

# Buku Ajar

# KEPERAWATAN ANAK SEHAT DAN SAKIT

Neny Triana • Eva Oktaviani • Dwi Susilowati  
Siti Rukayah • Mintje Maria Nendissa • Eka Adimayanti  
Wa Nuliana • Novia Dwi Astuti • Juniah



# **BUKU AJAR KEPERAWATAN**

## **ANAK SEHAT DAN SAKIT**

### **Penulis:**

Dr. Neny Triana, S.Kep., Ns., M.Pd., M.Kep.  
Ns. Eva Oktaviani, M.Kep., Sp.Kep.An.  
Dwi Susilowati, APPd., M.Kes.  
Siti Rukayah, S.Kp., M.Kep.  
Mintje Maria Nendissa, S.Pd., S.Kep., M.Kes.  
Eka Adimayanti, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Wa Nuliana, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Novia Dwi Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. Juniah, M.Kep.



# **Buku Ajar Keperawatan Anak Sehat dan Sakit**

## **Penulis:**

Dr. Neny Triana, S.Kep., Ns., M.Pd., M.Kep.  
Ns. Eva Oktaviani, M.Kep., Sp.Kep.An.  
Dwi Susilowati, APPd., M.Kes.  
Siti Rukayah, S.Kp., M.Kep.  
Mintje Maria Nendissa, S.Pd., S.Kep.,  
M.Kes. Eka Adimayanti, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Wa Nuliana, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Novia Dwi Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. Juniah, M.Kep.

**Desain Sampul:** Qo'is Ali Humam

**Penata Letak:** Helmi Syaukani

**ISBN: 978-623-8775-30-9**

**Cetakan Pertama:** Oktober, 2024

---

Hak Cipta 2024

---

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

**Copyright © 2024**

**by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta**

*All Right Reserved*

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

website: [www.nuansafajarcemerlang.com](http://www.nuansafajarcemerlang.com)

instagram: @bimbel.optimal

## **PENERBIT:**

**PT Nuansa Fajar Cemerlang**  
**Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F**  
**Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah**  
**Jakarta Barat, 11480**  
**Anggota IKAPI (624/DKI/2022)**

## **PRAKATA**

Alhamdulillah, puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas limpahan berkah, karunia dan hidayahNya, sehingga Buku Ajar Keperawatan Anak Sehat dan Sakit bisa diselesaikan.

Perkembangan ilmu terus bergerak dengan cepatnya, terutama Keperawatan Anak. Dengan berjalannya waktu untuk kemajuan Keperawatan Anak maka tim Penulis Keperawatan Anak terus menuliskan ide-ide dan inovatifnya untuk menambah Ilmu Keperawatan Anak, sehingga sangat perlu dituangkan ke dalam Buku Ajar Keperawatan Anak. Tujuan penulis di dalam Buku Ajar Keperawatan Anak ini, untuk menambah bahan literasi dan menambah khazanah Ilmu untuk mahasiswa sebagai anak didik kita pada khususnya dan khalayak umum. Buku ini ditujukan untuk mahasiswa, Profesi Perawat baik di Pendidikan maupun di lahan praktik serta umum. Buku ini ditulis oleh para dosen yang telah berpengalaman dalam bidang keperawatan anak, baik secara riset maupun aplikasinya di klinik.

Menurut tokoh Winston S. Churchill, sukses bukan final, kegagalan bukan fatal, keberanian untuk terus maju adalah yang terpenting. Sukses sebenarnya hanyalah sebuah perumpamaan karena sukses itu relatif, tidak ada akhir atau ujungnya. Kesuksesan tidak bisa kita dapatkan secara instan karena membutuhkan pengorbanan dan perjuangan, maka Mahasiswa diharapkan tetap semangat pada khususnya dan pembaca selain Perawat secara umum. Buku Keperawatan Anak sehat dan sakit ini juga menggunakan pendekatan proses keperawatan secara komprehensif meliputi Pengkajian, menentukan diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi Keperawatan dengan format yang sudah terstandar dari SDKI, SIKI, SLKI dan SPO. Proses Keperawatan juga terus berkembang sehingga bisa diaplikasikan dengan mudah oleh Perawat yang ada di ruangan Keperawatan Anak, sehingga Perawat tetap bisa menjaga kualitas tugasnya kepada pasien.

Untuk mencapai kesuksesan maka harus terus belajar dan belajar di dalam maupun diluar institusi, Belajar dari pengalaman di lahan juga harus diprioritaskan untuk menimba ilmu dari pengalaman Perawat di lahan praktik. Dalam pembuatan Buku Ajar Keperawatan Anak ini bersumber dari buku-buku, jurnal-jurnal baik Nasional maupun International, sehingga buku ini sangat *up to date* untuk perkembangan Keperawatan Anak.

Terimakasih kepada Pimpinan Institusi dan PT Nuansa Fajar Cemerlang beserta tim yang sudah memfasilitasi tim penulis sebagai wadah menyampaikan ide-ide dan inovatif karya-karya para Dosen Keperawatan Anak. Semoga Buku Keparawatan Anak ini bermanfaat di Dunia dan Akhirat.

Jakarta, Oktober 2024  
Penulis

## DAFTAR ISI

PRAKATA .....	iii
DAFTAR ISI .....	iv

### **BAB 1 KONSEP DASAR KEPERAWATAN ANAK .....1**

A. Falsafah Keperawatan Anak .....	3
B. Paradigma Keperawatan Anak.....	3
C. Prinsip Keperawatan Anak.....	5
D. Pengertian <i>Family Center Care</i> (FCC) .....	7
E. Elemen Penting Asuhan Berpusat-Keluarga .....	8
F. Asuhan <i>Atraumatik</i> ( <i>Atraumatic Care</i> ) .....	8
G. Peran Perawat Anak.....	9
H. Hubungan Terapeutik .....	9
I. <i>Family Advocacy and Caring</i> .....	10
J. Pencegahan Penyakit dan Promosi Kesehatan.....	10
K. <i>Health Teaching</i> .....	10
L. Pencegahan Cedera .....	11
M. Dukungan dan Konseling .....	11
N. <i>Coordination and Collaboration</i> .....	11
O. Pengambilan Keputusan yang Etis .....	12
P. Proses Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan Anak .....	12
Q. Latihan .....	14
R. Rangkuman Materi.....	17
S. Glosarium.....	18
T. Daftar Pustaka.....	18

### **BAB 2 PERAN PERAWAT ANAK.....21**

A. Pengertian Peran dan Fungsi Dalam Keperawatan Anak.....	23
B. Peran Perawat Anak.....	23
C. Edukator Anak dan Keluarga .....	26
D. Advokat Bagi Anak dan Keluarga .....	28
E. Koordinator dalam Tim Multidisiplin.....	29
F. Konselor .....	31
G. Komunikator .....	33
H. Kolaborator .....	36
I. Pembaharu Praktik Keperawatan Berbasis Bukti:.....	38
J. Peneliti Keperawatan Anak.....	40

K. Latihan .....	43
L. Rangkuman Materi.....	46
M. Glosarium .....	46
N. Daftar Pustaka.....	47
<b>BAB 3 SKRINING PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN PADA ANAK.....</b>	<b>49</b>
A. <i>SRCEENING/PEMANTAUAN PERTUMBUHAN PERKEMBANGAN PADA ANAK .....</i>	51
B. Pemantauan Pertumbuhan .....	51
C. <i>Screening/Pemantauan Perkembangan.....</i>	56
D. Diagnosis Keperawatan:.....	60
E. Latihan Soal.....	61
F. Rangkuman Materi.....	62
G. Glosarium.....	63
H. Daftar Pustaka.....	63
<b>BAB 4 SISTEM PERLINDUNGAN ANAK DI INDONESIA .....</b>	<b>65</b>
A. Hak Anak.....	67
B. Kewajiban Negara Terhadap Anak.....	69
C. Prinsip Hak Anak.....	70
D. Perlindungan Anak.....	70
E. Deskripsi Sistem Perlindungan Anak.....	71
F. Elemen dan Komponen Sistem Perlindungan Anak .....	71
G. Etika dalam Pengelolaan Data dan Informasi Perlindungan Anak : .....	77
H. Penerapan Sistem Perlindungan Anak dalam Perencanaan dan Penganggaran.....	78
I. Indikator Sistem Perlindungan Anak .....	80
J. Latihan Soal.....	82
K. Rangkuman Materi.....	84
L. Glosarium.....	84
M. Daftar Pustaka.....	85
<b>BAB 5 MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT DI TATANAN PELAYANAN KESEHATAN.....</b>	<b>87</b>
A. Konsep Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).....	88
B. Latihan Soal.....	93
C. Rangkuman Materi.....	94
D. Glosarium.....	94
E. Daftar Pustaka.....	95

<b>BAB 6 ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI DENGAN RISIKO TINGGI (BAYI PREMATUR) .....</b>	<b>97</b>
A. Definisi.....	100
B. Etiologi.....	100
C. Patofisiologi.....	101
D. Manifestasi Klinis .....	103
E. Komplikasi .....	103
F. Pemeriksaan Penunjang .....	106
G. Pemeriksaan Wajib Bayi Prematur.....	106
H. Penatalaksanaan .....	108
I. Pengkajian.....	110
J. Pengkajian Fungsi Fisiologis.....	111
K. Pengkajian Pertumbuhan.....	112
L. Diagnosa Keperawatan.....	115
M. Intervensi .....	117
N. Implementasi.....	120
O. Evaluasi.....	121
P. Latihan Soal.....	121
Q. Rangkuman.....	122
R. Glossarium.....	124
S. Daftar Pustaka.....	125

<b>BAB 7 ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI DAN ANAK DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN ELIMINASI PATOLOGIS DARI SYSTEM PENCERNAAN DAN KEMIH /KELAINAN KONGENITAL/PERIOPERATIVE CARE .....</b>	<b>131</b>
A. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Labioplastoskisis ....	133
B. Pengkajian.....	138
C. Diagnosis Keperawatan .....	139
D. Intervensi Keperawatan .....	139
E. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Hirschsprung .....	142
F. Asuhan keperawatan pada anak dengan Hirschsprung .....	145
G. Diagnosis Keperawatan .....	147
H. Intervensi Keperawatan .....	147
I. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Hipospadia.....	150
J. Asuhan keperawatan pada anak dengan hipospadia .....	152
K. Diagnosa Keperawatan.....	153
L. Intervensi Keperawatan .....	154
M. Latihan Soal .....	154
N. Rangkuman.....	157
O. Daftar Pustaka.....	158

<b>BAB 8 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT PATOLOGIS DARI SISTEM PERKEMIHAN, PENCERNAAN DAN VASKULER .....</b>	<b>161</b>
A. Etiologi.....	163
B. Patofisiologi.....	163
C. Manifestasi Klinis .....	164
D. Komplikasi .....	165
E. Penatalaksanaan .....	166
F. Contoh Asuhan Keperawatan Anak dengan Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit berdasarkan SDKI, SIKI, dan SLKI .....	166
G. Latihan Soal .....	174
H. Rangkuman Materi.....	176
I. Glosarium.....	176
J. Daftar Pustaka.....	176
<b>BAB 9 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN KEBUTUHAN KHUSUS.....</b>	<b>179</b>
A. Autisme .....	181
B. Gangguan Pemusatan Perhatian/Hiperaktif (GPPH)/Attention Defisit Hyperactivity Disorder (ADHD) .....	188
C. <i>Down Syndrome</i> .....	194
D. Retardasi Mental .....	200
E. Latihan .....	206
F. Rangkuman Materi.....	207
G. Glosarium.....	208
H. Daftar Pustaka.....	209
<b>PROFIL PENULIS.....</b>	<b>211</b>



# BAB 1

## KONSEP DASAR KEPERAWATAN ANAK

### Pendahuluan

Anak-anak adalah masa depan suatu bangsa dan merupakan hadiah yang istimewa bagi dunia. Pembangunan berkelanjutan dimulai dari anak-anak. Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDG's) sangat menekankan pada keadilan dan kesetaraan dan mengakui anak sebagai agen perubahan dan penerus. Berinvestasi pada anak-anak amat penting dalam mencapai pembangunan berkelanjutan, dan memonitor kemajuan pada anak sangat krusial dalam menentukan investasi apa yang harus dijalankan. Kebiasaan asuhan yang baik sejak masa kanak-kanak mempunyai dampak besar terhadap kesehatan dan tumbuh kembangnya di masa depan. Perawat yang merupakan bagian dari masyarakat memainkan peranan penting dalam menciptakan populasi yang peduli terhadap anak-anak dan mendukung layanan kesehatan.

Untuk mampu memberikan asuhan keperawatan pada anak, sangat penting memahami konsep dasar keperawatan anak. Sebagai tujuan umum dari Buku Ajar ini adalah diharapkan mampu memahami Konsep Dasar Keperawatan Anak secara komprehensif. Bab ini memberikan gambaran umum tentang konsep dasar keperawatan anak, filosofi dan paradigma keperawatan anak, prinsip-prinsip keperawatan anak: *Family Centered Care* (FCC) dan *Atraumatic Care*, dan peran perawat anak. Bab ini diakhiri dengan penjelasan tentang bagaimana peran perawat anak menggunakan proses keperawatan untuk merawat anak dan keluarganya.

Melalui Buku Ajar ini, diharapkan akan membantu mahasiswa dapat belajar secara mandiri, mengukur kemampuan diri sendiri dan menilai dirinya sendiri. Semoga buku ini dapat digunakan sebagai bahan referensi tambahan dalam proses pembelajaran pada kegiatan perkuliahan.

Selamat belajar semoga sukses!

**Tujuan Intruksional:**

Setelah mempelahari materi ini, mahasiswa mampu menjelaskan tentang Konsep Dasar Keperawatan Anak.

**Capaian Pembelajaran:**

Setelah selesai mempelajari materi ini, mahasiswa diharapkan mampu:

- a. Menjelaskan falsafah keperawatan anak
- b. Menjelaskan prinsip keperawatan anak
- c. Menjelaskan pengertian *Family Centered Care* (FCC)
- d. Menjelaskan elemen penting asuhan berpusat keluarga
- e. Menjelaskan asuhan atraumatik (*Atraumatic Care*)
- f. Menjelaskan peran perawat anak
- g. Menjelaskan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan anak

## **Uraian Materi**

Berdasarkan tujuan yang telah dipaparkan di atas, maka pokok-pokok materi yang akan dibahas dalam Bab 1 ini adalah:

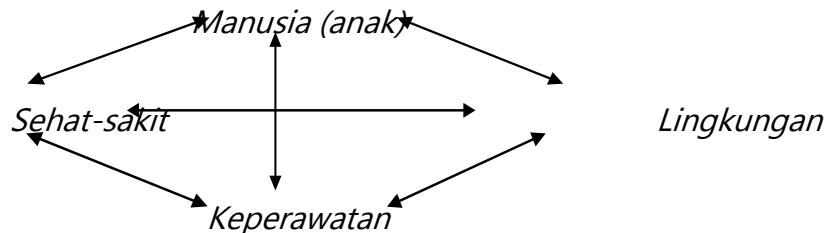
- A. Falsafah keperawatan anak
- B. Prinsip keperawatan anak
- C. Pengertian FCC
- D. Elemen penting asuhan berpusat keluarga
- E. Asuhan atraumatik (*Atraumatic Care*)
- F. Proses keperawatan dalam asuhan keperawatan anak

### **A. Falsafah Keperawatan Anak**

Keperawatan anak adalah praktik keperawatan yang terlibat dalam perawatan kesehatan anak-anak sejak bayi hingga remaja. Diagnosis dan pengobatan respon manusia terhadap masalah kesehatan aktual dan potensial juga berlaku pada praktik keperawatan anak (*American Nurses Association*, 2004). Tujuan dari praktik keperawatan anak adalah untuk membantu anak dalam mempertahankan tingkat kesehatan yang optimal sambil mengenali pengaruh keluarga terhadap kesejahteraan anak. Anak-anak membutuhkan perawatan yang mudah diakses, berkelanjutan, komprehensif, terkoordinasi, berpusat pada keluarga dan penuh kasih sayang yang berfokus pada perubahan kebutuhan fisik dan emosional mereka.

