

Atik Aryani, S.Kep., Ns., M.Kep
Widiyono, S.Kep., Ns., M.Kep



Buku Ajar Keperawatan Anak



UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

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

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

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

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

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

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

Buku Ajar KEPERAWATAN ANAK

Atik Aryani, S.Kep., Ns., M.Kep

Widiyono, S.Kep., Ns., M.Kep



Buku Ajar
KEPERAWATAN ANAK

Penulis:

Atik Aryani, S.Kep., Ns., M.Kep
Widiyono, S.Kep., Ns., M.Kep

Editor :

Imam Setyo Nugroho

Ukuran :

Hal. viii, 127, Uk: 15,5x23 cm

ISBN :

978-623-10-0686-8 (PDF)

Cetakan Pertama :

Juni, 2024

Hak Cipta 2024, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2024 by Prime Identity House

All Right Reserved

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

PT Prime Identity House

Anggota IKAPI 396/JTI/2024

Dukuh Dresi, Wagir Kidul, Pulung, Ponorogo, Jawa Timur

Telp: 085157033918

Website: www.primeidentityhouse.com

www.publisher.primeidentityhouse.com

E-mail: primeidentitypublisher@gmail.com

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas tersusunnya buku mata ajar Keperawatan Anak. Buku ajar ini merupakan pedoman bagi mahasiswa untuk memahami Keperawatan Anak. Buku ini merupakan panduan belajar yang bisa dipelajari secara mandiri. Buku ini berisi materi mulai dari konsep dasar keperawatan anak, konsep tumbuh kembang pada anak, konsep hospitalisasi, atraumatic care, konsep bermain, Manajemen Terpadu Balita Sakit, Imunisasi, Asuhan keperawatan pada neonatus dengan hiperbilirubin, Asuhan keperawatan pada anak diare, pneumonia, meningitis dan juga konsep terapi bermain.

Buku ini disusun sesuai capaian belajar mahasiswa sehingga dengan mendalami buku ini capaian pembelajaran mahasiswa dalam mata kuliah keperawatan anak I dapat tercapai. Buku ini akan memandu mahasiswa dalam mencapai kompetensi yang ditetapkan dosen dalam pendekatan *Student Active Learning*. Kami berharap panduan belajar ini dapat mengantarkan mahasiswa mencapai kompetensi yang berkaitan dengan mata kuliah Keperawatan Anak. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan buku ajar ini tentunya masih terdapat beberapa kekurangan, sehingga penulis bersedia menerima saran dan kritik dari berbagai pihak untuk dapat memberikan saran dan masukan yang membangun untuk buku ajar ini. Semoga dengan adanya buku ajar ini dapat membantu proses belajar mengajar dengan lebih baik lagi.

Surakarta, Mei 2024

Penyusun

DAFTAR ISI

Kata pengantar	v
Daftar Isi	vi
BAB 1. Konsep Dasar Keperawatan Anak.....	1
BAB 2. Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan.....	15
BAB 3 Konsep Hospitalisasi	39
BAB 4 Konsep <i>Atraumatic Care</i>	57
BAB 5 Konsep Imunisasi	68
BAB 6 Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)	82
BAB 7 Asuhan Keperawatan Pada Neonatal:	
Hiperbilirubinemia.....	89
BAB 8 Asuhan Keperawatan Anak: Pneumonia	104
BAB 9 Asuhan Keperawatan Anak: Diare	133
BAB 10 Asuhan Keperawatan Anak: Meningitis.....	159
BAB 11 Konsep Terapi Bermain pada Anak	174

BAB 1

KONSEP DASAR KEPERAWATAN ANAK

Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu memahami keperawatan anak dan falsafah keperawatan anak

A. Pendahuluan

Keperawatan anak merupakan keyakinan atau pandangan yang dimiliki perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan pada anak yang berfokus pada keluarga (*family centered care*), pencegahan terhadap trauma (*atrumatic care*), dan manajemen kasus. Dalam dunia keperawatan anak, perawat perlu memahami, mengingat adanya beberapa prinsip yang berbeda dalam penerapan asuhan dikarenakan anak bukan miniatur orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik (Hidayat, 2005).

Keluarga merupakan unsur penting dalam perawatan anak mengingat anak bagian dari keluarga, dalam keperawatan anak harus mengenal keluarga sebagai tempat tinggal atau sebagai konstanta tetap dalam kehidupan anak (Wong, Perry & Hockenbery, 2002). Sebagai perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan anak, harus mampu memfasilitasi keluarga dalam berbagai bentuk pelayanan kesehatan baik berupa pemberian tindakan keperawatan langsung maupun pemberian pendidikan

kesehatan pada anak. Selain itu, keperawatan anak perlu memperhatikan kehidupan sosial, budaya dan ekonomi keluarga karena tingkat sosial, budaya dan ekonomi dari keluarga dapat menentukan pola kehidupan anak selanjutnya faktor-faktor tersebut sangat menentukan perkembangan anak dalam kehidupan di masyarakat.

Anak sebagai klien dipandang sebagai makhluk unik. Tindakan yang dilakukan dalam melakukan asuhan keperawatan anak berlandaskan pada prinsip *atraumatic care*. Prinsip dasar yang dipahami dalam melaksanakan asuhan keperawatan adalah perspektif keperawatan anak. Perspektif keperawatan anak mencakup perkembangan keperawatan anak, falsafah keperawatan anak, dan peran perawat anak.

B. Perkembangan Keperawatan Anak

Sebelum abad 19, kesehatan anak kurang mendapat perhatian. Pelayanan kesehatan yang dijalankan untuk anak terbatas pada daerah perkotaan dalam bentuk pelayanan keliling dan perawatan tradisional. Wabah penyakit yang banyak terjadi adalah cacar, flu, difteri, dan penyakit yang terjadi endemik secara perlahan terutama karena penyakit TBC dan gangguan gizi.

Pada awal tahun 1900, perawatan isolasi berkembang sejak ditemukan penyakit menular, orangtua dilarang untuk mengunjungi anak dan membawa barang-barang atau

mainan dari rumah ke rumah sakit. Keadaan ini menimbulkan efek psikologis dari tindakan isolasi, dimana anak menjadi stres selama berada di rumah sakit. Akhirnya, orientasi pelayanan keperawatan anak berubah menjadi *rooming in* yaitu orangtua boleh tinggal bersama anaknya di rumah sakit selama 24 jam. Selain itu, anak boleh membawa mainan dari rumah.

Dengan demikian, pendidikan kesehatan untuk orang tua menjadi hal yang penting untuk dilakukan oleh perawat. Kerjasama antara orangtua dan tim kesehatan dirasakan besar manfaatnya dan orangtua didorong untuk berpartisipasi aktif dalam perawatan anaknya.

C. Falsafah Keperawatan Anak

Keperawatan anak telah mengalami beberapa perubahan yang sangat mendasar, terutama dalam cara memandang terhadap klien anak sendiri dan pendekatan dalam pelayanan keperawatan anak. Berikut paradigma keperawatan anak meliputi manusia, sehat, lingkungan, dan keperawatan itu sendiri.

1. Manusia

Anak adalah individu yang berusia antara 0 sampai 18 tahun, yang berada dalam proses tumbuh kembang, mempunyai kebutuhan yang spesifik (fisik, psikologis, sosial, dan spiritual) yang berbeda dengan orang dewasa. Anak adalah individu yang masih bergantung

pada orang dewasa dan lingkungannya, artinya membutuhkan lingkungan yang dapat memfasilitasi dalam memenuhi kebutuhan dasarnya dan untuk belajar mandiri.

2. Sehat

Sehat dalam keperawatan anak adalah sehat dalam rentang sehat-sakit. Rentang sehat-sakit merupakan batasan yang dapat diberikan bantuan pelayanan keperawatan pada anak adalah suatu kondisi anak berada dalam status kesehatan yang meliputi sejahtera, sehat optimal, sehat, sakit, sakit kronis dan meninggal. Sehat adalah keadaan kesejahteraan optimal antara fisik, mental dan sosial yang harus dicapai sepanjang kehidupan anak dalam rangka mencapai tingkat pertumbuhan dan perkembangan yang optimal sesuai dengan usianya.

3. Lingkungan

Lingkungan terdiri atas lingkungan internal dan lingkungan eksternal dapat mempengaruhi kesehatan anak. Lingkungan internal yaitu genetik (keturunan), kematangan biologis, jenis kelamin, intelektual, emosi, dan adanya predisposisi atau resistensi terhadap penyakit. Lingkungan eksternal yaitu status nutrisi, orang tua, saudara sekandung(sibling), masyarakat/kelompok sekolah, kelompok/geng,

disiplin yang ditanamkan orang tua, agama, budaya, rumah maupun sanitasi di sekelilingnya

4. Keperawatan

Fokus utama dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan adalah peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Falsafah utama yaitu asuhan keperawatan yang berpusat pada keluarga dan perawatan yang terapeutik. Selama proses asuhan keperawatan dijalankan, keluarga dianggap sebagai mitra bagi perawat dalam rangka mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan anak.

D. Prinsip Keperawatan Anak

1. Anak bukan miniatur orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik.
2. Anak adalah sebagai individu yang unik dan mempunyai kebutuhan sesuai tahap perkembangannya
3. Pelayanan keperawatan anak berorientasi pada upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan.
4. Keperawatan anak merupakan disiplin ilmu kesehatan yang berfokus pada kesejahteraan anak
5. Praktik keperawatan anak mencakup kontrak dengan anak dan keluarga.
6. Tujuan keperawatan anak dan keluarga adalah untuk meningkatkan maturasi atau kematangan yang sehat

bagi anak dan remaja sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual dalam konteks keluarga dan masyarakat.

7. Pada masa yang akan datang kecenderungan keperawatan anak berfokus pada ilmu tumbuh kembang.

E. Peran Perawat dalam Keperawatan Anak

1. Pembela

Perawat dituntut sebagai pembela bagi anak dan keluarganya pada saat membutuhkan pertolongan dimana keluarga tidak dapat mengambil keputusan/menentukan pilihan, dan meyakinkan keluarga untuk menyadari pelayanan yang tersedia, pengobatan, dan prosedur yang dilakukan dengan saran melibatkan keluarga.

2. Pendidik

Dilakukan dengan memberikan penyuluhan/pendidikan kesehatan pada orang tua anak secara langsung maupun secara tidak langsung dengan menolong orang tua/anak memahami pengobatan dan perawatan anak. Kebutuhan orang tua dalam pendidikan kesehatan meliputi pengertian dasar tentang penyakit anaknya, perawatan anak selama dirumah sakit, serta perawatan lanjut untuk persiapan pulang ke rumah (*discharge planning*).

3. Konselor

Perawat dapat memberikan konseling keperawatan ketika anak dan orangtuanya membutuhkan. Konseling yang dilakukan berbeda dengan pendidikan kesehatan. Konseling dilakukan dengan cara mendengarkan segala keluhan, melakukan sentuhan, dan hadir secara fisik. Perawat dan keluarga saling bertukar pikiran tentang masalah anak dan keluarganya, dan membantu mencari alternatif pemecahannya.

4. Kolaborasi

Dengan pendekatan interdisiplin, perawat melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan anggota tim kesehatan lain dengan tujuan terlaksananya asuhan yang holistik dan komprehensif.

5. Pembuat keputusan etik

Keputusan yang diambil oleh perawat merupakan keputusan etik dengan berdasarkan pada nilai moral yang diyakini dengan penekanan pada hak pasien untuk mendapat otonomi, menghindari hal yang merugikan pasien, dan keuntungan asuhan keperawatan yaitu meningkatkan kesejahteraan pasien.

6. Perencana kesehatan

Perawat mempunyai suara untuk didengarkan oleh para pemegang kebijakan dan harus aktif dalam gerakan yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan anak. Usulan yang diajukan tentang perencanaan

pelayanan keperawatan yang memberikan dampak terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan anak.

7. Peneliti

Keterlibatan penuh perawat dalam upaya menemukan masalah keperawatan anak yang harus dilakukan dengan penelitian secara langsung, dan menggunakan hasil penelitian kesehatan/keperawatan anak dengan tujuan meningkatkan kualitas praktek/asuhan keperawatan pada anak.

F. Asuhan yang Berpusat pada Keluarga (*Family Centered Care*)

Family Centered Care (FCC) atau perawatan yang berpusat pada keluarga didefinisikan sebagai filosofi perawatan berpusat pada keluarga, mengakui keluarga sebagai konstanta dalam kehidupan anak. *Family Centered Care* meyakini adanya dukungan individu, menghormati, mendorong dan meningkatkan kekuatan dan kompetensi keluarga. Manfaat penerapan family centered care adalah sebagai berikut:

1. Hubungan tenaga kesehatan dengan keluarga semakin menguat dalam meningkatkan kesehatan dan perkembangan setiap anak.

2. Meningkatkan pengambilan keputusan klinis berdasarkan informasi yang lebih baik dan proses kolaborasi.
3. Membuat dan mengembangkan tindak lanjut rencana perawatan berkolaborasi dengan keluarga.
4. Meningkatkan pemahaman tentang kekuatan yang dimiliki keluarga dan kapasitas pemberi pelayanan.
5. Penggunaan sumber-sumber pelayanan kesehatan dan waktu tenaga profesional lebih efisien dan efektif .
6. Mengembangkan komunikasi antara anggota tim kesehatan.
7. Persaingan pemasaran pelayanan kesehatan kompetitif.
8. Meningkatkan lingkungan pembelajaran untuk spesialis anak dan tenaga profesi lainnya dalam pelatihan-pelatihan.
9. Menciptakan lingkungan yang meningkatkan kepuasan profesional.
10. Mempertinggi kepuasan anak dan keluarga atas pelayanan kesehatan yang diterima

Elemen-elemen *Family Centerd Care*, meliputi :

1. Memasukkan pemahaman ke dalam kebijakan dan praktik bahwa keluarga bersifat konstan dalam kehidupan anak.

2. Memfasilitasi kolaborasi keluarga/profesional pada semua tingkat pelayanan keperawatan di rumah sakit, rumah, dan di masyarakat.
3. Saling bertukar informasi yang lengkap dan jelas antara anggota keluarga dan profesional.
4. Menggabungkan pemahaman dan penghormatan terhadap keanekaragaman budaya, kekuatan dan individualitas di dalam dan diantara seluruh keluarga.
5. Menghargai keluarga sebagai keluarga, dan anak-anak sebagai anak-anak, mengakui bahwa mereka memiliki beragam kekuatan, perhatian, emosi dan cita-cita yang melebihi kebutuhan mereka untuk mendapatkan layanan dan dukungan kesehatan serta perkembangan khususnya.

Prinsip-prinsip *Family Centerd Care*, sebagai berikut :

1. Menghormati setiap anak dan keluarganya.
2. Menghargai perbedaan suku, budaya, sosial, ekonomi, agama, dan pengalaman tentang sehat sakit yang ada pada anak dan keluarga.
3. Mengenali dan memperkuat kelebihan yang ada pada anak dan keluarga.
4. Mendukung dan memfasilitasi pilihan anak dan keluarga dalam memilih pelayanan kesehatannya.

5. Menjamin pelayanan yang diperoleh anak dan keluarga sesuai dengan kebutuhan, keyakinan, nilai, dan budaya mereka
6. Berbagi informasi secara jujur dan tidak bias dengan anak dan keluarga.
7. Berkolaborasi dengan anak dan keluarga dalam penyusunan dan pengembangan program perawatan anak di berbagai tingkat pelayanan kesehatan.
8. Mendorong anak dan keluarga untuk menemukan kelebihan dan kekuatan yang dimiliki, membangun rasa percaya diri, dan membuat pilihan dalam menentukan pelayanan kesehatan anak

Dua konsep yang mendasari asuhan yang berpusat pada keluarga yaitu fasilitas keterlibatan orangtua dalam perawatan dan peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat anaknya. Perawat juga berperan penting untuk memfasilitasi hubungan orangtua dan anaknya selama dirawat di rumah sakit. Selain itu perawat juga mempunyai peran untuk meningkatkan kemampuan orangtua dalam merawat anaknya.

G. Rangkuman

Anak adalah individu yang berusia 0 – 18 tahun dipandang sebagai individu yang unik yang punya potensi untuk tumbuh dan berkembang. Sepanjang rentang sehat-

sakit, anak membutuhkan bantuan perawat sehingga tumbuh kembangnya dapat terus berjalan sesuai usianya. Orangtua sebagai orang yang paling tepat dan paling baik dalam memberikan perawatan pada anak baik dalam keadaan sehat maupun sakit, sedangkan perawat memberikan bantuan apabila keluarga tidak mampu melakukannya. Bentuk asuhan keperawatan yang dilakukan pada anak adalah family centered care atau asuhan yang berpusat pada keluarga sebagai satu pendekatan dalam merawat anak.

Peran perawat anak yang profesional dalam menjalankan asuhan keperawatan adalah sebagai pembela, pendidik, konselor, koordinator, pembuat keputusan etik, perencana kesehatan dan peneliti.

H. Latihan Soal

1. Yang dimaksud dengan manusia dalam paradigma keperawatan anak adalah....
 - a. Anak sakit
 - b. Anak bermasalah
 - c. Anak berusia 0 – 18 tahun
 - d. Anak Indonesia
 - e. Anak dalam asuhan keluarganya
2. Lingkungan Internal yang mempengaruhi kesehatan anak adalah
 - a. Gizi anak

- b. Lahir dengan kelainan bawaan
 - c. Peran orangtua, saudara dan teman sebaya
 - d. Penyakit infeksi
 - e. Peran masyarakat
3. Perawat memberikan layanan konsultasi pada orang tua maka peran perawat adalah sebagai
- a. Pendidik
 - b. Penyuluh
 - c. Pengevaluasi
 - d. Konselor
 - e. Pendukung
4. Keterlibatan perawat dalam upaya menemukan masalah keperawatan anak, maka peran perawat adalah.....
- a. Pendidik
 - b. Konselor
 - c. Peneliti
 - d. Pembuat keputusan etik
 - e. Penyuluh
5. Yang tidak termasuk dalam konsep yang mendasari pendekatan *family centered care* adalah
- a. Fasilitasi keterlibatan orang tua dalam perawatan
 - b. Keluarga sebagai pengunjung anak yang utama
 - c. Peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat anaknya

- d. Mengajarkan keterampilan keperawatan pada orang tua
 - e. Memberikan discharge planning
6. Peran perawat dalam pendekatan *family centered care*, kecuali
- a. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat anaknya
 - b. Meningkatkan keterampilan dalam merawat anaknya
 - c. Meningkatkan pengetahuan keluarga dalam merawat anaknya
 - d. Mengajarkan asuhan keperawatan pada anaknya
 - e. Mengenali kelebihan yang ada pada anak dan keluarga
7. Manfaat penerapan *family centered care* adalah
- a. Membuat dan mengembangkan tindak lanjut rencana perawatan berkolaborasi dengan keluarga
 - b. Saling bertukar informasi yang lengkap dan jelas antara anggota keluarga dan profesional
 - c. Menghormati setiap anak dan keluarganya
 - d. Mengenali dan memperkuat kelebihan yang ada pada anak dan keluarga
 - e. Mencegah dan/atau turunkan cedera baik fisik maupun psikologis

BAB 2

KONSEP PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN

Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu memahami konsep tumbuh kembang pada anak

A. Definisi

Setiap individu hidup akan melalui tahapan pertumbuhan dan perkembangan, yaitu sejak masa embrio sampai akhir hayatnya mengalami perubahan ke arah peningkatan baik secara ukuran maupun secara perkembangan. Kecepatan tumbuh kembang anak akan bervariasi antara satu anak dengan anak yang lain tergantung pada beberapa faktor yang mempengaruhinya, sedangkan pendekatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan tergantung pada tahapan perkembangan mana yang sedang dilalui anak.

Pertumbuhan (growth) adalah bertambahnya jumlah dan sel diseluruh bagian tubuh yang secara kuantitatif dapat diukur. Pertumbuhan adalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran, atau dimensi tingkat sel organ, maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, pon, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang, dan

keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh).

Perkembangan (development) adalah bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh yang dapat dicapai melalui kematangan dan belajar. Perkembangan (development) adalah bertambahnya skill (kemampuan) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. Disini menyangkut adanya proses diferensiasi dari sel-sel tubuh, jaringan tubuh, organ-organ, dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Termasuk juga perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya (Soetjiningsih, 2012).

Prinsip-prinsip tumbuh kembang meliputi :

1. Proses yang teratur, berurutan, rapi dan kontinyu maturasi, lingkungan dan faktor genetik
2. Pola yang sama, konsisten dan kronologis, dapat diprediksi
3. Variasi waktu muncul (onset), lama, dan efek dari tiap tahapan tumbuh kembang
4. Mempunyai ciri khas
5. Never ending process --seumur hidup dan meliputi seluruh aspek
6. Cephalocaudal
7. Proximodistal

8. Differensiasi
9. Hal yang unik setiap individu cenderung mencapai potensi maksimum perkembangannya
10. Tugas perkembangan

B. Tahap Perkembangan pada Anak

1. Anak usia 0 – 3 bulan
 - a. Belajar mengangkat kepala (3 bulan 45 derajat)
 - b. Mengikuti objek dengan mata (3 bulan garis tengah)
 - c. Melihat muka orang dengan tersenyum
 - d. Terkejut terhadap suara
 - e. Mengenal ibunya dengan penglihatan, penciuman, pendengaran, kontak
 - f. Mengoceh spontan atau bereaksi dengan mengoceh
 - g. Menahan benda yang ada dalam genggamannya
2. Anak usia 3 – 6 bulan
 - a. Berbalik dari telungkup telentang
 - b. Mengangkat kepala 90 derajat, mengangkat dada dengan bertopang tangan
 - c. Mulai belajar meraih benda yang ada dalam jangkauannya
 - d. Berusaha memperluas pandangan
 - e. Mengarahkan matanya pada benda kecil
 - f. Tertawa, menjerit karena gembira/ diajak bermain
 - g. Tersenyum bila melihat mainan lucu, gambar pada saat bermain sendiri

3. Anak usia 6 – 9 bulan
 - a. Duduk (sikap tripod- sendiri)
 - b. Merangkak meraih mainan atau mendekati seseorang
 - c. Memindahkan benda dari satu tangan ketangan yang lain
 - d. Memegang benda kecil dengan ibu jari dan jari telunjuk
 - e. Bergembira dengan melempar benda
 - f. Mengeluarkan kata tanpa arti ma, ba
 - g. Mengenal muka anggota keluarga, takut pada orang asing
 - h. Bermain tepuk tangan/ cilup ba
4. Anak usia 9 – 12 bulan
 - a. Merangkak, berdiri
 - b. Dapat berjalan dengan dituntun
 - c. Mengulang menirukan bunyi yang didengar
 - d. 2-3 suku kata
 - e. Mengeksplorasi sekitar, ingin tahu
 - f. Ingin menyentuh apa saja, memasukan benda ke mulut
 - g. Mengerti perintah sederhana, berpartisipasi dalam permainan
5. Anak usia 13 – 18 bulan
 - a. Berjalan- lari
 - b. 3-6 kata

- c. Menyusun 2-4 kubus
 - d. Menggelindingkan bola
 - e. Belajar makan/ minum sendiri
 - f. Membantu/ menirukan pekerjaan RT, memasukan kubus dikotak
 - g. Memperlihatkan rasa cemburu/ bersaing
6. Anak usia 18 – 24 bulan
- a. Lari, naik tangga, jalan mundur, menendang bola
 - b. Menyusun 4-6 kubus, menggambar garis
 - c. 6 kata, menunjuk 6 anggota tubuh
 - d. Gosok gigi dengan bantuan, belajar menyuapi boneka, mulai belajar mengontrol BAB, BAK
 - e. Melepas baju
7. Anak Usia 5 – 6 tahun
- a. Berjalan lurus, naik sepeda, menangkap bola kecil
 - b. Lawan kata
 - c. Mengartikan 7 kata
 - d. Menyebutkan kegunaan alat, terbuat dari apa
 - e. Menghitung 5-10
 - f. Menggambar orang lengkap
 - g. Simpati, mengikuti aturan permainan
 - h. Berpakaian lengkap sendiri

C. Faktor yang Mempengaruhi Perkembangan Anak

1. Faktor genetik

Faktor genetik merupakan modal dasar dan mempunyai peran utama dalam mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang anak. Yang termasuk faktor genetik antara lain adalah berbagai faktor bawaan yang normal dan patologik, jenis kelamin, suku bangsa atau bangsa. Potensi yang baik bila berinteraksi dengan lingkungan yang positif maka akan memberikan hasil yang optimal.

2. Faktor lingkungan

a. Lingkungan Pranatal

Faktor pranatal yang mempengaruhi, antara lain: gizi ibu saat hamil, mekanis, toksin/zat kimia, endokrin, radiasi, infeksi, stress/psikologis ibu, imunitas, anoksia embrio.

b. Lingkungan Perinatal

Faktor pranatal yang mempengaruhi, antara lain: gizi ibu saat hamil, mekanis, toksin/zat kimia, endokrin, radiasi, infeksi, stress/psikologis ibu, imunitas, anoksia embrio.

c. Lingkungan Postnatal

1) Faktor biologis

(a) Ras/suku bangsa, pertumbuhan somatik dipengaruhi oleh ras/suku bangsa. Bangsa/ras Eropa mempunyai pertumbuhan somatik lebih tinggi daripada bangsa Asia.

- (b) Jenis kelamin, dikatakan bahwa anak laki-laki lebih sering sakit dibandingkan anak perempuan, tetapi belum diketahui secara pasti penyebabnya. Pertumbuhan fisik dan gerak berbeda antara anak laki-laki dan perempuan. Anak laki-laki lebih aktif bila dibandingkan dengan anak perempuan.
- (c) Umur, umur yang paling rawan adalah umur satu tahun pertama, karena pada masa itu anak sangat rentan terhadap penyakit dan sering terjadi kurang gizi.
- (d) Gizi, untuk melaksanakan perkembangan diperlukan zat makanan yang adekuat. Gizi yang buruk akan berdampak pada keterlambatan perkembangan.
- (e) Perawatan kesehatan, perawatan kesehatan mencakup pemeriksaan kesehatan, imunisasi, skrining dan deteksi dini gangguan tumbuh kembang, stimulasi dini, serta pemantauan tumbuh kembang.
- (f) Kerentanan terhadap penyakit, kerentanan terhadap penyakit dapat dikurangi antara lain dengan memberikan gizi yang baik, meningkatkan sanitasi, dan memberikan imunisasi.

- (g) Kondisi kesehatan kronis, yakni keadaan yang perlu perawatan terus menerus, tidak hanya penyakit tetapi juga kelainan perkembangan. Anak dengan kondisi kesehatan kronis sering mengalami gangguan tumbuh kembang dan gangguan pendidikannya.
 - (h) Fungsi metabolisme, terdapat perbedaan proses metabolisme yang mendasar diantara berbagai jenjang umur, maka kebutuhan akan berbagai nutrient harus didasari atas perhitungan yang tepat atau memadai sesuai tahapan umur.
 - (i) Hormon, hormon-hormon yang berpengaruh terhadap tumbuh kembang antara lain adalah *growth hormone*, tiroid, hormon seks, insulin, *Insulin-like growth factors* (IGFs), dan hormon yang dihasilkan kelenjar adrenal.
- 2) Faktor lingkungan fisik
- Faktor lingkungan fisik terdiri dari :
- a) Cuaca, musim, keadaan geografis, musim kemarau yang panjang, banjir, gempa bumi, atau bencana alam lainnya dapat berdampak tumbuh kembang anak, sebagai akibat

kurangnya ketersediaan pangan dan meningkatnya wabah penyakit.

