVI RISMA, 2020)

Data kekerasan meningkat bahkan pada tahun 2014 yang ditetapkan sebagai tahun darurat kejahatan seksual terhadap anak. Contoh penyalahgunaan anak dapat berupa kebiadaban yang nyata, tekanan mental, kebrutalan seksual, pedofilia, bayi terlantar, pemutusan hubungan kerja dini, hubungan anak, kasus pekerjaan di bawah umur, perdagangan, anak yang digunakan sebagai pelacur, dan kasus perpisahan. Dalam setiap contoh ini, anak adalah sasarannya, yang tidak diragukan lagi membahayakan masa depan anak dan akan berdampak negatif secara fisik dan mental pada kepribadian dan perkembangan anak. (KPAI, 2015)

Data Kekerasan pada Anak

Menurut data yang dihimpun Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI), jumlah laporan kekerasan terhadap anak terus meningkat setiap tahunnya. Data berikut ditampilkan dalam tabel:

Tabel 9.1. Informasi tentang kasus kekerasan anak di Indonesia yang telah dilaporkan

No	Tahun	Laporan KPA
01	2011	1.726 Kasus
02	2012	1.998 Kasus
03	2013	1.826 Kasus
04	2014	2.509 Kasus
05	2015	3.332 Kasus

Enam puluh dua persen kasus yang dilaporkan pada tahun 2015 melibatkan orang dewasa atau anggota keluarga

dekat yang melakukan kekerasan seksual terhadap anak muda. (KPAI, 2015)

Pada triwulan I 2022, terdapat 645 laporan, 167 di antaranya mengenai anak bermasalah hukum (ABH), seperti pencurian dan perundungan. 152 kasus yang berkaitan dengan masalah hak asuh. Ketua KPAI mengklaim rata-rata ada 3.700 kasus kekerasan terhadap anak setiap tahunnya. Akibatnya, ada lebih dari sepuluh kasus kekerasan anak per hari di Indonesia. (KPAI, 2015)

Sementara itu, data pusat dan informasi Komnas PA1 tentang kekerasan terhadap anak menunjukkan peningkatan setiap tahunnya:

1. 2.2.046 kasus dilaporkan pada tahun 2017. 42% kasus melibatkan kekerasan seksual. Diantaranya, homoseksualitas, penyerangan, kekotoran, dan perkawinan sedarah (interbreeding).
2. Pada tahun 2018 terdapat 2.467 kasus, 52% kasus perilaku cabul.
3. Ada 2.637 kasus kebrutalan seksual pada tahun 2019 atau 62% dari keseluruhan kasus.
4. Terdapat 2.676 kasus kekerasan seksual pada tahun 2020 atau 54% dari keseluruhan kasus.
5. Terdapat 2.898 kasus kekerasan seksual pada tahun 2021 atau 59% dari keseluruhan kasus. (KPAI, 2021)

Data yang diberikan kepolisian, KPAI, dan Komnas PA hanya menggores permukaan permasalahan bangsa dengan kekerasan anak. Ada kemungkinan anak-anak menjadi korban kekerasan dalam rumah tangga setiap hari; namun, informasi ini tidak dipublikasikan karena stigma yang melekat pada kasus pelecehan anak. (KPAI, 2021)

Setiap tindakan melecehkan atau menyiksa anak dalam bentuk kekerasan fisik, emosional, atau seksual, penelantaran, atau

eksploitasi untuk keuntungan komersial yang berpotensi membahayakan kesehatan dan martabat anak secara serius atau tidak langsung dianggap sebagai kekerasan terhadap anak oleh World Health Organisasi. atau kemajuan (Organization, 2022)

Sebagaimana ditentukan oleh Undang-undang No. Menurut Pasal 13 Undang-Undang Perlindungan Anak tahun 2002: Setiap tindakan yang menyebabkan kerugian fisik, mental, atau emosional pada seorang anak, termasuk penghinaan, dianggap sebagai pelecehan anak. Penyalahgunaan dan pengabaian, pelecehan, termasuk transaksi ganda seksual, dan transaksi ganda anak. jual beli, berdagang, dan sebagainya (BPHN, 2002)

Segala bentuk kebrutalan yang dilakukan terhadap anak-anak oleh orang-orang yang seharusnya dapat diandalkan, seperti wali, kerabat dekat, dan guru, disebut sebagai "Penyalahgunaan Anak". Kekerasan terhadap anak-anak juga disebut "penyalahgunaan anak". (Daisy Widiastuti, 2005)

Ironisnya, fenomena bullying terjadi di rumah mereka sendiri sementara seluruh dunia bekerja untuk melindungi anak dari tindak kekerasan di luar rumah, seperti kekerasan seksual, penculikan, dan penjualan anak untuk dieksploitasi; lokasi yang seharusnya paling aman, dan rumah orang tua mereka sendiri; Orang dewasa, yang seharusnya menjadi tempat berlindung yang paling nyaman, menghadapi ancaman terhadap perkembangan dan keselamatan mereka. (Daisy Widiastuti, 2005)

Kekerasan terhadap anak mengacu pada perlakuan terhadap tindak kekerasan yang dilakukan terhadap anak oleh orang dewasa yang seharusnya menjaga dan melindungi keselamatan dan kesejahteraannya. Menurut Arisandy (2009), United States Department of Health, Education, and Welfare mendefinisikan child abuse sebagai kekerasan fisik atau mental, kekerasan seksual, dan penelantaran anak di bawah usia 18 tahun yang dilakukan oleh individu yang seharusnya bertanggung jawab

atas kesejahteraan anak sehingga mengancam keselamatan dan kesejahteraan anak. (Sari, 2023)