### **B. Paradigma Keperawatan Anak**

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



**Gambar 1.1 Empat Komponen Landasan Berpikir Paradigma Keperawatan Anak**

### 1. Manusia (Anak)

Dalam definisi keperawatan anak yang menjadi individu (klien) adalah seseorang yang usianya 0 sampai dengan 18 tahun dalam masa tumbuh kembangnya, dengan kebutuhan khusus yaitu kebutuhan fisik, psikologis, sosia, dan spiritual. Anak akan mengalami proses tumbuh dan berkembang dengan ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola coping, dan perilaku sosial. Setiap individu anak memiliki ciri khas yang berbeda satu sama lain, demikian pula pada perkembangan kognitifnya. Tumbuh kembang anak merupakan komponen penting yang harus diperhatikan oleh orang tua.

Tahapan tumbuh kembang anak terdapat suatu masa yang disebut dengan masa kritis atau *critical period*, sehingga sangat membutuhkan beberapa stimulasi agar dapat berkembang sesuai dengan tingkat usia anak. Masa keemasan atau *golden period* pada lima tahun pertama ini sangat pendek dan tidak akan terulang lagi. Sebagaimana yang disampaikan oleh Sigmund Freud bahwa pengalaman lima tahun pertama individu akan menjadi penentu kepribadiannya di masa depan. Perkembangan konsep diri sudah ada sejak bayi akan tetapi belum terbentuk sempurna dan akan mengalami perkembangan seiring bertambahnya usia anak. *Self-esteem* pada anak merupakan sebuah aspek yang sangat penting karena dapat memengaruhi motivasi, perilaku, tingkat kepuasan hidup, serta berkaitan erat dengan kesejahteraan psikologi mereka. Untuk meningkatkan harga diri, seorang anak harus mempunyai gambaran diri yang positif yang diawali dengan penerimaan anak tentang dirinya apa adanya (*self-accepted*).

## **2. Sehat-sakit**

Prioritas dunia adalah meningkatkan kesehatan anak dengan upaya bersama yang menghasilkan penurunan angka kematian pada anak usia lima tahun ke bawah. Kondisi anak dapat berada pada kondisi kesehatan kronis atau akut. Rentang sehat-sakit merupakan batasan di mana anak membutuhkan bantuan pelayanan keperawatan dalam suatu kondisi anak berada dalam status kesehatan yang meliputi sejahtera, sehat optimal, sehat, sakit, sakit kronis dan meninggal. Rentang ini suatu alat ukur dalam menilai status kesehatan yang bersifat dinamis dalam setiap waktu. Selama dalam batas rentang tersebut anak membutuhkan bantuan perawat baik secara langsung maupun tidak langsung, seperti apabila anak dalam rentang sehat maka upaya perawat untuk meningkatkan derajat kesehatan sampai mencapai taraf kesejahteraan baik fisik, sosial maupun spiritual.

## **3. Lingkungan**

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

## **4. Keperawatan**

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

## **C. Prinsip Keperawatan Anak**

Asuhan keperawatan yang diberikan kepada anak berbeda dibandingkan dengan usia dewasa. Perawat selalu mempertimbangkan karakteristik masing-masing usia anak agar tidak berdampak negatif kepada pertumbuhan dan perkembangan di masa yang akan datang. Perawat juga memahami dan mengingat beberapa prinsip yang berbeda dalam penerapan asuhan keperawatan anak, dimana prinsip tersebut terdiri dari:

1. Anak bukanlah miniatur orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik.  
Dalam memberikan perawatan artinya tidak boleh memandang anak dari segi fisiknya saja melainkan sebagai individu yang unik yang mempunyai pola pertumbuhan dan perkembangan menuju proses kematangan.
2. Anak adalah sebagai individu yang unik dan mempunyai kebutuhan sesuai tahap perkembangannya. Sebagai individu yang unik, anak memiliki berbagai kebutuhan yang berbeda satu dengan yang lain sesuai tumbuh kembang.
3. Anak adalah sebagai penerus bangsa, sehingga pelayanan keperawatan anak berorientasi pada upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian.
4. Keperawatan anak merupakan disiplin ilmu kesehatan yang berfokus pada kesejahteraan anak sehingga perawat bertanggung jawab secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan anak. Dalam mensejahterakan anak maka keperawatan selalu mengutamakan kepentingan anak dan upayanya tidak terlepas dari peran keluarga sehingga selalu melibatkan keluarga.
5. Praktik keperawatan anak mencakup kontrak dengan anak dan keluarga untuk mencegah, mengkaji, mengintervensi dan meningkatkan kesejahteraan hidup, dengan menggunakan proses keperawatan yang sesuai dengan aspek moral (etik) dan aspek hukum (legal).
6. Tujuan keperawatan anak dan keluarga adalah untuk meningkatkan maturasi atau kematangan yang sehat bagi anak dan remaja sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual dalam konteks keluarga dan masyarakat. Upaya kematangan anak adalah dengan selalu memperhatikan lingkungan yang baik secara internal maupun eksternal dimana kematangan anak ditentukan oleh lingkungan yang baik.

7. Pada masa yang akan datang kecenderungan keperawatan anak berfokus pada ilmu tumbuh kembang, sebab ini yang akan mempelajari aspek kehidupan anak.

#### D. Pengertian *Family Center Care* (FCC)

Filosofi pengasuhan yang berpusat pada keluarga mengakui keluarga sebagai sesuatu yang konstan dalam kehidupan seorang anak. Pelayanan yang berpusat pada keluarga adalah suatu pendekatan terhadap perencanaan, penyampaian, dan evaluasi pelayanan kesehatan yang didasarkan pada kemitraan yang saling menguntungkan antara penyedia layanan kesehatan, pasien, dan keluarga (Institute for Patient-and Family-Centered Care, 2018). Perawat mendukung keluarga dalam peran pengasuhan dan pengambilan keputusan mereka dengan memberikan dukungan terhadap keunikan mereka dalam merawat anak baik di dalam maupun di luar rumah sakit. Filosofi asuhan berpusat pada keluarga ini mengakui keberagaman diantara struktur dan latar belakang keluarga; tujuan, impian, strategi, dan tindakan keluarga; dan dukungan keluarga, layanan, dan kebutuhan informasi.

*Family-Centered Care* didefinisikan oleh Association for the Care of Children's Health (ACCH) sebagai filosofi dimana pemberi perawatan mementingkan dan melibatkan peran penting dari keluarga, dukungan keluarga akan membangun kekuatan, membantu untuk membuat suatu pilihan yang terbaik, dan meningkatkan pola normal yang ada dalam kesehariannya selama anak sakit

dan menjalani penyembuhan (Johnson, Jeppson, & Redburn, 1992). Dua konsep dasar dalam asuhan berpusat-keluarga adalah memampukan (*enabling*) (Smith, 2018) dan memberdayakan (*empowering*) (Mikkelsen & Frederiksen, 2011). Profesional memampukan keluarga berarti memberikan kesempatan bagi keluarga untuk menunjukkan kemampuan mereka dan mendapatkan kompetensi yang baru yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan anak dan keluarga. Pemberdayaan menggambarkan interaksi kemitraan keluarga dengan tenaga kesehatan profesional, sehingga keluarga mendapat kontrol atas kehidupan mereka sendiri dan membuat perubahan positif. Orang tua berhak dihargai seperti halnya profesional tenaga kesehatan.

## **E. Elemen Penting Asuhan Berpusat-Keluarga**

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

## **F. Asuhan Atraumatik (*Atraumatic Care*)**

Asuhan atraumatik adalah suatu pendekatan pengasuhan yang menghilangkan atau mengurangi pengalaman psikis dan fisik yang diderita oleh anak dan keluarganya selama proses perawatan (Hockenberry & Wilson, 2021). Prosedur yang diterapkan dapat menyebabkan kecemasan, keputusasaan, ketidakjelasan, ketakutan, dan kehilangan kontrol pada anak dan keluarga. Perawatan traumatis menyediakan perawatan terapeutik dengan menciptakan lingkungan yang ramah anak dan melalui penggunaan intervensi yang menghilangkan atau menimalkan tekanan psikologis, dan fisik yang dialami oleh anak dan keluarga dalam sistem layanan Kesehatan. Perawatan terapeutik mencakup pencegahan, diagnosis, pengobatan, atau paliatif terhadap kondisi akut atau kronis.

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

mengelola rasa sakit untuk memastikan kenyamanan anak (Hockenberry & Wilson, 2021). Contoh pemberian perawatan atraumatik mencakup membina hubungan orang tua-anak selama dirawat di rumah sakit, mempersiapkan anak sebelum perawatan atau prosedur yang asing, mengendalikan rasa sakit, memberikan privasi kepada anak, menyediakan aktivitas bermain untuk mengekspresikan rasa takut dan agresi, memberikan pilihan untuk anak-anak, dan menghormati perbedaan budaya. Anak-anak sangat rentan terhadap stress yang berhubungan dengan prosedur tindakan invasif selama hospitalisasi. Beberapa intervensi keperawatan yang terbukti dapat meminimalkan trauma pada anak saat prosedur invasif antara lain kompres dingin, permainan (de Breving, Ismanto, & Onibala, 2015), spalk bermotif (Sartika et al., 2020), kombinasi terapi dekapan dan kompres dingin (Oktaviani & Ridawati, 2021), facilitated tucking pada bayi prematur (Oktaviani, Rustina, & Efendi, 2018).

#### **G. Peran Perawat Anak**

Perawat anak bertanggung jawab untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan anak dan keluarga. Fungsi keperawatan bervariasi menurut struktur pekerjaan regional, pendidikan dan pengalaman individu, dan capaian tujuan karir pribadi. Setiap perawat membawa serangkaian variabel yang mempengaruhi hubungan perawat-pasien sebagaimana keunikan yang dimiliki oleh setiap pasien (anak-anak dan keluarga mereka), namun perhatian utama mereka adalah kesejahteraan anak dan keluarga.

#### **H. Hubungan Terapeutik**

Landasan penting dalam membina asuhan keperawatan berkualitas tinggi adalah membentuk hubungan terapeutik. Perawat anak perlu memiliki hubungan yang bermakna dengan anak-anak dan keluarga mereka namun tetap terpisah untuk membedakan perasaan dan kebutuhan mereka. Perawat memiliki batasan bersifat positif dan professional serta meningkatkan kendali keluarga terhadap layanan kesehatan anak dengan menjaga komunikasi terbuka.

## **I. *Family Advocacy and Caring***

Perawat bertanggung jawab untuk memberikan informasi kepada keluarga mengenai prosedur dan pengobatan anak, mengikutsertakan keluarga dalam perawatan anak. Perawat bersama dengan keluarga mengidentifikasi tujuan dan kebutuhan anak guna merencanakan intervensi keperawatan yang paling baik dalam mengatasi masalah yang ada. Sebagai advokat, perawat membantu anak dan keluarga dalam membuat pilihan dan bertindak demi kepentingan terbaik anak. Advokasi melibatkan memastikan bahwa keluarga menyadari semua layanan kesehatan yang tersedia, mendapatkan informasi yang memadai tentang pengobatan dan prosedur, terlibat dalam perawatan anak, dan didorong untuk mengubah atau mendukung praktik layanan kesehatan yang ada. Saat perawat merawat anak-anak dan keluarga, mereka harus menunjukkan kepedulian, kasih sayang, dan empati terhadap orang lain.

## **J. *Pencegahan Penyakit dan Promosi Kesehatan***

Setiap perawat yang terlibat dalam perawatan anak harus memahami pentingnya pencegahan penyakit dan promosi kesehatan. Rencana asuhan keperawatan harus mencakup penilaian menyeluruh terhadap semua aspek pertumbuhan dan perkembangan anak, termasuk nutrisi, imunisasi, keselamatan, perawatan gigi, sosialisasi, disiplin, dan pendidikan. Jika masalah teridentifikasi, perawat melakukan intervensi secara langsung atau merujuk keluarga ke penyedia layanan kesehatan atau lembaga lain. Pendekatan pencegahan terbaik adalah pendidikan dan bimbingan antisipatif. Apresiasi terhadap bahaya atau konflik pada setiap periode perkembangan memungkinkan perawat untuk membimbing orang tua mengenai praktik pengasuhan anak yang bertujuan untuk mencegah potensi masalah.

## **K. *Health Teaching***

Perawat sebagai role model bagi orang tua dan anak diharapkan dapat menjadi panutan dalam berperilaku hidup sehat. Perawat dapat berperan pada masyarakat luas untuk meningkatkan pelayanan kesehatan. Pengajaran kesehatan adalah salah satu bidang di mana perawat seringkali memerlukan persiapan dan praktik dengan teladan yang kompeten, karena hal ini melibatkan penyampaian informasi sesuai tingkat pemahaman dan keinginan anak dan keluarga terhadap informasi. Sebagai pendidik yang efektif, perawat

berfokus pada pemberian pengajaran kesehatan yang sesuai dengan umpan balik dan evaluasi yang baik untuk mendorong pembelajaran.

#### **L. Pencegahan Cedera**

Setiap tahunnya, cedera membunuh atau melumpuhkan lebih banyak anak di atas usia 1 tahun dibandingkan seluruh penyakit anak jika digabungkan. Perawat memainkan peran penting dalam mencegah cedera dengan menggunakan pendekatan perkembangan dalam konseling keselamatan untuk orang tua dari anak-anak dari segala usia. Menyadari bahwa masalah keselamatan pada bayi muda sangat berbeda dengan risiko cedera pada remaja, perawat mendiskusikan tip pencegahan cedera yang tepat kepada orang tua dan anak-anak sebagai bagian dari perawatan rutin pasien.

#### **M. Dukungan dan Konseling**

Counseling dapat dilakukan dengan cara memberikan dukungan bertukar pendapat terkait permasalahan anak. Dukungan perawat juga dapat dilakukan dengan menjadi pendengar yang baik dan kehadiran perawat. Perhatian terhadap kebutuhan emosional memerlukan dukungan dan terkadang konseling. Peran advokat anak atau guru kesehatan bersifat suportif berdasarkan pendekatan individual. Perawat dapat menawarkan dukungan dengan

#### **N. *Coordination and Collaboration***

Perawat sebagai anggota tim kesehatan bekerja sama dan mengkoordinasi pelayanan keperawatan dengan kegiatan yang dilakukan tenaga kesehatan lainnya. Konsep pelayanan holistik dapat diwujudkan melalui pendekatan terpadu, interdisipliner dengan menyadari kontribusi dan keterbatasan individu serta berkolaborasi dengan dokter spesialis lain untuk memberikan layanan kesehatan berkualitas tinggi. Kegagalan untuk mengenali keterbatasan bisa menjadi hal yang paling tidak menyembuhkan dan paling buruk bersifat destruktif. Misalnya, perawat yang merasa kompeten dalam konseling namun sebenarnya tidak memadai dalam bidang ini mungkin tidak hanya mencegah anak menghadapi krisis tetapi juga menghambat keberhasilan di masa depan dengan profesional yang berkualifikasi. Keperawatan harus dilihat sebagai kontributor utama untuk

memastikan bahwa tim layanan kesehatan berfokus pada perawatan berkualitas tinggi dan aman.

#### **O. Pengambilan Keputusan yang Etis**

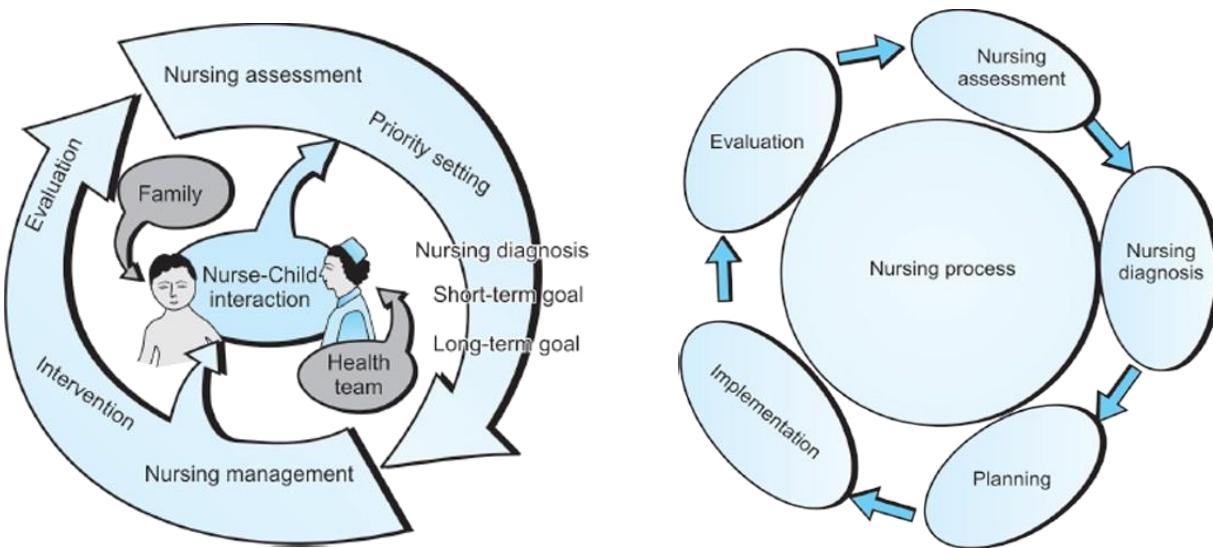
Dilema etis muncul ketika pertimbangan moral yang bersaing mendasari berbagai alternatif. Orang tua, perawat, dokter, dan anggota tim layanan kesehatan lainnya mungkin mengambil keputusan yang berbeda namun dapat dipertahankan secara moral dengan memberikan bobot yang berbeda terhadap nilai-nilai moral yang bersaing. Perawat harus menentukan tindakan yang paling menguntungkan atau paling tidak merugikan dalam kerangka adat istiadat masyarakat, standar praktik profesional, hukum, aturan institusi, sistem nilai keluarga dan tradisi agama, serta nilai-nilai pribadi perawat.