- b) Sanitasi, kebersihan baik perorangan maupun lingkungan memegang peranan penting dalam menimbulkan penyakit. Sedangkan anak yang sering menderita sakit pasti tumbuh kembangnya terganggu.
 - c) Keadaan rumah, keadaan rumah akan menjamin kesehatan penghuninya.
 - d) d) Radiasi, tumbuh kembang anak dapat terganggu akibat adanya radiasi tinggi.
- 3) Faktor psikososial

Faktor psikososial terdiri dari :

- a) Stimulasi, anak dapat mendapatkan stimulasi yang terarah dan teratur akan lebih cepat berkembang dibandingkan dengan anak yang kurang/tidak mendapatkan stimulasi. Stimulasi juga akan mengoptimalkan potensi generik yang dimiliki anak.
- b) Motivasi belajar, motivasi belajar dapat ditimbulkan sejak dini dengan memberikan lingkungan yang kondusif untuk belajar.
- c) Ganjaran atau hukuman, ganjaran dapat menimbulkan motivasi yang kuat bagi anak untuk mengulangi tingkah laku yang baik,

sementara menghukum dengan cara yang wajar jika anak berbuat salah masih dibenarkan. Anak diharapkan tahu mana yang baik, sehingga dapat timbul rasa percaya diri pada anak yang penting untuk perkembangannya.

- d) Kelompok sebaya, anak memerlukan teman sebaya untuk bersosialisasi dengan lingkungannya.
- e) Stres, anak yang mengalami stres akan menarik diri, rendah diri, gagap, nafsu makan menurun, dan bahkan bunuh diri.
- f) Sekolah, pendidikan yang baik dapat meningkatkan taraf hidup anak kelak.
- g) Cinta dan kasih sayang, anak memerlukan kasih sayang dan perlakuan yang adil dari orangtua agar tidak menjadi anak yang sombong dan dapat memberikan kasih sayang kelak.
- h) Kualitas interaksi dengan orangtua, interaksi dengan orangtua akan menimbulkan keakraban dan keterbukaan. Interaksi tidak ditentukan oleh lamanya waktu tetapi kualitas interaksi. Kualitas interaksi adalah pemahaman terhadap kebutuhan masing-masing dan upaya optimal untuk memenuhi

kebutuhan tersebut yang dilandasi oleh rasa saling menyayangi.

4) Faktor keluarga dan adat istiadat

Faktor keluarga terdiri dari :

a) Pekerjaan/pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang perkembangan anak, karena orangtua dapat menyediakan kebutuhan dasar anak. Status sosial ekonomi yang rendah dapat dilihat dari pendapatan yang rendah. Status ekonomi rendah berhubungan dengan kemampuan dalam menyediakan makanan yang bergizi, tingkat pendidikan ibu yang rendah, tingkat stres yang tinggi dan stimulasi yang tidak adekuat di rumah.

b) Pendidikan ayah/ibu, pendidikan orangtua yang baik akan mempengaruhi penerimaan informasi seputar perkembangan anak. Terutama informasi mengenai bagaimana cara pengasuhan yang baik, cara menjaga kesehatan anak, serta cara mendidik anak. Semakin tinggi tingkat pendidikan ibu maka akan semakin baik perkembangan anak. Pendidikan ibu yang rendah mempunyai risiko untuk terjadinya keterlambatan perkembangan anak, disebabkan ibu belum

tahu cara memberikan stimulasi perkembangan anaknya. Ibu dengan pendidikan lebih tinggi lebih terbuka untuk mendapatkan informasi dari luar tentang cara pengasuhan anak yang baik, menjaga keseharan, dan pendidikan anak.

- c) Jumlah saudara, jumlah anak yang banyak dapat menyebabkan berkurangnya perhatian dan kasih sayang yang diterima anak, lebih-lebih jika jarak kelahiran anak terlalu dekat.
- d) Jenis kelamin dalam keluarga, pada masyarakat tradisional perkembangan anak perempuan akan lebih terhambat jika dibandingkan anak laki-laki, dikarenakan pandangan status perempuan yang lebih rendah dibandingkan laki-laki. Stabilitas rumah tangga, perkembangan anak pada keluarga yang harmonis akan berbeda jika dibandingkan perkembangan anak pada keluarga yang kurang harmonis.
- e) Kepribadian ayah/ibu, kepribadian orangtua yang terbuka akan mempunyai pengaruh yang berbeda terhadap perkembangan anak jika dibandingkan mereka yang mempunyai kepribadian tertutup.

- f) Pola pengasuhan, anak yang dibesarkan dengan pola pengasuhan permisif akan cenderung menjadi anak yang kurang tanggung jawab, mempunyai kendali emosi yang buruk, dan berprestasi rendah. Sementara itu, anak yang dibesarkan dengan pola pengasuhan yang demokratis mempunyai penyesuaian pribadi dan sosial yang lebih baik, mandiri, dan bertanggung jawab.
- g) Adat istiadat, adat istiadat, norma, dan tabu yang ada di masyarakat akan mempengaruhi perkembangan anak.
- h) Agama. Pengajaran agama harus ditanamkan pada anak sedini mungkin, sehingga tidak hanya perkembangan intelektual dan emosi yang baik, tetapi juga perkembangan moral etika/spiritualnya.

D. Teori Perkembangan

1. Teori Perkembangan Psikososial (Erik H Erickson)
 - a. *Trust vs mistrust -- bayi (lahir – 12 bulan)*
 - Pemenuhan kepuasan untuk makan dan mengisap, rasa hangat dan nyaman, cinta dan rasa aman menghasilkan kepercayaan.

- Pada saat kebutuhan dasar tidak terpenuhi secara adekuat --- bayi menjadi curiga, penuh rasa takut, dan tidak percaya. Hal ini ditandai dengan perilaku makan, tidur dan eliminasi yang buruk.
 - Indikator positif : belajar percaya pada orang lain
 - Indikator negatif : tidak percaya, menarik diri dari lingkungan masyarakat, pengasingan.
- b. *Otonomi vs ragu-ragu dan malu (autonomy vs shame & doubt) -- toddler (1-3 tahun)*
- Anak mulai mengembangkan kemandirian membuka dan memakai baju, berjalan, mengambil, makan sendiri, dan ke toilet. Mulai terbentuk kontrol diri.
 - Jika kemandirian toddler tidak didukung oleh orang tua, mungkin anak memiliki kepribadian yang ragu-ragu, jika anak dibuat merasa buruk pada saat melakukan kegagalan, anak akan menjadi pemalu.
 - Indikator positif : kontrol diri tanpa kehilangan harga diri
 - Indikator negatif : terpaksa membatasi diri atau terpaksa mengalah
- c. *Inisiatif vs merasa bersalah (initiative vs guilt) -- pra sekolah (3-6 tahun)*

- Inisiatif, mencoba hal-hal baru, perilaku kuat, imajinatif, perkembangan perasaan bersalah dan identifikasi dengan orang tua yang berjenis kelamin sama.
 - Pembatasan mencegah anak dari perkembangan inisiatif.
 - Rasa bersalah mungkin muncul pada saat melakukan aktivitas yang berlawanan dengan orang tua. Anak perlu belajar untuk memulai aktivitas tanpa merusak hak-hak orang lain.
 - Indikator positif : mempelajari tingkat ketegasan dan tujuan mempengaruhi lingkungan. Mulai mengevaluasi kebiasaan (perilaku) diri sendiri.
 - Indikator negatif : kurang percaya diri, pesimis, takut salah. Pembatasan dan kontrol yang berlebihan terhadap aktivitas pribadi.
- d. *Industri vs inferior (industry vs inferiority) -- usia sekolah (6-12 tahun)*
- Anak mendapatkan pengenalan melalui demonstrasi ketrampilan dan produksi benda-benda serta mengembangkan harga diri melalui pencapaian. Anak dipengaruhi oleh guru dan sekolah.
 - Perasaan inferior terjadi pada saat orang dewasa memandang usaha anak untuk belajar bagaimana

sesuatu bekerja melalui manipulasi adalah sesuatu yang bodoh atau merupakan masalah.

- Perasaan inferior --- ketidaksuksesan di sekolah, ketidaksuksesan dalam perkembangan ketrampilan fisik dan mencari teman.
 - Indikator positif : mulai kreatif, berkembang, manipulasi. Membangun rasa bersaing dan ketekunan.
 - Indikator negatif : hilang harapan, merasa cukup, menarik diri dari sekolah dan teman sebaya.
- e. *Identitas vs bingung peran (identity vs role confusion) -- remaja (12 - 18 tahun)*
- Individu mengembangkan penyatuan rasa “ diri sendiri”. Teman sebaya mempunyai pengaruh yang kuat terhadap perilaku.
 - Kegagalan untuk mengembangkan rasa identitas --- kebingungan peran, yang sering muncul dari perasaan tidak adekuat, isolasi dan keraguan.
 - Indikator positif : menghubungkan sesuatu dengan perasaan diri, merencanakan aktualisasi diri.
 - Indikator negatif : kebingungan, ragu-ragu, dan tidak mampu menemukan identitas diri

f. *Intimasi vs isolasi (intimacy vs isolation) – dewasa muda (18-25 sampai 45 tahun)*

- Individu mengembangkan kedekatan dan berbagi hubungan dengan orang lain, yang mungkin termasuk pasangan seksual. Ketidakpastian individu mengenai diri sendiri akan mempunyai kesulitan mengembangkan keintiman. Seseorang tidak bersedia atau tidak mampu berbagi mengenai diri sendiri, akan merasa sendiri.
- Indikator positif : berhubungan intim dengan orang lain. Mempunyai komitmen dalam bekerja dan berhubungan dengan orang lain.
- Indikator negatif : menghindari suatu hubungan, komitmen gaya hidup atau karir.

g. *Generativitas vs stagnasi atau absorpsi diri – dewasa tengah (45 – 65 tahun)*

- Orang dewasa --- bimbingan untuk generasi selanjutnya, mengekspresikan kepedulian pada dunia di masa yang akan datang
- Absorpsi diri orang dewasa akan direnungkan dengan kesejahteraan pribadi dan peningkatan materi
- Perenungan diri sendiri mengarah pada stagnasi kehidupan

- Indikator positif : kreatifitas, produktivitas dan perhatian dengan orang lain
 - Indikator negatif : perhatian terhadap diri sendiri, kurang merasa nyaman
- h. *Integritas ego vs putus asa -- dewasa akhir (65 tahun keatas)*
- Masa lansia dapat melihat ke belakang dengan rasa puas dan penerimaan hidup dan kematian
 - Resolusi (pencapaian) yang tidak berhasil dalam krisis ini bisa menghasilkan perasaan putus asa karena individu melihat kehidupan sebagai bagian dari ketidakberuntungan, kekecewaan dan kegagalan
 - Indikator positif : penerimaan kehidupan pribadi sebagai sesuatu yang berharga dan unik. Siap menerima kematian
 - Indikator negatif : perasaan kehilangan, jijik terhadap orang lain.

2. Teori Perkembangan Psikoseksual (Sigmund Freud)

a. Tahap oral-sensori (lahir sampai usia 12 bulan)

Karakteristik :

- 1) Aktivitas melibatkan mulut (sumber utama kenyamanan)

- 2) Perasaan dependen (bergantung pada orang lain)
- 3) Individu yang terfiksasi kesulitan mempercayai orang lain, menunjukkan perilaku seperti menggigit kuku, mengunyah permen karet, merokok, menyalahgunakan obat, minum alkohol, makan terlalu banyak, overdependen.

b. Tahap anal-muskular (usia 1-3 tahun / toddler)

Karakteristik :

- 1) Organ anus dan rectum merupakan sumber kenyamanan
- 2) Masa “toilet training” --- dapat terjadi konflik
- 3) Mengotori adalah aktivitas yang umum
- 4) Gangguan pada tahap ini dapat menimbulkan kepribadian obsesif-kompulsif seperti keras kepala, kikir, kejam dan tempertantrum

Implikasi : “toilet training” sebaiknya sebagai pengalaman yang menyenangkan, pujian yang tepat dapat menimbulkan kepribadian yang kreatif dan produktif & tdk malu mengambil keputusan

c. Tahap falik (3-6 tahun / pra sekolah)

Karakteristik :

- 1) Organ genital sebagai sumber kenyamanan
- 2) Masturbasi dimulai dan keingintahuan seksual menjadi terbukti

- 3) Dapat mengalami kompleks Oedipus atau kompleks Elektra
- 4) Hambatan pada tahap ini dapat menyebabkan kesulitan dalam identitas seksual dan bermasalah dengan otoritas, ekspresi malu, dan takut.

Implikasi : mengembangkan identitas seksual. Anak sebaiknya mengenali hubungan dengan orang lain di luar anggota keluarga.

d. Tahap latensi (6-12 tahun / masa sekolah)

Karakteristik :

- 1) Energi digunakan untuk aktivitas fisik dan intelektual
- 2) Ini adalah periode tenang, dimana kegiatan seksual tidak muncul (tidur).
- 3) Anak mungkin terikat dalam aktivitas erogenus (perasaan erotik) dengan teman sebaya yang sama jenis kelaminnya.
- 4) Penggunaan koping dan mekanisme pertahanan diri muncul pada waktu ini
- 5) Konflik yang tidak diatasi pada masa ini dapat menyebabkan obsesif dan kurang motivasi diri.

Implikasi : anjurkan anak mencari aktivitas fisik dan intelektual.

- e. Genital (13 tahun keatas / pubertas atau remaja sampai dewasa)

Karakteristik :

- 1) genital menjadi pusat dari tekanan dan kesenangan seksual
- 2) Produksi hormon seksual menstimulasi perkembangan heteroseksual
- 3) Energi ditujukan untuk mencapai hubungan seksual yang matur
- 4) Pada awal fase sering terjadi emosi yang belum matang, kemudian mulai berkembang kemampuan untuk menerima dan memberi cinta

Implikasi : anjurkan untuk mandiri, dapat membuat keputusan sendiri dan berpisah dengan kedua orang tua.

3. Teori perkembangan Kognitif Piaget (1952)

a. Fase sensorimotor (lahir – 2 tahun)

- Tahap 1 : Penggunaan aktivitas refleks (lahir – 1bulan)
- Tahap 2 : reaksi sirkular primer (1-4 bulan)
- Tahap 3 : reaksi sirkular sekunder (4-8 bulan)
- Tahap 4 : koordinasi dari skema sekunder (8-12 bulan)
- Tahap 5 : reaksi sirkular tersier (12-18 bulan)

- Tahap 6 : intervensi dari arti baru (18-24 bulan)
- b. Fase preoperasional (2-7 tahun)
- Simbol seperti kata untuk mewakili manusia, benda dan tempat.
 - Kemampuan berfokus hanya pada satu aspek pada satu waktu, dan pemikiran sering terlihat tidak logis, misal mobil menabrak anjing karena anak laki-laki marah pada anjing tersebut
 - Tahap pre konseptual (2-4 tahun) = sangat egosentris, “saya”, Perkembangan bahasa, kata-kata dengan objek.
 - Tahap intuitif (4-7 tahun) = Egosentris anak mulai berkurang, Klasifikasi sesuatu dengan satu atribut biasanya warna atau bentuk.
- c. Fase konkret operasional (7-11 tahun)
- Memecahkan masalah konkret
 - Mulai mengerti tentang suatu hubungan misalnya ukuran, mengerti kanan dan kiri
 - Anak dapat membuat alasan mengenai apa itu, tapi tidak dapat membuat hipotesa mengenai apa kemungkinannya dan dengan demikian tidak dapat berpikir mengenai masalah ke depan
- d. Fase formal operasional (11-15 tahun)

- Pemikiran rasional
- Kemampuan untuk berperilaku yang abstrak, dan muncul pemikiran ilmiah
- Menyadari masalah moral dan politik dari berbagai pandangan yang ada

E. Beberapa Gangguan Tumbang yg sering ditemukan pada Anak

1. Gangguan bicara dan berbahasa
2. Cerebral palsy
3. Sindrom down
4. Perawakan pendek
5. Gangguan autisme
6. Retardasi mental
7. Gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (GPPH)

F. Aplikasi Konsep Tumbuh Kembang Dalam Keperawatan

1. Teori perkembangan hanya menjelaskan satu aspek dimana perawat perlu mengaplikasikan beberapa teori perkembangan untuk memahami tumbuh kembang klien saat melakukan pengkajian maupun implementasi tindakan keperawatan
2. Tiap-tiap individu berbeda dan tidak mudah untuk disamakan antara individu yang satu dengan yang lain terhadap tugas-tugas perkembangannya.

3. Teori-teori tumbuh kembang bermanfaat untuk pengkajian, mengetahui tingkatan perilaku klien, dan memberikan intervensi keperawatan
4. Konsep pertumbuhan dan perkembangan manusia ini dapat dijadikan sebagai dasar dalam mempelajari konsep tumbuh kembang pada berbagai usia

BAB 3

KONSEP HOSPITALISASI

Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu memahami konsep perawatan anak sakit dan hospitalisasi

A. Pendahuluan

Hospitalisasi dianggap sebagai suatu peristiwa yang bisa membuat stres pada anak. Stressor yang diterima anak selama dirawat dapat berupa lingkungan rumah sakit yang asing, kondisi fisik seperti rasa sakit dan penyakit yang anak alami, prosedur perawatan dan pemeriksaan medis di rumah sakit. Stres pada anak dapat menyebabkan gangguan tidur, penurunan nafsu makan, dan gangguan perkembangan sehingga hal tersebut dapat menunda proses penyembuhan penyakit (Kazemi et al, 2012).

B. Definisi

Menurut Supartini (2004), hospitalisasi merupakan suatu proses dimana karena alasan tertentu atau darurat mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi perawatan sampai pemulangnya kembali ke rumah.

Hospitalisasi pada anak adalah suatu sindrom yang terjadi pada anak yang dirawat di rumah sakit secara

terpisah dari ibunya atau pengganti peran ibu dalam kurun waktu yang lama. Kondisi ini ditandai dengan tidak adanya kegairahan, tidak responsif, kurus, pucat, nafsu makan buruk, tidur terganggu, episode demam, hilangnya kebiasaannya menghisap dan nampak tidak bahagia. Gangguan ini dapat pulih kembali dengan anak dalam waktu 2-3 minggu. (Bastaman et al, 2004).

Hospitalisasi adalah suatu keadaan krisis pada anak, saat anak sakit dan dirawat di rumah sakit. Keadaan ini terjadi karena anak berusaha untuk beradaptasi dengan lingkungan asing dan baru yaitu rumah sakit, sehingga kondisi tersebut menjadi faktor stressor bagi anak baik terhadap anak maupun orang tua dan keluarga (Wong, 2000).

C. Stressor pada Anak yang Dirawat di Rumah Sakit

Stresor atau pemicu timbulnya stres pada anak yang dirawat di rumah sakit dapat berupa perubahan yang bersifat fisik, psiko-sosial, maupun spiritual. Perubahan lingkungan fisik ruangan seperti fasilitas tempat tidur yang sempit dan kurang nyaman, tingkat kebersihan kurang, dan pencahayaan yang terlalu terang atau terlalu redup. Selain itu suara yang gaduh dapat membuat anak merasa terganggu atau bahkan menjadi ketakutan. Keadaan dan warna dinding maupun tirai dapat membuat anak merasa kurang nyaman (Keliat, 1998)

D. Reaksi Anak akibat Hospitalisasi berdasarkan Usia Perkembangannya

1. Infant : Trust vs Mistrust

Anak mengembangkan trust melalui hubungan yang dekat dengan pengasuh utama, berespon dengan lingkungan eksternal, mulai mengeksplorasi lingkungan.

Permasalahan :

a. Rasa takut

- Menangis, iritabilitas
- Pada bayi yang lebih besar → menolak/ menarik diri dari pengasuh

b. Ansietas

- Perpisahan: protes, putus harapan, menjauh
- Ansietas, sedih, marah ditunjukkan dengan menangis, menjerit, mencari ortu, menolak orang asing, aktifitas fisik

c. Menarik diri, inaktif, tidak tertarik dengan lingkungan

d. Mudah teralih perhatian pada bayi lebih muda

e. Membatasi fisik terhadap restrain dan prosedur bayi lebih tua

f. Tidak berdaya

- Letargi dengan ketergantungan tinggi
- Distress emosi karena immobilisasi
- Menolak makan dan bermain

- Sering menangis dan mengeluh
 - Tanpa ekspresi
- g. Gangguan citra diri
- Distress emosional b.d cedera pada tubuh, khususnya kejadian perdarahan pada bayi yang lebih tua
 - Protes karena pengalaman nyeri berulang

Manajemen asuhan keperawatan :

- Berikan asuhan yang konsisten
- Menyanyi dan berbicara dengan bayi
- Sentuh, pegang, gendong bayi dan terus berinteraksi selama prosedur
- Anjurkan interaksi dengan ortu: rooming in, ortu bicara ke anak dan ijin saat mau pergi
- Berikan mainan yang membuat rasa aman

2. Batita dan Balita

- Otonomi vs malu- malu dan ragu- ragu
- Inisiatif vs rasa bersalah
- Anak belajar ketrampilan baru, mobilisasi dan komunikasi untuk mengembangkan kedekatan dengan keluarga dan pengasuh, eksplorasi lingkungan dan mulai menyempurnakan gerakan motorik halus

Permasalahan :

- a. Rasa takut

- Memandang penyakit dan hospitalisasi sebagai hukuman
 - Takut terhadap lingkungan dan orang tidak dikenal
 - Pemahaman yang tidak sempurna tentang penyakit
 - Pemikiran sederhana
 - Demonstrasikan: menangis, merengek, mengangkat lengan, mengisap jempol, menyentuh bagian tubuh yang sakit berulang- ulang
- b. Ansietas: cemas tentang kejadian yang tidak dikenal
- Protes (menangis dan marah), merengek
 - Putus harapan: komunikasi buruk, kehilangan ketrampilan yang baru, tidak berminat
 - Menyendiri terhadap lingkungan rumah sakit
- c. Tidak berdaya
- Merasa gagap karena hilangnya ketrampilan
 - Mimpi buruk dan takut kegelapan, orang asing, orang berseragam dan yang memberi pengobatan/ perawatan
 - Regresi dalam toileting, tergantung saat makan, menghisap jempol
 - Protes dan ansietas karena restrain
- d. Gangguan citra diri
- Sedih dengan perubahan citra diri (perdarahan)
 - Takut terhadap prosedur invasif (nyeri)
 - Mungkin berpikir: bagian tubuh akan keluar kalau selang di cabut

Manajemen asuhan keperawatan

- Anjurkan orangtua berada disamping anak saat prosedur invasif yang menyakitkan
- Dekatkan mainan favorit anak
- Pertahankan kontak maksimal dengan beberapa perawat. Kenalkan perawat disamping ortu, ijin anak bertemu perawat sebelum prosedur dilakukan
- Bantu kunjungan saudara kandung
- Biarkan beberapa regresi dan jelaskan ke orang tua
- Komunikasikan penerimaan regresi ke anak
- Gunakan restrain minimal
- Biarkan anak bebas bergerak selama dan setelah prosedur jika memungkinkan
- Fasilitas rooming in
- Bantu anak menyembunyikan perubahan tubuh (kamufase)

3. Anak Sekolah Awal

- Industri vs Inferioritas
- Anak mempertahankan hubungan baru dengan teman sebaya dan teman di luar keluarga
- Anak belajar mengkoordinasikan ketrampilan untuk menyelesaikan “proyek”, aplikasi gerak motorik halus, kembangkan kemampuan fisik

Permasalahan :

- a. Rasa takut

- Pahami penyebab penyakit → tertular orang lain/ tertelan bakteri
 - Ekspresi verbal dan non verbal (senyum kecut, menangis, merengek, marah, aktifitas berlebihan)
- b. Ansietas
- Pahami alasan dipisahkan, tetapi masih butuh keberadaan orang tua
 - Lebih peduli terhadap rutinitas sekolah dan teman-teman
 - Tidak berdaya
 - Marah dan frustrasi
 - Lamanya immobilisasi dihubungkan dengan menarik diri, bosan, perasaan anti pati
 - Peduli terhadap kehilangan kontrol emosi, malu karena menangis yang berlebihan selama pengobatan
 - Tergantung dan immobilisasi
- c. Gangguan citra diri
- Peduli terhadap perubahan tubuh, tidak berani melihat insisi/ alat-alat
 - Dapat mengatasi nyeri ringan dengan alih perhatian
 - Takut terhadap pembedahan pada daerah genitalia
 - Peduli pada pengobatan/ kondisi yang membatasi

aktifitas/ bermain

Manajemen asuhan keperawatan :

- Batasi aturan dan dorongan pada perilaku
- Anjurkan ortu merencanakan kunjungan dengan anak
- Rencanakan kontak dengan guru dan teman
- Rencanakan aktifitas bermain—► bergerak
- Ijinkan anak memilih dalam batasan yang dapat diterima
- Berikan cara- cara anak yang dapat membantu pengobatan dan puji atas kerjasama anak

4. Anak Sekolah Lanjut

- Industri vs Inferior
- Anak mengembangkan kemampuan memecahkan masalah, belajar mengendalikan emosi, mengembangkan ketrampilan gerak motorik dan sosial lebih baik, belajar bekerjasama dengan anggota kelompok

Permasalahan :

a. Rasa takut

- Pahami bahwa penyakit beragam
- Menunjukkan sedikit rasa takut tapi bisa ketakutan kalau pengalaman lalu menyakitkan

b. Ansietas

- Pada ortu penting tetapi tidak harus

- Peduli terhadap perpisahan dari guru dan teman
 - Cemas terhadap kehilangan PR sekolah dan perubahan peran dalam kelompok
- c. Tidak berdaya
- Berusaha mandiri
 - Mencoba “berani” selama prosedur
 - Kasar pada ortu saat berusaha mandiri membuat stress
 - Peduli terhadap cara mengekspresikan perasaan dan malu terhadap perilaku berlebihan
 - Merasa tidak pasti terhadap masa depan karena penyakit dan hospitalisasi

Manajemen asuhan keperawatan :

- Monitor perilaku untuk menentukan kebutuhan emosi terutama pada anak yang menarik diri dan tidak berespon
- Jelaskan prosedur rinci (jika anak meminta)
- Anjurkan kunjungan teman sebaya
- Diskusikan respon terhadap pertanyaan tentang penyakit dan perubahan tubuh
- Berikan waktu diskusi
- Biarkan anak memilih, partisipasi, privasi

5. Remaja

- Identitas vs Bingung Peran

- Anak mengembangkan cara baru berinteraksi dengan keluarga dan teman sebaya, belajar peran sesuai gender dan bekerja mempertahankan peran sosial baru, mengembangkan ketrampilan pemecahan masalah, belajar fungsi mandiri

Permasalahan :

a. Rasa takut

- Dapat berpikir hipotesis (sakit karena disfungsi fisiologis dan emosional)
- Banyak bertanya dan mengekspresikan rasa takut secara verbal tentang konsekuensi penyakit

b. Ansietas

- Perpisahan dengan sekolah dan teman lebih bermakna daripada ortu
- Menarik diri karena perubahan penampilan

c. Tidak berdaya

- Peduli terhadap kehilangan fungsi mandiri
- Sulit mengijinkan bantuan secara fisik dan emosi saat marah, frustrasi, menarik diri

d. Gangguan citra diri

- Peduli dengan ancaman perubahan terhadap perkembangan identitas seksual dan peran sesuai gender
- Amat peduli terhadap perubahan citra diri, khawatir tentang tanggapan orang lain, dikasihani
- Sulit bekerjasama jika pengobatan berhubungan

dengan perubahan citra diri.