Widiastuti, sebaliknya, mengutip Fakih M. (2003) yang mengatakan bahwa “pelecehan anak” meliputi setiap dan semua bentuk perlakuan yang menyakitkan secara fisik atau emosional, pelecehan seksual, penelantaran, eksploitasi komersial, atau bentuk eksploitasi lainnya yang menyebabkan aktual atau potensi bahaya. cedera atau kehilangan kesejahteraan, daya tahan, peningkatan, atau rasa hormat anak sehubungan dengan hubungan kewajiban, kepercayaan, atau kekuasaan. (Daisy Widiastuti, 2005)

Oleh karena itu, kekerasan terhadap anak adalah tindakan kekerasan yang dilakukan oleh orang dewasa yang harus bertanggung jawab atas keselamatan dan kesejahteraan anak. Kekerasan fisik atau mental dapat menyebabkan anak menderita kerugian atau kerugian fisik atau mental dan dikhawatirkan akan berdampak pada perkembangan anak di masa depan. (Sari, 2023)

9.2 Bentuk Bentuk Kekerasaan Terhadap Anak

Setidaknya ada empat kemungkinan manifestasi kekerasan atau pelanggaran hak anak. Yang pertama adalah kerusakan fisik. Bentuk yang paling mudah dikenali adalah yang ini. Diperintah sebagaimana kebiadaban semacam ini; menampar, menendang, memukul atau meninju, mencekik, mendorong, menggigit, membenturkan, dan tindakan sejenis lainnya. Korban dari kekerasan semacam ini biasanya muncul di tubuh korban secara langsung, seperti memar, patah tulang, berdarah, pingsan, dan kondisi lain yang lebih serius. (Maknun, 2020)

Kedua, kekerasan terhadap pikiran. Sulit untuk menemukan kekerasan semacam ini. Perasaan korban tentang akibatnya tidak melekat pada orang lain. Rasa aman dan nyaman korban akan terpengaruh oleh kekerasan semacam ini, begitu pula harga diri dan martabat mereka. Kekerasan atau pelanggaran semacam ini

berupa; menggunakan bahasa kasar, meremehkan orang lain, membuat mereka malu di depan orang lain atau di depan umum, dan perilaku serupa lainnya. Korban biasanya akan mengalami perasaan rendah diri, tidak berharga, dan kelemahan dalam pengambilan keputusan sebagai akibat dari perilaku ini. (Maknun, 2020)

Kekerasan psikologis terhadap anak dikategorikan oleh Azevedo dan Viviane. Berikut adalah tabel yang menampilkan jenis kekerasan ini:

Tabel 9.2. Klasifikasi Kekerasan Psikologis pada Anak

KLASIFIKASI	CONTOH PERILAKU
<i>Indifference</i> (tidak peduli)	Tidak berbicara dengan anak-anak kecuali benar-benar diperlukan, tidak mempedulikan mereka, tidak melindungi mereka, dan tidak berinteraksi dengan mereka.
<i>Humiliation</i> (penghinaan)	Menghina, mengolok-olok mereka, memanggil mereka dengan nama yang tidak pantas, membuat mereka merasa seperti anak-anak, bertentangan dengan identitas mereka, merusak nilai dan martabat anak, dll.
<i>Isolation</i> (mengisolasi)	Mengucilkan anak dari temannya, memisahkan mereka dari orang lain, mengurung mereka sendirian, dan seterusnya.
<i>Rejection</i> (penolakan)	Mendiskriminasi anak, menolak atau mengabaikan kehadiran mereka, tidak menghargai ide dan pencapaian mereka,
<i>Terror</i> (teror)	Menimbulkan rasa takut, cemas, dan dampak negatif lainnya bagi anak.

Sumber: Azevedo & Viviane. *Domestic Psychological Violence: Voice of Youth*. 2008

Tabel 9.3 menguraikan klasifikasi Sinclair tentang kekerasan psikologis terhadap anak:

Tabel 9.3. Klasifikasi Kekerasan Psikologis pada Anak Menurut Sinclair

KLASIFIKASI	CONTOH PERILAKU
Ancaman dan Teror	Mengancam akan mencelakakan atau membunuh anak, membicarakan masa lalu buruk anak, mengancam akan merusak barang kesayangan anak, dan sebagainya.
Verbal	Membentak dan memaki anak-anak saat menggunakan bahasa yang menyakitkan atau menyinggung. Seperti anak kecil yang nakal, tidak berguna, dan sebagainya.
Pemaksaan Penyalahgunaan dan Pengabaian	Memaksa untuk melakukan sesuatu yang tidak diinginkan anak, melakukan tindakan yang tidak pantas, mencuci piring dengan lidah dan sebagainya.
Emosi	Ketakutan dan kekhawatiran disebabkan karena mengabaikan perasaan anak dan tidak memperhatikannya.
Kontrol	Merampas kebutuhan dasar anak seperti tidur, makan, bermain, dan sebagainya dengan membatasi aktivitasnya dan menghilangkan kesenangannya.