#### **P. Proses Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan Anak**

Asuhan keperawatan merupakan pengobatan terhadap respon manusia terhadap masalah kesehatan aktual dan potensial. Hal ini juga berlaku untuk praktik keperawatan anak. Perawat anak memanfaatkan teori dan penelitian yang berkaitan secara khusus dengan anak-anak serta konsep dan penelitian secara umum. Perawat harus mengetahui tren kesehatan saat ini sehingga mereka dapat memberikan panduan antisipatif, konseling, dan pengajaran yang tepat untuk anak dan keluarga serta dapat mengidentifikasi kelompok risiko tinggi sehingga intervensi dapat dimulai sejak dini, sebelum terjadi penyakit atau kematian.

Tujuan penerapan proses keperawatan dalam kesehatan anak adalah:

1. Membantu memberikan asuhan keperawatan yang optimal berdasarkan kebutuhan anak secara efektif dan cerdas.
2. Memandu perawat dalam mengidentifikasi masalah klien dengan mengambil langkah-langkah yang relevan guna mencapai tujuan yang realistik dalam perawatan anak.
3. Mendorong identifikasi dan pemanfaatan kekuatan klien.
4. Meningkatkan komunikasi dan hubungan interpersonal dengan klien dan tim.
5. Memberikan pelayanan yang berkelanjutan dengan memimalkan kelalaian dan duplikasi tindakan.



**Gambar 1.2 Proses Keperawatan Anak | Gambar 1.3 Langkah Proses Keperawatan**  
(sumber: Datta, P. (2017). *Pediatric nursing (as per INC syllabus)*. Jaypee Brothers Medical Publishers)

Perawat menyampaikan rencana perawatan yang realistik dan relevan dengan kesehatan dan kesejahteraan anak menggunakan kerangka proses keperawatan (*nursing process*). Proses keperawatan merupakan metode ilmiah dalam menerapkan asuhan keperawatan yang direncanakan secara terorganisir terdiri dari *Assessment, Diagnosis, Planning, Implementation, Evaluation* (ADPIE).

1. **Pengkajian (*Assessment*)** mencakup pengumpulan data subjektif dan objektif tentang anak dan keluarga serta melakukan pengkajian fisik selama layanan kesehatan berbasis masyarakat, ketika anak di rawat di rumah sakit, atau saat berkunjung ke rumah (home visit).
2. **Diagnosis keperawatan (*Nursing Diagnosis*)** Perawat menganalisis data untuk membuat penilaian mengenai status kesehatan dan perkembangan anak. Diagnosa keperawatan yang dihasilkan dari proses penilaian ini menggambarkan promosi kesehatan dan pola kesehatan yang dapat dikelola oleh perawat anak.
3. **Intervensi Keperawatan (*Nursing Care Planning/NCP*)** Rencana asuhan keperawatan yang mencakup tujuan atau hasil yang diharapkan guna memperbaiki pola kesehatan disfungsional anak dan memberikan hasil perkembangan yang optimal. Intervensi keperawatan mencakup

tindakan keperawatan yang spesifik yang membantu memperoleh hasil yang melibatkan keluarga dan anak dalam pelaksanaannya.

4. **Pelaksanaan (*Implementation*)** Intervensi yang telah disusun kemudian dilaksanakan sesuai dengan tingkat perkembangan anak dan status keluarga, dan dimodifikasi jika respons anak menunjukkan adanya kebutuhan. Rencana pengasuhan juga melibatkan keluarga dan anak.
5. **Evaluasi (*Evaluation*)** Proses Keperawatan dilakukan evaluasi dan diperbaharui selama merawat anak bersama dengan keluarga. Evaluasi membantu mengukur sejauh mana pencapaian tujuan dan efektivitas intervensi. Keputusan pada tahap ini dapat dikategorikan melanjutkan, memodifikasi, atau menghentikan seluruh atau sebagian rencana asuhan keperawatan.

Perawat anak perlu waspada terhadap berbagai kebutuhan perkembangan dan kesehatan mental anak serta sifat dan perilaku yang dapat menyebabkan masalah kesehatan yang serius. Cakupan praktik keperawatan anak saat ini jauh lebih luas, sehingga perawat anak dalam memberikan asuhan keperawatan harus memasukkan intervensi berbasis bukti yang berkualitas dan terus mengikuti perkembangan teknologi.

## Q. Latihan

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

1. Yang tidak termasuk dalam komponen paradigma keperawatan anak, berikut ini adalah ....
  - A. Anak
  - B. Keperawatan
  - C. Sehat-sakit
  - D. Lingkungan
  - E. Fasilitas kesehatan
2. Yang dimaksud dengan manusia dalam paradigma keperawatan anak adalah anak ....
  - A. Sakit
  - B. Tantrum
  - C. Bermasalah
  - D. Berusia 0-18 tahun
  - E. Dalam asuhan keluarga

3. Perubahan orientasi pelayanan keperawatan anak mencakup aspek berikut ini yaitu ....
  - A. Perawat dipandang sebagai sumber informasi yang efektif bagi anak
  - B. Kerja sama orang tua dan perawat tidak selalu dibutuhkan
  - C. Orang tua didorong berpartisipasi aktif dalam perawatan
  - D. Anak dapat dipandang sebagai miniatur orang dewasa
  - E. Perawatan anak sepenuhnya hak perawat
4. Yang tidak termasuk dalam konsep yang mendasari pendekatan *family centered care* adalah ....
  - A. Peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat anaknya
  - B. Mengajarkan keterampilan keperawatan pada orang tua
  - C. Fasilitasi keterlibatan orang tua dalam perawatan
  - D. Keluarga sebagai pengunjung anak yang utama
  - E. Memberikan discharge planning
5. Manfaat penerapan *family centered care* yang dirasakan anak dan keluarga setelah pulang dari perawatan di rumah sakit adalah ....
  - A. Anak pulang dalam kondisi sehat
  - B. Orang tua mendapat pendidikan kesehatan
  - C. Orang tua tidak perlu melakukan perawatan lebih lanjut
  - D. Keluarga dapat melanjutkan perawatan anak dengan terampil
  - E. Tingginya kepuasan anak dan keluarga atas pelayanan kesehatan yang diterima
6. Prinsip utama dalam *atraumatic care* adalah ....
  - A. Cegah perpisahan orang tua-anak dan cegah cedera
  - B. Tidak melibatkan anak dalam masalah keperawatan
  - C. Hindari pengobatan yang membuat anak sakit
  - D. Kurangi peran orang tua dalam merawat anak
  - E. Mengajarkan anak mengatasi rasa sakit
7. Seorang anak usia 12 tahun dirawat di ruang perawatan anak dengan diagnosis demam berdarah. Perawat membantu keluarga dalam

- mengambil keputusan anak dalam perawatan. Peran apakah yang dilakukan oleh perawat terkait kasus di atas...
- A. Menjaga hubungan terapeutik
  - B. Memberikan promosi kesehatan
  - C. Mencegah injury pada anak
  - D. Sebagai advokat keluarga
  - E. Mencegah infeksi
8. Seorang laki-laki, umur 4 tahun, dirawat di RS dengan keluhan diare 7x/hari telah terjadi selama 3 hari. Hasil pemeriksaan menunjukkan TD 90/70 mmHg, frekuensi nadi 104 x/mnt , frekuensi nafas 24x/mnt, suhu 38°C. Perawat akan memberikan tindakan pemasangan infus. Apakah tindakan atraumatic care yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Menghadirkan orang tua
  - B. Memberi privasi pada anak
  - C. Memberikan aktifitas bermain
  - D. Mengendalikan perasaan sakit
  - E. Menyiapkan anak sebelum pelaksanaan terapi
9. Seorang anak, umur 2,5 tahun, dibawa oleh ibunya ke poli tumbuh kembang karena cedera jatuh memainkan benda-benda di sekitar rumah. Manakah nasihat utama di bawah ini yang paling tepat diberikan berdasarkan kasus tersebut?
- A. Menempatkan anak pada ruangan khusus
  - B. Mengawasi dengan ketat aktifitas anak
  - C. Menciptakan lingkungan yang aman
  - D. Melatih anak untuk berkonsentrasi
  - E. Melarang anak untuk bermain
10. Seorang perawat anak akan memberikan asuhan keperawatan pada pasiennya yang baru saja masuk dari poli anak dengan diagnosis kejang demam. Berikut ini adalah langkah-langkah yang tepat dalam proses keperawatan yang akan dilakukan perawat tersebut adalah....
- A. Pengkajian, diagnosis, implementasi, intervensi, dan evaluasi keperawatan

- B. Pengkajian, evaluasi, diagnosis, intervensi, dan implementasi keperawatan
- C. Pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan
- D. Diagnosis, pengkajian, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan
- E. Diagnosis, pengkajian, implementasi, intervensi, dan evaluasi keperawatan

#### **KUNCI JAWABAN**

- 1. E
- 2. D
- 3. C
- 4. D
- 5. D
- 6. A
- 7. D
- 8. A
- 9. C
- 10. C

#### **R. Rangkuman Materi**

Keperawatan anak adalah bidang khusus praktik keperawatan yang berkaitan dengan perawatan anak selama sehat dan sakit. Asuhan keperawatan anak memperhatikan kesehatan anak dan penyakit yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangannya. Pelayanan anak meliputi upaya preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif. Tujuan dari praktik keperawatan anak adalah untuk membantu anak dalam mempertahankan tingkat kesehatan yang optimal sambil mengenali pengaruh keluarga terhadap kesejahteraan anak. Filosofi menyeluruh dari asuhan keperawatan anak adalah perawat anak memberikan perawatan berfokus pada keluarga, memberikan perawatan terapeutik atrumatik, dan menggunakan praktik berbasis bukti. Paradigma keperawatan anak merupakan suatu landasan berpikir dalam penerapan ilmu keperawatan anak terdiri dari komponen manusia (anak usia 0-18 tahun), sehat-sakit, lingkungan, dan keperawatan. Filosofi pengasuhan yang berpusat pada keluarga mengakui keluarga sebagai sesuatu yang konstan dalam kehidupan

seorang anak. Dua konsep dasar dalam asuhan berpusat-keluarga adalah memampukan (enabling) dan memberdayakan (empowering). Asuhan atraumatik adalah suatu pendekatan pengasuhan yang menghilangkan atau mengurangi pengalaman psikis dan fisik yang diderita oleh anak dan keluarganya selama proses perawatan. Perawat anak bertanggung jawab untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan anak dan keluarga. Proses keperawatan merupakan metode ilmiah dalam menerapkan asuhan keperawatan yang direncanakan secara terorganisir terdiri dari *Assesment, Diagnosis, Planning, Implementation, Evaluation* (ADPIE). Proses keperawatan memberikan bantuan keperawatan yang terorganisir kepada anak dan keluarga menuju hasil yang lebih baik.

## S. Glosarium

- ACCH : *Association for the Care of Children's Health*  
ADPIE : *Assesment, Diagnosis, Planning, Implementation, Evaluation*  
FCC : *Family Centered Care*  
NCP : *Nursing Care Plan*  
SDG's : *Sustainable Development Programs*

## T. Daftar Pustaka

- Care, C. O. H., Patient, I. F., & Care, F. C. (2012). Patient-and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 129(2), 394-404.
- Datta, P. (2017). *Pediatric nursing (as per INC syllabus)*. Jaypee Brothers Medical Publishers.
- Maryam, Siti. 2016. Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi. Salemba Medika: Jakarta.
- de Breving, R. M., Ismanto, A. Y., & Onibala, F. (2015). Pengaruh penerapan atraumatic care terhadap respon kecemasan anak yang mengalami hospitalisasi di RSU pancaran kasih gmim manado dan RSUP Prof. Dr. RD Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan*, 3(2).
- Haryani, S., Muntamah, U., & Astuti, A. P. (2020). Efektifitas Terapi Psikoedukasi terhadap Peningkatan Tumbuh Kembang Anak. (*JKG*) *Jurnal Keperawatan Global*, 5(1), 31-36.
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2021). *Wong's essentials of pediatric nursing-e-book*. Elsevier health sciences.
- Kamaruddin, I., Tabroni, I., & Azizah, M. (2022). Konsep pengembangan self-

- esteem pada anak untuk membangun kepercayaan diri sejak dini. Al-Madrasah: *Jurnal Ilmiah Pendidikan Madrasah Ibtidaiyah*, 6(3), 496-503.
- Mikkelsen, G., & Frederiksen, K. (2011). Family-centred care of children in hospital—a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 67(5), 1152–1162.
- Ningsih, N. N. F., Mufidah, A., Wilujeng, A. P., Pratiwi, E. A., Sudiarti, N. P. E., Kep, M., ... & NSc, M. (2022). *Keperawatan Anak*. Media Sains Indonesia.
- Oktaviani, E., & Ridawati, I. D. (2021). The Effectiveness of Cutaneous Stimulation and Cuddling Therapy Combination on Toddler's Pain Response. First International Conference on Health, Social Sciences and Technology (ICOHSST 2020). *Atlantis Press*, 235–240.
- Oktaviani, E., Rustina, Y., & Efendi, D. (2018). Facilitated tucking effective to pain relief on the preterm infants in perinatal unit in Jakarta. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 21(1), 9–16.
- Sartika, Z. et al. (2020). Atraumatic Care dengan Spalk Manakara pada Pemasangan Infus Efektif Menurunkan Tingkat Kecemasan Anak Pra Sekolah. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*, 15(2), 78–83.
- Smith, W. (2018). Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients', *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57–64.
- Wright KD, Power HA, Shivak SM. Child Health and Illness. *Comprehensive Clinical Psychology*. 2022:501–13. doi: 10.1016/B978-0-12-818697-8.00145-X. Epub 2022 Apr 12. PMID: PMC8409638



# BAB 2

## PERAN PERAWAT ANAK

### Pendahuluan

Perawat anak memiliki peran yang sangat penting dalam sistem pelayanan kesehatan. Sebagai tenaga kesehatan yang khusus menangani anak-anak dari berbagai kelompok usia, mulai dari bayi baru lahir hingga remaja, perawat anak berperan dalam menjaga, mendukung, dan meningkatkan kesehatan serta kesejahteraan anak. Pendekatan keperawatan yang diberikan harus mempertimbangkan aspek fisik, psikososial, emosional, dan kognitif, serta melibatkan keluarga dalam perawatan.

Bab ini bertujuan untuk membekali mahasiswa keperawatan dan perawat anak dengan pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk menjalankan peran mereka secara profesional dan holistik, dalam rangka meningkatkan kualitas perawatan kesehatan anak dan mendukung kesejahteraan mereka dalam konteks pelayanan kesehatan modern.

Materi dalam bab ini disusun untuk memberikan pemahaman komprehensif mengenai berbagai peran yang harus diemban oleh perawat anak dalam praktik sehari-hari. Peran ini mencakup tidak hanya sebagai pemberi asuhan keperawatan (*caregiver*), tetapi juga sebagai edukator, advokat, koordinator, komunikator, konselor, kolaborator, peneliti, serta pembaharu dalam layanan kesehatan.