Manajemen asuhan keperawatan:

- Fasilitasi perencanaan aktifitas (peer)
- Jelaskan ke ortu tentang kebutuhan mandiri
- Monitor perilaku bahwa anak ingin bicara
- Berikan permainan dan aktifitas lain yang membantu diskusi
- Berikan penyuluhan rinci tentang prosedur pengobatan, terapi yang menyangkut genital
- Berikan privasi setiap prosedur

E. Faktor yang menimbulkan stres ketika anak menjalani hospitalisasi

Beberapa faktor yang dapat menimbulkan stres ketika anak menjalani hospitalisasi seperti

1. Faktor Lingkungan rumah sakit.

Rumah sakit dapat menjadi suatu tempat yang menakutkan dilihat dari sudut pandang anak-anak. Suasana rumah sakit yang tidak familiar, wajah-wajah yang asing, berbagai macam bunyi dari mesin yang digunakan, dan bau yang khas, dapat menimbulkan kecemasan dan ketakutan baik bagi anak ataupun orang tua. (Norton-Westwood,2012)

2. Faktor Berpisah dengan orang yang sangat berarti.

Berpisah dengan suasana rumah sendiri, benda-benda yang familiar digunakan sehari-hari, juga rutinitas yang biasa dilakukan dan juga berpisah dengan anggota keluarga lainnya (Pelander & Leino-Kilpi,2010)

3. Faktor kurangnya informasi yang didapat anak dan orang tuanya

Hal ini dimungkinkan mengingat proses hospitalisasi merupakan hal yang tidak umum di alami oleh semua orang. Proses ketika menjalani hospitalisasi juga merupakan hal yang rumit dengan berbagai prosedur yang dilakukan (Gordon dkk,2010).

4. Faktor kehilangan kebebasan dan kemandirian

Aturan ataupun rutinitas rumah sakit, prosedur medis yang dijalani seperti tirah baring, pemasangan infus dan lain sebagainya sangat mengganggu kebebasan dan kemandirian anak yang sedang dalam taraf perkembangan (Price & Gwin,2005)

5. Faktor pengalaman yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan.

Semakin sering seorang anak berhubungan dengan rumah sakit, maka semakin kecil bentuk kecemasan atau malah sebaliknya (Pelander & Leino-Kilpi,2010).

6. Faktor perilaku atau interaksi dengan petugas rumah sakit; khususnya perawat

Mengingat anak masih memiliki keterbatasan dalam

perkembangan kognitif, bahasa dan komunikasi. Perawat juga merasakan hal yang sama ketika berkomunikasi, berinteraksi dengan pasien anak yang menjadi sebuah tantangan, dan dibutuhkan sensitifitas yang tinggi serta lebih kompleks dibandingkan dengan pasien dewasa. Selain itu berkomunikasi dengan anak juga sangat dipengaruhi oleh usia anak, kemampuan kognitif, tingkah laku, kondisi fisik dan psikologis tahapan penyakit dan respon pengobatan (Pena & Juan,2011).

F. Respon Keluarga terhadap Hospitalisasi

1. Respon orangtua

Beberapa penelitian menunjukkan, orang tua merasakan kecemasan yang tinggi terutama ketika pertama kali anaknya dirawat di RS, orang tua yang kurang mendapat dukungan emosi dan sosial keluarga, kerabat dan petugas kesehatan dan saat orang tua mendengar keputusan dokter tentang diagnosa penyakit anaknya (Frieddman,1997).

Reaksi orang tua terhadap penyakit anak sangat bergantung kepada keberagaman faktor-faktor yang mempengaruhinya antara lain: (1) keseriusan ancaman terhadap anak, (2) pengalaman sebelumnya dengan sakit atau hospitalisasi, (3) prosedur medis yang terlibat dalam diagnosis dan pengobatan, (4) sistem pendukung yang

ada, (5) kekuatan ego pribadi, (6) kemampuan koping sebelumnya, (7) stres tambahan pada sistem keluarga, (8) keyakinan budaya dan agama, serta (9) pola komunikasi di antara anggota keluarga (Wong,2003).

2. Respon Sibling

Sibling sangat terpengaruh dalam menghadapi anggota keluarga yang sedang dirawat di rumah sakit. Sibling akan merasa cemburu, marah, benci, iri dan merasa bersalah. Hal tersebut dikarenakan secara tiba-tiba perhatian keluarga sedang tertuju kepada saudaranya yang sakit sehingga sibling akan merasa terabaikan.

Untuk mengatasi hal ini, perawat dapat membantu orang tua mengidentifikasi dan memenuhi kebutuhan sibling antara lain: (1) memberikan informasi tentang kondisi penyakit saudara kandung dan sejauh mana perkembangannya, (2) membiarkan sibling untuk mengunjungi saudaranya yang dirawat, (3) anjuran untuk memberikan perhatian seperti membuat gambar atau kartu serta (4) menelpon saudaranya yang dirawat, membiarkan sibling untuk terlibat dalam perawatan saudara kandung semampunya (Price & Gwin,2005).

G. Dampak Hospitalisasi

Anak-anak dapat bereaksi terhadap stres hospitalisasi

sebelum mereka masuk, selama hospitalisasi, dan setelah pemulangan. Sejumlah faktor resiko membuat anak-anak tertentu lebih rentan terhadap stres hospitalisasi dibandingkan dengan lainnya. Mungkin karena perpisahan merupakan masalah penting seputar hospitalisasi bagi anak-anak yang lebih muda, anak yang aktif dan berkeinginan kuat, cenderung lebih baik ketika hospitalisasi dibandingkan anak yang pasif. Hal ini mengharuskan perawat harus mewaspadaai anak-anak yg pasif karena membutuhkan dukungan yang lebih banyak daripada anak yang aktif.

Berkembangnya gangguan emosional jangka panjang dapat merupakan dampak dari hospitalisasi. Gangguan emosional tersebut terkait dengan lama dan jumlah masuk rumah sakit, dan jenis prosedur yang dijalani di rumah sakit. Hospitalisasi berulang dan lama rawat lebih dari 4 minggu dapat berakibat gangguan dimasa yang akan datang.

H. Intervensi Keperawatan Dalam Mengatasi Dampak Hospitalisasi

Perawat memiliki peranan penting dalam memberikan dukungan bagi anak dan keluarga guna mengurangi respon stres anak terhadap hospitalisasi. Intervensi untuk meminimalkan respon stres terhadap hospitalisasi menurut Hockenberry dan Wilson (2007), dapat dilakukan hal-hal

sebagai berikut: (1) meminimalkan pengaruh perpisahan, (2) meminimalkan kehilangan kontrol dan otonomi, (3) mencegah atau meminimalkan cedera fisik, (4) mempertahankan aktivitas yang menunjang perkembangan, (5) bermain, (6) memaksimalkan manfaat hospitalisasi anak, (7) mendukung anggota keluarga, (8) mempersiapkan anak untuk dirawat di rumah sakit.

1. Mencegah dan meminimalkan perpisahan

Menurut Price & Gwin (2005), seorang perawat harus mengerti akan tahap-tahap perpisahan pada anak yang sedang menjalani hospitalisasi dan mengerti akan keterbatasan anak mentoleransi ketidakhadiran orang tua. Ia akan melihat bahwa kunjungan orang tua adalah hal yang sangat penting, meskipun di sisi lain teridentifikasi bahwa proses perpisahan dan pertemuan kembali juga merupakan hal yang sangat menyakitkan. Mempertimbangkan kondisi tersebut, maka pendidikan kesehatan pada orang tua perlu dilakukan untuk memfasilitasi agar kunjungan orang tua dapat teratur dan meminimalisasi perasaan tidak adekuat. Selain kunjungan orang tua, kehadiran orang dekat lainnya dapat dilakukan sebagai pengganti ketidakhadiran orang tua.

Lingkungan yang akrab juga meningkatkan penyesuaian anak terhadap perpisahan. Jika orang tua tidak dapat melakukan rawat gabung, mereka harus

membawa barang-barang kesukaan anak dari rumah ke rumah sakit seperti selimut, alat bermain, botol, peralatan makan, atau pakaian. Kehadiran benda-benda mati tersebut dapat memberikan rasa nyaman dan ketenangan pada anak.

2. Meminimalkan kehilangan kontrol dan otonomi

Kehilangan kendali dapat terjadi akibat perpisahan, retriaksi fisik dan perubahan rutinitas. Kehilangan kendali dapat dicegah dengan meningkatkan kebebasan bergerak, mempertahankan rutinitas anak, mendorong kemandirian dan meningkatkan pemahaman.

3. Mencegah atau meminimalkan cedera fisik

Anak akan dihantui rasa takut akan nyeri dalam menghadapi prosedur menyakitkan. Teknik manipulasi prosedural untuk setiap kelompok umur dapat meminimalkan ketakutan terhadap cedera tubuh. Intervensi yang paling mendukung adalah dengan prosedur secepat mungkin dan mempertahankan kontak orang tua dengan baik.

4. Mempertahankan aktivitas yang menunjang perkembangan

Salah satu tujuan dari asuhan keperawatan adalah tetap menjaga perkembangan anak saat dihospitalisasi. Berbagai cara yang bisa dilakukan diantaranya adalah dengan meminimalkan perpisahan, memberikan

kesempatan anak untuk berpartisipasi dalam aktivitas-aktivitas yang sesuai dengan tingkat perkembangan anak.

5. Memberikan kesempatan untuk bermain

Bermain adalah suatu aktivitas yang tidak bisa ditinggalkan anak. Bermain sangat penting untuk perkembangan mental, emosional dan kesejahteraan sosial anak. Kebutuhan bermain tidak dapat dihentikan sewaktu anak mendapat perawatan di rumah sakit. Permainan disesuaikan dengan kondisi anak dan tingkat perkembangannya.

6. Mendorong partisipasi orang tua

Mencegah dan meminimalkan perpisahan merupakan tujuan utama keperawatan dengan mempertahankan kontak antara orang tua dengan anak. Pendekatan terbaik adalah menganjurkan orang tua untuk tetap bersama anak dan berpartisipasi dalam perawatan jika memungkinkan. Staf rumah sakit harus menghargai kelanjutan kelekatan orang tua dan anak. Orang tua selalu dilibatkan dalam perencanaan asuhan keperawatan dan berperan dalam pemulihan kondisi anak.

BAB 4

KONSEP ATRAUMATIC CARE

Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu memahami perawatan yang tidak menimbulkan trauma pada anak

A. Pendahuluan

Pemberian asuhan keperawatan kepada klien anak, seorang perawat harus memahami bahwa semua asuhan keperawatan anak harus berpusat pada keluarga (*family center care*) untuk mencegah terjadinya trauma (atraumatik care) (Usman, 2020).

B. Definisi

Atraumatic care adalah penyediaan asuhan terapeutik dalam lingkungan, oleh personel, dan melalui penggunaan intervensi yang menghapuskan atau memperkecil distres psikologis dan fisik yang diderita oleh anak-anak dan keluarganya dalam sistem pelayanan kesehatan (Wong, et al., 2009). Atraumatic care adalah bentuk perawatan terapeutik yang diberikan oleh tenaga kesehatan dalam tatanan pelayanan kesehatan anak, melalui penggunaan tindakan yang dapat mengurangi distres fisik maupun distres psikologis yang dialami anak maupun orang tua (Supartini, 2014). Sedangkan menurut Purnama (2018)

Atraumatic care merupakan bentuk perawatan terapeutik yang diberikan oleh tenaga kesehatan dalam tatanan pelayanan kesehatan anak melalui penggunaan tindakan yang dapat mengurangi distress fisik maupun distress psikologis yang dialami anak maupun orang tua.

Atraumatic care berhubungan dengan siapa, apa, kapan, dimana, mengapa, bagaimana dari setiap prosedur tindakan yang ditujukan pada anak. Dapat disimpulkan bahwa *atraumatic care* adalah tindakan untuk mengurangi pengalaman stres yang dialami anak dan orang tua yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit, perawat anak, spesialis anak, dan tenaga kesehatan lainnya. *Atraumatic care* berfokus pada pencegahan terhadap trauma yang dialami anak dan orang tua yang menjalani hospitalisasi dan merupakan bagian dari keperawatan anak.

C. Tujuan *atraumatic care*

Tujuan *atraumatic care* adalah untuk mengurangi dampak trauma saat menjalani perawatan fisik pada anak maupun keluarga (Hockenberry & Wilson, 2013). Tujuan utama perawatan atraumatik adalah ~Pertama, jangan melukai, yang memberikan kerangka kerja untuk mencapai tujuan ini adalah dengan mencegah atau meminimalkan pemisahan anak dari keluarganya, meningkatkan pengendalian perasaan dan mencegah atau meminimalkan nyeri dan cedera pada tubuh

D. Prinsip *atraumatic care*

Prinsip *atraumatic care* dalam memberikan asuhan keperawatan kepada anak keluarganya, seperti: melibatkan orang tua dalam setiap tindakan atau implementasi yang akan dilakukan untuk kesembuhan sang buah hati, membolehkan anak membawa boneka atau kesayangan selama perawatan (Usman, 2020).

Prinsip *atraumatic care* dalam memberikan asuhan keperawatan kepada anak maupun keluarganya, meliputi:

1. Mencegah serta mengurangi dampak perpisahan anak dengan keluarga.

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

Beberapa tindakannya sebagai berikut :

- a. Orang tua berperan aktif selama proses hospitalisasi (*rooming in*).
 - b. Ijinkan ortu untuk memantau anak setiap waktu untuk mempertahankan kontak
 - c. Fasilitasi pertemuan anak dengan teman sekolah dan guru untuk mempertahankan kontak dengan kegiatan sekolah
2. Kemampuan orang tua dalam mengawasi perawatan anaknya.

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

Upaya :

- a. Bersikap kooperatif dengan perawat, maka pembatasan fisik dapat dilakukan. Jika anak harus diisolasi, modifikasi lingkungan dapat dilakukan untuk mengurangi stress.
- b. Buat jadwal kegiatan untuk setiap prosedur yang akan dilakukan, *therapeutic play* atau aktivitas lainnya.
- c. Beri kesempatan anak untuk mengambil keputusan dari setiap tindakan keperawatan dengan melibatkan orang tua.
- d. Orang tua diperbolehkan untuk mengetahui keadaan kesehatan anaknya
- e. Pertahankan kegiatan harian anak seperti ketika di rumah
- f. Libatkan orang tua dan anak dalam asuhan keperawatan yang akan dilakukan dari proses perencanaan sampai evaluasi.

3. Mencegah dan mengurangi (injury) atau nyeri dan dampak psikologis.

Dalam keperawatan tindakan mengurangi nyeri harus dilakukan. Walaupun proses pengurangan nyeri sering kali tidak bisa dihilangkan dengan cepat akan tetapi dapat dikurangi. Apabila tindakan pencegahan tidak dilakukan maka cedera dan nyeri akan berlangsung lama pada anak sehingga dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak. Tindakan atau upaya yang dapat dilakukan meliputi :

- a. Menjelaskan setiap tindakan keperawatan yang dapat menyebabkan nyeri dan beri dukungan
- b. Terapkan *therapeutic play* pada anak sebelum melaksanakan tindakan
- c. Libatkan orang tua dalam setiap tindakan keperawatan
- d. Sikap empati perawat diperlukan sebagai pendekatan
- e. Orientasi kamar bedah, tindakan yang akan dilakukan
- f. Cegah dan minimalisir dampak dan tindakan yang menyebabkan nyeri seperti injeksi apabila memungkinkan
- g. Cegah dan minimalisir stres fisik yang dirasakan anak selama proses hospitalisasi.
- h. Teknik anestesi dapat digunakan setiap prosedur

tindakan keperawatan.

- i. Restrain dapat digantikan dengan tindakan alternatif berupa *therapeutic hugging*
 - j. Latih anak teknik relaksasi apabila anak akan menjalani prosedur operasi.
4. Tidak melakukan kekerasan pada anak.

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

5. Modifikasi lingkungan fisik.

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

Upaya atau tindakan yang dapat dilakukan meliputi :

- a. Mengusahakan ruang rawat anak dan ruang tindakan anak selalu bersih, rapi, tidak berisik, terdapat ventilasi, suhu sesuai dengan keadaan anak.
- b. Lemari, kursi, tmpt tidur, serta meja dalam ruang rawat maupun ruang tindakan harus tersusun rapi
- c. Ruang rawat dan tindakan dibuat semenarik mungkin

- d. Adanya tempat bermain untuk anak

E. Faktor yang mempengaruhi penerapan *atraumatic care*

1. Fasilitas Rumah Sakit, meliputi :

- a. Ruang tindakan khusus anak dan ruang bermain dibangsal/ruangan.

- b. Dukungan birokrasi

Penerapan kemajuan teknologi dengan *atraumatic care* dapat berupa modifikasi lingkungan yaitu penerapan fasilitas yang dapat mengurangi stres hospitalisasi anak.

2. Dukungan orang tua dan keluarga

- a. Peran orang tua selama anak menjalani perawatan kesehatan dan prosedur medis sangat bermanfaat untuk anak dan orang tua.

- b. Orang tua perlu dilibatkan pada setiap tindakan yang akan dilakukan pada anak.

- c. Edukasi tentang tindakan dapat menurunkan stres orang tua

3. Pengalaman kerja perawat

Komunikasi dengan anak penting dalam membangun kepercayaan diri perawat dan anak, sehingga terjalin rasa kasih sayang, saling percaya dan anak akan merasa dihargai oleh perawat. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sunaldi (2016) adalah penerapan perawatan

atraumatic care yang dilakukan oleh perawat di ruang rawat inap anak mempunyai hubungan yang signifikan dengan penurunan tingkat kecemasan saat injeksi intra vena pada anak usia toddler.

4. Persepsi orang tua dan keluarga terhadap perawat.
 - a. Perbedaan persepsi dapat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan orang tua semakin tinggi pendidikan orang tua maka diharapkan semakin mudah orang tua menerima dan memahami informasi dari perawat.
 - b. Tingkat pengetahuan dapat mempengaruhi tingkatan stres sehingga berdampak pada penurunan stres yang dialami anak.

F. Hasil penelitian tentang *atraumatic care*

1. Pengaruh Atraumatic Care: Audiovisual Dengan Portable DVD Terhadap Hospitalisasi pada Anak. Implementasi audio visual dengan portabel DVD dapat mengurangi dan menghilangkan kecemasan pada anak. Teknik distraksi audio visual efektif meminimalkan distres. Berdasarkan hasil implementasi ini dapat disimpulkan bahwa penerapan atraumatic care dengan audio visual diperlukan dalam perawatan anak yang mengalami hospitalisasi (Andayani, 2019).
2. Penerapan Konsep Atraumatic Care Saat

Pemasangan Infus dan Venipunktur pada Anak.

Hasil studi menunjukkan terdapat beberapa cara untuk meminimalkan nyeri pada anak saat dilakukan pemasangan infus dan venipuncture baik secara farmakologi maupun non farmakologi. Teknik farmakologi dapat menggunakan cream EMLA sebelum dilakukan penusukan, sementara secara non farmakologi dapat menggunakan kompres dingin, distraksi, penggunaan vibrator dan terapi musik. Prinsip atraumatik saat dilakukan tindakan pemasangan infus dan venipuncture perlu diterapkan untuk mencegah trauma pada anak. Perawat dapat memilih intervensi yang digunakan untuk mengurangi nyeri pada anak (Mawaddah et al, 2021).

3. Penerapan Atraumatic Care dengan Kecemasan Anak Pra-Sekolah saat Proses Hospitalisasi. Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh penerapan atraumatik audio-visual pada kecemasan anak prasekolah. Saran sebaiknya menerapkan atraumatic care audio visual untuk mengurangi kecemasan anak pra-sekolah (Saribu et al, 2021).
4. Penerapan *Atraumatic Care* dengan *Medical Play* terhadap Respon Kecemasan Anak Usia Prasekolah yang mengalami Hospitalisasi di Ruang Rawat Inap Anak. Hasil penelitian menunjukkan adanya efektivitas penerapan *atraumatic care* dengan

medical Play terhadap respon kecemasan anak usia prasekolah yang mengalami hospitalisasi (Nurmashitah, 2018).

5. Atraumatic Care dengan Spalk Manakara pada Pemasangan Infus Efektif Menurunkan Tingkat Kecemasan Anak Pra Sekolah. Tingkat kecemasan anak pra sekolah pada saat pemasangan infus paling banyak dengan tingkat kecemasan ringan dan pemasangan spalk manakarra efektif menurunkan tingkat kecemasan anak pra sekolah pada saat pemasangan infus. Spalk Manakarra dapat digunakan sebagai alternatif spalk yang dapat mengurangi kecemasan anak pada pemasangan infus di rumah sakit (Pulungan et al, 2019).

G. Ringkasan

Pelayanan *atraumatic care* merupakan suatu pelayanan perawatan terapeutik dalam tatanan pelayanan kesehatan anak melalui penggunaan tindakan yang mengurangi distress fisik maupun distress psikologis yang dialami anak maupun orang tua. *Atraumatic care* berfokus pada pencegahan terhadap trauma yang dialami anak dan orang tua yang menjalani hospitalisasi dan merupakan bagian dari keperawatan anak.

H. Latihan

Dalam menambah pemahaman Anda mengenai materi *atraumatic care*, Bagaimana penerapan *Atraumatic Care* pada anak usia prasekolah?

Petunjuk Jawaban Latihan.

Pada tugas mandiri silakan Anda mencari sumber baik buku maupun elektronik/internet berupa hasil-hasil penelitian tentang penerapan *atraumatic care* pada anak yang menjalani hospitalisasi.

BAB 5

KONSEP IMUNISASI

Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu memahami imunisasi dan manfaatnya
pada anak

A. Pendahuluan

Indonesia memiliki angka cakupan kelengkapan imunisasi dasar yang sudah cukup baik, namun beberapa daerah masih rendah. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan imunisasi sangat penting untuk diketahui sebagai salah satu usaha untuk meningkatkan angka cakupan kelengkapan imunisasi dasar (Prayogo et al, 2016). Imunisasi merupakan pencegahan primer terhadap penyakit infeksi yang paling efektif. Imunisasi melindungi individu dari penyakit yang serius dan mencegah penyebaran penyakit menular. Di Indonesia, setiap bayi wajib mendapatkan imunisasi dasar lengkap sesuai dengan jadwal imunisasi (Irawati, 2020)

B. Definisi

Imunisasi merupakan suatu cara yang dilakukan untuk menimbulkan ataupun meningkatkan kekebalan tubuh individu terhadap penyakit. Penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) adalah penyakit yang diharapkan dapat dikurangi atau bahkan dihilangkan

dengan pelaksanaan program imunisasi. Imunisasi memiliki peranan penting dalam pelayanan kesehatan primer dan terutama dalam menurunkan angka kematian balita. Selama ini imunisasi telah terbukti sebagai program kesehatan yang efektif dan efisien dalam mencegah dan mengurangi angka kesakitan, kecacatan, dan kematian akibat PD3I.

Imunisasi adalah suatu cara untuk menimbulkan atau meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif thd suatu penyakit, sehingga bila kelak ia terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan menimbulkan sakit atau hanya menimbulkan sakit ringan. Imunisasi adalah suatu cara yang dilakukan untuk menimbulkan ataupun meningkatkan kekebalan tubuh seseorang terhadap paparan penyakit. Prevalensi kasus penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi terkadang menunjukkan peningkatan maupun penurunan, tergantung jenis penyakit menular (Depkes RI, 2005). Imunisasi adalah investasi terbesar bagi anak di masa depan. Imunisasi adalah hak anak yang tidak bisa ditunda dan diabaikan sedikitpun. Imunisasi sudah terbukti bermanfaat, efektif dan teruji keamanannya secara ilmiah dengan berdasarkan kejadian berbasis bukti. Walaupun demikian sampai saat ini masih banyak saja orangtua dan kelompok orang yang menyangsikannya sehingga berpengaruh terhadap tercapainya cakupan imunisasi (IDAI, 2012).

Vaksinasi adalah pemberian vaksin [antigen dari virus/bakteri] yang dapat merangsang imunitas [antibodi] dari sistem imun di dalam tubuh. Semacam memberi “infeksi ringan”. suatu produk biologis yang terbuat dari kuman, komponen kuman (bakteri, virus atau riketsia), atau racun kuman (toxoid) yang telah dilemahkan atau dimatikan dan akan menimbulkan kekebalan spesifik secara aktif terhadap penyakit tertentu.

Imunisasi merupakan suatu upaya memberikan kekebalan tubuh baik secara aktif maupun pasif melalui cara buatan yaitu pemberian antigen yang menstimulus antibody atau immunobiologik ke dalam tubuh (Hockenberry & Wilson, 2015; Ball dan Bindler, 2015)

C. Tujuan imunisasi

Tujuan imunisasi menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan yang disebabkan oleh PD3I (Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi). Melalui imunisasi, tubuh menjadi kebal terhadap berbagai penyakit seperti hepatitis B, campak, polio, difteri, tetanus, batuk rejan, gondongan, cacar air, TBC, dan lain sebagainya (Depkes, 2018). Imunisasi bertujuan untuk memberikan kekebalan tubuh sehingga tubuh mampu melindungi dan mencegah penyakit-penyakit menular yang sangat berbahaya terhadap manusia terutama bagi balita. Untuk mencegah terjadinya penyakit tertentu pada

seseorang dan menghilangkan penyakit tertentu pada sekelompok masyarakat (populasi) atau bahkan menghilangkan penyakit tertentu dari dunia seperti imunisasi cacar.

D. Sasaran imunisasi

Sasaran program imunisasi mencakup:

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

E. Manfaat imunisasi

Manfaat yang didapat dari pemberian imunisasi di antaranya adalah sebagai berikut:

- a. Bagi anak, mencegah penderitaan yang disebabkan oleh penyakit menular yang sering berjangkit.
- b. Bagi keluarga, menghilangkan kecemasan serta biaya pengobatan jika anak sakit.

- c. Bagi negara, memperbaiki derajat kesehatan, menciptakan bangsa yang kuat dan berakal untuk melanjutkan pembangunan negara (Depkes RI, 2005).

F. Jenis imunisasi

1. Imunisasi Aktif

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

- a) BCG, untuk mencegah penyakit TBC.
- b) DPT, untuk mencegah penyakit-penyakit difteri, pertusis dan tetanus.
- c) Polio, untuk mencegah penyakit poliomyelitis.
- d) Campak, untuk mencegah penyakit campak (measles).
- e) Hepatitis B, untuk mencegah penyakit hepatitis.