Ketiga, jenis kekerasan seksual. Kategori ini mencakup setiap dan semua perbuatan yang berupa pemaksaan, ancaman untuk melakukan persetubuhan (hubungan seksual), penyiksaan, atau perbuatan sadis dan penelantaran seseorang, termasuk anak-anak yang telah

melakukan persetubuhan. Kekerasan atau pelanggaran terhadap hak-hak anak seperti ini mencakup segala perilaku yang mengarah pada tindakan pelecehan seksual terhadap anak, baik di sekolah, di keluarga, maupun di lingkungan tempat tinggal anak. Contoh kekerasan semacam ini antara lain pemerkosaan anak, pelecehan seksual oleh guru, orang lain, bahkan orang tua tiri yang sering diberitakan di media. (Maknun, 2020)

Keempat, jenis kebiadaban moneter. Dalam lingkungan keluarga, kekerasan semacam ini sangat umum. Contoh bentuk kekerasan ekonomi yang konkrit antara lain mencegah atau mengganggu pekerjaan pasangan, menolak memberi atau mengambil uang, dan mengurangi uang jatah belanja bulanan. Kekerasan semacam ini sering terjadi pada anak ketika orang tua memaksa anak yang masih di bawah umur bekerja untuk keluarga. Alhasil, praktik penjual koran, pengamen jalanan, pengemis anak, dan lain-lain semakin marak, terutama di perkotaan. Menurut sejumlah ahli, terdapat berbagai klasifikasi tindak kekerasan terhadap anak, mulai dari penelantaran anak hingga perkosaan dan pembunuhan, khususnya dalam lingkungan keluarga. Seorang psikiater anak bernama Terry E. Lawson membagi kekerasan terhadap anak menjadi empat kategori; Suharto membagi kekerasan anak ke dalam kategori berikut: kekerasan fisik (kekerasan fisik), kekerasan psikologis (kekerasan terhadap pikiran), pelecehan seksual (kekerasan terhadap tubuh), dan kekerasan sosial (kekerasan terhadap lingkungan sosial). Berikut adalah penjelasan dari keempat jenis kekerasan terhadap anak tersebut:

1. Pelecehan fisik terhadap anak adalah ketika seorang anak disiksa, dipukuli, atau dianiaya dengan atau tanpa menggunakan alat khusus, yang mengakibatkan luka fisik atau kematian. Akibat kontak atau kekerasan

dengan benda tumpul, seperti gigitan, jepitan, ikat pinggang, atau rotan, luka dapat tampak seperti lecet atau memar. Bisa juga berupa luka bakar akibat bensin panas, rokok, atau setrika. Paha, lengan, mulut, pipi, dada, perut, punggung, atau bokong biasanya merupakan tempat luka. Seringkali, orang tua tidak menyukai perilaku anaknya, seperti nakal atau rewel, menangis terus menerus, minta jajan, buang air kecil atau muntah kemana-mana, atau mencuri barang berharga, yang berujung pada kekerasan fisik terhadap anak.

2. Pelecehan psikologis terhadap anak, termasuk mendisiplinkan, menggunakan bahasa yang tidak senonoh, dan menunjukkan kepada anak buku, gambar, dan film porno. Pada sebagian besar kasus, gejala perilaku maladaptif yang ditunjukkan anak-anak yang menerima perlakuan ini antara lain menarik diri, malu, menangis saat didekati, takut keluar rumah, dan takut bertemu orang baru.
3. Kekerasan seksual terhadap anak dapat berupa perlakuan pra-kontak seksual—melalui kata-kata, sentuhan, atau gambar visual—antara anak dan orang dewasa atau kontak seksual langsung (perkosaan, eksploitasi seksual).
4. Penelantaran dan eksploitasi anak adalah contoh kekerasan sosial terhadap anak. Perilaku dan sikap orang tua yang kurang memperhatikan tumbuh kembang anaknya dengan baik disebut sebagai penelantaran anak. Anak-anak, misalnya, dikucilkan, dikucilkan dari keluarga mereka, atau tidak diberi akses ke perawatan kesehatan dan pendidikan yang memadai. Perilaku diskriminatif atau perlakuan sewenang-wenang terhadap anak oleh keluarga atau masyarakat

merupakan contoh eksploitasi anak. Misalnya, memaksakan hak anak atas perlindungan sesuai dengan status fisik, psikis, dan sosialnya tanpa mempertimbangkan hak anak untuk melakukannya demi pertimbangan ekonomi, sosial, atau politik. Anak-anak, misalnya, terpaksa angkat senjata. atau melakukan pekerjaan rumah tangga di luar kemampuannya, dipaksa bekerja di tambang (pertambangan) berbahaya dengan upah rendah dan peralatan yang tidak memadai, atau dipaksa bekerja di pabrik berbahaya. (Maknun, 2020)

9.3 Cara Mendeteksi Kekerasan Pada Anak

Ketika cedera yang tidak dapat diandalkan atau tidak dapat dijelaskan ditemukan, itu sederhana. Kecurigaan pelecehan harus dilaporkan jika cedera tidak sesuai dengan narasi atau perkembangan anak. Orang tua akan membawa anak yang sakit atau terluka ke dokter sesegera mungkin. Menunda dalam mencari pertimbangan klinis menimbulkan keraguan penyalahgunaan atau pengabaian. Tanda pelecehan anak yang paling umum adalah memar, yang dapat muncul di berbagai tempat di tubuh. Cedera yang tidak direncanakan, akibat cedera benturan, paling sering terjadi pada permukaan tulang yang ramping seperti tulang kering, lengan bawah, garis rahang, dan alis. Kecelakaan cenderung mengakibatkan memar pada bokong, punggung, alat kelamin, telinga, dan telapak tangan. Anak-anak dapat disakiti, dipukul, dipukul, dimakan, digigit, dicakar, atau dipotong. Dari bentuk, kedalaman dan jenis lukanya, barang yang digunakan bisa dikenali. Alat-alat seperti tongkat, ikat pinggang, tangan, atau lainnya meninggalkan bekas tertentu. Biasanya, memar segar berwarna biru atau ungu-merah. Kuning, hijau, atau coklat adalah memar lama. Pada permukaan tubuh yang sama, memar dengan berbagai

warna biasanya tidak berhubungan dengan satu kejadian. Benjolan disamarkan oleh kulit gelap. (Yulianti, 2023)

Tanda dan gejala kekerasan pada anak.