Tidak hanya itu, perawat anak juga harus memiliki kemampuan komunikasi yang baik untuk berinteraksi dengan anak, keluarga, dan tim kesehatan lainnya. Keterampilan komunikasi yang efektif sangat penting, terutama dalam menghadapi situasi yang kompleks atau ketika harus menyampaikan informasi sensitif terkait kondisi anak.

Melalui berbagai peran ini, perawat anak tidak hanya berfungsi sebagai pelaksana perawatan, tetapi juga sebagai agen perubahan yang berperan aktif dalam meningkatkan kualitas hidup anak dan keluarganya. Buku ajar ini akan memberikan panduan dan pemahaman yang mendalam mengenai setiap peran

tersebut, disertai dengan contoh-contoh konkret, pendekatan teori, serta penerapan dalam praktik klinis yang berbasis bukti.

Setelah memahami peran-peran tersebut, diharapkan para mahasiswa keperawatan dan praktisi perawat anak dapat memberikan pelayanan yang profesional, holistik, dan sesuai dengan kebutuhan anak dalam berbagai kondisi dan situasi klinis. Buku ajar ini juga dirancang untuk menjadi referensi yang komprehensif dalam upaya meningkatkan kompetensi perawat anak di Indonesia, yang berperan penting dalam mendukung masa depan kesehatan anak-anak sebagai generasi penerus bangsa.

### **Tujuan Intruksional:**

Setelah membaca materi ini, para mahasiswa keperawatan dan praktisi perawat anak diharapkan mampu menjelaskan peran utama perawat anak dalam sistem kesehatan, termasuk tanggung jawab dan kewajiban mereka, memahami dan mengaplikasikan peran perawat anak dalam berbagai konteks pelayanan kesehatan, serta mampu melaksanakan asuhan keperawatan anak yang holistik, berpusat pada keluarga, dan berbasis bukti. Perawat anak harus memahami bagaimana mereka berinteraksi dengan pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya.

### **Capaian Pembelajaran:**

Setelah membaca materi pada bab ini diharapkan para mahasiswa keperawatan dan praktisi perawat anak, mampu:

1. menjelaskan pengertian peran dan fungsi dalam keperawatan anak.
2. menjelaskan peran perawat anak dalam sistem kesehatan, termasuk tanggung jawab dan kewajiban perawat dalam menjalankan fungsinya sebagai:
  - a. *Care giver*
  - b. Edukator
  - c. Advokat
  - d. Koordinator
  - e. Konselor
  - f. Komunikator
  - g. Kolaborator
  - h. Pembaharu
  - i. Peneliti

## **Uraian Materi**

### **A. Pengertian Peran dan Fungsi Dalam Keperawatan Anak**

Peran (*role*) dalam keperawatan adalah serangkaian perilaku, tanggung jawab, dan tugas yang diharapkan dari seseorang dalam posisi atau profesi tertentu. Dalam konteks keperawatan, peran mengacu pada tindakan spesifik dan ekspektasi yang diemban oleh perawat dalam interaksinya dengan pasien, keluarga, dan tim kesehatan. Sedangkan Fungsi mengacu pada tugas-tugas spesifik yang dijalankan untuk memenuhi peran yang diemban. Dalam keperawatan, fungsi mencakup tindakan konkret yang dilakukan perawat dalam rangka memenuhi peran mereka, seperti melakukan penilaian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi asuhan keperawatan.

Fungsi (*Function*) dalam Keperawatan mengacu pada tugas-tugas spesifik yang dijalankan untuk memenuhi peran yang diemban. Dalam keperawatan, fungsi mencakup tindakan konkret yang dilakukan perawat dalam rangka memenuhi peran mereka, seperti melakukan penilaian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi asuhan keperawatan. Fungsi ini bersifat teknis dan prosedural, mencerminkan keterampilan praktis yang diperlukan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan.

Perawat anak (*pediatric nurse*) adalah tenaga kesehatan yang terlatih secara khusus untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien anak mulai dari bayi baru lahir hingga remaja. Peran perawat anak mencakup pemberian asuhan keperawatan langsung, edukasi bagi pasien dan keluarga, advokasi, serta kolaborasi dalam tim kesehatan untuk memastikan kesejahteraan fisik, mental, dan emosional anak. Perawat anak bertanggung jawab untuk memastikan bahwa anak-anak menerima perawatan yang aman, efektif, dan berpusat pada kebutuhan unik mereka sebagai individu yang sedang berkembang.

Peran perawat anak yang profesional juga melibatkan karakteristik seperti peduli, terampil, aktif, komunikatif, sabar, telaten, teliti, ramah, dan kreatif. Mereka harus siap berhadapan dengan situasi yang tidak terduga dan memadukan semua karakteristik ini dalam memberikan asuhan yang optimal.

### **B. Peran Perawat Anak**

#### **1. Pemberi Asuhan Langsung (*Care Giver*):**

Perawat anak bertanggung jawab untuk memberikan asuhan keperawatan langsung kepada anak-anak dalam berbagai kondisi kesehatan, termasuk bayi baru lahir, anak-anak dengan penyakit akut

atau kronis, dan pasien pediatrik di unit perawatan intensif. Peran ini meliputi pemantauan tanda-tanda vital, pemberian obat, manajemen nyeri dan perawatan luka, dan dukungan/pendampingan selama prosedur medis serta pemantauan kondisi kesehatan anak secara berkelanjutan. (Hockenberry, M. J., & Wilson, D., 2018). Sebagai perawat anak, peran perawat anak sebagai Caregiver (Pemberi Asuhan Langsung) sangat penting dalam memberikan perawatan yang holistik kepada anak-anak yang membutuhkan bantuan. Peran ini sangat penting dalam memastikan stabilitas kondisi pasien anak dan memberikan dukungan selama masa perawatan. Perawat anak bertanggung jawab untuk memberikan asuhan keperawatan yang holistik dan memadai kepada anak-anak dengan mengikuti beberapa fungsi berikut:

a. Mengidentifikasi kebutuhan anak

Perawat harus dapat mengidentifikasi kebutuhan anak secara menyeluruh, termasuk kebutuhan fisik, psikologis, sosial, emosional, dan spiritual. Contoh: Seorang perawat anak mengidentifikasi bahwa anak yang menderita penyakit kronis memiliki kebutuhan fisik yang spesifik, seperti perlu makan makanan yang seimbang dan melakukan aktivitas fisik yang sesuai dengan kemampuan anak. Selain itu, perawat juga mengidentifikasi kebutuhan psikologis, seperti perlu mendapatkan dukungan emosional dan mengatasi stres.

b. Mengembangkan Program Asuhan Holistik

Berdasarkan identifikasi kebutuhan, perawat harus mengembangkan program asuhan keperawatan yang holistik, yang mencakup:

- 1) Asuhan Fisik: Membantu anak makan makanan yang seimbang, melakukan aktivitas fisik yang sesuai, dan menjaga kebersihan lingkungan sekitar.

Contoh cara perawat membantu anak makan: Seorang perawat anak membantu seorang anak yang menderita penyakit kronis untuk makan. Perawat tersebut memastikan bahwa anak tersebut makan makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kesehatannya. Contoh: Seorang perawat anak memberikan makanan yang lezat bergizi dan mudah dikunyah kepada anak yang menderita penyakit saluran cerna, sehingga anak tersebut dapat makan dengan nyaman dan sehat.

Contoh cara perawat membantu anak mandi: Seorang perawat anak membantu seorang anak yang menderita penyakit kronis untuk mandi. Perawat tersebut memastikan bahwa anak tersebut mandi dengan aman dan sehat. Contoh: Seorang perawat anak membantu seorang anak yang menderita penyakit kulit untuk mandi dengan menggunakan sabun yang sesuai dengan kondisi kulit anak tersebut, sehingga anak tersebut dapat mandi dengan nyaman dan sehat. Perawat anak harus dapat mengembangkan kemampuan anak-anak secara bertahap. Contoh: Seorang perawat anak yang bekerja dengan anak-anak yang baru saja keluar dari perawatan intensif harus dapat mengembangkan kemampuan mereka secara bertahap, seperti membantu mereka melakukan aktivitas sederhana seperti berjalan atau bermain.

- 2) Asuhan Psikologis: Memberikan dukungan emosional, mengatasi stres, dan melibatkan anak dalam berbagai aktivitas yang menyenangkan dan bermanfaat melalui kegiatan bermain.
  - 3) Asuhan Sosial: Perawat anak harus dapat mengidentifikasi perubahan pola interaksi anak-anak terhadap keadaan sehat-sakitnya, agar dapat merencanakan metode perawatan yang tepat dengan memastikan bahwa anak tetap berinteraksi dengan keluarga dan teman-temannya melalui program perawatan yang berfokus pada keluarga.
  - 4) Asuhan Emosional: Perawat anak juga harus memberikan dukungan emosional yang kuat kepada anak-anak dengan mengembangkan rasa aman, harga diri, dukungan, dan mandiri pada anak.. Contoh: Seorang perawat anak yang bekerja dengan anak-anak yang mengalami trauma, seperti anak-anak korban kecelakaan, harus dapat memberikan dukungan emosional yang tepat untuk membantu mereka mengatasi trauma tersebut.
- c. Mengintegrasikan Asuhan dengan Lingkungan
- Perawat harus mengintegrasikan asuhan keperawatan dengan lingkungan sekitar anak, misalnya dengan cara:
- 1) Modifikasi Lingkungan: Meningkatkan keceriaan dan nyaman bagi lingkungan anak dengan modifikasi yang bernuansa anak.

- 2) Pengkajian Lingkungan: Mengkaji lingkungan sekitar anak untuk memastikan bahwa lingkungan tersebut mendukung perkembangan anak.
- d. Menggunakan Proses Keperawatan yang Sesuai  
Perawat harus menggunakan proses keperawatan yang sesuai dengan aspek moral dan hukum, yang mencakup:
  - 1) Pengkajian: Mengkaji kebutuhan anak secara menyeluruh.
  - 2) Diagnosis: Mendiagnosis kebutuhan anak berdasarkan hasil pengkajian.
  - 3) Perencanaan: Membuat rencana asuhan yang spesifik berdasarkan diagnosis.
  - 4) Pelaksanaan: Melaksanakan rencana asuhan.
  - 5) Evaluasi: Mengevaluasi hasil asuhan untuk memastikan bahwa asuhan tersebut efektif.
- e. Menggunakan bimbingan spiritual (jika diperlukan)  
Jika anak memiliki kebutuhan spiritual, perawat harus menggunakan bimbingan spiritual yang sesuai. Contoh: Seorang perawat anak yang bekerja dengan anak muslim, menggunakan bimbingan spiritual seperti:
  - a) Ibadah Pokok: Mengajak anak melakukan shalat wajib lima waktu.
  - b) Ibadah Tambahan: Mengajak anak melakukan dzikir, doa, tilawah, dan shalat sunnah.
  - c) Tadzkirah: Memberikan nasehat, ceramah, atau sharing tentang agama dan kehidupan spiritual.

### C. Edukator Anak dan Keluarga

Perawat anak bertindak sebagai edukator yang memberikan informasi edukasi yang jelas dan tepat kepada pasien dan keluarga mengenai kondisi kesehatan, perawatan yang sedang dijalani, prosedur yang dilakukan, serta langkah-langkah pencegahan penyakit. Mereka membantu keluarga memahami rencana perawatan dan cara merawat anak setelah pulang dari rumah sakit, termasuk penanganan terapi, nutrisi, dan perawatan luka. Edukasi ini penting untuk meningkatkan pemahaman dan keterlibatan keluarga dalam perawatan anak.

Perawat anak bertanggung jawab untuk memberikan penyuluhan kesehatan kepada anak dan orang tua. Tujuan utamanya adalah untuk

meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan sikap keluarga dalam hal kesehatan khususnya perawatan anak sakit. Edukasi ini sangat penting untuk memastikan keluarga mampu merawat anak dengan benar setelah keluar dari fasilitas kesehatan.

Peran perawat anak sebagai edukator adalah elemen penting dalam membantu anak dan keluarga memahami kondisi kesehatan, proses perawatan, serta strategi untuk meningkatkan kesehatan secara mandiri. Peran ini mencakup berbagai aspek edukasi yang berfokus pada anak dan keluarganya agar mereka dapat berperan aktif dalam menjaga kesehatan dan kesejahteraan anak.

#### **1. Edukasi tentang kondisi kesehatan dan pengobatan**

Perawat anak memiliki tanggung jawab untuk memberikan penjelasan yang mudah dipahami tentang kondisi kesehatan yang dialami anak, termasuk penyebab, gejala, dan pilihan pengobatan. Mereka harus mampu menyederhanakan istilah medis dan memastikan bahwa anak dan keluarganya memahami kondisi yang dihadapi serta pentingnya kepatuhan terhadap perawatan yang diresepkan.

#### **2. Mendidik Keluarga tentang Perawatan di Rumah**

Setelah keluar dari rumah sakit, banyak anak yang masih memerlukan perawatan di rumah. Perawat anak bertanggung jawab untuk memberikan edukasi kepada keluarga tentang bagaimana melanjutkan perawatan ini di rumah dengan aman dan efektif. Edukasi ini mencakup instruksi terkait perawatan luka, pemberian obat, diet, aktivitas yang diperbolehkan, serta tanda-tanda bahaya yang harus diwaspadai.

#### **3. Edukasi Kesehatan Preventif dan Promotif**

Perawat anak juga berperan dalam memberikan edukasi tentang pencegahan penyakit dan promosi kesehatan. Ini meliputi vaksinasi, kebersihan diri, pola makan sehat, aktivitas fisik, serta pentingnya kontrol kesehatan secara rutin. Edukasi ini diberikan untuk meningkatkan kesadaran anak dan keluarganya terhadap pentingnya menjaga kesehatan secara berkelanjutan.

#### **4. Edukasi tentang Tumbuh Kembang Anak**

Perawat anak sering kali memberikan informasi tentang tahapan tumbuh kembang anak kepada keluarga. Hal ini membantu keluarga memahami apa yang diharapkan pada setiap fase perkembangan, termasuk perkembangan fisik, kognitif, dan emosional. Selain itu, perawat

memberikan informasi tentang bagaimana mengidentifikasi jika ada keterlambatan perkembangan dan apa yang dapat dilakukan untuk mengatasinya.

### **5. Mendukung Pembelajaran Mandiri dan Kemandirian Anak**

Ketika anak sudah lebih besar, perawat anak juga berperan dalam mendukung kemandirian mereka dalam mengelola kondisi kesehatannya. Perawat harus mendidik anak agar secara bertahap memahami tanggung jawab terhadap kesehatannya sendiri, seperti memantau sendiri kondisi kronis atau mengikuti rejimen pengobatan.

### **6. Edukasi Psikososial**

Selain aspek fisik, perawat anak juga memberikan edukasi terkait aspek psikososial, terutama dalam menghadapi kondisi kronis atau penyakit berat. Mereka membantu anak dan keluarganya untuk memahami dampak emosional dari penyakit serta bagaimana cara menghadapinya. Perawat juga membantu menghubungkan mereka dengan sumber daya yang dapat mendukung kesehatan mental dan emosional anak.

## **D. Advokat Bagi Anak dan Keluarga**

Sebagai advokat, perawat anak memperjuangkan hak anak dalam pelayanan kesehatan dan memastikan kebutuhan serta preferensi anak dan keluarga didengar dan dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan klinis.

Peran perawat anak sebagai advokat sangat penting dalam memberikan perlindungan dan pembelaan kepada anak-anak yang membutuhkan bantuan. Mereka harus dapat memberikan informasi yang akurat, menjadi mediator dalam konflik, dan melindungi anak dari hal-hal yang berbahaya. Semua sumber tersebut menunjukkan pentingnya peran ini dalam meningkatkan kesejahteraan anak dan keluarga.

### **1. Pelindung hak-hak anak**

Perawat anak bertindak sebagai pelindung yang menjamin anak mendapatkan hak-hak dasar dalam pelayanan kesehatan. Ini meliputi hak atas informasi, hak untuk berpartisipasi dalam keputusan yang memengaruhi perawatan mereka, dan hak untuk diperlakukan dengan hormat dan martabat. Perawat harus memastikan bahwa kebutuhan anak dipertimbangkan dalam setiap pengambilan keputusan medis, terutama ketika anak belum dapat menyuarakan keinginannya sendiri.