2. Imunisasi Pasif

Imunisasi pasif adalah pemberian antibody kepada

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

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

G. Jenis-jenis Vaksin

1. Vaksin BCG (Bacillus Calmette Guerine)

Pemberian vaksin BCG dianjurkan sebelum usia 3 bulan, optimal usia 2 bulan. Apabila diberikan pada usia 3 bulan atau lebih, perlu dilakukan uji tuberkulin terlebih dahulu. BCG atau Bacillus Cellmete Guerin, yaitu vaksinasi yang diberikan pada bayi saat usia 0-2

bulan, fungsi dari vaksin ini adalah untuk menghindari penyakit TBC Tuberkolosis. Frekuensi pemberian imunisasi BCG pemberiannya 1 kali. Efek samping pada pemberian vaksin BCG dapat terjadi ulkus pada daerah tempat suntikan, dan dapat terjadi limfadenitis regional dan reaksi panas.

2. Vaksin hepatitis B (Hb)

Vaksinasi hepatitis B ditujukan untuk menghindari penyakit radang hati akut atau kerusakan pada hati, dan juga kanker hati. Vaksin ini diberikan pada bayi saat usia baru lahir, 1 bulan, dan 6 bulan.

Vaksin HB pertama (monovalent) paling baik diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir dan didahului pemberian suntikan vitamin K1 minimal 30 menit sebelumnya jadwal pemberian vaksin HB monovalent adalah usia 0, 1 dan 6 bulan. Bayi lahir dari ibu HbsAg positif, diberikan vaksin HB dan imunoglobulin hepatitis B (HBIG) pada ekstremitas yang berbeda. Apabila diberikan HB kombinasi dengan DTPw, maka jadwal pemberian pada usia 2,3 dan 4 bulan. Apabila vaksin HB kombinasi dengan DTPa, maka jadwal pemberian pada usia 2, 4 dan 6 bulan.

3. Polio

Polio adalah sejenis penyakit yang disebabkan oleh virus poliovirus dari genus enterovirus, dan menyebabkan terjadinya kelumpuhan. Cara mencegah

penyakit ini adalah sering cuci tangan bilaselesai beraktivitas dan juga sebelum makan. Pada bayi imunisasi polio diberikan saat lahir, usia 2 bulan, 4 bulan dan 6 bulan. Imunisasi polio memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit poliomielitis. Polio bisa menyebabkan nyeri otot dan kelumpuhan pada salah satu maupun kedua lengan/tungkai. Polio juga bisa menyebabkan kelumpuhan pada otot-otot pernafasan dan otot untuk menelan. Polio bisa menyebabkan kematian.

Terdapat 2 macam vaksin polio:

- a) IPV (Inactivated Polio Vaccine, Vaksin Salk), mengandung virus polio yang telah dimatikan dan diberikan melalui suntikan
- b) OPV (Oral Polio Vaccine, Vaksin Sabin), mengandung vaksin hidup yang telah dilemahkan dan diberikan dalam bentuk pil atau cairan. Bentuk trivalen (TOPV) efektif melawan semua bentuk polio, bentuk monovalen (MOPV) efektif melawan 1 jenis polio.

4. DPT

DPT atau Dipteri Pentusis Tetanus, adalah sejenis penyakit yang bersumber dari bakteri bernama *Corynebacterium Diphterie*, yang hidup dalam selaput lendir hidung pada saluran pernapasan, dan membentuk membran putih sehingga menyumbat pernapasan.

Pemberian vaksin untuk menghindari DPT ini pada bayi saat usia 2 bulan, 4 bulan dan 6 bulan.

DPT adalah suatu vaksin 3-in-1 yang melindungi terhadap difteri, pertusis dan tetanus. Difteri adalah suatu infeksi bakteri yang menyerang tenggorokan dan dapat menyebabkan komplikasi yang serius atau fatal. Pertusis (batuk rejan) adalah infeksi bakteri pada saluran udara yang ditandai dengan batuk hebat yang menetap serta bunyi pernafasan yang melengking. Pertusis berlangsung selama beberapa minggu dan dapat menyebabkan serangan batuk hebat sehingga anak tidak dapat bernafas, makan atau minum. Pertusis juga dapat menimbulkan komplikasi serius, seperti pneumonia, kejang dan kerusakan otak. Tetanus adalah infeksi bakteri yang bisa menyebabkan kekakuan pada rahang serta kejang. Vaksin DPT adalah vaksin 3-in-1 yang bisa diberikan kepada anak yang berumur kurang dari 7 tahun. Biasanya vaksin DPT terdapat dalam bentuk suntikan, yang disuntikkan pada otot lengan atau paha.

5. Campak

Campak adalah sejenis penyakit yang disebabkan oleh virus yang biasanya hidup pada saluran pernapasan, dan berkembang biak pada selaput lendir tenggorokan. Penyakit ini sangat menular, biasanya lewat udara.

Pemberian vaksin ini saat bayi berusia 9 bulan. Imunisasi campak memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit campak (tampek). Imunisasi campak diberikan sebanyak 1 dosis pada saat anak berumur 9 bulan atau lebih. Pada kejadian luar biasa dapat diberikan pada umur 6 bulan dan diulangi 6 bulan kemudian. Vaksin disuntikkan secara subkutan dalam sebanyak 0,5 mL.

6. Hib B atau Haemophilus influenza tipe B,

Vaksin ini berfungsi untuk mencegah penyakit meningitis, pneumonia (radang paru) dan epiglottitis (radang tulang rawan tenggorokan). Vaksin ini diberikan pada saat bayi berusia 2 bulan, 4 bulan dan 6 bulan.

7. IPD atau Invasive Pneumococcal Disease

yaitu sejenis penyakit yang disebabkan oleh bakteri Streptococcus pneumonia, penularannya lewat bersin, percikan ludah atau udara. Bakteri ini menyerang saluran pernapasan dan otak. Pemberian vaksin ini disesuaikan dengan umur bayi anda. Usia dibawah 12 bulan diberikan 4 dosis (2, 4 & 6 bulan) dan booster 12-15 bulan, usia 7-11 bulan diberikan 3 dosis (2 dosis pertama dengan interval 4 minggu, dan dosis ke 3 saat usia 12 bulan), usia 12 – 23 bulan diberikan 2 dosis dengan interval 2 bulan, terakhir usia 2 tahun diberikan 1 dosis saja.

8. MMR atau mumps, morbili, rubella, sejenis penyakit yang disebabkan oleh virus, yang mengakibatkan penyakit gondongan. Pemberian vaksin ini umumnya diberikan di atas 12 bulan.
9. VARISELA, adalah imunisasi yang ditujukan untuk mencegah penyakit cacar air yang disebabkan oleh virus varisela. Pemberian vaksin ini pada bayi berusia diatas 1 tahun.

H. Jadwal Imunisasi

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

Jadwal Imunisasi Anak Umur 0-18 Tahun
Rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) Tahun 2023

Vaksin	Umur																											
	Bulan																											
	1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	24	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Hepatitis B	0	1	2	3							4																	
Polio	0	1	2	3							4																	
BCG	1																											
DTP			1	2	3						4																	
HB			1	2	3						4																	
PCV			1	2	3					4																		
Rotavirus			1	2	3																							
Influenza																												
MM / MMR																												
JE																												
Varisela																												
Hepatitis A																												
Tifoid																												
HPV																												
Dengue																												

Cara membaca kolom umur: misal [2] berarti mulai umur 2 bulan (60 hari) sampai dengan 2 bulan 29 hari (89 hari)
Jadwal imunisasi ini dapat diakses pada website IDAI (<http://idai.or.id/publikasi/artikel/linik/immunisasi/pd3ai/immunisasi-anak-sda.html>)

Primer Catch-up Booster Di daerah endemis Untuk anak dengan risiko tinggi

Jadwal Imunisasi IDAI 2023/Foto: Dok. IDAI

Dosis dan cara pemberian imunisasi

Vaksin	Dosis	Cara Pemberian
BCG	0,05 cc	Intra cutan didaerah muskulodeltoit
DTP	0,5 cc	Intramuskuler (IM)
Hepatitis B	0,5 cc	Innamuskuler (IM)
Polio	2 tetes	Oral
Campak	0,5 cc	Subcutan didaerah lengan kiri
TT	0,5 cc	Intramuskuler (IM)

I. Rangkuman

Imunisasi merupakan suatu upaya untuk melindungi anak dari berbagai jenis penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi yaitu tuberculosis, difteri, pertusis, tetanus, hepatitis B, campak dan poliomyelitis. Tujuan imunisasi menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan yang disebabkan oleh PD3I (Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi).

J. Latihan

1. Pengertian imunisasi adalah.....
 - a. Kuman atau racun kuman yang dimasukkan ke dalam tubuh
 - b. Suatu usaha memberikan kekebalan pada anak
 - c. Kekebalan yang diperoleh dari luar
 - d. Kekebalan yang diberikan oleh ibu melalui plasenta
 - e. Kekebalan yang dibuat sendiri oleh tubuh setelah diberi vaksin
2. Yang dimaksud dengan vaksin adalah.....
 - a. Suatu usaha memberikan kekebalan pada anak
 - b. Kekebalan yang diberikan sendiri oleh tubuh setelah diberi vaksin
 - c. Kekebalan yang diperoleh dari luar
 - d. Kekebalan yang diberikan oleh ibu melalui plasenta
 - e. Kuman atau racun kuman yang dimasukkan ke dalam tubuh
3. Yang tidak termasuk sasaran imunisasi adalah.....
 - a. Bayi usia 0 – 1 tahun
 - b. Ibu hamil dan wanita usia subur dan calon pengantin
 - c. Anak sekolah dasar (SD) kelas 1
 - d. Anak sekolah dasar (SD) kelas II sd/d kelas IV

- e. Calon jemaah haji
4. Jenis vaksin yang memberi kekebalan aktif terhadap penyakit tuberkolosis adalah...
- a. DPT
 - b. Bacillus Cellmete Guerin
 - c. Pneumonia
 - d. Polio
 - e. Hepatitis
5. Cara pemberian imunisasi vaksin campak melalui.....
- a. Intra cutan
 - b. Oral
 - c. Intravena
 - d. Intramuscular
 - e. Subcutan

BAB 6

MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT (MTBS)

Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu memahami konsep manajemen perawatan
balita sakit

A. Pendahuluan

Penurunan angka kematian balita masih menjadi target pembangunan kesehatan di Indonesia. Salah satu upaya yang dapat dilakukan antara lain meningkatkan keterampilan tenaga kesehatan dalam menangani balita sakit, melalui pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) (Suparmi et al, 2018).

Metode MTBS telah dikembangkan di Indonesia sejak tahun 1997 melalui kerjasama antara Kementerian Kesehatan RI, *World Health Organization* (WHO), *United Nations Children's Fund* (UNICEF), dan Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). MTBS bukan merupakan program kesehatan, tetapi suatu standar pelayanan dan tata laksana dalam menangani balita sakit yang datang ke pelayanan kesehatan tingkat dasar (puskesmas). Penerapan MTBS meliputi tiga komponen utama, yaitu peningkatan keterampilan petugas kesehatan, peningkatan dukungan sistem kesehatan, serta peningkatan praktik keluarga dan masyarakat dalam perawatan balita sakit di

rumah. Puskesmas dikatakan telah menerapkan MTBS apabila telah melaksanakan pendekatan MTBS minimal 60% dari jumlah kunjungan balita di puskesmas tersebut (Depkes, 2008).

B. Definisi

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) merupakan strategi upaya pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk menurunkan angka kematian dan angka kesakitan (Sudirman & Ali, 2021). Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) atau Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) adalah suatu pendekatan yang terintegrasi/terpadu dalam tatalaksana balita sakit dengan fokus kepada kesehatan anak usia 0-60 bulan (balita) secara menyeluruh.

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) merupakan suatu pendekatan terhadap balita sakit yang dilakukan secara terpadu dengan memadukan pelayanan promosi, pencegahan, serta pengobatan terhadap lima penyakit penyebab utama kematian pada bayi dan balita di negara berkembang, yaitu pnemonia, diare, campak, dan malaria serta malnutrisi. MTBS digunakan sebagai standar pelayanan bayi dan balita sakit sekaligus sebagai pedoman bagi tenaga kesehatan khususnya perawat dan bidan di fasilitas pelayanan kesehatan dasar (Rohayati et al, 2017).

C. Sasaran MTBS

Sasaran MTBS adalah anak usia 0-5 tahun yang dibagi menjadi dua kelompok yakni: Kelompok usia satu hari sampai dua bulan atau biasa disebut bayi muda dan kelompok usia dua bulan sampai lima tahun (Maryunani, 2014). Pelayanan Kesehatan yang diberikan pada penatalaksanaan MTBS tidak hanya untuk anak sakit, tetapi juga kepada anak sehat yaitu pemberian imunisasi. Sasaran MTBS pada anak balita di layanan kesehatan tingkat dasar yakni untuk mengurangi angka kematian balita (Maternity, Putri, & Aulia, 2017).

D. Manfaat penerapan MTBS

Manfaat dalam penerapan MTBS pada negara berkembang yakni menurunkan angka kematian, karena dapat mengkombinasikan pemeriksaan lima penyakit yang dominan diderita oleh balita, serta terdapat sembilan penyakit yang harus dicegah pada balita. Dilakukan pemantauan status gizi pada balita untuk mencegah terjadinya kekurangan gizi, pada balita yang sudah terdiagnosis gizi buruk, maka pada bagan MTBS terdapat langkah memperbaiki status gizi, kemudian konseling kepada ibu mengenai pemberian makanan pada anak, pemberian ASI (Air Susu Ibu). Meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan. Adanya buku bagan MTBS dapat menurunkan tingkat kesalahan pemeriksaan oleh tenaga kesehatan (Maryunani, 2014).

E. Kontribusi MTBS Dalam Menuju Indonesia Sehat

1. Penghematan: biaya pelatihan, supervisi, obat dan transport ibu.
2. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dasar.
3. Rasionalisasi pemakaian obat.
4. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu/pengasuh anak dalam perawatan di rumah pada balita sakit
5. Mengoptimalkan pendayagunaan tenaga kesehatan.
6. Meningkatkan rujukan kasus tepat waktu.
7. Memperbaiki perencanaan dan manajemen kesehatan di tingkat kabupaten.
8. Memenuhi hak-hak anak

F. Tujuan MTBS

Terdapat dua tujuan dari Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), tujuan yang pertama yakni tujuan secara umum yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan yang sering terjadi pada balita dan mengurangi angka kematian balita, serta memberikan kontribusi terhadap pertumbuhan dan perkembangan kesehatan anak.

Tujuan yang ke dua, yakni tujuan secara luas yang bertujuan untuk menilai tanda-tanda dan gejala penyakit, status imunisasi, status gizi, dan pemberian vitamin A, membuat klasifikasi, menentukan tindakan yang sesuai

dengan klasifikasi dan menentukan apakah anak perlu dirujuk, memberi pengobatan pra-rujukan, seperti dosis pertama antibiotic, vitamin A, dan perawatan anak untuk mencegah menurunnya gula darah dengan pemberian air gula, serta mencegah hipotermia. Pada tujuan secara luas juga dilakukan tindakan di fasilitas kesehatan berupa tindakan (preventif dan kuratif), seperti imunisasi, tablet zinc, dan oralit, mengedukasi ibu cara pemberian obat dirumah dan asuhan dasar bayi muda, serta melakukan penilaian ulang dan memberi tindakan pada saat anak kembali untuk pelayanan tindak lanjut (Maryunani, 2014).

Tujuan MTBS meliputi :

1. Menurunkan secara signifikan angka kesakitan dan kematian yang terkait dengan penyebab penyakit tersering pada balita.
2. Kontribusi terhadap tumbuh kembang anak sehat.
3. Meningkatkan keterampilan petugas
4. Menilai, mengklasifikasi dan mengetahui resiko dari penyakit yang timbul
5. Memperbaiki praktek keluarga dan masyarakat dalam perawatan dirumah
6. Sebagai pedoman kerja bagi petugas dalam pelayanan balita sakit
7. Memperbaiki sistem Kesehatan

G. Strategi Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

Strategi Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) membutuhkan kerjasama antara petugas kesehatan, keluarga, dan masyarakat. Dengan kerjasama antara ketiga pihak tersebut, maka MTBS memungkinkan keikutsertaan orang tua anak dan masyarakat dalam peningkatan derajat kesehatan. Strategi menurut WHO mencakup tiga komponen yakni: Penatalaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada balita di fasilitas kesehatan. Yang dimaksud terpadu adalah penanganan kasus tidak terpisah-pisah, meliputi manajemen balita sakit, pemberian imunisasi, pencegahan penyakit, dan promosi untuk tumbuh kembang.

Komponen yang kedua yakni penguatan sistem kesehatan berupa obat-obatan dan alat yang mendukung untuk penatalaksanaan MTBS di fasilitas kesehatan. Komponen ketiga yakni bekerjasama dengan komunitas atau keluarga dan masyarakat untuk praktik MTBS, tujuannya agar penatalaksanaan MTBS dapat maksimal (Eastwood, 2018). Dengan tiga komponen strategi tersebut MTBS dapat dikatakan bahwa pendekatan yang lengkap.

H. Rangkuman

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) merupakan strategi upaya pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk menurunkan angka kematian dan angka kesakitan, dengan fokus kepada kesehatan anak usia 0-60 bulan (balita) secara menyeluruh. Strategi Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) membutuhkan kerjasama antara petugas kesehatan, keluarga, dan masyarakat.

I. Latihan

Carilah jurnal hasil penelitian mengenai penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di tatanan pelayanan kesehatan, kemudian lakukan literature review dari jurnal yang sudah Anda dapatkan.

BAB 7

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NEONATAL: HIPERBILIRUBINEMIA

Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu memahami konsep proses keperawatan hiperbilirubin

A. Pendahuluan

Hiperbilirubinemia merupakan salah satu fenomena klinis yang paling sering ditemukan pada bayi baru lahir. Lebih dari 85% bayi cukup bulan yang kembali dirawat dalam minggu pertama kehidupan disebabkan oleh keadaan ini. Bayi dengan hiperbilirubinemia tanpa kuning akibat akumulasi pigmen bilirubin yang berwarna kuning pada sklera dan kulit (Wong et al, 2007; Sukadi, 2010).

B. Definisi

Hiperbilirubin adalah peningkatan kadar serum bilirubin dalam darah sehingga melebihi nilai normal. Pada bayi baru lahir biasanya dapat mengalami hiperbilirubin pada minggu pertama setelah kelahiran. Keadaan hiperbilirubin pada bayi baru lahir disebabkan oleh meningkatnya produksi bilirubin atau mengalami hemolisis, kurangnya albumin sebagai alat pengangkut,

penurunan uptake oleh hati, penurunan konjugasi bilirubin oleh hati, penurunan ekskresi bilirubin, dan peningkatan sirkulasi enterohepatik (IDAI, 2013).

Pengertian Hiperbilirubin adalah akumulasi bilirubin dalam darah yang berlebihan, ditandai dengan adanya jaundice atau ikterus, perubahan warna kekuningan pada kulit, sklera dan kuku (Hockenberry & Wilson, 2009). Hiperbilirubinemia adalah peningkatan kadar serum bilirubin dalam darah sehingga melebihi nilai normal. Pada bayi baru lahir biasanya dapat mengalami hiperbilirubinemia pada minggu pertama setelah kelahiran. Keadaan hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir disebabkan oleh meningkatnya produksi bilirubin atau mengalami hemolisis, kurangnya albumin sebagai alat pengangkut, penurunan uptake oleh hati, penurunan konjugasi bilirubin oleh hati, penurunan ekskresi bilirubin, dan peningkatan sirkulasi enterohepatik (IDAI, 2013). Hiperbilirubinemia atau penyakit kuning adalah penyakit yang disebabkan karena tingginya kadar bilirubin pada darah sehingga menyebabkan bayi baru lahir berwarna kuning pada kulit dan pada bagian putih mata (Mendri dan Prayogi, 2017).

Hiperbilirubin adalah keadaan dimana meningkatnya kadar bilirubin dalam darah secara berlebihan sehingga dapat menimbulkan perubahan pada bayi baru lahir yaitu warna kuning pada mata, kulit, dan mata atau biasa disebut

dengan jaundice. Hiperbilirubin merupakan peningkatan kadar bilirubin serum yang disebabkan oleh salah satunya yaitu kelainan bawaan sehingga menyebabkan ikterus (Imron, 2015).

C. Etiologi ikterus

Etiologi ikterus yang sering ditemukan ialah: hyperbilirubinemia fisiologik, inkompabilitas golongan darah ABO dan Rhesus, breast milk jaundice, infeksi, bayi dari ibu penyandang diabetes melitus, dan polisitemia/hiperviskositas. Etiologi yang jarang ditemukan yaitu: defisiensi G6PD, defisiensi piruvat kinase, sferositosis kongenital, sindrom Lucey-Driscoll, penyakit Crigler-Najjar, hipotiroid, dan hemoglobinopati.

D. Klasifikasi

1. Ikterus fisiologik

Bentuk ikterus ini umumnya terjadi pada bayi baru lahir dengan kadar bilirubin tak terkonjugasi pada minggu pertama >2 mg/dL. Pada bayi cukup bulan yang diberisusu formula, kadar bilirubin akan mencapai puncaknya sekitar 6-8 mg/dl pada hari ke-3 kehidupan dan kemudian akan menurun cepat selama 2-3 hari diikuti dengan penurunan lambat sebesar 1 mg/dL selama 1 sampai 2 minggu. Pada bayi cukup bulan yang mendapat ASI, kadar

bilirubin puncak akan mencapai kadar yang lebih tinggi (7-14 mg/dL) dan penurunan terjadi lebih lambat, bisa terjadi selama 2-4 minggu, bahkan dapat mencapai 6 minggu.

Pada bayi kurang bulan yang mendapat susu formula juga akan terjadi peningkatan kadar bilirubin dengan kadar puncak yang lebih tinggi dan bertahan lebih lama, demikian pula dengan penurunannya bila tidak diberikan fototerapi pencegahan. Peningkatan kadar bilirubin sampai 10-12 mg/dl masih dalam kisaran fisiologik, bahkan hingga 15 mg/dL tanpa disertai kelainan metabolisme bilirubin.

Frekuensi ikterus pada bayi cukup bulan dan kurang bulan ialah secara berurutan 50-60% dan 80%. Umumnya fenomena ikterus ini ringan dan dapat membaik tanpa pengobatan. Ikterus fisiologik tidak disebabkan oleh faktor tetapi kombinasi dari berbagai faktor yang berhubungan dengan maturitas fisiologik bayi baru lahir. Peningkatan kadar bilirubin tidak terkonjugasi dalam sirkulasi bayi baru lahir disebabkan oleh kombinasi peningkatan ketersediaan bilirubin dan penurunan klirens bilirubin.

2. Ikterus non fisiologik

Jenis ikterus ini dahulu dikenal sebagai ikterus patologik, yang tidak mudah dibedakan dengan ikterus

fisiologik. Terdapatnya hal-hal di bawah ini merupakan petunjuk untuk tindak lanjut, yaitu: Ikterus non-fisiologikik terus yang terjadi sebelum usia 24 jam; setiap peningkatan kadar bilirubin serum yang memerlukan fototerapi; peningkatan kadar bilirubin total serum $>0,5$ mg/dL/jam; adanya tanda-tanda penyakit yang men-dasar pada setiap bayi (muntah, letargis, malas menetek, penurunan berat badan yang cepat, apnea, takipnea, atau suhu yang tidak stabil); i kterus yang bertahan setelah delapan hari pada bayi cukup bulan atau setelah 14 hari pada bayi kurang bulan.

E. Patofisiologi

Bilirubin diproduksi dalam system retikuloendotelial sebagai produk akhir dari katabolisme heme dan terbentuk melalui reaksi oksidasi reduksi. Pada langkah pertama oksidasi, biliverdin terbentuk dari heme melalui kerja heme oksigenase, dan terjadi pelepasan besi dan karbon monoksida. Besi dapat digunakan kembali, sedangkan karbon monoksida diekskresikan melalui paru-paru.

Biliverdin yanglarut dalam air direduksi menjadi bilirubinyang hampir tidak larut dalam air dalam bentuk isomerik (oleh karena ikatan hidrogen intramolekul). Bilirubin tak terkonjugasi yang hidrofobik diangkut dalam plasma, terikat erat pada albumin

Bila terjadi gangguan pada ikatan bilirubin tak terkonjugasi dengan albumin baik oleh faktor endogen maupun eksogen (misalnya obat-obatan), bilirubin yang bebas dapat me-lewati membran yang mengandung lemak (double lipid layer), termasuk penghalang darah otak, yang dapat mengarah ke neuro-toksitas.

Bilirubin yang mencapai hati akan diangkut ke dalam hepatosit, dimana bilirubin terikat ke ligandin. Masuknya bilirubin ke hepatosit akan meningkat sejalan dengan terjadinya peningkatan konsentrasi ligandin. Konsentrasi ligandin ditemukan rendah pada saat lahir namun akan meningkat pesat selama beberapa minggu kehidupan. Bilirubin terikat menjadi asam glukuronat di retikulum endoplasmik retikulum melalui reaksi yang dikatalisis oleh uridin difosfoglukuronil transferase (UDPGT). Konjugasi bilirubin mengubah molekul bilirubin yang tidak larut air menjadi molekul yang larut air. Setelah diekskresikan kedalam empedu dan masuk ke usus, bilirubin direduksi dan menjadi tetrapireol yang tak berwarna oleh mikroba di usus besar. Sebagian dekonjugasi terjadi di dalam usus kecil proksimal melalui kerja B-glukuronidase. Bilirubin tak terkonjugasi ini dapat diabsorpsi kembali dan masuk ke dalam sirkulasi sehingga meningkatkan bilirubin plasma total. Siklus absorpsi, konjugasi, ekskresi, dekonjugasi, dan reabsorpsi ini disebut sirkulasi enterohepatik. Proses ini berlangsung sangat panjang pada neonatus, oleh karena

asupan gizi yang terbatas pada hari-hari pertama kehidupan (2,3,10)

F. Faktor resiko

1. ASI yang kurang

Bayi yang tidak mendapat ASI cukup saat menyusui dapat bermasalah karena tidak cukupnya asupan ASI yang masuk ke usus untuk memroses pembuangan bilirubin dari dalam tubuh. Hal ini dapat terjadi pada bayi prematur yang ibunya tidak memproduksi cukup ASI

2. Peningkatan jumlah sel darah merah

Peningkatan jumlah sel darah merah dengan penyebab apapun berisiko untuk terjadinya hiperbilirubinemia. Sebagai contoh, bayi yang memiliki jenis golongan darah yang berbeda dengan ibunya, lahir dengan anemia akibat abnormalitas eritrosit (antara lain eliptositosis), atau mendapat transfusi darah; kesemuanya berisiko tinggi akan mengalami hiperbilirubinemia.

3. Infeksi/ inkompabilitas ABO-Rh

Berbagai infeksi yang dapat terjadi pada bayi atau ditularkan dari ibu ke janin di dalam rahim dapat meningkatkan risiko hiperbilirubinemia. Kondisi ini dapat meliputi infeksi kongenital virus herpes, sifilis kongenital, rubella, dan sepsis

G. Gejala klinis pada hiperbilirubinemia

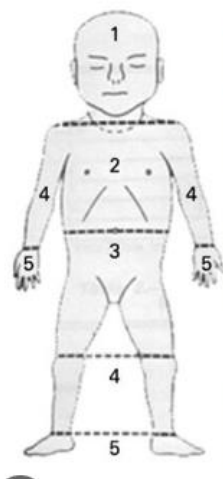
Sebagian besar kasus hiperbilirubinemia tidak berbahaya, tetapi kadang-kadang kadar bilirubin yang sangat tinggi bisa menyebabkan kerusakan otak (Kern icterus). Gejala klinis yang tampak ialah rasa kantuk, tidak kuat menghisap ASI/susu formula, muntah, opistotonus, mata ter-putar-putar keatas, kejang, dan yang paling parah bisa menyebabkan kematian. Efek jangka panjang Kern icterus ialah retardasi mental, kelumpuhan serebral, tuli, dan mata tidak dapat digerakkan ke atas.