Kekerasan Fisik	Kekerasan Seksual	Kekerasan Psikis	Penelantaran
Luka (memar, luka bakar, fraktur, cedera abdomen atau kepala) yang tidak dapat dijelaskan.	Ketakutan (mimpi buruk, depresi, ketakutan yang berlebihan). Nyeri perut, mengompol (terutama jika anak sudah diajarkan <i>toilet training</i>), nyeri atau perdarahan pada genitalia, penyakit menular seksual. Cenderung melarikan diri. Perilaku seksual ekstrem yang tidak sesuai untuk usia anak.	Perubahan percaya diri yang tiba-tiba. Sakit kepala atau nyeri perut tanpa penyebab medis yang jelas. Ketakutan yang abnormal, mimpi buruk. Cenderung melarikan diri. Kegagalan di sekolah (prestasi menurun, sering bolos, tidak konsentrasi belajar)	Gagal tumbuh (terutama pada bayi). Perilaku dan afek depresi. Makan berlebihan.

Seorang anak yang sering bolos sekolah, mencuri atau meminta makanan atau uang, atau tidak menerima perawatan gigi dan vaksinasi yang mereka butuhkan adalah semua indikator penelantaran (neglect). Selain itu, anak sering merokok, bau, dan tampak kotor. Pada wali, sangat terlihat bahwa wali yang putus asa, bertindak aneh atau tidak wajar, merokok, atau menggunakan narkoba. (Yulianti, 2023)

Ketika perilaku seksual, gangguan tidur, fobia, penurunan prestasi sekolah, enuresis (mengompol) atau encopresis (buang air besar yang tidak tepat) terjadi pada anak, perlu dipertimbangkan kemungkinan pelecehan seksual. Selain itu, anak-anak mungkin merasa tidak nyaman, gatal, kemerahan, keluarnya cairan, atau pendarahan. Selain itu, keberadaan kutu di bulu mata harus dianggap sebagai bukti pelecehan seksual. Jika Anda melihat tanda

dan gejala ini, segera temui dokter dan dapatkan bantuan segera. (Topan Rahmatul Iman, 2023)

Faktor sosial, orang tua, dan anak-anak semuanya dianggap sebagai faktor risiko potensial untuk kekerasan terhadap anak ada 3 yaitu:

1. Faktor masyarakat dan sosial, seperti tingginya tingkat kejahatan, kurangnya layanan sosial, kemiskinan, dan pengangguran, kebiasaan tentang pengasuhan anak, dampak pergeseran budaya, stres pengasuh, budaya menggunakan hukuman fisik pada anak, dan pengaruh media.
2. Faktor orang tua atau situasi keluarga, seperti riwayat kekerasan fisik atau seksual pada masa kanak-kanak, ketidakdewasaan emosional, kepercayaan diri yang rendah, dukungan sosial yang rendah, keterasingan dari masyarakat, kemiskinan, kepadatan penduduk (hunian), masalah interaksi dengan masyarakat, kekerasan dalam rumah tangga, riwayat depresi dan masalah kesehatan mental lainnya (kecemasan, skizofrenia), memiliki banyak anak di bawah usia lima tahun, riwayat penggunaan obat-obatan atau alkohol, kurangnya dukungan sosial keluarga, diketahui memiliki riwayat.
3. Cacat, prematur, berat lahir rendah, dan anak-anak dengan masalah atau emosi adalah faktor anak.

Ada dua jenis pelecehan anak: yang terjadi di dalam keluarga (fisik, seksual, emosional, dan sindrom Munchausen) dan yang terjadi di luar keluarga (di institusi, agensi, tempat kerja, jalan, dan medan perang). (Yulianti, 2023)

9.3.1 Diagnosis

Sulit untuk mendiagnosis pelecehan anak karena kebanyakan orang tua menyangkal bahwa perawatan mereka menyebabkan mereka trauma. Selama anamnesis, beberapa dari

mereka bahkan menjadi marah atau berbicara dengan hemat ketika mereka mencoba mengarang cerita tentang bagaimana trauma itu terjadi. Karena sering terlambat melapor, diperlukan anamnesis dari anggota keluarga dan diperlukan ketelitian saat pemeriksaan. berurusan dengan dia dan seluruh lingkungan emosional keluarganya. Penentuan penyalahgunaan anak membutuhkan metodologi multi-disiplin, khususnya sejarah, penilaian fisik dan mental, pusat penelitian dan radiologi. (Daisy Widiastuti, 2005)

9.3.2 Perlakuan salah fisis

Pelecehan anak bisa menjadi kemungkinan jika anamnesis mengidentifikasi satu atau lebih indikator.

1. Sifat atau luasnya trauma tidak sesuai dengan riwayat kecelakaan. Misalnya, penyampaian atau jenis cedera tidak sesuai dengan latar belakang peristiwa yang digambarkan atau latar belakang peristiwa menyatakan cedera ringan tetapi ditemukan cedera parah.
2. Entah pengasuh (orang tua) tidak mengetahui bagaimana kecelakaan itu terjadi atau riwayat kecelakaan tidak jelas.
3. Riwayat kecelakaan bervariasi tergantung penyedia layanan kesehatan.
4. Saat ditanya terpisah, orang tua memberikan informasi yang kontradiktif
5. Riwayat yang tidak masuk akal, seperti klaim anak jatuh saat mendaki padahal duduk pun tidak bisa. (Daisy Widiastuti, 2005)

Pemeriksaan fisis : Seringkali, tidak ada korelasi antara pemeriksaan fisik dan riwayat kejadian orang tua atau pengantar. Penilaian yang sebenarnya harus dilakukan dengan hati-hati dan hati-hati, terutama jika ditemukan secara jelas di bagian tubuh yang tidak biasa. Berikut ini adalah tanda-tanda peringatan bahwa

anak-anak mungkin telah dilecehkan secara fisik: (Daisy Widiastuti, 2005)