## **2. Memfasilitasi Komunikasi Antara Anak, Keluarga, dan Tim Kesehatan**

Perawat anak memainkan peran sentral dalam memastikan bahwa anak dan keluarganya memahami kondisi medis, rencana perawatan, serta dampak yang mungkin terjadi. Perawat juga harus mendorong partisipasi aktif dari anak dan keluarganya dalam proses pengambilan keputusan. Dalam hal ini, perawat bertindak sebagai jembatan antara keluarga dan profesional kesehatan lainnya.

## **3. Mengidentifikasi dan Melaporkan Risiko Kekerasan atau Eksploitasi**

Sebagai advokat, perawat anak memiliki tanggung jawab besar untuk mendeteksi tanda-tanda kekerasan, pelecehan, atau eksploitasi pada anak. Jika tanda-tanda ini muncul, perawat harus mengambil langkah-langkah yang sesuai, seperti melaporkannya ke pihak berwenang atau tim kesehatan terkait untuk memastikan perlindungan anak.

## **4. Memberdayakan Anak dan Keluarganya**

Perawat anak juga bertindak sebagai advokat dengan membantu anak dan keluarganya memahami hak-hak mereka dalam sistem perawatan kesehatan, termasuk hak untuk mendapatkan opini kedua, hak atas privasi, dan hak untuk menolak perawatan. Dengan memberdayakan anak dan keluarganya, perawat memastikan bahwa mereka dapat berperan aktif dalam pengelolaan kesehatan mereka sendiri.

## **5. Mendukung Kepentingan Anak dalam Kebijakan Kesehatan**

Perawat anak juga dapat berperan sebagai advokat di tingkat kebijakan dengan berpartisipasi dalam diskusi tentang peraturan atau kebijakan yang berdampak pada kesehatan anak-anak. Mereka dapat bekerja sama dengan organisasi kesehatan dan komunitas untuk mengadvokasi perbaikan dalam akses ke layanan kesehatan bagi anak-anak, terutama mereka yang berasal dari kelompok rentan.

## **E. Koordinator dalam Tim Multidisiplin**

Peran perawat anak sebagai koordinator sangat penting dalam mengorganisasikan pelayanan kesehatan anak yang terarah, efektif dan efisien. Tugas dan fungsi yang dapat dilakukan perawat anak dalam hal ini adalah:

1. Mengelola Tim Multidisiplin dalam Perawatan Anak: Perawatan anak sering kali melibatkan berbagai profesional kesehatan dari disiplin ilmu

yang berbeda, seperti dokter anak, terapis fisik, psikolog, ahli gizi, dan lainnya. Perawat anak bertindak sebagai koordinator yang memastikan komunikasi yang baik antara anggota tim multidisiplin, sehingga rencana perawatan yang holistik dan menyeluruh dapat diimplementasikan.

2. Perawat anak bertanggung jawab untuk menjamin bahwa setiap bagian dari perawatan tersebut saling mendukung dan berjalan dengan selaras. Perawat anak sebagai koordinator bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan pelayanan kesehatan yang terbaik untuk anak-anak.  
Contoh:
  - a. Mengatur Waktu: Seorang perawat anak mengatur waktu secara keseluruhan terkait penanganan kepada anak-anak. Misalnya, jika anak harus menjalani prosedur medis, perawat akan mengatur jadwalnya agar tidak mengganggu aktivitas sehari-hari anak.
  - b. Mengkoordinasikan Tim: Perawat juga mengkoordinasikan tim kesehatan lain untuk mencapai tujuan yang sama dalam mencapai kesehatan anak secara optimal. Contohnya, jika anak membutuhkan perawatan yang melibatkan beberapa spesialis, perawat akan mengkoordinasikan tim tersebut untuk memastikan bahwa semua aspek perawatan dilakukan dengan efektif.
3. Perawat anak harus dapat mengarahkan dan merencanakan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan anak. Contoh:
  - a. Mengarahkan Pelayanan: Seorang perawat anak mengarahkan pelayanan kesehatan agar terarah dan efisien. Misalnya, jika anak membutuhkan perawatan yang melibatkan beberapa prosedur, perawat akan mengarahkan tim untuk melakukan prosedur tersebut dengan urutan yang tepat.
  - b. Merencanakan Pelayanan: Perawat juga merencanakan pelayanan kesehatan yang memadai. Contohnya, jika anak akan menjalani prosedur medis yang membutuhkan persiapan lama, perawat akan merencanakan persiapan tersebut dengan teliti untuk memastikan bahwa anak siap menjalani prosedur tersebut.
4. Perawat anak harus dapat mengorganisasikan pelayanan kesehatan agar terarah dan efisien. Contoh:
  - a. Mengkoordinasi Transisi Perawatan Antar-Fasilitas: Ketika seorang anak membutuhkan transisi perawatan dari rumah sakit ke rumah atau ke fasilitas perawatan lain, perawat anak memainkan peran

- penting dalam mengoordinasikan seluruh proses tersebut. Ini mencakup pengaturan perawatan di rumah, edukasi keluarga tentang perawatan lanjutan, serta menjalin komunikasi dengan tim di fasilitas baru yang akan merawat anak tersebut.
- b. Mengatur Sumber Daya: Perawat juga mengatur sumber daya yang tersedia untuk memastikan bahwa pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan efektif. Contohnya, jika anak membutuhkan perawatan yang membutuhkan peralatan khusus, perawat akan mengatur sumber daya tersebut agar tersedia ketika dibutuhkan.
  - 5. Menjamin Kontinuitas Perawatan: Salah satu tugas utama perawat anak sebagai koordinator adalah memastikan/menjamin kontinuitas perawatan anak dari satu tahap perawatan ke tahap lainnya. Perawat anak juga bertanggung jawab untuk membuat catatan yang jelas dan rinci tentang rencana perawatan, kemajuan, dan kebutuhan anak agar dapat diakses oleh semua pihak yang terlibat.
  - 6. Mengkoordinasikan Akses ke Sumber Daya dan Layanan Kesehatan: Perawat anak juga bertindak sebagai koordinator dalam mengatur akses anak dan keluarganya ke sumber daya dan layanan kesehatan yang dibutuhkan. Ini termasuk merujuk ke spesialis lain, mengoordinasikan perawatan di luar rumah sakit, dan membantu keluarga mengakses sumber daya masyarakat seperti kelompok dukungan atau program bantuan keuangan.
  - 7. Menyusun dan Memantau Rencana Perawatan Terintegrasi: Perawat anak bertanggung jawab untuk menyusun dan memantau pelaksanaan rencana perawatan terintegrasi yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan anak. Rencana perawatan ini melibatkan semua aspek perawatan, mulai dari diagnosis, intervensi medis, hingga rehabilitasi. Perawat anak memonitor efektivitas rencana tersebut dan memastikan bahwa ada penyesuaian jika dibutuhkan.

#### F. Konselor

Perawat anak bertanggung jawab untuk memberikan konseling keperawatan yang memadai kepada anak-anak dan keluarga. Mereka harus dapat membantu dalam mengatasi masalah mental dan psikologis melalui konseling keperawatan. Tugas dan Fungsi:

- 1. Perawat anak membantu anak dan keluarga menghadapi tantangan emosional yang terkait dengan kondisi medis, dengan memberikan

dukungan emosional, strategi coping, serta menghubungkan pasien dengan sumber daya yang diperlukan untuk mengatasi stres dan perubahan psikososial yang terjadi.

- a. Dukungan Emosional: Seorang perawat anak memberikan dukungan emosional kepada anak yang mengalami trauma, seperti anak korban kecelakaan. Contoh lainnya adalah membantu anak-anak yang merasa sedih atau marah karena harus berada di rumah sakit dengan cara mendengarkan dan memberikan kata-kata yang positif.
- b. Mengatasi Stres: Perawat dapat membantu anak mengatasi stres dengan memberikan strategi relaksasi, seperti teknik pernapasan dalam atau meditasi. Contoh lainnya adalah mengadakan aktivitas yang menyenangkan dan bermanfaat untuk mengurangi stres.
2. Perawat harus dapat mengidentifikasi kebutuhan psikologis anak secara spesifik. Kebutuhan psikologis ini meliputi kebutuhan untuk mendapatkan dukungan emosional, mengatasi stres, dan mengembangkan rasa aman dan harga diri. Pengkajian Psikologis: Seorang perawat anak melakukan pengkajian psikologis untuk mengidentifikasi kebutuhan psikologis anak. Contoh lainnya adalah melakukan observasi terhadap perilaku anak untuk memahami bagaimana anak tersebut merespons terhadap situasi yang ada.
3. Mengembangkan Program Konseling: Berdasarkan identifikasi kebutuhan psikologis, perawat harus mengembangkan program konseling yang sesuai. Perawat dapat mengembangkan program konseling yang mencakup:
  - a. Konseling Individu: Memberikan konseling individu kepada anak untuk membantu mereka mengatasi masalah psikologis secara langsung.
  - b. Konseling Kelompok: Mengadakan konseling kelompok untuk membantu anak-anak berbagi pengalaman dan mendapatkan dukungan dari teman-teman mereka.
  - c. Aktivitas Terapeutik: Mengadakan aktivitas terapeutik seperti bermain, melukis, atau menulis untuk membantu anak mengungkapkan perasaan dan emosi mereka.
4. Penyedia dan Pemberi Dukungan Psikososial (Psychosocial Supporter): Perawat anak juga memberikan dukungan emosional kepada anak dan keluarga, membantu mereka menghadapi stres dan ketidaknyamanan

terkait dengan kondisi kesehatan, prosedur medis, atau masa perawatan yang lama serta menghadapi situasi yang menegangkan atau traumatis. Dukungan psikososial ini penting untuk meningkatkan kesejahteraan emosional anak selama perawatan. Peran ini terkait pula dengan edukasi psikososial yang diberikan oleh perawat terhadap kebutuhan psikososial anak dan keluarganya. Seorang perawat anak harus mampu mengintegrasikan dukungan psikologis dengan asuhan fisik melalui konseling keperawatan ketika anak sedang menjalani proses pengobatan untuk memastikan bahwa anak tetap dapat berkembang secara optimal, misalnya dengan memberikan dukungan emosional kepada anak yang sedang menjalani proses pembedahan.

## **G. Komunikator**

Perawat anak bertanggung jawab untuk berkomunikasi dengan pasien, keluarga pasien, dan tim kesehatan lainnya. Perawat harus memiliki keterampilan komunikasi yang baik agar dapat menyampaikan informasi dengan jelas, efektif, empatik dan menyesuaikan gaya komunikasi sesuai dengan kebutuhan anak dan keluarganya untuk membangun hubungan yang kuat, mendukung perawatan anak yang optimal serta memastikan bahwa pasien dan keluarga memahami kebutuhan kesehatan mereka.

### **1. Menjembatani Komunikasi antara Anak dan Tim Kesehatan**

Anak sering kali memiliki keterbatasan dalam mengekspresikan keluhan atau memahami kondisi kesehatannya. Perawat anak berperan sebagai komunikator dengan membantu anak memahami informasi medis dengan cara yang sesuai untuk usia dan tingkat pemahaman mereka. Perawat juga menyampaikan kekhawatiran atau keluhan anak kepada tim medis, sehingga kebutuhan anak terpenuhi secara tepat.

### **2. Menyampaikan Informasi yang Jelas kepada Keluarga**

Keluarga sering kali merasa cemas dan membutuhkan informasi yang jelas mengenai kondisi dan rencana perawatan anak mereka. Perawat anak sebagai komunikator berperan penting dalam memberikan penjelasan yang terperinci namun mudah dipahami mengenai diagnosis, prosedur, dan perawatan. Perawat juga memastikan bahwa keluarga memiliki kesempatan untuk bertanya dan mendapatkan klarifikasi atas kekhawatiran mereka.

### **3. Menggunakan Pendekatan yang Sesuai dengan Perkembangan Anak**

Komunikasi dengan anak harus disesuaikan dengan usia, perkembangan kognitif, dan emosional anak. Perawat anak harus mampu berkomunikasi secara efektif dengan anak-anak dari berbagai kelompok usia, baik itu bayi, balita, anak sekolah, maupun remaja. Pendekatan yang berbeda mungkin diperlukan untuk menjelaskan kondisi kesehatan atau prosedur medis kepada anak pada tiap tahap perkembangan. Contoh: Untuk balita yang akan menerima imunisasi, perawat anak mungkin menggunakan boneka untuk menunjukkan bagaimana suntikan akan diberikan. Untuk remaja, perawat mungkin akan menjelaskan secara lebih terperinci mengenai pentingnya vaksinasi dan potensi efek samping menggunakan pendekatan yang lebih rasional.

### **4. Mengelola Komunikasi dalam Situasi Krisis**

Dalam situasi medis yang kritis atau ketika ada berita buruk yang harus disampaikan, perawat anak memainkan peran penting sebagai komunikator yang empatik. Perawat harus menyampaikan informasi yang sulit dengan cara yang jelas, sensitif, dan penuh perhatian, serta memberikan dukungan emosional kepada keluarga. Ini termasuk menyediakan ruang bagi keluarga untuk mengekspresikan emosi mereka dan memberikan penjelasan yang diperlukan.

Perawat harus mengintegrasikan dukungan emosional dalam proses komunikasi untuk memastikan bahwa pasien dan keluarga merasa nyaman dan tidak terlalu stres ketika menerima informasi baru. Contoh: Seorang perawat anak mendengarkan pertanyaan dan kekhawatiran pasien dan keluarga dengan sabar dan profesional, memberikan kata-kata yang positif dan memberikan tindakan yang dapat membantu mengurangi stres, seperti memberikan tangan yang hangat. Contoh lain, ketika seorang anak didiagnosis dengan kondisi medis serius seperti kanker, perawat anak harus menyampaikan berita tersebut kepada keluarga dengan hati-hati, memastikan bahwa mereka memahami diagnosis dan rencana perawatan, serta memberikan waktu untuk menjawab pertanyaan dan memberikan dukungan emosional.

### **5. Meningkatkan Keterlibatan Anak dan Keluarga dalam Keputusan Perawatan**

Perawat anak juga berperan sebagai fasilitator dalam proses pengambilan keputusan yang melibatkan anak dan keluarganya. Mereka

memastikan bahwa keluarga dan anak dilibatkan secara aktif dalam setiap keputusan yang berkaitan dengan perawatan, sehingga mereka merasa diberdayakan dan terinformasi dengan baik. Contoh: Dalam perawatan anak yang memerlukan prosedur operasi, perawat anak akan mendiskusikan dengan keluarga tentang pilihan yang tersedia, risiko, manfaat, dan alternatif dari prosedur tersebut. Perawat memastikan bahwa keputusan dibuat berdasarkan pemahaman yang jelas dan dengan mempertimbangkan preferensi serta nilai-nilai keluarga.

## **6. Menggunakan Komunikasi Nonverbal dan Teknologi dalam Perawatan**

Komunikasi tidak hanya dilakukan secara verbal. Perawat anak harus peka terhadap tanda-tanda nonverbal dari anak, terutama ketika anak masih terlalu kecil untuk berbicara atau tidak mampu mengekspresikan perasaan mereka dengan kata-kata. Perawat dapat menggunakan media edukatif seperti gambar, video, atau aplikasi untuk membantu pasien dan keluarga memahami informasi yang disampaikan. Contoh: Pada bayi yang tidak dapat berbicara, perawat anak akan memperhatikan ekspresi wajah, tangisan, atau bahasa tubuh lainnya sebagai tanda ketidaknyamanan atau rasa sakit. Selain itu, perawat mungkin menggunakan video interaktif untuk menjelaskan prosedur medis kepada anak yang lebih besar, yang lebih mudah memahami informasi melalui media visual.

## **7. Menjaga Kerahasiaan dan Menunjukkan Empati**

Sebagai komunikator, perawat anak juga harus menjaga kerahasiaan informasi medis pasien dan menunjukkan empati dalam setiap interaksi. Empati sangat penting untuk menciptakan rasa aman dan nyaman bagi anak dan keluarga, sehingga mereka merasa didengarkan dan dihargai. Hal ini membangun kepercayaan antara perawat, anak, dan keluarganya. Contoh: Ketika berbicara dengan seorang remaja yang sedang berjuang dengan kondisi mental seperti kecemasan atau depresi, perawat anak memastikan bahwa diskusi dilakukan dalam lingkungan yang privat dan aman, serta memastikan bahwa informasi yang dibagikan oleh remaja tersebut akan dirahasiakan. Dengan mendengarkan secara aktif dan memberikan dukungan, perawat membantu remaja tersebut merasa lebih nyaman dalam mengekspresikan perasaannya.