H. Diagnosis

1. Visual

Panduan WHO mengemukakan cara menentukan ikterus secara visual, sebagai berikut

- a. Pemeriksaan dilakukan pada pencahayaan yang cukup (di siang hari dengan cahaya matahari) karena ikterus bisa terlihat lebih parah bila dilihat dengan pencahayaan buatan dan bisa tidak terlihat pada pencahayaan yang kurang.
- b. Kulit bayi ditekan dengan jari secara lembut untuk mengetahui warna di bawah kulit dan jaringan subkutan.
- c. Keparahan ikterus ditentukan berdasarkan usia bayi dan bagian tubuh yang tampak kuning.



Derajat Ikterus	Daerah Ikterus	Perkiraan kadar bilirubin
I	Daerah kepala dan leher	5.0 mg%
II	Sampai badan atas	9.0 mg%
III	Sampai badan bawah hingga tungkai	11.4 mg%
IV	Sampai daerah lengan, kaki bawah dan lutut	12.4 mg%
V	Sampai daerah telapak tangan dan kaki	16.0 mg%

Pengkajian Kramer

2. Bilirubin serum

Pemeriksaan bilirubin serum merupakan baku emas penegakan diagnosis ikterus neonatorum serta untuk menentukan perlunya intervensi lebih lanjut. Pelaksanaan pemeriksaan serum bilirubin total perlu dipertimbangkan karena hal ini merupakan tindakan invasif yang dianggap dapat meningkatkan morbiditas neonates.

3. Bilirubinometer transkutan

Bilirubinometer merupakan instrumen spektrofotometrik dengan prinsip kerja memanfaatkan bilirubin yang menyerap cahaya (panjang gelombang 450 nm). Cahaya yang dipantulkan merupakan

representasi warna kulit neonatus yang sedang diperiksa.

4. Pemeriksaan bilirubin bebas dan CO

Bilirubin bebas dapat melewati sawar darah otak secara difusi. Oleh karena itu, ensefalopati bilirubin dapat terjadi pada konsentrasi bilirubin serum yang rendah. Beberapa metode digunakan untuk mencoba mengukur kadar bilirubin bebas, antara lain dengan metode oksidase-peroksidase. Prinsip cara ini yaitu berdasarkan kecepatan reaksi oksidasi peroksidasi terhadap bilirubin dimana bilirubin menjadi substansi tidak berwarna. Dengan pendekatan bilirubin bebas, tata laksana ikterus neonatorum akan lebih terarah.

Pemecahan heme menghasilkan bilirubin dan gas CO dalam jumlah yang ekuivalen. Berdasarkan hal ini, maka pengukuran konsentrasi CO yang dikeluarkan melalui pernapasan dapat digunakan sebagai indeks produksi bilirubin

I. Diagnosis banding

Sebagai diagnosis banding dari ikterus yaitu: atresia bilier, breast milk jaundice, kolestasis, anemia hemolitik pada bayi baru lahir, hepatitis B, dan hipotiroid

J. Penatalaksanaan

1. Fototerapi

Fototerapi dapat digunakan tunggal atau dikombinasi dengan transfusi pengganti untuk menurunkan bilirubin. Bila neonatus dipapar dengan cahaya ber-intensitas tinggi, tindakan ini dapat menurunkan bilirubin dalam kulit. Secara umum, fototerapi harus diberikan pada kadar bilirubin indirek 4-5 mg/dl. Neonatus yang sakit dengan berat badan kurang dari 1000 gram harus difototerapi bila konsentrasi bilirubin 5 mg/dl. Beberapa pakar mengarahkan untuk memberikan fototerapi profilaksis 24 jam pertama pada bayi berisiko tinggi dan berat badan lahir rendah.

2. Intravena immunoglobulin (IVIG)

Pemberian IVIG digunakan pada kasus yang berhubungan dengan faktor imunologik. Pada hiperbilirubinemia yang disebabkan oleh inkompatibilitas golongan darah ibu dan bayi, pemberian IVIG dapat menurunkan kemungkinan dilakukannya trans-fusi tukar

3. Transfusi pengganti

Transfusi pengganti digunakan untuk mengatasi anemia akibat eritrosit yang rentan terhadap antibodi eritrosit maternal; menghilangkan eritrosit yang tersensitisasi;

mengeluarkan bilirubin serum; serta meningkatkan albumin yang masih bebas bilirubin dan meningkatkan keterikatannya dengan bilirubin.

4. Terapi medikamentosa

Phenobarbital dapat merangsang hati untuk menghasilkan enzim yang meningkatkan konjugasi bilirubin dan mengekskresikannya. Obat ini efektif diberikan pada ibu hamil selama beberapa hari sampai beberapa minggu sebelum melahirkan.

Penggunaan phenobarbital post natal masih menjadi pertentangan oleh karena efek sampingnya (letargi).

Coloistrin dapat mengurangi bilirubin dengan mengeluarkannya melalui urin sehingga dapat menurunkan kerja siklus enterohepatika

K. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian focus

a. Riwayat Penyakit

Terdapat riwayat gangguan hemolisis darah (ketidaksesuaian golongan Rh atau golongan darah A,B,O). Polisistemia, infeksi, hematoma, gangguan metabolisme hepar obstruksi saluran pencernaan hematoma, gangguan metabolisme hepar obstruksi saluran pencernaan ibu menderita DM.

b. Riwayat Kehamilan

Kurangnya antenatal care yang baik. Penggunaan obat-obat yang meningkatkan ikterus. Contoh: salisilat, sulfaturosic, oksitosin yang dapat mempercepat proses konjugasi sebelum ibu partus.

c. Riwayat Persalinan

Lahir prematur / kurang bulan, riwayat trauma persalinan.

d. Riwayat Postnatal

Adanya kelainan darah, darah, yang mengakibatkan kadar bilirubin meningkat, sehingga kulit bayi tampak kuning

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Seperti ketidakcocokan darah ibu dan anak Polycythenia, gangguan saluran cerna dan hati (hepatitis).

f. Riwayat Psikososial

Kurangnya kasih sayang karena perpisahan, perubahan peran orang tua

g. Pengetahuan Keluarga

Penyebab perawatan pengobatan dan pemahaman orang tua pada bayi yang ikterus

h. Pemeriksaan Fisik

Ikterus terlihat pada sklera selaput lendir, urin pekat seperti teh, letargi, hipotonus, refleks menghisap kurang, peka rangsang, tremor, kejang, tangisan

melengking. Selain itu, keadaan umum lemah, TTV tidak stabil, terutama suhu tubuh. Reflek hisap pada bayi menurun, BB turun, pemeriksaan tonus otot (kejang/tremor). Hidrasi bayi mengalami penurunan. Kulit tampak kuning dan mengelupas, sclera mata kuning

2. Diagnosa keperawatan
 - a. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan aktif volume cairan (evaporasi), diare volume cairan (evaporasi), diare
 - b. Hipertermi b/d paparan lingkungan panas (efek fototerapi), dehidrasi
 - c. Diare b/d efek fototerapi
 - d. Resiko kerusakan integritas kulit b/d pigmentasi (jaundice), hipertermi, perubahan turgor kulit, eritema.
 - e. Ikterik neonatorum berhubungan dengan usia kurang dari 7 hari

L. Rangkuman

Hiperbilirubinemia adalah keadaan dimana terjadi peningkatan kadar bilirubin >5 mg/dL pada darah, yang sering ditandai oleh adanya ikterus. Pada bayi baru lahir, hiperbilirubinemia sering terjadi oleh karena kemampuan hati bayi yang masih kurang untuk mengekskresikan

bilirubin yang terus diproduksi.

Etiologi hiperbilirubinemia perlu dideteksi secara pasti, fisiologik atau non-fisiologik, sebagai dasar pemeriksaan dan tindak lanjut penanganan neonatus. Pengobatan hiperbilirubinemia bertujuan untuk menurunkan kadar bilirubin yang tinggi. Pemantauan dan pemeriksaan yang tepat sangat dibutuhkan untuk menentukan jenis pengobatan yang akan dipergunakan.

M. Latihan

Mencari luaran dan intervensi keperawatan dari diagnosis keperawatan yang muncul pada kasus bayi dengan hiperbilirubin berdasarkan SLKI dan SIKI.

BAB 8

ASUHAN KEPERAWATAN ANAK: PNEUMONIA

Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu memahami proses keperawatan pneumonia pada anak

A. Definisi

Pneumonia merupakan salah satu penyakit infeksi yang mengenai saluran pernapasan bawah ditandai dengan batuk dan sesak napas, hal ini diakibatkan oleh adanya agen infeksius seperti virus, bakteri, mycoplasma (fungi), dan aspirasi substansi asing yang berupa eksudat (cairan) dan konsolidasi (bercak berawan) pada paru-paru. Pneumonia merupakan salah satu penyakit menular yang memiliki tingkat kematian tinggi baik dialami kelompok lansia atau anak-anak (Herlina, S. 2020). Pneumonia adalah infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli) yang disebabkan oleh virus, bakteri, parasite dan jamur (Kemenkes RI, 2019).

Pneumonia adalah penyakit infeksi yang menyerang paru – paru yang ditandai dengan batuk dan kesukaran bernapas. Pneumonia lebih rentan terjadi pada bayi dan balita karena respon imunitas mereka masih belum berkembang dengan baik (Manurun dalam (Andriyani & Ristica, 2017)). Dari beberapa pengertian mengenai

pneumonia diatas, dapat diambil kesimpulan bahwa pneumonia adalah penyakit infeksi yang mengenai organ paru-paru yang disebabkan oleh virus, bakteri, parasit, dan jamur.

B. Klasifikasi

Klasifikasi pneumonia secara garis dapat dibagi menjadi :

1. Berdasarkan tingkatan (Kemenkes RI, 2015)

a. Pneumonia Berat

Gejala : Tarikan dinding dada ke dalam, Saturasi Oksigen < 90%

Tindakan / Pengobatan : Beri Oksigen maksimal 2-3 liter/menit dengan menggunakan nasal prong, beri dosis pertama antibiotik yang sesuai.

b. Pneumonia

Gejala : Napas cepat

Tindakan / Pengobatan : Beri Amoksisilin 2x sehari selama 3 hari, beri pelega tenggorokan dan pereda batuk yang aman, obati *wheezing* bila ada, apabila batuk > 14 hari atau wheezing berulang, RUJUK untuk pemeriksaan lanjutan, nasihati kapan kembali segera, kunjungan ulang 2 hari.

c. Batuk bukan Pneumonia

Gejala : Tidak ada tanda-tanda Pneumonia Berat maupun Pneumonia

Tindakan / Pengobatan : Beri peleda tenggorokan dan pereda batuk yang aman, Obati wheezing bila ada, Apabila batuk > 14 hari rujuk untuk pemeriksaan batuk karena sebab lain, Apabila batuk > 21 hari rujuk untuk pemeriksaan TB untuk pemeriksaan lanjutan, Apabila wheezing berulang rujuk untuk pemeriksaan lanjutan, nasihati kapan kembali segera, Kunjungan ulang 2 hari jika tidak ada perbaikan.

2. Berdasarkan Klinis dan epidemiologi (Hariadi, Winariani, & Wibisono, 2010)

a. *Community Acquired Pneumonia* (CAP)

Yaitu infeksi pneumonia pada seseorang yang tidak menjalani rawat inap di rumah sakit atau didapatkan dalam masyarakat.

b. *Hospital Associated Pneumonia* (HAP) /nosocomial

Yaitu infeksi pada parenkim paru yang disebabkan patogen di rumah sakit yang berkembang dengan masa inkubasi minimal 2 hari.

c. *Pneumonia Rekurens*

Pneumonia Rekurens adalah peradangan pada paru-paru yang berkepanjangan dan terjadi berulang kali

- d. Pneumonia Aspirasi
Pneumonia Aspirasi adalah peradangan paru-paru yang pada umumnya disebabkan oleh aspirasi oral atau bahan dari lambung, baik Ketika makan atau setelah muntah.
 - e. Pneumonia pada Gangguan Imun
Yaitu pneumonia yang terjadi pada penderita yang mempunyai daya tahan tubuh lemah.
3. Berdasarkan letak anatomi (Hariadi, Winariani, & Wibisono, 2010)
- a. Pneumonia Lobaris
Melibatkan seluruh atau satu bagian besar dari satu atau lebih lobus paru.
 - b. Pneumonia lobularis (Bronkepneumonia)
Terjadi pada ujung bronkiolus yang tersumbat oleh eksudat mukopurulen untuk membentuk bercak konsolidasi dalam lobus yang berada didekatnya
 - c. Pneumonia Intersitialis
Terjadi didalam dinding alveolar (intersitium) dan jaringan peribronkial serta interlobular.
4. Berdasarkan kelompok umur (Depkes, 2005 dalam (Salim, Betaningrum, & Pamela, 2016))
- a. Anak umur 2 bulan - <5 tahun
 - 1. Batuk bukan pneumonia

Tidak nafas cepat dan tidak ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam.

2. Batuk dengan Pneumonia

Nafas cepat sesuai dengan golongan umur (2 bulan -< 1 tahun : 50 kali atau lebih/menit, 1-< 5 tahun : 40 kali atau lebih/menit).

3. Batuk dengan Pneumonia Berat

Tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (*chest indrawing*)

b. Anak < 2 bulan

1. Pneumonia berat

Nafas cepat < 60 kali/menit, atau tarikan kuat dinding dada bagian bawah ke dalam (*chest indrawing*)

2. Bukan Pneumonia

Tidak nafas cepat dan tidak ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam

C. Epidemiologi

Pneumonia hingga saat ini masih tercatat sebagai masalah kesehatan utama pada anak di negara berkembang. Pneumonia merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas anak berusia di bawah lima tahun. Pneumonia menjadi salah satu penyebab utama kematian anak di bawah lima tahun (balita) pada 2021.

Pasalnya, balita lebih rentan terkena pneumonia karena sistem kekebalan tubuhnya paling rendah. (Herlina, 2020)

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan melaporkan, ada 278.261 balita yang terkena pneumonia pada 2021. Jumlah tersebut turun 10,19% dibandingkan pada tahun sebelumnya yang sebanyak 309.838 kasus. Sedangkan, tingkat kematian (case fatality rate/CFR) balita akibat pneumonia sebesar 0,16% pada 2021. Dengan demikian, terdapat 444 balita di Indonesia yang meninggal akibat pneumonia. Tingkat kematian balita karena pneumonia di Indonesia masih cenderung fluktuatif sejak 2011-2021. CFR tertinggi terjadi pada 2013 sebesar 1,19%. Sementara, CFR terendah sebesar 0,08% pada 2014 dan 2018. (Kemenkes RI, 2022).

D. Etiologi

- 1) Bakteri Pneumonia bakteri biasanya didapatkan pada usia lanjut. Organism gram positif: *Streptococcus pneumoniae*, *S.aerous*, dan *streptococcus pyogenesis*. Bakteri gram negative seperti *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae* dan *P. Aeruginosa*.
- 2) Virus Disebabkan oleh virus *influenza* yang menyebar melalui transmisi *droplet*. *Cytomegalovirus* dalam hal ini dikenal sebagai penyebab utama pneumonia virus.

- 3) Jamur Infeksi yang disebabkan jamur seperti *histoplamosis* menyebar melalui penghirupan udara yang mengandung spora dan biasanya ditemukan pada kotoran burung, tanah serta kompos.
- 4) *Protozoa* Menimbulkan terjadinya *Pneumocystis carinii* pneumonia. Biasanya menjangkiti pasien yang mengalami immunosupresi. (Padila, 2013)

E. Faktor Risiko

Faktor pneumonia dikelompokkan menjadi tiga, yaitu:

1. Faktor *Agent* (Penyebab penyakit)
 - a. Bakteri Menurut Misnadiarly (2008) bakteri yang pada umumnya menyebabkan pneumonia antara lain *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella Sp*, *Pseudomonas Sp*. 16 Sedangkan bakteri yang sering menjadi penyebab pneumonia pada balita adalah *Streptococcus pneumonia* dan *Haemophilus influenzae* (UNICEF, 2006).
 - b. Virus Setengah dari insiden pneumonia disebabkan oleh virus. Jika infeksi terjadi bersamaan dengan virus influenza, gejalanya bisa menjadi lebih berat dan kadang menyebabkan kematian. Virus yang menginfeksi paru-paru akan berkembang biak walaupun tidak terlihat akibat jaringan paru yang dipenuhi

cairan. Virus yang sering menjadi penyebab pneumonia adalah Respiratory Syncytial Virus (RSV) (Misnadiarly, 2008).

- c. Jamur *Pneumocystis jirovecii* (PCP) adalah jamur yang paling umum dilaporkan sebagai penyebab pneumonia pada anak dengan AIDS. PCP bertanggung jawab atas satu dari setiap empat kematian pada bayi baru lahir HIV-positif dengan pneumonia. (UNICEF, 2006).

2. Faktor *Environment* (Lingkungan)

a. Kepadatan Hunian Rumah

Menurut Hasanah and Santik (2021), balita yang tinggal di rumah dengan padat penghuni berisiko 5,041 kali lebih besar menderita pneumonia dibandingkan dengan balita yang tinggal dalam rumah dengan kategori tidak padat. Hal ini karena hunian dengan kepadatan penghuni yang tinggi bisa menjadi tidak sehat karena kekurangan oksigen di dalam rumah. Selanjutnya, kehadiran individu dalam jumlah besar di satu tempat tinggal akan mempercepat perpindahan bakteri penyebab pneumonia dari satu orang ke orang lain

b. Kebiasaan Merokok Anggota

Keluarga Merokok di rumah meningkatkan risiko pneumonia pada anak di bawah usia lima tahun sebesar 3.619 kali. Asap rokok mencakup sekitar 4.000 komponen, setidaknya 200 di antaranya telah dibuktikan merugikan kesehatan. Racun dalam rokok 18 termasuk tar, nikotin, dan karbon monoksida. Kehadiran perokok di rumah dapat membuat anggota keluarga lainnya terpapar lebih banyak asap rokok. Uap beracun dapat mengiritasi sistem pernapasan jika terhirup (Hasanah and Santik, 2021).

c. Penggunaan Obat Nyamuk Bakar

Penggunaan obat nyamuk bakar memiliki efek buruk bagi kesehatan. Pembakaran asap dalam bentuk CO dan CO₂ serta partikel yang mengiritasi saluran pernapasan dan dapat menimbulkan dampak berkelanjutan (Ariano et al., 2019).

d. Status Sosial Ekonomi

Prevalensi pneumonia pada anak di bawah usia lima tahun berkaitan dengan faktor sosial ekonomi. Balita dengan orang tua berpenghasilan rendah memiliki kemungkinan empat kali lebih besar terkena pneumonia dibandingkan balita dengan orang tua berpenghasilan tinggi. Hal ini karena balita

dengan orang tua berpenghasilan rendah kurang atau tidak memiliki sarana untuk memenuhi kebutuhannya, termasuk perawatan kesehatan bagi anaknya. Risiko pneumonia pada anak di bawah usia lima tahun adalah 1,19 kali lebih besar di lingkungan rumah berpenghasilan rendah (menengah dan rendah) daripada di lingkungan rumah berpenghasilan tinggi (menengah atas ke atas) (Hasanah and Santik, 2021).

e. Tingkat Pendidikan Orang Tua

Pendidikan adalah usaha yang dilakukan dan direncanakan untuk menciptakan lingkungan belajar dan proses pembelajaran dimana peserta didik secara aktif mengembangkan dirinya dalam berbagai bidang seperti kerohanian agama, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa, dan negara. (UndangUndang No. 20 Tahun 2003). Pendidikan dapat dikelompokkan menjadi 3 kategori yaitu rendah (SD-SMP), sedang (SMA), dan tinggi (Perguruan Tinggi).

f. Status Pekerjaan Ibu

Ibu yang bekerja, baik di dalam maupun di luar rumah anaknya berisiko tertular pneumonia

karena sebagian waktunya dihabiskan untuk kegiatan lain, sehingga ibu kurang memperhatikan secara jelas dalam merawat kesehatan anaknya. Akibatnya, anak-anak yang ibunya bekerja lebih rentan terhadap infeksi seperti pneumonia. Balita yang ibunya bekerja memungkinkan empat kali lipat terkena pneumonia dibandingkan balita yang ibunya tidak bekerja. (Hasanah and Santik, 2021).

3. Faktor Pejamu (*host*)

Host adalah pejamu atau pasien. Penyakit timbul karena ketidakseimbangan antara penyebab (*agent*) dan pejamu (*host*). Karakteristik tersebut antara lain:

a. Usia

Usia adalah salah satu faktor risiko utama untuk beberapa penyakit, karena usia dapat menunjukkan kesehatan seseorang. Balita adalah istilah umum bagi anak usia 1-3 tahun (*batita*) dan anak prasekolah (3-5 tahun). Umur serangan puncak pneumonia pada anak usia 2 dan 3 tahun dikarenakan peradangan yang mengenai seluruh atau sebagian besar dari lobus paru-paru (Supriandi and Mansyah, 2018).

b. Status Gizi

Balita yang memiliki status gizi rendah lebih mungkin mengalami pneumonia 5,342 kali lebih besar. Status gizi dapat meningkatkan risiko pneumonia melalui dua cara, kondisi pertama dengan melemahkan daya tahan tubuh balita dan kondisi kedua dengan melonggarkan otot-otot pernapasan pada balita. Malnutrisi menyebabkan kekebalan terhadap infeksi pneumonia berkurang, yang mengakibatkan kelainan granulosit, gangguan fungsi komplemen, dan defisit vitamin. (Hasanah and Santik ,2021)

c. Riwayat Pemberian ASI Eksklusif

ASI mengandung nutrisi, hormon, dan faktor pertumbuhan serta elemen yang mencegah alergi dan peradangan dan meningkatkan kekebalan tubuh. Penelitian di Amerika Serikat dan Inggris menunjukkan anak-anak yang diberi ASI eksklusif menjadi jarang sakit daripada anak yang tidak disusui. Kematian pneumonia tertinggi pada rentang usia 0–5 bulan karena tidak diberikan ASI eksklusif (Sutriana et al., 2021).

d. Status Imunisasi

Ketika vaksinasi terjadi, sistem pertahanan humoral dan seluler membuat molekul yang dikenal sebagai imunoglobulin (IgA, IgM, IgG,

IgE, dan IgD), dan sistem pertahanan seluler terdiri dari limfosit B dan limfosit T, serta pembentukan sel memori. Imunisasi merupakan salah satu cara untuk meningkatkan kekebalan pada anak dengan cara menyuntikkan vaksin ke dalam tubuh, yang menyebabkan tubuh memproduksi antibodi untuk menghindari penyakit tertentu (Supriandi and Mansyah, 2018)

e. Jenis Kelamin

Jenis kelamin laki-laki lebih rentan terhadap pneumonia karena faktor keturunan (jenis kelamin atau hormonal). Aktivitas laki-laki biasanya lebih sering bermain di lingkungan terbuka. Balita laki-laki memiliki risiko 7,429 kali besar untuk mengalami pneumonia dibanding balita berjenis kelamin perempuan (Sugihartono and Nurjazuli, 2018).

f. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Berat badan lahir rendah (BBLR) adalah berat badan bayi saat lahir yang kurang dari 2500 gram. Bayi yang memiliki riwayat berat badan lahir rendah cenderung lebih mudah sakit bahkan meninggal dibandingkan bayi yang memiliki berat badan lahir normal. Balita yang memiliki riwayat BBLR memiliki risiko 3,27 kali lebih tinggi untuk terkena pneumonia. Faktor nutrisi

memiliki efek tidak langsung tetapi dampak jangka panjangnya jelas 27 berperan penting sebagai faktor risiko pneumonia (Sutriana et al., 2021).

F. Manifestasi Klinis

Gejala penyakit pneumonia biasanya didahului infeksi saluran pernapasan atas akut selama beberapa hari. Kemudian demam, menggigil. Dan tunjukkan dengan adanya pelebaran cuping hidung, ronki ,dan retraksi dinding dada atau sering di sebut tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (*chest indrawing*). Penyakit yang sering terjadi pada anak-anak di tandai dengan ciri-ciri adanya demam, batuk, disertai nafas cepat (takipnea) atau nafas cepat. (Ardhi, 2018)

Menurut Nursalam (2016) gejala klinis pneumonia adalah demam, menggigil, berkeringat, batuk (baik non produktif atau produktif atau menghasilkan sputum berlendir, purulen, atau bercak darah), sakit dada karena pleuritis dan sesak. Pemeriksaan fisik didapatkan retraksi atau penarikan dinding dada bagian bawah saat pernafas, takipneu, kenaikan atau penurunan taktil fremitus, perkusi redup sampai pekak menggambarkan konsolidasi atau terdapat cairan pleura, ronki, suara pernafasan bronkial, pleural friction rub.

Tanda-tanda penyakit pneumonia antara lain : batuk berdahak, ingus (*nasal discharge*), suara nafas lemah,

penggunaan otot bantu nafas , demam, thorax menunjukkan infiltrasi melebar, dispnea (sesak nafas), terkadang kulit menjadi lembab.

G. Pemeriksaan Diagnostik

Abdjul & Herlina (2020) menyatakan bahwa pemeriksaan penunjang pada penderita pneumonia diantaranya pemeriksaan rontgen thorax, pemeriksaan laboratorium lengkap (adanya peningkatan leukosit dan LED), pemeriksaan mikrobiologi (biakan sputum dan kultur darah), pemeriksaaan analisa gas darah , serta tindakan pungsi untuk dilakukan permeriksaan pada cairan paru- paru.

Sedangkan menurut Ryusuke (2017) pemeriksaan penunjang dan diagnostic diantaranya :

1. Sinar X : mengidentifikasi distribusi structural (missal : lobar bronsial),dapat juga menyatakan abses
2. Pemeriksaaan gram/kultur,sputum dan darah: untuk dapat mengidentifikasi semua organisme yang ada
3. Pemeriksaaan serologi : membantu dalam membedakan diagnosis organisme khusus
4. Pemeriksaan fungsi paru : untuk mengetahui paru- paru ,menetapkan luas berat penyakit dan membantu diagnosis keadaan.
5. Biopsi paru : untuk menetapkan diagnosis

6. Spirometri stetik: untuk mengkaji jumlah udara yang diaspirasi.
7. Bronkostopi: untuk menetapkan diagnosis dan mengangkat benda asing.

H. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan kasus pneumonia yang efektif adalah dengan pemberian terapi antibiotik yang lebih kuat dan terapi suportif sesuai kebutuhan, terutama pemberian oksigen pada kasus-kasus pneumonia berat. WHO telah mempublikasikan tentang penatalaksanaan pneumonia pada tempat-tempat layanan kesehatan paling depan. Penatalaksanaan awal adalah dengan pemberian antibiotik, cotrimoxazole atau amoxycillin. Bila ditemukan penderita dengan retraksi dinding dada bagian bawah atau ada tanda-tanda infeksi berat, seperti kejang atau tidak mampu minum, segera dirujuk ke rumah sakit terdekat. (Rahayu, 2011)

Sejak tahun 1992, penatalaksanaan pneumonia pada anak telah masuk dalam standar yang dikembangkan oleh WHO mengenai Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Saat ini, MTBS telah menjadi standar penatalaksanaan balita sakit di banyak negara berkembang. Dengan pelatihan MTBS, tenaga-tenaga kesehatan pada lini terdepan (puskesmas dan posyandu) diberi pengenalan dan peningkatan kewaspadaan terhadap

kasuskasus pneumonia berat, yang harus segera dikirim ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan yang memadai. (Rahayu, 2011)

Penatalaksanaan utama pneumonia adalah memberikan antibiotik tertentu terhadap kuman tertentu infeksi pneumonia. Pemberian antibiotik bertujuan untuk memberikan terapi kausal terhadap kuman penyebab infeksi, akan tetapi sebelum antibiotika definitif diberikan antibiotik empiris dan terapi suportif perlu diberikan untuk menjaga kondisi pasien. Ada 2 penatalaksanaan pemeriksaan pneumonia yaitu secara medis dan keperawatan antara lain :

a. Penatalaksanaan Medis

- 1) Oksigen 1-2L/ menit.
- 2) IVFD (Intra venous fluid Drug) / (pemberian obat melalui intra vena) dekstrose 10 % : NaCl 0,9% = 3:1, + KCL 10 meq / 500 ml cairan. Jumlah cairan sesuai dengan berat badan, kenaikan suhu, dan status hidrasi.
- 3) Jika sesak tidak terlalu hebat, dapat dimulai dengan makanan entral bertahap memulai selang nasogastrik dengan feding drip.
- 4) Jika sekresi lendir berlebihan dapat diberikan inhalasi dengan salin normal dan beta agonis untuk memperbaiki transpormukossiller.

- 5) Koreksi gangguan keseimbangan asam-basa dan elektrolit.
- 6) Antibiotik sesuai hasil biakan atau berikan.
- 7) Untuk kasus pneumonia *community base* : Ampicilin 100 mg/ kg BB/ hari dalam 4 hari pemberian, Kloramfenicol 75 mg /kg BB/ hari dalam 4 hari pemberian.
- 8) Untuk kasus pneumonia *hospital base* : Cefotaxim 100 mg/kg BB/ hari dalam 2 kali pemberian, Amikasin 10-15 mg/ kg BB/ hari dalam 2 kali pemberian. (Kesuma, 2021)

b. Penatalaksanaan Keperawatan

Peran perawat dalam penatalaksanaan penyakit pneumonia secara primer yaitu memberikan pendidikan kepada keluarga klien untuk meningkatkan pengetahuan tentang penyakit pneumonia dengan perlindungan kasus dilakukan melalui imunisasi, hygiene personal, dan sanitasi lingkungan. Peran sekunder dari perawat 13 adalah memberikan fisioterapi dada, nebulasi, suction, latihan nafas dalam dan batuk efektif agar penyakit tidak kembali kambuh. (Kesuma, 2021).

I. Asuhan Keperawatan

1. Diagnosa Keperawatan yang muncul
 - a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan secret. (D.0001)
 - b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan pertukaran gas di alveoli. (D.0003)
 - c. Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi alveoli (D.0130)
2. Intervensi Keperawatan

No	Diagnose keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d penumpukan secret (D.0001)	<p>Luaran: Bersihan jalan nafas (L. 010001)</p> <p>Ekspetasi: meningkat Bersihan jalan napas meningkat berarti kemampuan pasien membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan</p>	<p>Intervensi: Manajemen Jalan Napas (I.01011)</p> <p>Tindakan: Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) - Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling,

		<p>napas tetap paten meningkat.</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas meningkat</p> <p>Kreteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Produksi sputum (5) menurun - Batuk efektif (5) meningkat - Mengi (5) menurun - Frekuensi nafas (5) membaik 	<p>mengi, wheezing, ronchi kering)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan kepatenan jalan napas dengan headtilt dan chinlift (jawthrust jika curiga trauma servical) - Posisikan semi-fowler atau fowler - Berikan minum hangat - Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Pola nafas (5) mem baik 	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik - Lakukan hiperoksi genasi sebelum penghisapan endotrakeal - Keluarkn sumbatan (neonatus) Gejala dan tanda Minor Subjek - Dispneu - Sulit bicara - Ortopnea - Objektif - Gelisah - Sianosis - Bunyi napas menurun - Frekuensi napas berubah
--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Pola napas beruba - Kondisi Klinis Terkait - Gullian barre syndrome - Sklerosis multiple - Myasthenia gravis - Prosedur diagnostik - Depresi sistem saraf pusat - Cedera kepala - Stroke - Kuadriplegia - Sindrom aspirasi - meconium - Infeksi saluran napas benda pada dengan forsep McGill
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Berikan oksigen, jika perlu - <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi - Ajarkan tehnik batuk efektif <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
2.	Ketidakefektifan pertukaran gas b.d gangguan pertukaran gas dialveoli (D. 0003)	<p>Luaran : Pertukaran gas (L.01003)</p> <p>Ekspetasi : Meningkatkan</p>	<p>Intervensi : Pemantauan Respirasi (I.01014)</p> <p>Tindakan : Observasi</p>

		<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pertukaran gas membaik</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea (5) menu run - Bunyi nafas tambahan (5) menu run - Pusing (5) menu run - Penglihatan kabur (5) menu run - Gelisah (5) 	<p>–Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Monitor pola nafas –Monitor adanya sumbatan jalan nafas – Auskultasi bunyi nafas – Monitor nilai AGD – Monitor hasil xray <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> –Atur interval pemantauan respirasi sesuai dengan kondisi pasien –Dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> –Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
--	--	--	--

		<p>menu run</p> <ul style="list-style-type: none"> - PCO 2 (5) mem baik - PO2 (5) mem baik - Pola nafas (5) mem baik 	-Informasi hasil pemantauan
3.	Hipertermi b.d proses inflamasi alveoli (D. 0130)	<p>Luaran:Ter moregulasi (L.14134)</p> <p>Ekspetasi :Membaik</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan termoregulasi membaik,</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggigil (5) menurun. 2. Kulit merah (5) menurun. 	<p>Intervensi : manajemen hipertermia (I.14507)</p> <p>Tindakan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor suhu tubuh. 2. Sediakan lingkungan yang dingin. 3. Longgarkan atau lepaskan pakaian. 4. Basahi dan kipasi permukaan tubuh . 5. Berikan cairan oral. 6. Anjurkan tirah baring.

		<p>3. Pucat (5) menurun.</p> <p>4. Suhu tubuh membaik.</p> <p>5. Suhu kulit (5) membaik.</p> <p>6. Tekanan darah (5) membaik.</p>	<p>7. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena.</p> <p>Regulasi Temperatur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tekanan darah, frekuensi pernafasan dan nadi. 2. Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam, jika perlu. 3. Monitor warna dan suhu kulit. 4. Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat. 5. Kolaborasi pemberan antipiretik, jika perlu.
--	--	---	--

J. Rangkuman

Pneumonia adalah penyakit infeksi yang mengenai organ paru-paru yang disebabkan oleh virus, bakteri, parasit, dan jamur. Secara garis besar klasifikasi pneumonia dapat dibagi berdasarkan klinis dan epidemiologi, berdasarkan letak anatomi, dan berdasarkan kelompok umur. Penyakit pneumonia disebabkan oleh mikroorganisme seperti bakteri, jamur, virus dan protozoa. Pada prosesnya mikroorganisme mencapai paru melalui beberapa jalur, yaitu:

1. Ketika individu yang terinfeksi batuk, bersin, atau berbicara, mikroorganisme dilepaskan ke dalam udara dan terhirup oleh orang lain.
2. Mikroorganisme dapat juga terinspirasi dengan aerosol dari peralatan terapi pernapasan yang terkontaminasi.
3. Pada individu yang sakit atau *hygiene* giginya buruk, flora normal orofaring dapat menjadi patogenik.
4. Staphylococcus dan bakteri gram negatif dapat menyebar melalui sirkulasi dari infeksi sistemik, sepsis, atau jarum obat IV yang terkontaminasi

Peran perawat dalam penatalaksanaan penyakit pneumonia secara primer yaitu memberikan pendidikan kepada keluarga klien untuk meningkatkan pengetahuan tentang penyakit pneumonia dengan perlindungan kasus

dilakukan melalui imunisasi, hygiene personal, dan sanitasi lingkungan. Peran sekunder dari perawat 13 adalah memberikan fisioterapi dada, nebulasi, suction, latihan nafas dalam dan batuk efektif agar penyakit tidak kembali kambuh.

K. Latihan

1. Seorang balita berusia 38 bulan, dibawa ke Puskesmas dengan keluhan utama demam dan batuk selama 3 hari. Hasil pemeriksaan fisik : berat badan 14 kg, tinggi badan 81 cm, suhu tubuh 38,2 0C, frekuensi nafas 45X/menit, terdapat ruam, tidak ada tarikan dinding dada, tidak terdengar stridor, tidak terjadi penurunan kesadaran. Apa klasifikasi penyakit yang dialami pada kasus ?
 - a. Batuk
 - b. Pneumonia
 - c. Pneumonia berat
 - d. Penyakit sangat berat
 - e. Batuk bukan pneumonia
2. Pneumonia merupakan penyakit yang menyerang.....
 - a. Saluran nafas atas
 - b. Saluran nafas bawah
 - c. Faring
 - d. Orofaring

- e. Nasofaring
3. Pneumonia yang diperoleh selama perawatan di rumah sakit atau sesudahnya karena penyakit lain atau prosedur.....
- a. Pneumonia Komunitas
 - b. Pneumonia Nosokomial
 - c. Pneumonia aspirasi
 - d. Pneumonia pada penderita immunocompromised
 - e. Pneumonia bacteria
4. Batas nafas cepat anak usia 2 – 11 bulan pada kasus pneumonia adalah.....
- a. ≥ 60 x/menit
 - b. ≥ 50 x/menit
 - c. ≥ 40 x/menit
 - d. ≥ 30 x /menit
 - e. ≥ 20 x/menit

BAB 9

ASUHAN KEPERAWATAN ANAK: DIARE

Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu memahami proses keperawatan diare
pada anak

A. Definisi Diare

Diare merupakan suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya, ditandai dengan peningkatan volume, keenceran, serta frekuensi buang air besar lebih dari 3 kali sehari dan pada neonatus lebih dari 4 kali sehari dengan atau tanpa lendir darah (Juliansyah, E. ,2021).

Diare didefinisikan sebagai buang air besar lebih dari tiga kali sehari dengan konsistensi lembek atau cair,1 namun definisi yang lebih banyak dianut adalah apabila terdapat salah satu atau lebih gejala peningkatan frekuensi defekasi, konsistensi feses dan jumlah feses.2- 4,11,12 Jenis parasit yang dapat menyebabkan diare adalah protozoa (*Giardia lamblia*, *Cryptosporidium* sp., *Isospora belli*, *Sarcocystis* sp., *Entamoeba histolytica*, *Nonpathogenic Amoeba*, *Balantidium coli*), cacing (*Strongyloides stercoralis*, *Capillaria philippinensis*, *Trichinella spiralis*, (Dr. Herbowo Agung, PPDS IKA FKUI, Jakarta.)

Menurut WHO (2013), diare adalah keluarnya 3 atau lebih feses yang longgar atau cair per hari atau lebih sering daripada yang normal untuk individu. Ini biasanya merupakan gejala infeksi gastrointestinal, yang dapat disebabkan oleh berbagai organisme bakteri, virus, dan parasit. Infeksi menyebar melalui makanan atau air minum yang terkontaminasi, atau dari orang ke orang sebagai akibat dari kebersihan yang buruk. (Harsismanto, 2019)

Diare adalah penyakit menular yang paling umum pada bayi dan dapat mengancam jiwa, Secara global tiap tahunnya peristiwa diare pada bayi menggapai 1.7 miliar permasalahan di seluruh dunia, serta menimbulkan sekitar 525. 000 bayi wafat dunia pertahunnya. (EKOWATI, E. 2022)

Diare merupakan penyakit yang membuat penderitanya sering buang air besar dengan kondisi tinja encer atau cair. Pada umumnya diare terjadi akibat mengkonsumsi makanan dan minuman yang terkontaminasi virus, bakteri, atau parasit. Diare umumnya berlangsung kurang dari 14 hari (diare akut). Penyakit diare merupakan penyebab utama kematian kedua pada anak di bawah lima tahun dan mengakibatkan kematian sekitar 525.000 anak setiap tahunnya. Diare dapat berlangsung beberapa hari dan dapat mengakibatkan dehidrasi air dan garam yang diperlukan

untuk bertahan hidup. Di masa lalu, bagi kebanyakan orang, dehidrasi berat dan kehilangan cairan adalah penyebab utama kematian. Sekarang, penyebab lain seperti infeksi bakteri septik kemungkinan akan menyebabkan peningkatan proporsi kematian terkait diare. Anak-anak yang kekurangan gizi atau memiliki kekebalan yang terganggu serta orang yang hidup dengan Human Immunodeficiency Virus (HIV) paling berisiko mengalami diare yang mengancam jiwa (WHO, 2017).

Diare adalah keadaan tidak normalnya pengeluaran feses yang ditandai dengan peningkatan volume dan keenceran feses serta frekuensi buang air lebih dari 3 kali dalam sehari (pada neonates lebih dari 4 kali dalam sehari) dengan atau tanpa lendir darah (Nurul Utami & Nabila Luthfiana, 2016)

Diare adalah keadaan frekuensi buang air besar lebih dari tiga kali pada bayi dan lebih dari empat kali pada anak dengan konsistensi feses encer, dapat berwarna hijau, atau dapat pula bercampur lendir dan darah atau lendir saja (Ida Mardalena, 2018).

B. Etiologi Diare

Etiologi diare pada anak didominasi oleh patogen enterik seperti virus, bakteri, dan parasit. Organisme patogen enterik yang cukup sering menjadi penyebab diare adalah rotavirus, E.coli, Shigella spp., Salmonella

spp., *Vibrio cholerae*, dan *Entamoeba histolytica* (Jap, Arvin Leonard Sumadi, dan Ariani Dewi Widodo, 2021).

Etiologi diare pada anak didominasi oleh patogen enterik seperti virus, bakteri, dan parasit. Organisme patogen enterik yang cukup sering menjadi penyebab diare adalah rotavirus, *E.coli*, *Shigella* spp., *Salmonella* spp., *Vibrio cholerae*, dan *Entamoeba histolytica*. Selama beberapa dekade terakhir, pengetahuan mengenai patogenesis diare akut yang disebabkan oleh infeksi mengalami perkembangan. Tiap organisme menyebabkan gejala diare yang berbeda. Dengan mengetahui gejala dan etiopatogenesis diare akut yang disebabkan oleh infeksi secara tepat, pemberian antibiotik secara berlebihan dapat dicegah sehingga akan mengurangi angka resistensi antibiotik (Jurnal kedokteran meditek 2021).

Faktor penyebab terjadinya diare perlu diketahui agar terapi yang rasional dapat diberikan kepada penderita. Terapi yang rasional diharapkan dapat mengatasi diare dan efek buruk diare pada status gizi, resistensi obat dan lain-lain. Teknologi untuk mendeteksi etiologi diare dilaporkan dapat menemukan berbagai mikroorganisme penyebab diare pada anak, antara lain: rotavirus, *E.Coli.*, *Salmonella Sp*, *Shigella sp.*, *Campylobacter sp*, dan *vibro cholerae*. Gangguan kesehatan maupun penyakit yang terkait dengan diare seperti gangguan gizi dan ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Akut) di Jawa Tengah.

Keadaan ini ditunjukkan dari hasil survey oleh Tim CHN-RL (Community Health and Nutrition Research Laboratory III), Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada (Depkes RI, 2013).

Diare disebabkan oleh beberapa hal, salah satunya adalah status gizi. Hal ini disebabkan karena adanya anoreksia pada penderita diare sehingga ia makan lebih sedikit dari pada biasanya dan kemampuan menyerap sari makanan juga berkurang dan mengakibatkan nafsu makan berkurang mengakibatkan tubuh akan kekurangan cairan karena tidak dapat menyerap sari-sari makanan yang masuk dalam tubuh oleh sebab itu tubuh akan kekurangan cairan. Diare terutama pada balita sangat berbahaya karena dapat menyebabkan kematian akibat kekurangan cairan (DinKes DKI Jakarta, 2013). (Zakiya, 2022).

Rotavirus merupakan etiologi paling penting yang menyebabkan diare pada anak dan balita. Infeksi rotavirus biasanya terdapat pada anak umur 6 bulan- 2 tahun. Infeksi Rotavirus menyebabkan sebagian besar perawatan rumah sakit karena diare berat pada anak- anak kecil merupakan infeksi nasokomial yang signifikan oleh mikroorganisme pathogen. Salmonella, Shigella dan Campylobacter merupakan bakteri pathogen yang paling sering di isolasi. Mikroorganisme Giardia lamblia dan Cryptosporidium merupakan parasit yang paling sering menimbulkan diare infeksius akut. Selain Rotavirus, telah

ditemukan juga virus baru yaitu Norwalk virus. Virus ini lebih banyak pada kasus orang dewasa dibandingkan anak-anak. Kebanyakan mikroorganisme penyebab diare disebarkan lewat jalur fekal oral melalui makanan, air yang terkontaminasi atau ditularkan antar manusia dengan kontak yang erat. (Susanti, N. 2022).

C. Klasifikasi

1. Diare Cair Akut

Dimana balita akan kehilangan cairan tubuh dalam jumlah yang besar sehingga mampu menyebabkan dehidrasi dalam waktu yang cepat.

2. Disentri

Diare ini ditandai dengan adanya darah dalam tinja yang disebabkan akibat kerusakan usus. Balita yang menderita diare berdarah akan menyebabkan kehilangan zat gizi yang berdampak pada penurunan status gizi.

3. Diare Persisten

Dimana kejadian diare dapat berlangsung ≥ 14 hari. Diare jenis ini sering terjadi pada anak dengan status gizi rendah, AIDS, dan anak dalam kondisi infeksi (iskandar 2011).

Klasifikasi diare :

1. Diare Tanpa Dehidrasi, ciri-cirinya jika pada Balita, ia tetap aktif, memiliki keinginan untuk minum

seperti biasa, mata tidak cekung, dan turgor kembali segera. Namun, Balita akan kehilangan cairan <5% dari berat badan.

2. Diare Dehidrasi Ringan/Sedang, biasanya Balita mengalami gelisah atau rewel, mata cekung, rasa haus meningkat, turgor kembali lambat, dan kehilangan cairan 5-10% dari berat badan.
3. Diare Dehidrasi Berat, ditandai dengan lesu/lunglai, mata cekung, malas minum, turgor kembali sangat lambat > 2 detik, dan kehilangan cairan >10% dari berat badan.

D. Faktor Resiko Diare

Faktor risiko tertinggi diare pada balita di Indonesia adalah personal hygiene pengasuh. Variabel personal hygiene pengasuh memiliki risiko 3,095 kali lebih besar untuk terjadinya diare. Hal ini menjelaskan bahwa balita yang memiliki pengasuh dengan personal hygiene kurang baik beresiko 3,095 kali lebih besar mengalami diare daripada ibu dengan tingkat kebersihan diri yang baik. Upaya yang dapat dilakukan dalam mencegah dan meminimalisir faktor risiko adalah dengan melakukan promosi secara berkala mengenai pentingnya personal hygiene pengasuh balita (Adani, Diaz Faliha, and R. Azizah. ,2022).

Penyakit merupakan salah satu penyakit utama yang

menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia karena memiliki insiden dan mortalitas yang tinggi. Selama 3 tahun terakhir angka kejadian diare terus meningkat dengan proporsi kejadian diare 26%. Kuman penyebab diare biasanya menyebar melalui fecal oral antara lain melalui makanan/Minuman yang tercemar tinja dan atau kontak langsung dengan tinja penderita. Perilaku yang dapat menyebabkan penyebaran kuman dan meningkatkan resiko terjadinya diare yaitu tidak memberikan ASI eksklusif, menggunakan botol susu, menggunakan air yang tercemar, tidak mencuci tangan, memberikan makanan pendamping ASI sebelum anak berumur 6 Bulan. (Jurnal kesmas 2019).

Menurut Jufri dan Soenarto (2012), ada beberapa faktor resiko diare yaitu :

1. Faktor umur yaitu diare terjadi pada kelompok umur 6-11 bulan pada saat diberikan makanan pendamping ASI. Pola ini menggambarkan kombinasi efek penurunan kadar antibody ibu, kurangnya kekebalan aktif bayi, pengenalan makanan yang mungkin terkontaminasi bakteri tinja.
2. Faktor musim : variasi pola musim diare dapat terjadi menurut letak geografis. Di Indonesia diare yang disebabkan oleh rotavirus dapat terjadi sepanjang tahun dengan peningkatan sepanjang musim

kemarau, dan diare karena bakteri cenderung meningkat pada musim hujan.

Faktor lingkungan meliputi kepadatan perumahan, kesediaan sarana air bersih (SAB), pemanfaatan SAB, kualitas air bersih.

E. Manifestasi Klinis

Menurut (Shabella, G., Ringoringo, H. P., & Noor, M. S. ,2023).

- a. Demam
- b. Muntah
- c. Mual
- d. Perut kembung
- e. Dehidrasi

Menurut Mayo clinic (2022) berikut ini merupakan manifestasi klinis dari diare, yaitu

- a. Feses lembek dan cair.
- b. Nyeri dan kram perut.
- c. Mual dan muntah.
- d. Nyeri kepala.
- e. Kehilangan nafsu makan.
- f. Haus terus-menerus.
- g. Darah pada feses.

Menurut Mardalena (2018) berikut ini merupakan manifestasi klinis dari diare, yaitu:

- a. Nyeri perut (abdominal discomfort).

- b. Mual, kadang-kadang sampai muntah.
- c. Rasa perih di ulu hati.
- d. Rasa lekas kenyang.
- e. Nafsu makan berkurang.
- f. Perut kembung, rasa panas di dada dan perut.
- g. Regurgitasi (keluar cairan dari lambung secara tiba-tiba).
- h. Demam dan lemah.
- i. Membrane mukosa mulut dan bibir kering.
- j. Diare.
- k. Pontanel cekung.

F. Patofisiologi

Penyebab diare akut adalah masuknya virus (Rotavirus, Adenovirus Enteris, Virus Norwalk), bakteri atau toksin (*Compylobacter*, *Salmonella*, *Eschericia Coli*, *Yersinia*, dan lainnya), parasite (*Biardia*, *Lambia*, *Cryptoporisdium*). Beberapa mikroorganisme patogen ini menyebabkan infeksi pada sel-sel, memproduksi enterotoksin atau Cytotoksin dimana merusak sel-sel atau melekat pada dinding usus penderita diare akut. Penularan diare bisa melalui fekal maupun oral dari satu penderita ke penderita lain. Beberapa kasus ditemui penyebaran pathogen disebabkan oleh makanan dan minuman yang terkontaminasi.

Mekanisme dasar penyebab timbulnya diare adalah adanya gangguan osmotik. Hal tersebut berarti, makanan yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus, kemudian isi rongga usus berlebihan sehingga timbul diare. Selain itu, muncul pula gangguan sekresi akibat toksin di dinding usus, sehingga sekresi air dan elektrolit meningkat kemudian terjadilah diare. Gangguan motilitas usus mengakibatkan hiperperistaltik dan hipoperistaltik. Diare dapat menimbulkan gangguan lain seperti kehilangan air dan elektrolit (dehidrasi). Kondisi ini mengganggu keseimbangan asam basa (asidosis metabolik dan hipokalemia), gangguan gizi (intake kurang, output berlebih), hipoglikemia, dan gangguan sirkulasi darah. Normalnya, makanan atau feses bergerak sepanjang usus dengan bantuan gerakan peristaltik dan segmentasi usus, akan tetapi mikroorganisme (seperti Salmonella, Escherichia Coli, Vibrio Disentri, dan Virus Entero) akan masuk ke dalam usus dan berkembang biak yang mana hal tersebut dapat meningkatkan gerak peristaltik usus. Kemudian, usus akan kehilangan cairan dan elektrolit sehingga terjadilah dehidrasi. Dehidrasi merupakan komplikasi yang sering terjadi jika cairan yang dikeluarkan oleh tubuh melebihi cairan yang masuk dan

keluar dari tubuh, yang mana cairan yang keluar tersebut disertai oleh elektrolit (Ida Mardalena, 2018).

G. Penatalaksanaan

Menurut badan kesehatan dunia (WHO) 2020 dipublikasikan lima lintas penatalaksanaan diare, diantaranya: pemberian cairan yang adekuat, pemberian suplement zinc, lanjutkan nutrisi sesuai, pemberian antibiotik bila diperlukan, dan edukasi orang tua.

Penatalaksanaan Non Medikamentosa: 1. Edukasi pasien, bahwa dengan penatalaksanaan yang tepat maka BAB cair dapat berkurang dan komplikasi akibat diare dapat dicegah. 2. Edukasi kepada anggota keluarga, mengenai faktor risiko yang ada pada mereka dan pentingnya melakukan perilaku hidup bersih dan sehat. 3. Edukasi kepada keluarga untuk melakukan tindakan pencegahan penyakit diare, dengan cara cuci tangan setiap sebelum makan dan setelah dari kamar mandi (Intisarisains 2022).

Penatalaksanaan Medikamentosa: 1. Oralit (bila BAB cair saja). 2. Zinc syrup 1x10 mL (diteruskan selama 10 hari). 3. Paracetamol syrup (bila demam) 4. Lacto B 2x1 sachet (Intisarisains 2022).

Penatalaksanaan dehidrasi pada anak menurut kementerian kesehatan tahun 2022 :

➤ Tatalaksana Diare Tanpa Dehidrasi:

1. Rencana terapi A

Pencegahan dehidrasi:

- untuk anak berumur < 2 tahun, beri + 50–100 ml setiap kali anak BAB
- untuk anak berumur 2 tahun atau lebih, beri + 100–200 ml setiap kali anak BAB

2. Pemberian zinc:

- Di bawah umur 6 bulan : ½ tablet (10 mg) per hari selama 10 hari
- Umur 6 bulan ke atas : 1 tablet (20 mg) per hari selama 10 hari

➤ Tatalaksana Diare dengan Dehidrasi Ringan/Sedang:

Rencana terapi B

Nilai kembali anak setelah 3 jam untuk memeriksa tanda dehidrasi yang terlihat sebelumnya (Catatan: periksa kembali anak sebelum 3 jam bila anak tidak bisa minum larutan oralit atau keadaannya terlihat memburuk)

➤ Tatalaksana Diare dengan Dehidrasi Berat

Rencana terapi C:

- Mulai berikan cairan intravena segera

Catatan: larutan intravena terbaik adalah larutan Ringer Laktat/Ringer Asetat/NaCl 0.9%. Larutan glukosa 5% (dextrosa) tidak direkomendasikan.

WHO merekomendasikan lima tatalaksana utama diare yang disebut lintas penatalaksanaan diare

(rehidrasi, suplement zinc, nutrisi, antibiotik selektif, dan edukasi orangtua/pengasuh.