1. Lecet dan luka sayat: pada bibir dan mulut, serta bagian tubuh lainnya seperti punggung, bokong, paha, dan betis; ada luka/bekas luka baru dan menambal; Pola memar dan bekas luka menunjukkan senjata tertentu.
2. Patah dan lecet: di mulut, mata, bibir, telinga, lengan dan tangan; di alat kelamin; luka akibat gigitan manusia; Apalagi di bagian tubuh yang berbeda, terdapat luka baru atau luka berulang.
3. Fragmen: setiap patah tulang yang terjadi pada anak di bawah usia tiga tahun, bersama dengan patah tulang baru dan lama (penyembuhan), patah tulang multipel, patah tulang spiral pada tulang panjang lengan dan tungkai, patah tulang kepala, rahang, dan hidung, dan gigi patah.
4. Luka bakar: luka bakar akibat merokok; membakar kaki, tangan atau punggung, karena kontak dengan tubuh ini meninggalkan benda-benda panas; dan bentuk luka yang khas dalam kaitannya dengan bentuk benda panas yang menyebabkannya.
5. Kerusakan pada kepala: Pendarahan subkutan dan/atau subdural (hematoma) yang dapat dilihat dengan sinar-X, bercak botak atau area yang disebabkan oleh pencabutan rambut, baik baru atau berulang.
6. Lainnya: dislokasi atau dislokasi pinggul atau bahu (kemungkinan akibat menarik) atau indikasi cedera berulang. (Daisy Widiastuti, 2005)

Pemeriksaan Penunjang : mengingat serangkaian pengalaman dan penilaian aktual, jenis fasilitas penelitian dan penilaian pencitraan yang akan dilakukan dapat dipilih. Evaluasi perdarahan dan faktor koagulasi harus dilakukan jika ada kemungkinan perdarahan. Jika ada gejala keracunan, dapat

dilakukan uji toksikologi dan uji laboratorium, tergantung indikasinya. 5,6 Pencitraan memainkan peran penting dalam mendiagnosis penganiayaan yang sebenarnya pada anak-anak. Untuk anak-anak berusia <2 tahun yang terkait dengan kesalahan penanganan, American Relationship of Pediatricians (AAP) menyarankan untuk melakukan pemeriksaan tulang. 6,7 Survei tulang meliputi rontgen lateral toraks dan kepala selain rontgen anteroposterior humerus, lengan bawah, tangan, panggul, dan tulang paha. Bergantung pada kebutuhan, berbagai modalitas pencitraan tambahan digunakan, seperti MRI untuk mengevaluasi cedera jaringan lunak kepala dan CT scan untuk mengidentifikasi trauma perut. (Daisy Widiastuti, 2005)

Penatalaksanaan: meliputi penatalaksanaan psikososial dan medis

1. Penatalaksanaan medis, penanganan masalah medis korban diprioritaskan untuk kondisi yang mengancam jiwa; jika perlu, diperlukan bedah ortopedi, bedah plastik, dan konsultasi dengan spesialis pencitraan anak.
2. Manajemen psikososial, penanganan yang hati-hati baik terhadap pelaku maupun korban dan keluarganya. Anak-anak yang mengalami kekerasan fisik oleh orang tua mereka bervariasi dalam tingkat keparahan. Anak-anak dapat diasuh oleh lembaga perlindungan anak untuk sementara waktu, dan orang tua yang melakukan kejahatan harus mendapatkan terapi psikologis. Dengan bantuan lembaga afiliasi, masalah sosial dan kemasyarakatan dapat diringankan. (Daisy Widiastuti, 2005)

9.3.3 Perlakuan Salah Seksual

Berdasarkan anamnesis, sangat sulit untuk mengungkap cerita dari anak-anak yang mengalami pelecehan, meskipun kadang-kadang mereka secara pribadi memberi tahu orang tua mereka atau spesialis pemerhati tentang apa yang terjadi dan siapa yang melakukannya. Untuk menyelidiki cerita, bantuan seperti

sketsa, boneka, dan panduan lainnya dapat digunakan. dan apakah mereka masih menstruasi pada saat kejadian, waktu dan lokasi kejadian, kekerasan sebelumnya, segala bentuk aktivitas seksual yang terjadi, termasuk apakah korban ditembus atau tidak, dan apa yang dilakukan korban setelah itu peristiwa kekerasan seksual). (Sari, 2023)

Pemeriksaan fisik, tanda-tanda peringatan kemungkinan kekerasan pada anak, seperti: 3 adanya penyakit yang dapat ditularkan secara seksual, paling sering infeksi gonokokal; i Infeksi berulang pada vagina pada anak di bawah usia 12 tahun; rasa sakit atau keluarnya cairan dan juga keluar dari vagina; kesulitan mengontrol buang air kecil atau buang air besar; kehamilan oleh remaja; luka di dada, pantat dan perut bagian bawah, paha, sekitar kemaluan atau dubur; Pakaian dalam bernoda darah atau bercak darah; ditemukan cairan mani atau sperma di sekitar anus, mulut kelamin, atau pakaian; siksaan saat buang air besar dan kencing; dan pergaulan bebas sebelum menikah (precoc). (Sari, 2023)

Pengambilan sampel forensik dan pemeriksaan penunjang harus diselesaikan dalam waktu kurang dari 72 jam setelah kejadian. 8 Darah, sperma, air mani, dan serpihan kulit termasuk sampel forensik yang diperiksa. Untuk bukti forensik, data tambahan mengenai penggunaan kondom atau cairan pelumas oleh korban, serta apakah korban makan, mandi atau membersihkan diri, buang air kecil, atau buang air besar setelah kejadian, akan sangat membantu. 9 Kemungkinan penetrasi, adanya gejala, dan prevalensi penyakit menular seksual lokal semua mempengaruhi kebutuhan tes darah dan kultur serologis. (Sari, 2023)