## **8. Mengkoordinasi Komunikasi antara Keluarga dan Tim Kesehatan**

Perawat anak bertindak sebagai penghubung antara keluarga dan tim kesehatan untuk memastikan bahwa keluarga selalu mendapatkan informasi yang jelas dan terkini mengenai kondisi anak serta rencana perawatan. Selain itu, perawat juga berperan dalam menyampaikan kekhawatiran atau preferensi keluarga kepada tim kesehatan. Contoh: Ketika keluarga merasa cemas tentang prosedur yang akan dilakukan terhadap anak mereka, perawat anak akan memastikan bahwa tim medis memberikan penjelasan yang mendetail dan merespon semua pertanyaan yang mungkin dimiliki keluarga. Perawat juga akan memastikan bahwa kebutuhan atau harapan keluarga diakomodasi dalam rencana perawatan, seperti memastikan anak dapat tetap dekat dengan keluarganya selama masa perawatan di rumah sakit.

## **H. Kolaborator**

Perawat anak bertanggung jawab untuk berkolaborasi dengan berbagai pihak, termasuk dokter, terapis, ahli gizi, keluarga, dan pihak lain dalam sistem perawatan kesehatan, untuk memberikan perawatan yang optimal dan berpusat pada anak. Kolaborasi yang baik memungkinkan perawat untuk mengintegrasikan berbagai aspek perawatan kesehatan yang bersifat holistik, terkoordinasi, mendukung pemulihan anak, dan meningkatkan kualitas hidup mereka.

### **1. Kolaborasi dengan Tim Multidisiplin:**

Dalam lingkungan perawatan anak, perawat anak bekerja sebagai bagian dari tim multidisiplin yang terdiri dari berbagai profesional kesehatan. Kolaborasi ini memastikan bahwa semua aspek perawatan anak—baik medis, psikologis, maupun sosial—ditangani secara terintegrasi. Perawat anak berperan dalam mengoordinasikan dan memfasilitasi komunikasi antara semua anggota tim agar semua tindakan dan intervensi bersinergi demi kepentingan anak. Contoh: Pada anak dengan kebutuhan medis kompleks seperti kelainan jantung bawaan, perawat anak akan bekerja sama dengan ahli jantung, ahli bedah, fisioterapis, dan pekerja sosial. Setiap anggota tim memberikan masukan tentang kondisi anak dan langkah-langkah perawatan yang harus dilakukan. Perawat anak bertugas untuk memastikan bahwa semua rencana tindakan dilaksanakan dan dilaporkan dengan baik ke tim.

## **2. Kolaborasi dengan Keluarga dalam Proses Pengambilan Keputusan:**

Keluarga memainkan peran penting dalam perawatan anak, terutama ketika keputusan besar harus diambil. Perawat anak berperan sebagai kolaborator dengan keluarga dalam proses pengambilan keputusan terkait perawatan anak. Melibatkan keluarga secara aktif membantu menciptakan rencana perawatan yang sesuai dengan nilai, preferensi, dan harapan keluarga, sehingga perawatan lebih berpusat pada pasien.

## **3. Kolaborasi dengan Tenaga Kesehatan Komunitas**

Anak-anak sering kali membutuhkan perawatan lanjutan di rumah atau di lingkungan komunitas setelah keluar dari rumah sakit. Perawat anak bekerja sama dengan tenaga kesehatan komunitas untuk memastikan kesinambungan perawatan di luar lingkungan rumah sakit. Ini mencakup perencanaan perawatan di rumah, rujukan ke klinik komunitas, atau koordinasi dengan layanan kesehatan mental jika diperlukan. Contoh: Anak yang mengalami cedera parah mungkin memerlukan terapi rehabilitasi jangka panjang di rumah setelah keluar dari rumah sakit. Perawat anak akan bekerja sama dengan fisioterapis komunitas untuk memastikan bahwa keluarga dilatih untuk melakukan latihan di rumah dan bahwa ada tindak lanjut rutin untuk memastikan pemulihan anak berjalan lancar.

## **4. Kolaborasi dengan Guru dan Sekolah**

Bagi anak-anak yang memiliki kondisi kesehatan kronis atau khusus, kolaborasi dengan pihak sekolah sangat penting untuk memastikan bahwa anak dapat berpartisipasi dalam kegiatan sekolah dengan aman dan nyaman. Perawat anak sering kali berkolaborasi dengan guru, konselor sekolah, dan staf lainnya untuk mengembangkan rencana pendidikan yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan anak. Contoh: Seorang anak dengan diabetes tipe 1 yang bersekolah memerlukan rencana perawatan kesehatan di sekolah. Perawat anak akan bekerja sama dengan guru dan staf sekolah untuk memastikan bahwa anak memiliki akses ke perawatan yang diperlukan, seperti pengukuran kadar gula darah dan pemberian insulin, serta memberikan edukasi kepada staf sekolah tentang tanda-tanda hipoglikemia yang harus diwaspadai.

## **5. Kolaborasi dengan Ahli Gizi dan Terapis dalam Rencana Nutrisi**

Anak-anak dengan kondisi medis tertentu seperti gagal tumbuh (failure to thrive), alergi makanan, atau penyakit metabolismik membutuhkan intervensi nutrisi yang khusus. Dalam situasi ini, perawat anak berkolaborasi dengan ahli gizi untuk merancang rencana diet yang aman dan sesuai dengan kebutuhan kesehatan anak, serta memastikan bahwa orang tua memahami dan dapat melaksanakan rencana tersebut di rumah. Contoh: Pada anak yang didiagnosis dengan alergi makanan berat, seperti alergi kacang, perawat anak bekerja sama dengan ahli gizi untuk memastikan bahwa anak mendapatkan asupan gizi yang cukup sambil menghindari alergen yang memicu reaksi. Perawat juga memberikan edukasi kepada keluarga tentang cara membaca label makanan dan mengelola alergi dengan aman.

## **6. Kolaborasi dalam Penelitian dan Pengembangan Perawatan Anak**

Perawat anak juga terlibat dalam kolaborasi dengan peneliti dan profesional lain dalam pengembangan perawatan berbasis bukti (evidence-based practice). Melalui kolaborasi ini, perawat dapat berkontribusi pada penelitian klinis yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas perawatan anak dan mengidentifikasi intervensi baru yang lebih efektif dalam perawatan pediatrik.

### **I. Pembaharu Praktik Keperawatan Berbasis Bukti:**

Perawat anak bertanggung jawab untuk mengembangkan dan meningkatkan pelayanan keperawatan yang terarah dan efektif. Mereka harus dapat mengadakan perencanaan, kerjasama, dan perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan. Perawat yang berperan sebagai pembaharu, memiliki tugas dan fungsi sebagai berikut:

#### **1. Mendorong Inovasi dalam Perawatan Berbasis Bukti**

Perawat anak sebagai pembaharu berperan dalam mengidentifikasi praktik-praktik perawatan yang memerlukan perbaikan atau pembaruan, serta mendorong penggunaan penelitian terbaru untuk meningkatkan kualitas perawatan. Perawat harus selalu terbuka terhadap inovasi dan bersedia mengadopsi pendekatan-pendekatan baru yang lebih efektif dan aman dalam perawatan anak. Contoh: Perawat anak yang bekerja di unit perawatan intensif neonatus (NICU) melihat bahwa metode kangaroo care (perawatan kulit ke kulit) yang didukung

penelitian terbukti dapat meningkatkan stabilitas fisiologis bayi prematur. Dia kemudian mengajukan perubahan protokol di unit NICU untuk memperkenalkan perawatan ini secara rutin bagi bayi prematur sebagai langkah untuk meningkatkan hasil kesehatan mereka.

## **2. Mengembangkan dan Menerapkan Protokol Baru**

Perawat anak sering kali berada di garis depan dalam mengembangkan dan menerapkan protokol atau pedoman baru dalam perawatan anak. Sebagai pembaharu, mereka berperan dalam mengevaluasi praktik yang ada, mengidentifikasi kelemahan atau kekurangan, dan berkontribusi dalam penyusunan kebijakan yang lebih baik untuk meningkatkan kualitas perawatan. Contoh: Di unit gawat darurat pediatrik, perawat anak mengidentifikasi bahwa manajemen nyeri pada anak-anak yang datang dengan cedera akut sering kali kurang optimal. Setelah melakukan peninjauan literatur dan berkolaborasi dengan dokter, perawat mengembangkan protokol manajemen nyeri baru yang mencakup intervensi farmakologis dan non-farmakologis, seperti distraksi atau teknik relaksasi, untuk meningkatkan kenyamanan anak selama prosedur medis.

## **3. Pimpinan dalam Pendidikan Kesehatan dan Pengembangan Kompetensi Tim**

Perawat anak juga berperan sebagai pembaharu dalam bidang pendidikan kesehatan, baik untuk keluarga pasien maupun anggota tim kesehatan lainnya. Mereka berinisiatif mengembangkan program pendidikan atau pelatihan baru yang relevan dengan kebutuhan perawatan anak, termasuk peningkatan kompetensi klinis dan non-klinis. Contoh: Perawat anak di unit onkologi pediatrik menyadari bahwa staf perawat baru memerlukan lebih banyak pelatihan khusus terkait komunikasi dengan anak-anak yang sedang menjalani perawatan kanker. Dia kemudian merancang dan meluncurkan program pelatihan komunikasi terapeutik untuk membantu perawat baru berinteraksi lebih efektif dengan pasien anak dan keluarganya, sehingga dapat meningkatkan kualitas perawatan yang diberikan.

## **4. Mendorong Perubahan dalam Kebijakan Kesehatan**

Sebagai pembaharu, perawat anak dapat berperan dalam memengaruhi kebijakan kesehatan baik di tingkat institusi maupun nasional. Mereka terlibat dalam advokasi perubahan kebijakan yang

bertujuan untuk meningkatkan akses, kualitas, dan keberlanjutan perawatan anak. Peran ini penting dalam mempengaruhi sistem perawatan kesehatan agar lebih responsif terhadap kebutuhan anak. Contoh: Setelah melihat tingginya angka kekurangan gizi di kalangan anak-anak di daerah terpencil, seorang perawat anak berkolaborasi dengan ahli gizi dan kelompok advokasi kesehatan untuk mengusulkan kebijakan baru yang memastikan akses yang lebih baik terhadap layanan gizi di klinik kesehatan daerah terpencil. Ia juga terlibat dalam kampanye advokasi untuk meningkatkan anggaran dan sumber daya bagi program gizi anak.

## 5. Mengadopsi Teknologi untuk Meningkatkan Perawatan

Perawat anak sebagai pembaharu harus terbuka terhadap kemajuan teknologi yang dapat meningkatkan perawatan anak. Mereka memiliki peran dalam mengenalkan dan menerapkan teknologi baru yang membantu mempermudah pemantauan kondisi anak, mempercepat diagnosis, atau meningkatkan efisiensi sistem kesehatan. Contoh: Perawat anak menginisiasi penggunaan aplikasi mobile yang memungkinkan orang tua anak penderita asma untuk memantau gejala anak mereka dan mengirim data ke tim perawatan secara real-time. Teknologi ini membantu tim kesehatan menilai kondisi pasien secara lebih tepat waktu dan mencegah serangan asma yang lebih serius.

## 6. Inisiator Program Peningkatan Mutu (Quality Improvement)

Perawat anak sering kali terlibat dalam proyek-proyek peningkatan mutu perawatan. Sebagai pembaharu, mereka menganalisis hasil-hasil klinis dan mengidentifikasi area-area yang memerlukan perbaikan, serta bekerja sama dengan tim untuk merancang intervensi yang dapat meningkatkan hasil perawatan. Contoh: Perawat anak di sebuah unit pediatrik menyadari bahwa angka infeksi pada saluran infus anak-anak cukup tinggi. Dia kemudian memimpin proyek peningkatan mutu untuk mengevaluasi teknik pengelolaan saluran infus, memberikan pelatihan ulang pada staf, dan menerapkan standar sterilisasi yang lebih ketat. Hasilnya, angka infeksi menurun secara signifikan.

## J. Peneliti Keperawatan Anak

Perawat anak bertanggung jawab untuk melakukan penelitian yang berfokus pada kebutuhan dan perkembangan pasien. Mereka harus dapat mengumpulkan data dan melakukan observasi secara berkala untuk

memahami perkembangan pasien dan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan, dengan cara:

### **1. Mengintegrasikan Inovasi dalam Praktik Keperawatan**

Perawat harus dapat mengintegrasikan inovasi dalam praktik keperawatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayanan.

- a. Penggunaan Teknologi: Seorang perawat anak menggunakan teknologi untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan. Contoh lainnya adalah menggunakan aplikasi edukatif untuk membantu anak dan keluarga memahami informasi tentang penyakit dan pengobatan.
- b. Pengembangan Prosedur Baru: Perawat juga dapat mengembangkan prosedur baru yang lebih efektif dalam memberikan pelayanan keperawatan. Contoh lainnya adalah mengembangkan prosedur untuk mengelola penyakit kronis yang lebih baik.

### **2. Mengembangkan Keterampilan Berpikir Kritis**

Perawat harus dapat mengembangkan keterampilan berpikir kritis untuk membuat keputusan yang tepat dalam memberikan pelayanan keperawatan.

- a. Menginterpretasikan Data: Seorang perawat anak menginterpretasikan data yang dikumpulkan untuk membuat keputusan yang tepat. Contoh lainnya adalah menginterpretasikan hasil tes laboratorium untuk menentukan jenis obat yang tepat untuk anak tersebut.
- b. Mengembangkan Strategi Penelitian: Perawat juga mengembangkan strategi penelitian yang efektif untuk memahami kebutuhan dan perkembangan pasien. Contoh lainnya adalah mengembangkan strategi untuk mengumpulkan data yang akurat dan relevan.

### **3. Mengidentifikasi Masalah Penelitian dalam Praktik Klinis**

Perawat anak sering kali berada di garis depan perawatan langsung dan memiliki pandangan yang unik tentang tantangan yang dihadapi anak-anak dan keluarga mereka. Sebagai peneliti, perawat anak menggunakan pengalaman ini untuk mengidentifikasi masalah atau celah dalam praktik klinis yang memerlukan penelitian lebih lanjut. Contoh: Perawat anak di unit onkologi pediatrik mungkin mengamati bahwa anak-anak dengan kanker mengalami nyeri yang tidak terkelola dengan baik selama prosedur medis tertentu. Dengan latar belakang ini,

ia melakukan penelitian untuk mengevaluasi efektivitas intervensi non-farmakologis, seperti penggunaan terapi distraksi atau musik, dalam mengurangi persepsi nyeri pada anak-anak selama prosedur tersebut.

#### **4. Melakukan Penelitian Berbasis Bukti**

Perawat anak sebagai peneliti terlibat dalam penelitian yang bertujuan untuk menguji dan mengevaluasi intervensi perawatan, protokol, atau program kesehatan anak. Penelitian ini penting untuk memastikan bahwa praktik perawatan yang dilakukan didasarkan pada bukti ilmiah yang kuat, sehingga memberikan hasil kesehatan terbaik bagi anak-anak. Contoh: Seorang perawat anak melakukan penelitian untuk menilai efektivitas penggunaan metode "kangaroo care" dalam meningkatkan penambahan berat badan pada bayi prematur dibandingkan dengan metode perawatan konvensional. Penelitian dapat dijadikan dasar dalam menyusun kebijakan perawatan di unit perawatan intensif neonatal.

#### **5. Berperan dalam Penelitian Multidisiplin**

Perawat anak sering kali terlibat dalam tim penelitian multidisiplin yang melibatkan dokter, ahli gizi, fisioterapis, psikolog, dan profesional kesehatan lainnya. Dalam konteks ini, perawat anak berkontribusi dari sudut pandang keperawatan yang menekankan pada aspek holistik perawatan anak, termasuk kebutuhan emosional, fisik, dan sosial anak. Contoh: Dalam penelitian mengenai efek terapi bermain pada anak-anak dengan penyakit kronis, perawat anak bekerja sama dengan ahli terapi bermain dan psikolog anak. Mereka bersama-sama merancang penelitian untuk mengevaluasi dampak terapi bermain terhadap kecemasan anak selama rawat inap, yang kemudian menghasilkan intervensi berbasis bukti yang lebih efektif dalam menurunkan tingkat stres anak-anak.