1. Rehidrasi yang adekuat Oral Rehydration Therapy (ORT)

Pemberian cairan pada kondisi tanpa dehidrasi adalah pemberian larutan oralit dengan osmolaritas rendah. Oralit untuk pasien diare tanpa dehidrasi diberikan sebanyak 10 ml/kgbb tiap BAB. Rehidrasi pada pasien diare akut dengan dehidrasi ringan-sedang dapat diberikan sesuai dengan berat badan penderita. Volume oralit yang disarankan adalah sebanyak 75 ml/KgBB. Buang Air Besar (BAB) berikutnya diberikan oralit sebanyak 10 ml/KgBB. Pada bayi yang masih mengonsumsi Air Susu Ibu (ASI), ASI dapat diberikan.

2. Suplement Zinc

Suplement zinc digunakan untuk mengurangi durasi diare, menurunkan risiko keparahan penyakit, dan mengurangi episode diare.¹⁰ Penggunaan mikronutrien untuk penatalaksanaan diare akut didasarkan pada efek yang diharapkan terjadi pada fungsi imun, struktur, dan fungsi saluran cerna utamanya dalam proses perbaikan epitel sel saluran cerna. Secara ilmiah zinc terbukti dapat

menurunkan jumlah buang air besar (BAB) dan volume tinja dan mengurangi risiko dehidrasi. Zinc berperan penting dalam pertumbuhan jumlah sel dan imunitas. Pemberian zinc selama 10-14 hari dapat mengurangi durasi dan keparahan diare. Selain itu, zinc dapat mencegah terjadinya diare kembali. Meskipun diare telah sembuh, zinc tetap dapat diberikan dengan dosis 10 mg/hari (usia < 6 bulan) dan 20 mg /hari (usia > 6 bulan).

3. Nutrisi adekuat

Pemberian air susu ibu (ASI) dan makanan yang sama saat anak sehat diberikan guna mencegah penurunan berat badan dan digunakan untuk menggantikan nutrisi yang hilang. Apabila terdapat perbaikan nafsu makan, dapat dikatakan bahwa anak sedang dalam fase kesembuhan. Pasien tidak perlu untuk puasa, makanan dapat diberikan sedikit demi sedikit namun jumlah pemerian lebih sering (>6 kali/hari) dan rendah serat. Makanan sesuai gizi seimbang dan atau ASI dapat diberikan sesegera mungkin apabila pasien sudah mengalami perbaikan. Pemberian nutrisi ini dapat mencegah terjadinya gangguan gizi,

menstimulasi perbaikan usus, dan mengurangi derajat penyakit.

4. Antibiotik selektif

Pemberian antibiotik dilakukan terhadap kondisi-kondisi seperti:

- Patogen sumber merupakan kelompok bakteri
- Diare berlangsung sangat lama (>10 hari) dengan kecurigaan Enteropathogenic E coli sebagai penyebab.
- Apabila patogen dicurigai adalah Enteroinvasive E coli.
- Agen penyebab adalah Yersinia ditambah penderita memiliki tambahan diagnosis berupa penyakit sickle cell.
- Infeksi Salmonella pada anak usia yang sangat muda, terjadi peningkatan temperatur tubuh (>37,5 C) atau ditemukan kultur darah positif bakteri.

5. Edukasi Orang Tua

Orangtua diharapkan dapat memeriksakan anak dengan diare puskesmas atau dokter keluarga bila didapatkan gejala seperti: demam, tinja berdarah, makan dan atau minum sedikit, terlihat sangat kehausan, intensitas dan frekuensi diare semakin sering, dan atau belum terjadi perbaikan dalam tiga hari. Orang tua maupun

pengasuh diberikan informasi mengenai cara menyiapkan oralit disertai langkah promosi dan preventif yang sesuai dengan lintas diare. Pemberian obat-obatan seperti antiemetik, antimotilitas, dan antidiare kurang bermanfaat dan kemungkinan dapat menyebabkan komplikasi. Bayi dengan usia kurang dari tiga bulan, tidak dianjurkan untuk menerima obat jenis antispasmodik maupun antisekretorik. Obat pengeras feses juga dikatakan tidak bermanfaat sehingga obat-obatan tersebut juga tidak perlu diberikan. Efek samping berupa sedasi atau anoreksia dapat menurunkan presentasi keberhasilan terapi rehidrasi oral. (Indriyani, 2020)

H. Asuhan Keperawatan

1. Diagnosis keperawatan yang muncul
 - a. Diare berhubungan dengan proses infeksi (D.0142)
 - b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0019)
 - c. Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan (D.0023)

2. Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Diare berhubungan dengan Proses Infeksi (D.0020)	<p>Keseimbangan Cairan (L.03020)</p> <p>Definisi : Ekuilibrium antara volume cairan di ruang intrasekuler dan ekstraseluler tubuh.</p> <p>Ekspetasi : Meningkatkan Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan (5) meningkat 2. Kelembaban membran mukosa (5) meningkat 3. Turgor kulit (4) 	<p>Manajemen Diare (I.03101)</p> <p>Tindakan Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penyebab diare • identifikasi gejala invaginasi • monitor tanda dan gejala hypovolemia • monitor warna, vomule, frekuensi dan konsistensi tinja • identifikasi riwayat pemberian makan • monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perineal

		<p>cukup membaik</p> <p>4. Mata cekung (4) cukup membaik</p> <p>5. Dehidras i (5) menurun</p>	<ul style="list-style-type: none"> • monitor jumlah pengeluaran diare • monitor keamanan penyimpanan makanan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa • Anjurkan melanjutkan pemberian ASI <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian obat antimotilitas • Kolaborasi pemberian obat antispasmodic
--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian obat pengeras feses
2	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0019)	<p>Status Nutrisi (L.03030)</p> <p>Definisi : Keadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.</p> <p>Ekspektasi : Membaik</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat (5) meningkat 2. Pengetahuan tentang memilih minuman (5) 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Tindakan Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi alergi dan intoleransi makanan • Monitor berat badan • Identifikasi kalori dan jenis nutrisi • Monitor asupan makanan • Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sajikan makanan

		<p>meningkat</p> <p>3. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat (5) meningkatkan</p> <p>4. Penyediaan dan penyimpanan makanan yang aman (5) meningkatkan</p> <p>5. Penyediaan dan penyimpanan minuman yang aman (5) meningkatkan</p> <p>6. Diare (4) cukup menurun</p> <p>7. Membran mukosa (5) membaik</p>	<p>yang menarik dan suhu yang sesuai</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein • Berikan suplemen makanan, jika perlu • Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan posisi duduk <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan • Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan
--	--	--	--

		8. Berat badan (5) membaik	jumlah kalori dan jenis nutrien yang di butuhkan
3	Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan (D.0023)	<p>Status Cairan (L.03208)</p> <p>Definisi : Kondisi volume cairan intravaskuler, interstisial, dan atau intraseluler</p> <p>Ekspetasi : Membaik Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Turgor kulit (5) meningkat 2. Konsentrasi urin (1) meningkat 3. Berat badan (5) meningkat 	<p>Manajemen Hipovolemia (I.03116)</p> <p>Tindakan Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periksa tanda gejala hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume

		<p>4. Suhu tubuh (5) membaik</p> <p>5. Intake cairan (5) membaik</p>	<p>urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hitung kebutuhan cairan • Berikan posisi modified Trendelenburg • Berikan asupan cairan oral <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral • Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian
--	--	--	---

			cairan IV isotonis • Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis • Kolaborasi pemberian cairan kloid
--	--	--	---

I. Rangkuman

Diare merupakan penyakit yang membuat penderitanya sering buang air besar dengan kondisi tinja encer atau cair. Pada umumnya diare terjadi akibat mengkonsumsi makanan dan minuman yang terkontaminasi virus, bakteri, atau parasit. Etiologi diare pada anak didominasi oleh patogen enterik seperti virus, bakteri, dan parasit. Organisme patogen enterik yang cukup sering menjadi penyebab diare adalah rotavirus, E.coli, Shigella spp., Salmonella spp., Vibrio cholerae, dan Entamoeba histolytica.

J. Latihan

1. Diare akut dengan atau tanpa disertai darah yang berlangsung selama 14 hari atau lebih disebut.....
 - a. Diare cair akut
 - b. Diare tanpa berdarah
 - c. Diare kronis
 - d. Diare akut
 - e. Diare persisten
2. Anak usia 1 tahun dirawat di RS karena sudah 8 hari BAB cair. Keadaan anak sudah sangat lemah. Anak haus tapi tidak mau minum. Menurut ibu BAB anak juga disertai darah. Apa klasifikasi diare anak tersebut?
 - a. Diare akut dehidrasi berat
 - b. Diare akut dehidrasi ringan/sedang
 - c. Diare akut tanpa dehidrasi
 - d. Diare persisten dengan dehidrasi
 - e. Disentri
3. Seorang perawat anak mendemonstrasikan cara pembuatan larutan oralit pada seorang ibu yang anaknya mengalami diare. Selanjutnya perawat memnta kepada orang tua anak tersebut untuk memberikan cairan oralit kepada anaknya sampai habis.

Apakah peran perawat anak pada kasus diatas?

 - a. Care giver
 - b. Educator

- c. Advocacy
 - d. Colaboration
 - e. Konseling
4. Seorang anak laki-laki berusia 4 bulan dibawa orang tuanya ke rumah sakit dan dirawat di ruang anak karena mengalami BAB mencret dan muntah terus menerus selama 3 hari. Berdasarkan hasil pemeriksaan diperoleh data anak tampak lemas dan rewel, terdapat kemerahan di sekitar anus, hasil auskultasi bunyi peristaltic usus 15x/menit, perkusi abdomen hipertimpani (kembung), BAB lebih dari 4x dengan konsistensi cair berampas, berat badan anak sebelum BAB mencret 5,3 kg dan berat badan anak saat BAB mencret 4,9kg.

Apa masalah keperawatan utama yang dihadapi oleh anak tersebut?

- a. Kekurangan kebutuhan nutrisi
- b. Kelebihan kebutuhan nutrisi
- c. Kerusakan integritas kulit
- d. Kekurangan volume cairan dan elektrolit
- e. Kelebihan volume cairan dan elektrolit

BAB 10

ASUHAN KEPERAWATAN ANAK: MENINGITIS

Tujuan Penelitian

Mahasiswa mampu memahami proses keperawatan meningitis pada anak

A. Definisi Meningitis

Meningitis adalah peradangan pada selaput meningen, cairan serebrospinal dan spinal column yang menyebabkan proses infeksi pada sistem saraf pusat (Suriadi & Rita Yuliani 2006). Meningitis adalah radang dari selaput otak yaitu lapisan arachnoid dan pia mater yang disebabkan oleh bakteri dan virus (Judha & Rahil, 2012). Meningitis adalah infeksi akut yang mengenai selaput meningeal yang dapat disebabkan oleh berbagai mikroorganisme dengan ditandai adanya gejala spesifik dari sistem saraf pusat yaitu gangguan kesadaran, gejala rangsang meningkat, gejala peningkatan tekanan intrakranial, & gejala defisit neurologi (Widagdo, 2011). Penyakit meningitis merupakan masalah kesehatan masyarakat global. Penyakit ini secara umum merupakan penyakit infeksi selaput otak dan sumsum tulang belakang dengan manifestasi demam dan kaku kuduk. Penyebabnya

dapat berupa virus, bakteri, jamur dan parasit (CDC, 2017).

Kesimpulannya meningitis adalah peradangan pada selaput meningen yang disebabkan oleh beberapa mikroorganisme seperti virus bakteri, jamur dan parasit yang ditandai dengan adanya gejala spesifik dari sistem saraf pusat seperti gangguan kesadaran, gejala rangsang meningkat, gejala peningkatan tekanan intrakranial, & gejala defisit neurologi

B. Klasifikasi Meningitis

Meningitis dibagi menjadi dua golongan berdasarkan perubahan yang terjadi pada cairan otak, yaitu:

1. Meningitis Serosa

Meningitis serosa adalah radang selaput otak arakhnoid dan piamater yang disertai cairan otak yang jernih. Penyebab tersering adalah *Mycobacterium tuberculosis*. Penyebab lain seperti virus, *Toxoplasma gondii*, dan *Rickettsia* (Harsono, 2005).

2. Meningitis Purulenta

Meningitis Purulenta adalah radang bernanah pada arakhnoid dan piamater yang meliputi otak dan medulla spinalis. Penyebabnya antara lain : *Diplococcus pneumonia* (pneumokok), *Neisseria meningitidis* (meningokok), *Streptococcus haemolyticus* group A, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*,

Escherichia coli, *Klebsiella pneumoniae*, dan *Pseudomonas aeruginosa* (Harsono, 2005). Selain itu terdapat pula infeksi jamur (*Meningitis cryptococcal*) yang mempengaruhi sistem saraf pusat yang biasanya terdapat pada pasien dengan sistem imun rendah (Wordpress, 2009).

C. Epidemiologi

WHO mencatat sampai dengan bulan Oktober 2018 dilaporkan 19.135 kasus suspek meningitis dengan 1.398 kematian di sepanjang meningitis belt (Case Fatality Rate 7,3%). Dari 7.665 sampel yang diperiksa diketahui 846 sampel positif bakteri *Nisseriameningitidis* (Kemenkes, 2019).

Di Indonesia untuk mendeteksi adanya suspek meningitis pada masyarakat, digunakan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR). Berdasarkan data SKDR 3 tahun terakhir, jumlah kasus suspek meningitis pada tahun 2015 sebanyak 339 kasus, pada tahun 2016 sebanyak 279 kasus, dan pada tahun 2017 sebanyak 353 kasus (Kemenkes RI, 2019).

D. Etiologi

Terdapat beberapa penyebab yang terjadi pada masalah meningitis yaitu bakteri, faktor predisposisi, faktor maternal, dan faktor imunologi. Menurut (Suriadi

& Yuliani, 2006) penyebab meningitis yaitu sebagai berikut :

1. Bakteri, yaitu *Haemophilus influenza* (tipe B), *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Listeria monocytogenes*, dan *Staphylococcus aureus*.
2. Faktor predisposisi, yaitu jenis kelamin laki-laki lebih sering dibandingkan dengan wanita
3. Faktor maternal, yaitu ruptur membran fetal, infeksi maternal pada minggu terakhir kehamilan
4. Faktor imunologi, yaitu defisiensi mekanisme imun, defisiensi immunoglobulin, anak yang mendapat obat-obat immunosupresi.
5. Anak dengan kelainan sistem saraf pusat, pembedahan atau injury yang berhubungan dengan sistem persarafan.

Adapun faktor risiko meningitis yang dapat berbedabeda sesuai dari usia masing-masing orang seperti berikut (Suriadi & Rita Yuliani 2006).

1. Usia: Bayi berisiko lebih tinggi untuk terkena meningitis terutama yang disebabkan oleh bakteri. Namun, segala usia tetap dapat terserang oleh meningitis.
2. Kelompok: Penyakit menular cenderung menyebar ketika terjadi pada kelompok besar orang (misal: asrama).

3. Kondisi medis tertentu: Ada kondisi medis tertentu, obat-obatan, dan prosedur bedah yang membuat orang berisiko lebih tinggi untuk terkena meningitis.
4. Kontak dengan patogen penyebab meningitis: Kontak dengan patogen penyebab meningitis meningkatkan risiko Anda untuk terkena meningitis. Salah satunya adalah ahli mikrobiologi yang secara rutin terpapar bakteri penyebab meningitis berada pada risiko yang meningkat untuk meningitis.
5. Bepergian: Wisatawan mungkin berisiko lebih tinggi terhadap penyakit meningitis karena mereka bepergian ke tempat-tempat tertentu, misalnya Amerika atau Afrika.

E. Manifestasi Klinis

Gejala meningitis diakibatkan dari infeksi dan peningkatan TIK :

1. Sakit kepala dan demam (gejala awal yang sering)
2. Perubahan pada tingkat kesadaran dapat terjadi letargik, tidak responsif, dan koma.
3. Iritasi meningen mengakibatkan sejumlah tanda sbb:
 - a) Rigiditas nukal (kaku leher). Upaya untuk fleksi kepala mengalami kesukaran karena adanya spasme otot-otot leher.

- b) Tanda kernik positif: ketika pasien dibaringkan dengan paha dalam keadaan fleksi kearah abdomen, kaki tidak dapat di ekstensikan sempurna.
 - c) Tanda brudzinki : bila leher pasien di fleksikan maka dihasilkan fleksi lutut dan pinggul. Bila dilakukan fleksi pasif pada ekstremitas bawah pada salah satu sisi maka gerakan yang sama terlihat pada sisi ektremita yang berlawanan.
4. Mengalami foto fobia, atau sensitif yang berlebihan pada cahaya.
 5. Kejang akibat area fokal kortikal yang peka dan peningkatan TIK akibat eksudat purulen dan edema serebral dengan tanda-tanda perubahan karakteristik tanda-tanda vital (melebarnya tekanan pulsa dan bradikardi), pernafasan tidak teratur, sakit kepala, muntah dan penurunan tingkat kesadaran.
 6. Adanya ruam merupakan ciri menyolok pada meningitis meningokokal.
 7. Infeksi fulminating dengan tanda-tanda septikimia : demam tinggi tiba-tiba muncul, lesi purpura yang menyebar, syok dan tanda koagulopati intravaskuler diseminata (Batticaca, Fransisca, 2008).

F. Pemeriksaan Diagnosis

1. Uji serologi untuk mengetahui jenis virus dan menentukan etiologi infeksi SSS nonenterovirus.

2. Pemeriksaan neuroimaging (Nelson, 2010).
3. Fungsi lumbal; untuk mengetahui adanya sel darah putih dan sensitivitas mikroorganisme.
4. Pemeriksaan laboratorium.
5. CT-Scan dan MRI dapat digunakan untuk mengevaluasi derajat pembengkakan dan tempat nekrosis.
6. Terapi kortikosteroid (deksametason) untuk mengurangi inflamasi (Elizabeth, 2009).
7. Ditemukan kadar glukosa serum meningkat.
8. Kultur urin/urinalisis untuk mengidentifikasi organisme penyebab.
9. Kultur nasofaring untuk mengidentifikasi organisme penyebab.
10. Kadar elektrolit serum meningkat jika anak dehidrasi; natrium serum (Na⁺) naik; kalium serum (K⁺) turun (Linda, 2009).

G. Penatalaksanaan

Menurut Suriadi & Riat (2010) penatalaksanaan medis yang secara umum yang dilakukan di rumah sakit antara lain :

1. Penatalaksanaan umum
 - a. Pasien di isolasi
 - b. Pasien di istirahatkan/bedrest

- c. Kontrol hipertermi dengan kompres, pemberian antipiretik seperti parasetamol, asam salisilat
 - d. Kontrol kejang : Diazepam, fenobarbital
 - e. Kontrol peningkatan tekanan intracranial Manitol, kortikosteroid
 - f. Pemenuhan kebutuhan cairan, nutrisi
2. Pemberian antibiotic
- a. Diberikan 10 sampai 14 hari atau sedikitnya 7 hari bebas panas
 - b. Antibiotik yang umum diberikan : Ampisilin, gentamisin, kloromfenikol, selalosporin
 - c. Steroid untuk mengatasi inflamasi
 - d. Antipiretik untuk mengatasi demam
 - e. Antikonvulsant untuk mencegah kejang
 - f. Neuroprotector untuk menyelamatkan sel-sel otak yang masih bisa dipertahankan
 - g. Pembedahan : seperti dilakukan VP Shunt (Ventrikel Periton)
3. Pengobatan simtomatis :
- a. Diazepam IV :0.2 – 0.5 mg/kg/dosis, atarectal 0.4 – 0.6/mg/kg/dosis
 - b. Fenitoin 5 mg/kg/24 jam, 3 x sehari.
 - c. Turunkan panas Antipiretika : parasetamol atau salisilat 10 mg/kg/dosis.
 - d. Kompres air PAM atau es.4.Pengobatan suportif :
 - e. Cairan intravena

f. Zat asam, agar konsentrasi O₂ berkisar antara 30 –50%

g. Perawatan pada waktu kejang

- 1) Longgarkan pakaian, bila perlu dibuka.
- 2) Hisap lender
- 3) Kosongkan lambung untuk menghindari terjadinya muntah dan aspirasi
- 4) Hindarkan penderita atau klien dari rodapaksa (misalnya jatuh)

H. Asuhan Keperawatan

1. Diagnosa keperawatan yang muncul

- a. Hipertermia berhubungan dengan inflamasi pada meningen dan peningkatan metabolisme (D.0130)
- b. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan proses inflamasi (D.0017)
- c. Resiko Aspirasi bd penurunan tingkat kesadaran (D.0006)

2. Intervensi keperawatan

No	Diagnosis keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Hipertermia berhubungan dengan inflamasi pada meningen dan peningkatan metabolisme.	Setelah dilakukan tindakan kepeawatan selama 2×24 jam maka diharapkan termoregula	Regulasi Temperatur (i.14578) Observasi: 1. Monitor suhu bayi

	<p>Dibuktikan dengan: (D.0130)</p>	<p>si membaik dengan kriteria hasil: (L.14134)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh membaik - Frekuensi pernafasan membaik 	<p>sampai stabil</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam, jika perlu 3. Monitor tekanan darah, frekuensi pernafasan dan nadi 4. Monitor dan catat tanda dan gejala hipotermia dan hipertermia <p>Terapiutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat 6. Sesuaikan suhu lingkungan dengan
--	---	--	---

			<p>kebutuhan pasien</p> <p>Edukasi:</p> <p>7. Jelaskan cara pencegahan hipotermi karena terpapar udara dingin</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>8. Kolaborasi pemberian antipiretik jika perlu</p>
2.	<p>Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan proses inflamasi (D.0017)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan kepeawatan selama 2x24 jam maka diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: (L.02014)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demam menurun 	<p>Manajemen peningkatan tekanan intracranial (I.09325)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor ICP (Intra Cranial Pressure)

		<p>- Refl ex saraf mem baik</p>	<p>, jika perlu</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor gelombang ICP 4. Monitor status pernapasan 5. Monitor intake dan output cairan <p>Terapiutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Minimal kan stimulus dengan menyedi akan lingkungan yang tenang 7. Pertahan kan suhu tubuh normal <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Kolabora si pemberia n sedasi dan anti konvulsa n , jika perlu
--	--	---	---

3.	Resiko Aspirasi bderhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran (D.0006)	Setelah dilakukan Asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat Aspirasi menurun (L.01006) dengan kireteria hasil : 1, Tingkat kesadaran meningkat 2, Kemampuan meningkatkan	Pencegahan Aspirasi (I.01018) Observasi : - Memantau tingkat kesadaran - Memantau status pernafasan - pantau bunyi nafas Terapeutik : - posisikan pasien semi flower (30-45 derajat) pada pasien tidak sadar - pertahankan kepatenan jalan nafas - berikan obat oral dalam bentuk cair Edukasi : - Ajarkan makan secara perlahan - Ajarkan strategi mencegah aspirasi Kolaborasi : - pem berian bronkadilator bila perlu
----	---	--	--

I. Rangkuman

Meningitis adalah peradangan pada selaput meningen, cairan serebrospinal dan spinal column yang menyebabkan proses infeksi pada sistem saraf pusat yang disebabkan oleh berbagai mikroorganisme dengan ditandai adanya gejala spesifik dari sistem saraf pusat yaitu gangguan kesadaran, gejala rangsang meningkat, gejala peningkatan tekanan intrakranial, & gejala defisit neurologi. Penyakit ini secara umum merupakan penyakit infeksi selaput otak dan sumsum tulang belakang dengan manifestasi demam dan kaku kuduk. Penyebabnya dapat berupa virus, bakteri, jamur dan parasite. Penyebab meningitis yaitu sebagai berikut:

- a. Bakteri, yaitu *Haemophilus influenza* (tipe B), *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Listeria monocytogenes*, dan *Staphylococcus aureus*.
- b. Faktor predisposisi, yaitu jenis kelamin laki-laki lebih sering dibandingkan dengan wanita
- c. Faktor maternal, yaitu ruptur membran fetal, infeksi maternal pada minggu terakhir kehamilan
- d. Faktor imunologi, yaitu defisiensi mekanisme imun, defisiensi immunoglobulin, anak yang mendapat obat-obat imunosupresi.
- e. Anak dengan kelainan sistem saraf pusat, pembedahan atau injury yang berhubungan dengan sistem persarafan.

J. Latihan

1. Salah satu penyebab terjadinya penyakit meningitis berasal dari bakteri yaitu.....
 - a. Arbo virus
 - b. Herpes virus
 - c. Campak dan varicella
 - d. Coxsacqy
 - e. Haemophilus influenza
2. Seorang anak berumur 3 tahun datang ke poli anak dengan keluhan : demam tinggi, kejang, foto phobia, dan muntah. Dalam pemeriksaan tersebut anak mengalami gejala.....
 - a. Thalasemia
 - b. Anemia
 - c. Difteri
 - d. Meningitis
 - e. Leukemia
3. Iritasi meningen mengakibatkan sejumlah tanda, salah satu tanda adanya upaya untuk fleksi kepala mengalami kesukaran karena adanya spasme otot-otot leher disebut tanda.....
 - a. Kernik positif
 - b. Kernik negative
 - c. Rigiditas nukal
 - d. Brudzinki
 - e. Foto fobia

BAB 11

KONSEP TERAPI BERMAIN

Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu memahami terapi bermain pada anak sebagai terapi penyembuhan

A. Pendahuluan

Lingkungan rumah sakit itu sendiri merupakan penyebab kecemasan bagi anak baik lingkungan fisik rumah sakit seperti bangunan atau ruang rawat, alat-alat rumah sakit, bau yang khas, pakaian putih petugas kesehatan maupun lingkungan sosial seperti sesama pasien anak maupun interaksi dan sikap petugas kesehatan itu sendiri. Selain itu, faktor penyebab kecemasan hospitalisasi pada anak antara lain tingkat ketergantungan, takut terhadap cedera tubuh, berpisah dengan orang tua atau keluarga, dan pembatasan aktivitas.

Pada anak yang dirawat di rumah sakit akan muncul tantangan-tantangan yang harus dihadapinya seperti mengatasi suatu perpisahan, penyesuaian dengan lingkungan yang asing baginya, penyesuaian dengan banyak orang yang mengurusinya, dan terkadang harus berhubungan dan bergaul dengan anak-anak yang sakit serta pengalaman mengikuti terapi yang menyakitkan. Reaksi terhadap penyakit atau masalah diri yang dialami

anak pra sekolah seperti perpisahan, tidak mengenal lingkungan atau lingkungan yang asing, hilangnya kasih sayang, dan *body image* dapat berupa regresi yaitu hilangnya kontrol, *displacement*, agresi (menyangkal), menarik diri, tingkah laku protes, serta lebih peka dan pasif seperti menolak makan dan lain-lain. Sering kali hospitalisasi dipersepsikan oleh anak sebagai hukuman, sehingga ada perasaan malu dan takut sehingga menimbulkan reaksi agresif, marah, berontak, tidak mau bekerja sama dengan perawat.

Dalam ilmu psikoneuroimunologi dikatakan apabila seseorang mengalami kecemasan yang diakibatkan oleh berbagai macam *stressor*, dalam hal ini anak-anak yang menjalani hospitalisasi, maka akan terjadi peningkatan indikator kortisol oleh HPA aksis. Peningkatan kadar kortisol dalam tubuh akan menghambat sistem imun, khususnya limfosit sehingga akan menghambat proses penyembuhan. Oleh karena itu sangat diperlukan intervensi untuk mengurangi kecemasan akibat hospitalisasi, karena akan membuat anak menjadi kooperatif dan dapat menunjang proses penyembuhan.