Manajemen menggunakan jenis pelecehan, usia anak, dan durasi kejadian untuk memutuskan perawatan apa yang akan diberikan. Pengobatan antibiotik profilaksis untuk penyakit menular seksual pada anak korban pelecehan masih kontroversial secara medis. 8.9 Perawatan spesifik apa yang diberikan jika hasil

tes darah positif. 9 Anak-anak yang pernah mengalami pelecehan seksual seringkali menunjukkan gejala psikososial depresi, gangguan kecemasan, gangguan pascatrauma, dan gangguan perilaku seksual, sehingga memerlukan penanganan bagi korban dan keluarganya. Sebagai penyedia layanan awal, dokter dapat mengarahkan pasien ke fasilitas perlindungan anak sosio-psikologis. (Sari, 2023)

9.3.4 Perlakuan Salah Emosional

Anamnesis: Anak-anak yang telah dilecehkan secara emosional dapat mengatakan bahwa mereka dianiaya, tetapi seringkali, mereka menyangkal atau mengubah ceritanya. Sering terjadi sikap takut yang berlebihan terhadap orang tua dan keengganan untuk mendapat perlindungan orang tua.

Pemeriksaan fisik: Selama pemeriksaan fisik, anak sering menarik diri secara berlebihan, menunjukkan agresi, atau menghindari kontak mata. Ada pikiran menyakiti diri sendiri atau bunuh diri. Perilaku seksual yang agresif dan kesulitan tidur sangat umum terjadi.

Dewan, perawatan mental adalah perawatan yang umumnya diberikan kepada korban dan pelaku. Dalam hal ini, terapi interpersonal dan keluarga banyak digunakan. (Maknun, 2020)

9.3.5 Diagnosis BANDING

Berikut ini adalah beberapa penyakit atau kondisi yang mungkin menyerupai efek fisik dari kekerasan terhadap anak:

1. Ketidaksempurnaan pada kulit.
 - a. Bintik-bintik Mongolia dari luka memar. Bintik-bintik di Mongolia berkisar dari biberbeda ru-abu-abu hingga merah. Hemofilia, purpura anafilaktoid, dan purpura fulminan juga harus dibedakan dari gegar otak selain yang disebabkan oleh trauma.

- b. Eritema lokal harus dibedakan dari luka bakar, impetigo, nekrosis epidermal toksik, selulitis bakteri, pioderma gangren, reaksi fotosensitif, dan kondisi lainnya. Untuk memisahkan, penting untuk mengambil anamnesis perjalanan penyakit, kultur, pewarnaan Gram, dll.
2. Anomali pada tulang:
- a. Selain trauma, fraktur patologis dapat terjadi karena rakhitis, leukemia, dan osteogenesis tidak sempurna; Namun, metafisis tidak terpengaruh.
 - b. Selain trauma, penyakit kudis, luka, dan trauma kelahiran juga dapat menyebabkan lesi metafisis.
 - c. Osifikasi subperiosteal juga dapat disebabkan oleh keganasan, lues, osteoma osteoid, atau penyakit kudis, selain trauma.
3. Sindrom kematian bayi mendadak (SIDS).
- Sebagian besar penyebab SIDS tidak jelas, tetapi SIDS juga dapat disebabkan oleh trauma, asfiksia, infeksi botulinum, defisiensi imun, aritmia kardiovaskular, dan hipoadrenalisme.
4. Masalah dengan mata.
- a. Selain trauma kepala, penyebab lain perdarahan retina termasuk kelainan perdarahan dan kanker.
 - b. Selain trauma, perdarahan konjungtiva juga bisa disebabkan oleh batuk terus-menerus, seperti pada pertusis atau konjungtivitis virus atau bakteri.
 - c. Selain pembengkakan terkait trauma, selulitis orbita/periorbital, hematoma epidural, dan metastasis kanker juga dapat menyebabkan pembengkakan di daerah orbita.
5. Trauma, infeksi saluran urogenital, glomerulonefritis, dan kondisi lain semuanya dapat menyebabkan hematuria.

6. Selain trauma, kelainan pada sistem pencernaan juga bisa menyebabkan akut abdomen. (Maknun, 2020)

9.4 Dampak *Child Abuse* pada Tumbuh Kembang Anak

Ketika semua kebutuhan anak terpenuhi, mereka tumbuh dan berkembang dengan baik. Pertumbuhan dan perkembangan mereka akan melambat jika salah satu kebutuhan akan perhatian, kasih sayang, dan pengasahan tidak terpenuhi. Ada dampak jangka pendek dan jangka panjang, serta dampak langsung dan tidak langsung. Anak-anak yang telah dilecehkan sebagai anak-anak biasanya berkembang lebih lambat dari anak-anak normal, yaitu,

1. Secara langsung mempengaruhi tingkat kekerasan terhadap anak: 5% meninggal, 25% menderita komplikasi serius seperti luka bakar, patah tulang, dan cacat tetap.
2. Kerusakan permanen pada sistem saraf dapat menyebabkan keterbelakangan mental, kesulitan belajar, kebutaan, tuli, kesulitan mengembangkan keterampilan motorik (gerakan kasar dan halus), kejang, ataksia, atau hidrosefalus.
3. Oates dkk. melaporkan pada tahun 1984 bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan dalam tinggi atau berat badan antara anak-anak normal dan anak-anak, meskipun pada kenyataannya anak-anak pada umumnya tumbuh lebih lambat daripada teman sebayanya.
4. Selain itu, pertumbuhan psikologis terganggu, khususnya yaitu :
 - a. Kecerdasan, sejumlah penelitian menunjukkan bahwa perkembangan motorik, kognitif, bahasa, dan kognitif tertunda. Gangguan mental dapat terjadi dengan cedera langsung di kepala, demikian juga karena kesehatan yang buruk. Masalah emosional juga mengakibatkan stimulasi yang tidak memadai untuk anak-anak.