#### **6. Mengembangkan dan Memvalidasi Alat Pengukuran**

Perawat anak juga dapat berperan dalam mengembangkan atau memvalidasi alat pengukuran yang digunakan untuk menilai hasil kesehatan atau kualitas hidup anak. Pengembangan alat ini penting untuk memastikan bahwa parameter yang diukur dalam penelitian benar-benar relevan dan akurat dalam konteks pediatrik.

#### **7. Mengimplementasikan Hasil Penelitian ke dalam Praktik**

Salah satu peran kunci perawat anak sebagai peneliti adalah memastikan bahwa hasil penelitian yang mereka temukan diterapkan

dalam praktik sehari-hari. Ini dapat mencakup penyusunan panduan atau protokol baru berdasarkan temuan penelitian, serta mendidik rekan kerja atau keluarga pasien tentang hasil-hasil penelitian tersebut. Contoh: Setelah melakukan penelitian yang menunjukkan bahwa teknik relaksasi tertentu secara signifikan mengurangi kecemasan pada anak-anak sebelum operasi, perawat anak mengembangkan panduan dan memberikan pelatihan kepada staf rumah sakit tentang cara menerapkan teknik ini dalam perawatan rutin pra-operasi anak.

#### **8. Berpartisipasi dalam Publikasi dan Penyebarluasan Pengetahuan**

Perawat anak juga berperan dalam menyebarluaskan hasil penelitian melalui publikasi ilmiah, presentasi konferensi, atau pendidikan berkelanjutan bagi rekan-rekan perawat dan tenaga kesehatan lainnya. Hal ini penting untuk memastikan bahwa pengetahuan baru yang dihasilkan dari penelitian dapat diakses dan diterapkan secara luas. Contoh: Perawat anak yang telah melakukan penelitian tentang strategi manajemen nyeri non-farmakologis mungkin mempresentasikan hasil penelitiannya di konferensi keperawatan anak nasional atau menerbitkan hasilnya di jurnal keperawatan untuk mendorong perawat di seluruh dunia mengadopsi praktik yang sama.

#### **K. Latihan**

Pilihlah jawaban yang paling tepat pada pertanyaan berikut ini:

1. Seorang anak dengan luka bakar parah dirawat di rumah sakit. Perawat bertanggung jawab untuk membersihkan luka dan memberikan obat analgesik sesuai rencana. Peran perawat anak dalam situasi ini adalah:
  - A. Edukator
  - B. Advokat
  - C. Konselor
  - D. Pemberi Asuhan Langsung
  - E. Peneliti
  
2. Seorang perawat anak bekerja sama dengan dokter anak, ahli gizi, dan terapis fisik dalam merencanakan perawatan holistik bagi seorang anak dengan cerebral palsy. Ini adalah contoh peran perawat anak sebagai:
  - A. Koordinator
  - B. Advokat
  - C. Edukator

- D. Konselor
  - E. Peneliti
3. Seorang anak berusia 10 tahun merasa cemas karena prosedur medis yang harus dijalannya. Perawat anak memberikan dukungan emosional dan berbicara dengan anak tentang perasaan takutnya. Peran perawat dalam situasi ini adalah:
- A. Pemberi Asuhan Langsung
  - B. Edukator
  - C. Peneliti
  - D. Konselor
  - E. Koordinator
4. Seorang perawat anak menyadari bahwa metode manajemen nyeri yang digunakan di unit pediatrik kurang efektif. Ia mengusulkan penelitian untuk mengevaluasi efektivitas metode baru. Ini merupakan peran perawat sebagai:
- A. Pemberi Asuhan Langsung
  - B. Peneliti
  - C. Konselor
  - D. Edukator
  - E. Advokat
5. Seorang perawat anak mengembangkan panduan tentang perawatan luka yang harus diikuti oleh tim perawat di unit pediatrik. Peran perawat anak dalam situasi ini adalah sebagai:
- A. Pemberi Asuhan Langsung
  - B. Peneliti
  - C. Edukator
  - D. Advokat
  - E. Pembaharu Praktik
6. Setelah seorang anak didiagnosis dengan kanker, perawat memberikan penjelasan rinci kepada keluarga tentang rencana perawatan, risiko, dan manfaat pengobatan. Peran perawat ini adalah:
- A. Advokat

- B. Edukator
  - C. Pemberi Asuhan Langsung
  - D. Koordinator
  - E. Konselor
7. Seorang anak direncanakan menjalani prosedur MRI. Perawat menggunakan bahasa sederhana dan alat bantu visual untuk menjelaskan prosedur tersebut kepada anak. Ini adalah contoh peran perawat anak sebagai:
- A. Edukator
  - B. Koordinator
  - C. Komunikator
  - D. Advokat
  - E. Peneliti
8. Seorang perawat anak bertindak sebagai mediator antara keluarga pasien dan dokter untuk memastikan bahwa keluarga memahami opsi perawatan yang tersedia bagi anak mereka. Ini mencerminkan peran perawat sebagai:
- A. Edukator
  - B. Konselor
  - C. Advokat
  - D. Pemberi Asuhan Langsung
  - E. Peneliti

**Jawaban:**

- 1. A. Pemberi Asuhan Langsung
- 2. A. Koordinator
- 3. D. Konselor
- 4. B. Peneliti
- 5. E. Pembaharu Praktik
- 6. B. Edukator
- 7. C. Komunikator
- 8. C. Advokat

## L. Rangkuman Materi

Perawat anak memainkan peran yang sangat penting dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan serta kesejahteraan anak-anak, sebagai salah satu kelompok populasi yang paling rentan. Peran perawat anak sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang menyeluruh berpusat pada keluarga, dan berkelanjutan untuk mendukung kesehatan dan kesejahteraan anak. Melalui berbagai peran kunci yang meliputi pemberi asuhan keperawatan, edukator, advokat, koordinator, komunikator, konselor, kolaborator, peneliti, dan pembaharu, perawat anak dapat memberikan pelayanan yang holistik dan berfokus pada kebutuhan unik setiap anak.

Dengan memahami dan melaksanakan peran-peran ini, perawat anak dapat memberikan kontribusi signifikan dalam meningkatkan kualitas hidup anak-anak, mendukung keluarga, dan berpartisipasi dalam menciptakan sistem kesehatan yang lebih baik. Kompetensi, empati, dan kemampuan komunikasi adalah fondasi yang mendasari peran-peran ini, menjadikan perawat anak sebagai elemen vital dalam pelayanan kesehatan pediatrik.

Materi ini menggambarkan betapa luas dan pentingnya peran perawat anak dalam sistem pelayanan kesehatan, yang tidak hanya berfokus pada perawatan klinis tetapi juga melibatkan aspek-aspek pelayanan edukasi, advokasi, kolaborasi dan lain sebagainya.

## M. Glosarium

**Advocate:** Perawat melindungi hak klien sebagai manusia dan secara hukum, serta membantu klien dalam menyatakan hak-haknya bila dibutuhkan. Contohnya, perawat memberikan informasi tambahan bagi klien yang sedang berusaha untuk memutuskan tindakan yang terbaik baginya.

**Caregiver:** Perawat memberikan asuhan keperawatan langsung kepada pasien.

**Collaborator:** Perawat bekerja sama dengan anggota tim kesehatan lainnya untuk merencanakan dan melaksanakan perawatan pasien.

**Communicator:** Perawat berkomunikasi secara efektif dengan pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya.

**Concelor:** Perawat yang membantu dalam mengatasi masalah mental, emosional dan psikologis melalui konseling keperawatan yang memadai pada anak-anak dan keluarga.

**Coordinator:** perawat mengorganisasikan pelayanan kesehatan anak yang terarah, efektif dan efisien.

**Educator:** Perawat memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang kondisi kesehatan dan perawatan yang diperlukan.

**Fungsi (Function):** mengacu pada tugas-tugas spesifik yang dijalankan untuk memenuhi peran yang diemban.

**Peran (role):** Serangkaian perilaku, tanggung jawab, dan tugas yang diharapkan dari seseorang dalam posisi atau profesi tertentu.

**Perawat anak (pediatric nurse):** tenaga kesehatan yang terlatih secara khusus untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien anak mulai dari bayi baru lahir hingga remaja.

**Peneliti (Researcher/scientist):** Orang yang melakukan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi; perawat melakukan penelitian yang berfokus pada kebutuhan dan perkembangan pasien anak.

## N. Daftar Pustaka

- American Nurses Association. (2015). *Nursing: Scope and Standards of Practice*. Silver Spring, MD: ANA.
- American Nurses Association (ANA). (2015). *Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements*. Silver Spring, MD: ANA.
- Alfaro-LeFevre, R. (2020). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment: A Practical Approach*. Elsevier.
- Ball, J. W., Bindler, R. C., & Cowen, K. J. (2019). *Principles of Pediatric Nursing: Caring for Children*. Pearson.
- Bowden, V. R., & Greenberg, C. S. (2020). *Children and Their Families: The Continuum of Care in Pediatric Nursing* (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2019). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (8th ed.). Elsevier.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2019). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing* (11th ed.). Elsevier.
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., & Robinson, M. (2018). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research* (6th ed.). F.A. Davis.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., Snyder, S., & Levett-Jones, T. (2018). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice*. Pearson.
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2017). *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice* (9th ed.). Elsevier.
- McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K., & Ashwill, J. (2017). *Maternal-Child Nursing*. Elsevier.

- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2018). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2017). *Maternal Child Nursing Care* (6th ed.). Elsevier.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2021). *Fundamentals of Nursing*. Elsevier.
- Sullivan, E. J., & Decker, P. J. (2018). *Effective Leadership and Management in Nursing* (9th ed.). Pearson.

# BAB 3

## SKRINING PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN PADA ANAK

### Pendahuluan

Anak merupakan aset dari penerus generasi Bangsa. Setiap anak merupakan harapan orang tua yang sangat diharapkan dapat meneruskan generasinya. Setiap orang tua mengharapkan anaknya tumbuh dan berkembang secara optimal (sehat fisik, mental/kognitif dan sosial), untuk itu anak diharapkan mendapatkan perhatian mulai dari kandungan. Proses tumbuh kembang merupakan proses yang berkesinambungan sesuai dengan usianya, untuk mengetahui proses pertumbuhan pada anak, maka dibutuhkan screening/deteksi dini untuk mengetahui apakah pertumbuhannya sesuai dengan nilai standarnya. Pertumbuhan dan perkembangan anak tentunya harus saling mensupport antara orang tua, lingkungan dan petugas kesehatan. Judul buku Prosedur screening tumbuh kembang pada anak merupakan tema yang harus dipahami semua kalangan baik orang tua, mahasiswa dan petugas kesehatan, karena sebagai dasar untuk mengetahui *progress* dari pertumbuhan dan perkembangan anak.

Peminatan penulis pada Keperawatan Anak, sesuai dengan dasar pendidikan penulis dari D4 Perawat Pendidik peminatan Keperawatan Anak, pada saat menempuh Pendidikan dari S1, S2 dan S3, penelitian penulis fokus pada keperawatan anak.

Tujuan dari penulisan buku ini mahasiswa memahami Prosedur screening tumbuh kembang pada anak.

Sasaran Pembaca pada buku ini: mahasiswa, para orang tua, dan petugas kesehatan dan semua khalayak umum. Buku ini berisi prosedur screening pada pertumbuhan dan perkembangan. Prosedur *screening* pada pertumbuhan meliputi panimbangan Berat Badan dan standar penilaian, pengukuran Tinggi Badan dan standar penilaian, pengukuran lingkar lengan dan standar penilaian, pengukuran lingkar kepala dan standar penilaian serta *screening* perkembangan meliputi motorik halus, motorik kasar, bicara dan bahasa, serta sosialisasi dan kemandirian.

**Metode Pembelajaran:** pemberian materi pertumbuhan dan perkembangan bisa secara online/ offline disertai slide, gambar, latihan soal, praktek di Laboratorium dan praktek di Rumah Sakit/ puskesmas/Layanan Keperawatan anak lainnya.

**Pendekatan Pembelajaran:** Pendekatan atau metode pembelajaran pada buku ini yaitu pembelajaran aktif antara Dosen dan Mahasiswa, pembelajaran kolaboratif dengan petugas kesehatan di Rumah Sakit, Puskesmas .Layanan kesehatan lainnya.

**Pedoman Penggunaan Buku:** Baca dan pahami dengan seksama materi pada buku ini, praktekkan di Laboratorium dengan anak sesuai dengan usia sasaran yang akan diambil. Silahkan latihan soal-soal pada buku ini.

### **Tujuan Intruksional:**

Mahasiswa memahami dan mempraktekkan prosedur *screening* pertumbuhan dan perkembangan pada anak sesuai dengan usianya dengan baik dan benar.

### **Capaian Pembelajaran:**

1. Mahasiswa dapat menjelaskan dan mempraktekkan cara menimbang Berat Badan (BB) dan menilai sesuai dengan standarnya.
2. Mahasiswa dapat menjelaskan dan mempraktekkan cara mengukur Tinggi Badan (TB) dan menilai sesuai dengan standarnya.
3. Mahasiswa dapat menjelaskan dan mempraktekkan cara mengukur Lingkar Lengan (LiLa) dan menilai sesuai dengan standarnya.
4. Mahasiswa dapat menjelaskan dan mempraktekkan cara mengukur Lingkar Kepala dan menilai sesuai dengan standarnya.
5. Mahasiswa dapat menjelaskan dan mempraktekkan cara mendeteksi keterlambatan perkembangan (motorik halus, motorik kasar, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian pada anak sesuai dengan usianya.

## **Uraian Materi**

### **A. SCREENING/PEMANTAUAN PERTUMBUHAN PERKEMBANGAN PADA ANAK**

Pertumbuhan (*Growth*) merupakan perubahan secara kuantitatif, yaitu bertambahnya jumlah, ukuran, dimensi pada tingkat sel, organ maupun individu (Soetjiningsih, 2016).

Perkembangan (Development) merupakan perubahan yang bersifat kuantitatif dan kualitatif, yaitu bertambahnya kemampuan (skill) struktur dan fungsi tubuh yang kompleks, dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan (Soetjiningsih, 2016).

Identifikasi dan intervensi dini apabila ditemukan keterlambatan perkembangan sangat diperlukan untuk keberlanjutan perkembangan anak-anak ke depannya, hal ini dan merupakan tanggung jawab kita semua dan keperawatan anak. Pengawasan dan penjaringan perkembangan dini sangat mempengaruhi keberlanjutan perkembangan anak-anak (Lipkin et al., 2020).

### **B. Pemantauan Pertumbuhan**

#### **1. Berat Badan (BB)**

Berat Badan merupakan ukuran antropometrik yang terpenting dan dilakukan pengukuran pertama ketika anak dilakukan pemeriksaan pada semua kelompok semua usia di semua tingkat pelayanan.

Manfaat penimbangan BB: a) Memberikan informasi status gizi dan kesehatan anak, b) Memonitor kesehatan anak, 3) Dasar penghitungan dosis obat dan makanan yang diberikan (Kemenkes, 2016).

#### **Prosedur Penimbangan BB:**

Alat yang digunakan:

- a. Buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)
- b. Timbangan dacin, timbangan digital.

Cara kerja:

- a. Menggunakan timbangan bayi
  - 1) Timbangan bayi digunakan menimbang anak sampai usia 2 tahun atau selama anak masih bisa berbaring/duduk tenang.
  - 2) Letakkan timbangan pada meja yang datar dan tidak mudah bergoyang.
  - 3) Lihat posisi jarum atau angka harus menunjukkan angka 0
  - 4) Bayi sebaiknya telanjang, tanpa topi, kaos kaki dan sarung tangan.

- 5) Baringkan bayi dengan hati-hati diatas timbangan.
- 6) lihat jarum timbangan sampai berhenti.
- 7) Baca angka yang ditunjukkan jarum timbangan atau angka timbangan.
- 8) Apabila bayi terus bergerak, perhatikan jarum, baca angka di tengah-tengah antara gerakan jarum ke kanan dan ke kiri.



**Gambar 2.1 Timbangan bayi**

- b. Menggunakan timbangan dacin
  - 1) Pastikan dacin layak digunakan, cek dan letakkan banul pada angka nol.
  - 2) Masukkan balita ke dalam sarung, timbang dan geser banul sampai jarum tegak lurus.
  - 3) Catat hasil penimbangan
  - 4) Kembalikan banul pada nol dan keluarkan Balita dari sarung.