Intervensi yang penting dilakukan perawat terhadap anak berpinsip untuk meminimalkan *stressor*, mencegah perasaan kehilangan, meminimalkan perasaan rasa takut dan nyeri terhadap perlukaan, serta memaksimalkan perawatan di rumah sakit melalui terapi bermain. Hal yang

perlu diingat adalah bahwa bermain merupakan salah satu cara yang efektif dalam mengatasi dampak hospitalisasi tersebut. Bermain dan permainan merupakan aktivitas anak yang penting dan stimulasi yang sangat tepat untuk merangsang daya pikir anak sehingga dapat mendayagunakan aspek emosional, sosial, serta fisiknya. Melalui bermain, anak-anak dapat mengekspresikan apapun yang mereka inginkan, mengembangkan kemampuan dan keterampilan motorik, meningkatkan kemampuan kognitif, meningkatkan percaya diri dan mengembangkan potensinya.

Terapi bermain adalah suatu terapi dengan menggunakan permainan yang diberikan dan digunakan anak untuk menghadapi ketakutan dan kecemasan, mengenal lingkungan asing, belajar mengenal perawatan dan prosedur tindakan keperawatan serta staff rumah sakit yang ada.

B. Pengertian

Bermain merupakan suatu aktivitas dimana anak dapat melakukan atau mempraktikkan keterampilan, memberikan ekspresi terhadap pemikiran, menjadi kreatif, mempersiapkan diri untuk berperan dan berperilaku dewasa. Bermain adalah salah satu aspek penting dari kehidupan anak dan salah satu alat paling penting untuk menatalaksanakan *stress* karena hospitalisasi menimbulkan

krisis dalam kehidupan anak, dan situasi tersebut sering disertai stress berlebihan, maka anak-anak perlu bermain untuk mengeluarkan rasa takut dan cemas yang mereka alami sebagai alat koping dalam menghadapi stress.

Bermain sama dengan bekerja pada orang dewasa, dan merupakan aspek terpenting dalam kehidupan anak serta merupakan satu cara yang paling efektif menurunkan stres pada anak dan penting untuk mensejahterakan mental dan emosional anak sebagai suatu aktivitas yang memberikan stimulasi dalam kemampuan keterampilan, kognitif, dan afektif maka diperlukan suatu bimbingan, mengingat bermain bagi anak merupakan suatu kebutuhan bagi dirinya sebagaimana kebutuhan lainnya seperti kebutuhan makan, kabutuhan rasa aman, kebutuhan kasih sayang dan lain-lain

C. Tujuan Bermain

Anak bermain pada dasarnya agar memperoleh kesenangan, sehingga ia tidak akan merasa jenuh (Ngastiyah, 2005). Bermain tidak sekedar mengisi waktu, tetapi merupakan kebutuhan anak seperti halnya makanan, perawatan dan cinta kasih (Supartini, 2004). Bermain adalah unsur yang penting untuk perkembangan fisik, emosi, mental, intelektual, kreativitas dan sosial karena dengan bermain anak dapat mengungkapkan konflik yang

dialaminya, bermain cara yang baik untuk mengatasi kemarahan, kekuatiran dan kedukaan (Widyastuti, 2008).

D. Fungsi Bermain

Fungsi utama bermain adalah merangsang perkembangan sensoris-motorik, perkembangan sosial, perkembangan kreativitas, perkembangan kesadaran diri, perkembangan moral dan bermain sebagai terapi. Adapun fungsi bermain :

1). Perkembangan Sensoris-motorik

Pada saat melakukan permainan aktivitas sensoris-motoris merupakan komponen terbesar yang digunakan anak sehingga kemampuan penginderaan anak dimulai meningkat dengan adanya stimulasi-stimulasi yang diterima anak seperti: stimulasi visual, stimulasi pendengaran, stimulasi taktil (sentuhan) dan stimulasi kinetik.

2). Perkembangan Intelektual (Kognitif)

Pada saat bermain, anak melakukan eksplorasi dan memanipulasi segala sesuatu yang ada di lingkungan sekitarnya, terutama mengenal warna, bentuk, ukuran, tekstur dan membedakan objek.

3). Perkembangan Sosial

Perkembangan sosial ditandai dengan kemampuan berinteraksi dengan lingkungannya. Melalui kegiatan bermain, anak akan belajar memberi dan menerima.

Bermain dengan orang lain akan membantu anak untuk mengembangkan hubungan sosial dan belajar memecahkan masalah masalah dari hubungan tersebut.

4). Perkembangan Kreativitas

Dimana melalui kegiatan bermain anak akan belajar mengembangkan kemampuannya dan mencoba merealisasikan ide-idenya.

5). Perkembangan Kesadaran diri

Melalui bermain anak akan mengembangkan kemampuannya dan membandingkannya dengan orang lain dan menguji kemampuannya dengan mencoba peran-peran baru dan mengetahui dampak tingkah lakunya terhadap orang lain.

6). Perkembangan Moral

Anak mempelajari nilai yang benar dan salah dari lingkungan, terutama dari orang tua dan guru. Dengan melakukan aktivitas bermain, anak akan mendapat kesempatan untuk menerapkan nilai-nilai tersebut sehingga dapat diterima di lingkungannya dan dapat menyesuaikan diri dengan aturan-aturan kelompok yang ada dalam lingkungannya.

E. Faktor yang Mempengaruhi Aktivitas Bermain

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi anak dalam bermain yaitu:

- 1). Tahap perkembangan anak, aktivitas bermain yang tepat dilakukan anak yaitu harus sesuai dengan tahapan pertumbuhan dan perkembangan anak, karena pada dasarnya permainan adalah alat stimulasi pertumbuhan dan perkembangan anak.
- 2). Status kesehatan anak, untuk melakukan aktivitas bermain diperlukan energi bukan berarti anak tidak perlu bermain pada saat anak sedang sakit.
- 3). Jenis kelamin anak, semua alat permainan dapat digunakan oleh anak laki-laki atau anak perempuan untuk mengembangkan daya pikir, imajinasi, kreativitas dan kemampuan sosial anak. Akan tetapi, permainan adalah salah satu alat untuk membantu anak mengenal identitas diri.
- 4). Lingkungan yang mendukung, dapat menstimulasi imajinasi anak dan kreativitas anak dalam bermain.
- 5). Alat dan jenis permainan yang cocok, harus sesuai dengan tahap tumbuh kembang anak.

E. Prinsip dalam Aktivitas Bermain

Pengajaran dengan melalui permainan dan harus diawasi seperti: menggunakan boneka sebagai alat peraga untuk melakukan kegiatan bermain seperti memperagakan dan melakukan gambar-gambar seperti pasang gips, injeksi, memasang infus dan sebagainya.

Agar anak-anak dapat bermain dengan maksimal, maka diperlukan hal-hal seperti:

1). Ekstra energi.

Untuk bermain diperlukan energi ekstra. Anak yang sedang sakit, kecil kemungkinannya untuk melakukan permainan.

2). Waktu.

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

3). Alat permainan.

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

4). Ruang untuk bermain.

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

5). Pengetahuan cara bermain.

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

6). Teman bermain.

Teman bermain diperlukan untuk mengembangkan sosialisasi anak dan membantu anak dalam menghadapi perbedaan.

f. Kategori Bermain

1). Bermain aktif

Dalam bermain aktif, kesenangan timbul dari apa yang dilakukan anak, apakah dalam bentuk kesenangan bermain alat misalnya mewarnai gambar, melipat kertas origami, puzzle dan menempel gambar. Bermain aktif juga dapat dilakukan dengan bermain peran misalnya bermain dokter-dokteran dan bermain dengan menebak kata.

2). Bermain pasif

Dalam bermain pasif, hiburan atau kesenangan diperoleh dari kegiatan orang lain. Pemain menghabiskan sedikit energi, anak hanya menikmati temannya bermain atau menonton televisi dan membaca buku. Bermain tanpa mengeluarkan banyak tenaga, tetapi kesenangannya hampir sama dengan bermain aktif.

G. Klasifikasi Permainan

1. Berdasarkan isinya

a). Bermain afektif sosial (*social affective play*).

Permainan ini adalah adanya hubungan interpersonal yang menyenangkan antara anak dan orang lain. Misalnya, bayi akan mendapat kesenangan dan kepuasan dari hubungan yang menyenangkan dengan orangtua atau orang lain. Permainan yang biasa dilakukan adalah “cilukba”, berbicara sambil tersenyum/tertawa atau sekedar

memberikan tangan pada bayi untuk menggenggamnya tetapi dengan diiringi berbicara sambil tersenyum dan tertawa.

b). Bermain untuk senang-senang (*sense of pleasure play*)

Permainan ini menggunakan alat yang bisa menimbulkan rasa senang pada anak dan biasanya mengasyikkan. Misalnya, dengan menggunakan pasir, anak akan membuat gunung-gunung atau benda-benda apa saja yang dapat dibentuk dengan pasir.

c). Permainan ketrampilan (*skill play*)

Permainan ini akan menimbulkan keterampilan anak, khususnya motorik kasar dan halus. Misalnya, bayi akan terampil akan memegang benda-benda kecil, memindahkan benda dari satu tempat ke tempat lain dan anak akan terampil naik sepeda. Jadi keterampilan tersebut diperoleh melalui pengulangan kegiatan permainan yang dilakukan

d). Permainan simbolik atau pura-pura (*dramatic play role*)

Permainan anak ini yang memainkan peran orang lain melalui permainannya. Anak berceloteh sambil berpakaian meniru orang dewasa. Misalnya, ibu guru, ibunya, ayahnya, kakaknya yang sebagai yang ia ingin ditiru.

2. Berdasarkan jenis permainan

a). Permainan (*games*)

Yaitu jenis permainan dengan alat tertentu yang menggunakan perhitungan atau skor. Permainan ini bisa dilakukan oleh anak sendiri atau dengan temannya. Banyak sekali jenis permainan ini yang dimulai dari sifat tradisional maupun moderen seperti ular tangga, congklak, puzzle dan lain-lain.

b). Permainan yang hanya memperhatikan saja (*unoccupied behaviour*)

Pada saat tertentu, anak sering terlibat mondar-mandir, tersenyum, tertawa, jinjit-jinjit, bungkuk-bungkuk, memainkan kursi, meja atau apa saja yang ada di sekelilingnya. Anak melamun, sibuk dengan bajunya atau benda lain. Jadi sebenarnya anak tidak memainkan alat permainan tertentu dan situasi atau objek yang ada di sekelilingnya yang digunakan sebagai alat permainan. Anak memusatkan perhatian pada segala sesuatu yang menarik perhatiannya.

3. Berdasarkan karakteristik sosial

a). *Solitary play*.

Di mulai dari bayi bayi (toddler) dan merupakan jenis permainan sendiri atau independent walaupun

ada orang lain di sekitarnya. Hal ini karena keterbatasan sosial, ketrampilan fisik dan kognitif.

b). *Pararel play*.

Dilakukan oleh suatu kelompok anak balita atau prasekolah yang masing-masing mempunyai permainan yang sama tetapi satu sama lainnya tidak ada interaksi dan tidak saling tergantung. Dan karakteristik khusus pada usia toddler.

c). *Associative play*.

Permainan kelompok dengan tanpa tujuan kelompok. Yang mulai dari usia toddler dan dilanjutkan sampai usia prasekolah dan merupakan permainan dimana anak dalam kelompok dengan aktivitas yang sama tetapi belum terorganisir secara formal.

d). *Cooperative play*.

Suatu permainan yang terorganisir dalam kelompok, ada tujuan kelompok dan ada memimpin yang di mulai dari usia prasekolah. Permainan ini dilakukan pada usia sekolah dan remaja.

e). *Onlooker play*.

Anak melihat atau mengobservasi permainan orang lain tetapi tidak ikut bermain, walaupun anak dapat menanyakan permainan itu dan biasanya dimulai pada usia toddler.

f). *Therapeutic play.*

Merupakan pedoman bagi tenaga tim kesehatan, khususnya untuk memenuhi kebutuhan fisik dan psikososial anak selama hospitalisasi. Dapat membantu mengurangi stres, memberikan instruksi dan perbaikan

H. Permainan Anak Usia Pra Sekolah (3-5 Tahun)

Bentuk permainan yang sesuai dengan anak usia pra sekolah antara lain : bermain menyusun pazzel, bermain game sederhana, bermain musik, bermain peran, mendengarkan cerita, melihat buku-buku bergambar, menggambar dan mewarnai gambar.

Konsep permainan anak usia pra sekolah :

1. Karakter sosial bermain : asosiatif
2. Isi bermain : imajinatif
3. Tipe paling lazim dari bermain : fantasi dan permainan informal
4. Karakteristik aktivitas spontan : pembentukan konsep dan ide konstan yang beralasan
5. Tujuan bermain dramatik : meniru kehidupan social dan mempelajari peran sosial
6. Perkembangan rasa etik : mengembangkan perhatian pada teman-teman bermain dan belajar untuk berbagi dan bekerja sama

Alat permainan yang dianjurkan pada anak usia pra sekolah adalah berbagai benda dari sekitar rumah, buku bergambar, majalah anak-anak, alat gambar dan tulis dan permainan anak usia pra sekolah bersifat asosiatif (interaktif dan kooperatif).

Tujuan bermain pada anak usia pra sekolah :

1. Mengembangkan kemampuan menyamakan dan membedakan.
2. Merangsang daya imajinasi
3. Mengembangkan kreativitas
4. Mengembangkan kemampuan mengontrol emosi, motorik halus dan motorik kasar
5. Memperkenalkan pengertian yang bersifat ilmu pengetahuan

I. Bermain di Rumah Sakit

Intervensi yang penting dilakukan perawat terhadap anak berpinsip untuk meminimalkan *stressor*, mencegah perasaan kehilangan, meminimalkan perasaan rasa takut dan nyeri terhadap perlukaan, serta memaksimalkan perawatan di rumah sakit melalui terapi bermain. Hal yang perlu diingat adalah bahwa bermain merupakan salah satu cara yang efektif dalam mengatasi dampak hospitalisasi tersebut (Supartini, 2004). Ada banyak manfaat yang bisa diperoleh seorang anak bila bermain dilaksanakan di suatu rumah sakit, antara lain (Wong, 2004):

1. Memfasilitasi situasi yang tidak familiar
2. Memberi kesempatan untuk membuat keputusan dan kontrol
3. Membantu untuk mengurangi stres terhadap perpisahan
4. Memberi kesempatan untuk mempelajari tentang fungsi dan bagian tubuh
5. Memperbaiki konsep-konsep yang salah tentang penggunaan dan tujuan peralatan dan prosedur medis
6. Memberi peralihan dan relaksasi
7. Membantu anak untuk merasa aman dalam lingkungan yang asing
8. Memberikan cara untuk mengurangi tekanan dan untuk mengekspresikan 9). Menganjurkan untuk berinteraksi dan mengembangkan sikap-sikap yang positif terhadap orang lain
9. Memberikan cara untuk mengekspresikan ide kreatif dan minat
10. Memberi cara mencapai tujuan-tujuan terapeutik

J. Bermain Sebagai Terapi

Terapi bermain adalah suatu terapi dengan menggunakan permainan yang diberikan dan digunakan anak untuk menghadapi ketakutan dan kecemasan, mengenal lingkungan asing, belajar mengenal perawatan

dan prosedur tindakan keperawatan serta staff rumah sakit yang ada.

Terapi bermain mempunyai manfaat untuk anak yang dirawat di rumah sakit sebagai fasilitas penguasaan situasi yang tidak familiar, membantu anak untuk mengurangi stress terhadap perpisahan, memberi kesempatan bagi anak untuk mempelajari bagian-bagian tubuh dan fungsinya serta penyakitnya sendiri, memperbaiki pemahaman yang salah tentang tujuan penggunaan peralatan dan prosedur medis serta memberi peralihan dan relaksasi.

Beberapa tujuan dari terapi bermain antara lain :

1. Untuk melanjutkan pertumbuhan dan perkembangan yang normal pada saat sakit anak mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangannya, walaupun demikian selama anak dirawat di rumah sakit, kegiatan stimulasi pertumbuhan dan perkembangan masih harus tetap di lanjutkan untuk menjaga kesinambungannya.
2. Mengespresikan perasaan, keinginan dan fantasi, serta ide-idenya pada saat anak sakit dan dirawat di rumah sakit anak mengalami berbagai perasaan yang sangat tidak menyenangkan. Pada anak yang belum dapat mengespresikannya secara verbal, permainan adalah media yang sangat efektif untuk mengespresikannya.

3. Mengembangkan kreativitas dan kemampuan memecahkan masalah, permainan akan menstimulasi daya pikir, imajinasi dan fantasinya untuk menciptakan sesuatu seperti yang ada dalam pikirannya.
4. Dapat beradaptasi secara efektif terhadap *stress* karena sakit dan dirawat di rumah sakit.

K. Latihan Soal

Buatlah proposal mengenai terapi bermain di bangsal perawatan anak yang cocok bagi anak dengan kondisi sakit dan terpasang infus pada tangan kanannya. (berfikir kritis).!

DAFTAR PUSTAKA

- Adani, Diaz Faliha, and R. Azizah. "Faktor Risiko Keluhan Diare pada Balita di Indonesia Tahun 2016-2021: Literature Review." *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)* 5.9 (2022): 1063-1073..
- Adika, W. (2022). Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Kepatuhan Ibu Balita Terhadap Keberhasilan Terapi Diare Pada Balita Di Puskesmas Kebumen III Periode Januari–Agustus 2022 (Doctoral dissertation, Universitas Al-Irsyad Cilacap).
- Airede, K. 2012. Meningitis: *Perspective Of Neonatal Perinatal Bacterial Meningitis*. International Technology Nigeria. hlm. 21-34.
- Andayani, R. P. (2019). Pengaruh atraumatic care: audiovisual dengan portable dvd terhadap hospitalisasi pada anak. *Menara Ilmu*, 13(5).
- Andriyani, R., & Ristica, O. D. (2017). Hubungan Status Imunisasi, Asi Eksklusif, dan Status Gizi dengan Kejadian Pneumonia pada Balita di Puskesmas Rejosari. *Jurnal Dunia Kesmas*, 93-96.
- Anggraini, D., & Kumala, O. (2022). Diare Pada Anak. *Scientific Journal*, 1(4), 309-317.
- Aryani, A., Warsini, S., & Haryanti, F. (2018). Relationship between quality of care of young mothers and social-emotional development in preschool children. *Belitung Nursing Journal*, 4(1), 31-38.
- Aryani, A., Widiyono, W., Rositasari, S., & Suwarni, A. (2022). Pengaruh Pemberian Baby Massage Menggunakan Virgin Coconut Oil Terhadap Kualitas Tidur pada Bayi usia 3–10 Bulan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Anak*, 5(1), 49-58

- Bamberger, D.M. 2010. Diagnosis, *Initial Management, And Prevention Of Meningitis*. American Family Physician. vol. 82, no. 12, hlm. 1491-1498.
- Barlianto, W., & Rachmawati, S. D. (2019). *Pedoman Praktis Imunisasi pada Anak: Pemberian Imunisasi pada Anak Sehat, Sakit, dan Terlambat Jadwal*. Universitas Brawijaya Press.
- Cajacob NJ, Cohen MB. Update on diarrhea. *Pediatr Rev*. 2016;37(8):313–22.
- Departemen Kesehatan RI . Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2008.
- Departemen Kesehatan RI. 2005. Profil Kesehatan Indonesia 2005. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Ekowati, E. (2022). Hubungan Pemberian Asi Eksklusif Dengan Kejadian Diare Pada Bayi Usia 6-12 Bulan Di Puskesmas Sukaraja Kecamatan Buay Madang Kabupaten Oku Timur Tahun 2022 (Doctoral dissertation, STIK Bina Husada Palembang).
- Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, Lo Vecchio A, Shamir R, Szajewska H. European society for pediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition/european society for pediatric infectious diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: Update 2014. *JPGN*. 2014;59(1):132–52.
- Hariadi, S., Winariani, & Wibisono, M. (2010). Buku Ajar Ilmu Penyakit Paru. Departemen Ilmu Penyakit Paru FK UNAIR RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- Harsismanto, J., Oktavidiati, E., & Astuti, D. (2019). Pengaruh pendidikan kesehatan media video dan poster terhadap pengetahuan dan sikap anak dalam pencegahan penyakit diare. *Jurnal Kemas Asclepius*, 1(1), 75-85.

- Herlina, S. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dewasa Dengan Pneumonia: Study Kasus. *Indonesian Journal of Health Development*, 2(2), 102-107.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2013). *Wong's essentials of pediatric nursing*: Wong's essentials of pediatric nursing. Elsevier Health Sciences
- Indriyani, D. P. R., & Putra, I. G. N. S. (2020). Penanganan terkini diare pada anak: tinjauan pustaka. *Intisari Sains Medis*, 11(2), 928-932.
- Irawati, N. A. V. (2020). Imunisasi Dasar dalam Masa Pandemi COVID-19. *Jurnal Kedokteran Universitas Lampung*, 4(2), 205-210.
- Iryanto, A. A., Joko, T., & Raharjo, M. (2021). Literature Review: Faktor Risiko Kejadian Diare Pada Balita Di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*, 11(1), 1-7.
- Juliansyah, E. (2021). Faktor yang berhubungan dengan pencegahan penyakit diare pada balita di Puskesmas Tempunak Kabupaten Sintang. *Gorontalo Journal of Public Health*, 4(2), 78-89.
- Kemendes RI. (2022). *Profil Kesehatan Indonesia 2021*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemendes. (2015). *Buku bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)*. Jakarta: Kementerian Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Petunjuk teknis pelayanan imunisasi pada masa pandemi COVID-19* [internet]. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2020. Diakses pada 5 Oktober 2020. Tersedia dari: <https://covid19.kemkes.go.id/protokolcovid-19/petunjukteknis-pelayananimunisasi-pada-masa-pandemi-covid-19>

- Kesuma, R. E. (2021). Laporan Pendahuluan pada Pasien dengan Diagnosis Medis Pneumonia. Malang: Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
- Mawaddah, E., Rusmini, R., Ningsih, M. U., & Mardiatun, M. (2021). Penerapan Konsep Atraumatic Care Saat Pemasangan Infus dan Venipunktur pada Anak. *Jurnal Keperawatan Terpadu (Integrated Nursing Journal)*, 3(1), 17-27.
- Nurmashitah, P. A. (2018). Medical play dalam menurunkan respon kecemasan anak usia prasekolah yang mengalami hospitalisasi di ruang rawat inap anak. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*, 8, 516-21.
- Prayogo, A., Adelia, A., Cathrine, C., Dewina, A., Pratiwi, B., Ngatio, B., ... & Wawolumaya, C. (2016). Kelengkapan Imunisasi Dasar pada Anak Usia 1 â€“5 tahun. *Sari Pediatri*, 11(1), 15-20.
- Pulungan, Z. S. A. (2018). Atraumatic care dengan spalk manakara pada pemasangan infus efektif menurunkan tingkat kecemasan anak pra sekolah. *Journal of Health, Education and Literacy (J-Healt)*, 1(1), 24-32.
- Purnama, A. (2018). Penerapan Atraumatic Care dengan Medical Play terhadap Respon Kecemasan Anak Usia Prasekolah yang mengalami Hospitalisasi di Ruang Rawat Inap Anak. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*, 8(04), 516-521.
- Rahayu, A. S. (2011). Pneumonia pada Anak. *Jurnal Biologi Papua*, 82-88.
- Ramasethu J. Neonatal Hyperbilirubinemia. Neonatal Intensive Care Workshop, Jakarta: RSAB Harapan Kita; 2002.
- Rohayati, R., Sulastri, S., & Purwati, P. (2017). Analisis faktor pelaksanaan manajemen terpadu balita sakit (MTBS)

- di puskesmas. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*, 11(1), 112-117.
- Salim, A., Betaningrum, N. A., & Pamela, R. (2016). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian ISPA Non Pneumonia di UPTD Yankes Cikancung Kabupaten Bandung. *Jurnal Sehat Masada*, 42-52.
- Saputro, H., & Fazrin, I. (2017, August). Anak sakit wajib bermain di rumah sakit: Penerapan terapi bermain anak sakit; Proses, manfaat dan pelaksanaannya. *Forum Ilmiah Kesehatan (FORIKES)*.
- Saribu, H. J. D., Pujiati, W., & Abdullah, E. (2021). Penerapan Atraumatic Care dengan Kecemasan Anak Pra-Sekolah Saat Proses Hospitalisasi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(2), 656-663.
- Sudirman, A. A., & Ali, L. (2021). Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (Mtbs) Di Puskesmas Kota Gorontalo. *Zaitun (Jurnal Ilmu Kesehatan)*, 3(1).
- Sukadi A. Hiperbilirubinemia. In: Kosim MS, Yunanto A, Dewi R, Sarosa GI, Usman A, penyunting. *Buku Ajar Neonatologi*(Edisi Ke-1). Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia, 2010; p. 147-53
- Suparmi, S., Maisya, I. B., Rizkianti, A., Sari, K., Rosha, B. C., Amaliah, N., ... & Sari, M. (2018). Pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada Puskesmas di Regional Timur Indonesia. *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, 28(4), 271-278.
- Usman, L. (2020). Pelaksanaan Atraumatic Care di rumah sakit. *Jambura Health and Sport Journal*, 2(1), 7-11.
- Widiyono, W., Aryani, A., & Suwarni, A. (2021). Kebiasaan Baik untuk ditanamkan ke Anak Usia Dini.

- Wong RJ, Stevenson DK, Ahlfors CE, Vreman HJ. Neonatal Jaundice: Bilirubin physiology and clinical chemistry. *NeoReviews* 2007;8:58-67.2.
- World Health Organization and The United Nations International Children's Fund. Immunization in the context of COVID-19 pandemic: Frequently Asked Questions (FAQ) [internet]. Geneva: WHO; 2020 [diperbarui tanggal 16 April 2020; disitasi pada 3 Oktober 2020]. Tersedia dari: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/3318182>.
- Yuliasati, Amelia.A. (2016). *Keperawatan Anak*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pusat Pendidikan Sumber Daya Kesehatan. Jakarta

Buku Ajar Keperawatan Anak

Buku ajar ini merupakan pedoman bagi mahasiswa untuk memahami Keperawatan Anak. Buku ini berisi materi mulai dari konsep dasar keperawatan anak, konsep tumbuh kembang pada anak, konsep hospitalisasi, *atraumatic care*, konsep bermain, Manajemen Terpadu Balita Sakit, Imunisasi, Asuhan keperawatan pada neonatus dengan hiperbilirubin, Asuhan keperawatan pada anak diare, pneumonia, meningitis dan juga konsep terapi bermain. Buku ini disusun sesuai capaian belajar mahasiswa sehingga dengan mendalami buku ini capaian pembelajaran mahasiswa dalam mata kuliah keperawatan anak I dapat tercapai. Buku ini akan memandu mahasiswa dalam mencapai kompetensi yang ditetapkan dosen dalam pendekatan *Student Active Learning*.



Dukuh Dresi, Wagirkidul, Pulung, Ponorogo
Website: www.publisher.primeidentityhouse.com
Email: primeidentitypublisher@gmail.com
Telp: 085157033918



ISBN 978-623-10-0686-8 (PDF)



9 786231 006868