- b. Masalah emosional meliputi gangguan emosi, kesulitan belajar dan sekolah, kesulitan menjalin hubungan dengan teman, kurang percaya diri, fobia kecemasan, dan pseudomaturity emosional. Beberapa anak menjadi kuat atau tidak bersahabat dengan orang dewasa, atau menarik diri dari lingkungan sosial. Mengompol, hiperaktif, perilaku aneh, kesulitan belajar, kegagalan akademik, kesulitan tidur, dan amarah adalah hal yang umum terjadi pada anak-anak.
- c. Konsep diri: Anak-anak yang mengalami pelecehan anak merasa jelek, tidak dicintai, tidak diinginkan, sengsara, dan tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas dan mencoba bunuh diri.
- d. Agresif: Anak-anak yang telah dilecehkan sebagai anak-anak cenderung lebih memusuhi teman sebayanya. Sering kali kegiatan yang memaksa ini mencerminkan kegiatan orang tuanya atau mengalihkan sentimen yang kuat kepada teman-temannya karena kurangnya ide diri.
- e. Hubungan sosial: Anak-anak ini lebih sulit bergaul dengan teman sebaya dan orang dewasa, yang membuat mereka melakukan kejahatan lain seperti melempar batu.
- f. Tanda-tanda trauma atau infeksi lokal, seperti nyeri perineum, keputihan, nyeri anus, dan pendarahan, bisa jadi akibat pelecehan seksual. Konsentrasi yang buruk, enuresis, encopresis, anoreksia, perubahan perilaku, kurang percaya diri, menyakiti diri sendiri, dan sering mencoba bunuh diri adalah indikator gangguan emosi. Perilaku seksual atau pengetahuan intim tentang anak-anak yang tidak sesuai dengan usia mereka. (Sitti Anggraini, 2022)

DAFTAR PUSTAKA

- BPHN, 2002. *Badan Pembinaan Hukum Nasional*. [Online] Available at: <https://www.bphn.go.id/data/documents/14uu035.pdf>. [Minggu April 2023].
- Daisy Widiastuti, R. S., 2005. Deteksi dini, Faktor Resiko dan Dampak Perlakuan. *Sari Pediatri*, 7(2), pp. 105 - 112.
- DEVI RISMA, Y. S. ., D. S., 2020. Pengembangan Media Edukasi Perlindungan Anak Untuk Mengurangi Kekerasan Pada Anak Usia Dini. *Jurnal Obsesi*, pp. 448 - 462.
- KPAI, 2015. *Bank Data Perlindungan Anak*. [Online] Available at: <https://bankdata.kpai.go.id/tabulasi-data/data-kasus-perlindungan-anak-2011-2015> [Diakses 2 4 2023].
- KPAI, 2021. *Bank Data Perlindungan Anak*. [Online] Available at: <https://bankdata.kpai.go.id/tabulasi-data/data-kasus-perlindungan-anak-2017-2021> [Accessed 2 4 2023].
- Maknun, L., 2020. Kekerasan Terhadap Anak dilakukan oleh orang tua (Child Abuse). *Muallimuna*, 3(1), pp. 2476-9703.
- Organization, W. H., 2022. *World Health Organization*. [Online] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> [Accessed Minggu April 2023].
- Sari, Y. N. E., 2023. Fenomena Kekerasan Psikologi Pada Anak Usia Dini Dalam Keluarga. *Jurnal Obsesi*, 7(1), pp. 76-84.
- Sitti Anggraini, M. F., 2022. Hubungan Parenting Stres Dengan Perilaku Kekerasan Pada Anak. *JIP (Jurnal Inovasi Penelitian)*, 2(8), pp. 2747 - 2754.

- Topan Rahmatul Iman, I. s. I. Y., 2023. Pola Komunikasi Sosialisasi Dan Perlindungan Hukum Anak Terhadap Kasus Kekerasan Pada Anak Di Sumbawa. *ADMA*, 3(2), pp. 365-372.
- Yulianti, 2023. Upaya Menciptakan Kesejahteraan Tumbuh Kembang Anak Melalui Pendampingan Orang tua Guna Menghindari Resiko Terjadinya Kekerasan Pada Anak. *Selaparang*, 7(1), pp. 2614-5251.

BIODATA PENULIS



Murti Ani, SST, M.Kes.

Dosen Program Studi Kebidanan Blora Program Diploma III
Poltekkes Kemenkes Semarang

Penulis lahir di Pati tanggal 31 Januari 1989. Menyelesaikan pendidikan D3 dan D4 Kebidanan pada tahun 2012 serta S2 pada tahun 2014 di Universitas Sebelas Maret Surakarta. Beberapa karya buku yang sudah pernah dibuat yaitu Buku Ajar Promosi Kesehatan Untuk Mahasiswa Kebidanan, Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir Untuk Mahasiswa Kebidanan, Pengantar Kebidanan, Konsep Dasar Keperawatan Maternitas, Dasar-Dasar Komunikasi Kesehatan, dan lain-lain.

BIODATA PENULIS



Bd. Herdian Fitria Widyanto Putri. S. Keb., M. Keb.

Dosen Program Studi S1 Kebidanan

Fakultas Ilmu Kesehatan Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata

Penulis lahir di Madiun tanggal 1 Maret 1996. Penulis merupakan putri pertama dari pasangan Suyanto dan Sri Widayati. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan, Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata, Kediri. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Kebidanan, Profesi Bidan dan S2 Kebidanan di Universitas Brawijaya, Malang.

BIODATA PENULIS



Maya Astuti, M. Keb

Dosen Program Studi Kebidanan Bogor
Poltekknik Kesehatan Kemenkes Bandung

Penulis lahir di Palembang tanggal 19 April 1981. Penulis adalah dosen tetap di Prodi Kebidanan Bogor Poltekkes Kemenkes Bandung. Menyelesaikan pendidikan D IV Bidan Pendidik di Poltekkes Bandung dan melanjutkan pendidikan di S2 (Magister) Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung. Penulis mengajar matakuliah, Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru lahir serta Kegawardaruratan Maternal dan Neonatal. Telah menerbitkan beberapa jurnal nasional dan buku ajar.

Penulis juga seorang Bidan Praktik Mandiri, interprener dan penggiat pemberdayaan keluarga melalui penggerakan kader kesehatan. Terpilih sebagai salah satu Bidan Inspiratif Tingkat Nasional tahun 2022, dengan program LOVES BUMIL (Logbook To Prevent Stunting Pada Ibu Hamil, yaitu program memberdayakan keluarga melalui pendampingan ibu hamil.

BIODATA PENULIS



Rizqi Kamalah, M.Keb

Politeknik Kesehatan Sorong

Mendapatkan gelar Magister Kebidanan di Universitas Brawijaya Malang tahun 2017. Saat ini merupakan Dosen Jurusan Kebidanan yang mengampu Mata Kuliah Konsep Kebidanan, Asuhan Kebidanan Kehamilan, Kesehatan reproduksi dan Keluarga Berencana, Biologi Reproduksi dan Genetika Dasar, Asuhan Keperawatan Maternitas dan Neonatal. Terdaftar sebagai anggota Organisasi Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Papua Barat, Saat ini, aktif meneliti, menulis buku, artikel jurnal nasional dan International.

BIODATA PENULIS



Faridah Hariyani, SST., M.Keb

Dosen Program Studi D-III Kebidanan Balikpapan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D-III Kebidanan Balikpapan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur. Menyelesaikan pendidikan D-IV dan S2 pada Jurusan Kebidanan Universitas Padjadjaran Bandung. Buku yang pernah ditulis ; Dasar Kesehatan Reproduksi, Asuhan Kebidanan Komunitas dan Tanggap Bencana, Asuhan Kebidanan pada Kasus Kompleks, Kejang, Psikologi Kesehatan, Psikososial Kebidanan, Psikologi Anak, Asuhan Kebidanan pada Perempuan dan Anak dalam Kondisi Rentan.

BIODATA PENULIS



Duhita Dyah Apsari, S.Keb, Bd, M.Kes

Dosen pada Jurusan Kebidanan, Politeknik Kesehatan Kemenkes
Malang

Penulis lahir di Kota Malang tanggal 26 Januari 1991. Penulis adalah salah satu dosen pada Jurusan Kebidanan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Menyelesaikan pendidikan S1 Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan Di Universitas Brawijaya Malang pada tahun 2015 dan melanjutkan pendidikan S2 Magister Ilmu Kesehatan Reproduksi Di Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 2017-2019 dan mulai bekerja sebagai dosen di Jurusan Kebidanan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang pada tahun 2020 sampai saat ini. Saya berharap semoga buku ini dapat bermanfaat untuk bidan dan tenaga kesehatan terutama mengenai kesehatan bayi dan anak, terima kasih :-)

BIODATA PENULIS



Qatrunnada Naqiyyah Khusmitha, S.Keb, Bd., M.Keb.

Dosen Program Studi S1 Kebidanan
Fakultas Kesehatan Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri

Penulis lahir di Surabaya tanggal 21 Oktober 1996. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Kebidanan Fakultas Kesehatan, Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri. Menyelesaikan pendidikan S1 Kebidanan pada tahun 2018, Profesi Bidan pada tahun 2020 dan S2 Kebidanan pada tahun 2022 di Universitas Brawijaya Malang.

BIODATA PENULIS



Winny Kirana Hasanah, S.Keb., Bd., M.K.M.
Dosen Program Studi Kebidanan
Fakultas Kedokteran, Universitas Negeri Malang

Penulis lahir di Kediri tanggal 22 Desember 1996. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan, Fakultas Kedokteran, Universitas Negeri Malang. Menyelesaikan pendidikan S1 Kebidanan dan Profesi Bidan di Universitas Brawijaya Malang serta melanjutkan S2 pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat (Peminatan Kesehatan Reproduksi) di Universitas Indonesia.

BIODATA PENULIS



Rizky Auliah Juniarti.,S.ST.,M.Kes

Dosen Program Studi DIII Kebidanan

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Makassar

Rizky Auliah Juniarti, Lahir di Makassar, 16 Juni 1993. Alumni DIII Kebidanan STIKes Mega Rezky Makassar tahun 2014. Lanjut sekolah DIV Bidan Pendidik tahun 2015 di STIKes Mega Rezky Makassar serta menyelesaikan S2 Magister Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Kesehatan Reproduksi di Universitas Islam Makassar Tahun 2018. Pengalaman Penelitian tentang “ Hubungan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat ibu dengan kejadian diare pada bayi usia 9 – 12 bulan”. Serta “ Stigma dan diskriminasi pada ibu hamil yang terdiagnosa HIV/AIDS”. Selain itu penulis sangat suka dengan dunia fotografi, videografi serta mengidolakan group K-Pop BTS.

Saat ini penulis berdomisili di Makassar. Pembaca bisa lebih dekat dengan penulis lewat akun sosial media Instagram, facebook serta twitter @Rizkyauliah16.