**Gambar 2.2 Timbangan Dacin**

- c. Menggunakan timbangan injak (timbangan digital).
  - 1) Letakkan timbangan pada lantai yang datar, sehingga tidak mudah bergerak.

- 2) Pastikan posisi jarum pada angka nol.
- 3) Pastikan anak-anak pakai baju tipis, tidak menggunakan kaos kaki, jaket, topi, jam tangan, perhiasan dan memegang sesuatu.
- 4) Anak berdiri diatas timbangan tanpa dipegangi.
- 5) Baca angka yang ditunjukkan jarum timbangan.
- 6) Jika anak terus menerus bergerak, perhatikan gerakan jarum pada angka ditengah-tengah antara gerakan jarum ke kanan dan ke kiri.

## **2. Pengukuran Panjang Badan (PB) atau Tinggi Badan (TB)**

### **a. Pengukuran Panjang Badan (PB) atau Tinggi Badan (TB) pada anak usia 0-24 bulan:**

- 1) Ukur pada posisi berbaring.
- 2) Sebaiknya dilakukan oleh 2 orang.
- 3) Kepala bayi menempel pada pembatas angka.
- 4) Petugas 1: kedua tangan memegang kepala bayi agar tetap menempel pada pembatas angka 0 (pembatas kepala).  
Petugas 2: tangan kiri menekan lutut bayi agar lurus, tangan kanan menekan batas kaki ke telapak kaki. Baca angka di tepi luar pengukur.

Catatan: Jika bayi usia 0-24 bulan diukur dengan berdiri, maka hasil pengukuran dikoreksi dengan menambahkan 0,7 cm pada hasil pengukuran.

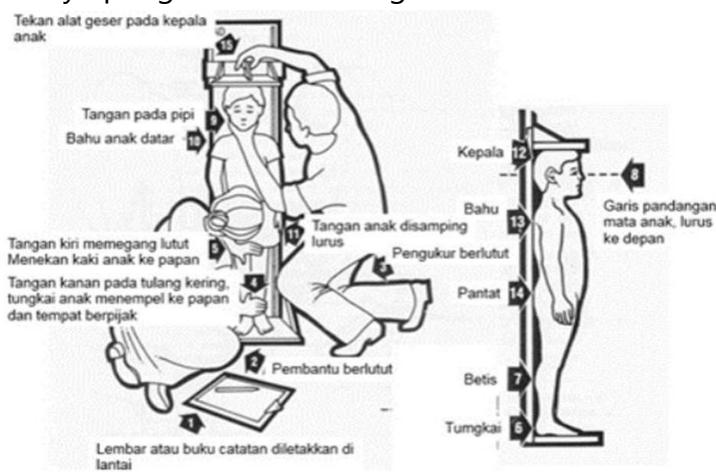


**Gambar 2.3 Pengukuran Panjang Badan (PB) atau Tinggi Badan (TB)  
Pada bayi usia 0-24 bulan**

**b. Pengukuran Tinggi Badan (TB) pada anak usia 24-72 Bulan**

- 1) Posisikan anak berdiri, pastikan tidak menggunakan sepatu/sandal.
- 2) Anak berdiri tegak dan menghadap ke depan.
- 3) Punggung, pantat dan tumit menempel pada tiang pengukur.
- 4) Turunkan batas atas pengukur sampai menempel ubun-ubun.
- 5) Baca angka pada batas tersebut.

Catatan: Apabila anak usia diatas 24 bulan diukur dengan terlentang maka hasilnya pengukuran dikurangi 0,7 cm.



**Gambar 2.4 Pengukuran Tinggi badan (TB) pada anak usia 24-72 bulan.**

**c. Penggunaan Tabel BB/TB (Permenkes No.2 tahun 2020: terlampir**

- 1) Ukur Tinggi/Panjang Badan (TB/PB) dan timbang Berat Badan (BB), sesuai cara diatas.
- 2) Lihat kolom Tinggi/Panjang Badan (TB/PB) anak sesuai hasil pengukuran.
- 3) Pilih kolom Berat Badan (BB) untuk laki-laki sebelah kiri atau perempuan sebelah kanan/ sesuai jenis kelamin saat diukur. Cari Berat Badan (BB) yang terdekat dengan hasil pengukuran.
- 4) Angka Berat Badan (BB) yang tertera tersebut, lihat bagian atas kolom untuk mengetahui angka Standar Deviasi (SD).

**3. Lingkar Kepala (LK)**

Tujuan Pengukuran Lingkar Kepala (LK): untuk mengetahui apakah Lingkar Kepala (LK) anak dalam batas normal atau apakah mengalami mikrocephal/macrocephal.

Jadwal pengukuran Lingkar Kepala (LK) berdasarkan usia anak. Usia 0-11 bulan pengukuran dilakukan setiap 3 bulan sekali. Pada anak yang lebih besar usia 12-72 bulan, pengukuran dilakukan setiap enam bulan.

**Cara Pengukuran Lingkar Kepala (LK):**

- a. Alat pengukur dilingkarkan pada kepala anak melewati dahi, diatas alis, diatas ke dua telinga, dan bagian belakang kepala yang menonjol, tarik agak kencang.

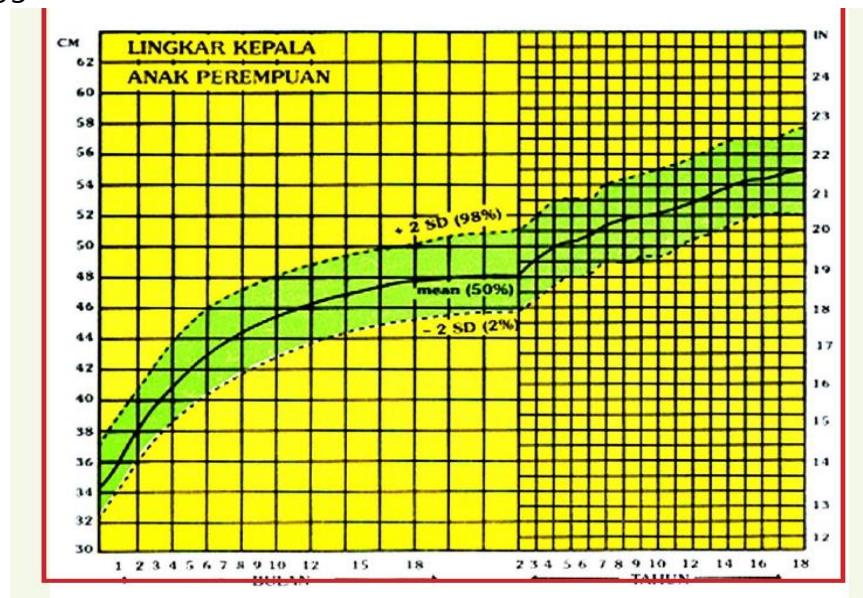


**Gambar 2.5 Cara mengukur lingkar Kepala**

- b. Baca angka pada pertemuan alat ukur.
- c. Tanyakan tanggal lahir anak, hitung umumr bayi/anak.
- d. Hasil pengukuran di catat pada grafik lingkaran kepala, menurut umur dan jenis kelamin.
- e. Buat garis yang menghubungkan antara ukuran 3 bulan/6 bulan yang lalu sesuai usia anak dengan ukuran sekarang.

Nama Anak:

Tanggal Lahir:



**Gambar 2.6 Contoh grafik untuk memasukkan hasil pengukuran lingkar kepala.**

Tanggal Pengukuran:

Pengukuran 1:	Pengukuran 2:	Pengukuran 3:

Interpretasi:

- Jika ukuran lingkaran kepala anak di dalam "jalur hijau" maka lingkaran kepala anak normal.
- Jika ukuran lingkaran kepala anak di luar "jalur hijau" maka lingkaran kepala anak tidak normal
- Lingkaran kepala anak tidak normal ada 2:
  - Di atas "jalur hijau": Makrosefal
  - Di bawah "jalur hijau": Mikrosefal.

Intervensi: Apabila ditemukan makrosefal/mikrosefal, segera rujuk ke Rumah Sakit.

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

LLA digunakan untuk menilai keadaan gizi/tumbuh kembang untuk anak usia 1-3 tahun. LLA saat lahir 11 cm menjadi 16 cm pada saat usia 1 tahun.

### C. Screening/Pemantauan Perkembangan

Pemantauan perkembangan anak, skrining dan deteksi dini penyimpangan perkembangan sangat diperlukan, untuk mengetahui penyakit-penyakit yang potensial dapat mengakibatkan penyimpangan perkembangan anak. Adapun 2 skrining yang dipakai untuk mengetahui penyimpangan perkembangan, yaitu:

### **1. Tes Denver II**

Merupakan tes psikomotorik dan merupakan salah satu metode skrining kelainan perkembangan pada anak. Denver II yang digunakan adalah revisi dari *Denver Development Screening Test (DDST)*.

Tujuan tes Denver II:

- a. Menilai tingkat perkembangan anak sesuai dengan umurnya.
- b. Menilai perkembangan anak mulai lahir sampai umur 6 tahun.
- c. Menjaring anak tanpa gejala terhadap kemungkinan adanya kelainan perkembangan.
- d. Memastikan apakah ada kecurigaan kelainan perkembangan pada anak.
- e. Melakukan pemantauan perkembangan anak yang beresiko.

Denver II terdapat 125 gugus tugas (kemampuan) perkembangan. Setiap gugus tugas digambarkan dalam bentuk kotak persegi panjang horizontal yang berurutan berdasarkan usia. Waktu tes Denver II 15-20 menit.

#### **Pelaksanaan Tes Denver II:**

- a. Tentukan tanggal tes dan tanggal lahir dengan menguranginya, untuk menentukan usia anak. Contoh:

Tahun-bulan-hari

1) Tanggal test	1990	7	15
Tanggal lahir	<u>1988</u>	3	10
Usia anak	2	4	5
2) Tanggal test	1990	7	15
Tanggal lahir	<u>1988</u>	10	28
Usia anak	1	8	17

Catatan: Pada contoh menentukan usia point (b), apabila tanggal tidak bisa dikurangi, maka mengambil 1 bulan = 30 hari, ditambahkan dengan tanggal tes, dikurangi tanggal lahir. Pada bulan berkurang 1, apabila tidak

bisa dikurangi dengan tanggal lahir, maka mengambil 1 tahun didepannya=12, ditambah dengan sisa tanggal tes, dikurangi tanggal lahir. Pada tahun berkurang satu, dikurangi tanggal lahir, maka akan diketemukan usia anak.

- b. Menentukan garis usia, dengan menarik garis usia sesuai dengan hasil hitungan usia anak.
- c. Melakukan tes 3 item ke kiri yang tidak tersentuh garis usia, apabila 3 item kekiri belum lulus, maka dites 3 item ke kiri lagi sampai anak lulus, kemudian ditarik garis keatas ke bawah, untuk melihat perkembangan anak sesuai usia berapa.
- d. Melakukan tes pada item perkembangan yang tersentuh garis usia pada 4 aspek perkembangan motorik halus, motorik kasar, bahasa dan Interaksi sosial.
- e. Melanjutkan tes pada 3 item kanan dari garis usia.
- f. Menilai per item perkembangan, dengan kriteria sebagai berikut:
  - 1) Penilaian item "LEBIH" (Advance), jika anak dapat "Lulus" dari item disebelah kanan garis usia.
  - 2) Penilaian item "OK" (Normal), Jika:
    - a) Anak "Gagal" atau "Menolak" melakukan tugas untuk item di sebelah kanan garis usia.
    - b) Anak "L/P", "G/F", atau "M/R" untuk item didaerah putih kotak (25% - 75%).
    - c) Penilain item P = Peringatan (C = Caution), jika anak "G/F" atau "M/R" pada item yang dilalui garis usia pada daerah gelap (75%-90%)
    - d) Penilaian item T=Terlambat" (D=Delayed), jika anak "G/F" atau "M/R" pada item disebelah kiri garis usia.
    - e) Penilaian "Tak" (No Opportunity), jika anak mendapat skor "Tak" untuk melakukan tes.
- g. Menilai keseluruhan item perkembangan, dengan kriteria sebagai berikut:
  - a) NORMAL, jika tidak ada skor "T/Terlambat" dan/maks 1 "Peringatan/P". Lakukan pemeriksaan pada kunjungan ulang berikutnya.

- b) SUSPEK, jika didapat 1/lebih skor "T/Terlambat" (1T) dan/atau 2/lebih "P/Peringatan" (2P). T dan P disebabkan oleh "G" bukan "M". Lakukan pemeriksaan ulang 1-2 mgg berikutnya.
- c) TIDAK DAPAT DIUJI, jika didapatkan 1/lebih skor "T" (1T) dan/atau 2/lebih skor "P" (2P). T dan P disebabkan karena "M"

Format                    DENVER                    II                    (terlampir)  
<https://drive.google.com/drive/folders/1UmcBjXIR4VspbDuYE5YTUyR6s6AJ0I9c?usp=sharing>

## **2. KPSP (KUESIONER PRA SKRINING PERKEMBANGAN)**

Tujuan KPSP untuk mengetahui perkembangan anak normal atau ada penyimpangan. Jadwal skrining setiap 3 bulan pada anak <24 bulan dan tiap 6 bulan pada anak usia 24-72 bulan.

### **Langkah skrining KPSP:**

- a. Tentukan tanggal tes dan tanggal lahir
- b. Tanggal tes dikurangi tanggal lahir:

2023 03 17

2020 04 1 -

2 11 16

- c. Apabila umur anak dalam harinya 16 maka dibulatkan 1 bulan, contoh usia anak 3 bulan 16 hari maka dibulatkan 4 bulan, apabila usia anak 3 bulan 15 hari maka dibulatkan 3 bulan.
- d. Pilih KPSP sesuai usia anak.

### **Interpretasi KPSP:**

- a. Hitung berapa jumlah jawaban "ya"
  - 1) Jawaban "ya" apabila ibu/pengasuh menjawab: anak bisa atau pernah/sering/kadang-kadang melakukan
  - 2) Jawaban "tidak" apabila ibu/pengasuh menjawab anak belum pernah/tidak pernah melakukan.
- b. Jumlah jawaban "ya" = 9 atau 10, perkembangan anak sesuai dengan tahapan perkembangan (S)
- c. Jumlah jawaban "ya" = 7 atau 8, perkembangan anak meragukan (M)
- d. Jumlah jawaban "ya" = 6 atau kurang, perkembangan ada penyimpangan (P)

- e. Untuk jawaban "tidak" perlu dirinci jumlah jawaban "tidak" menurut jenis keterlambatan motorik halus, motorik kasar, bahasa dan interaksi sosial.

#### **D. Diagnosis Keperawatan:**

1. Defisit Nutrisi
2. Resiko Defisit Nutrisi
3. Resiko gangguan pertumbuhan
4. Resiko gangguan perkembangan

#### **Luaran Keperawatan:**

1. Status nutrisi membaik
2. Status pertumbuhan membaik
3. Status perkembangan membaik

**Prosedur Pemantauan Antropometri pada Bayi dan Anak** (Indonesia, 2021):

1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis).
2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:
  - a. Rekam medis dan/atau buku KIA
  - b. Timbangan
  - c. Meteran/metelin
  - d. Grafik pertumbuhan WHO
4. Lakukan cuci tangan 6 langkah
5. Lakukan pengukuran antropometri pada anak (Berat badan, Tinggi atau Panjang Badan, Lingkar Lengan Atas/LILA)
6. Lakukan Analisa dengan menggunakan indikator:
  - a. TB/U (Tinggi Badan/Panjang Badan menurut Umur)
  - b. BB/U (Berat Badan menurut Umur)
  - c. BB/TB (Berat Badan menurut Tinggi Badan)
  - d. IMT/U (Indeks Massa Tubuh menurut Umur)
  - e. Z-score
7. Bandingkan hasil pemeriksaan dengan hasil pemeriksaan sebelumnya
8. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
9. Informasikan hasil pemantauan kepada orang tua
10. Lakukan cuci tangan 6 langkah
11. Dokumentasikan hasil pemantauan (Indonesia, 2021)

## E. Latihan Soal

1. Seorang anak laki-laki, umur 1,5 Tahun, di bawa ibunya ke Posyandu, Perawat menimbang Berat Badan anak, dengan hasil 11 kg. Berapakah prediksi Berat Badan (BB) anak saat usia 2 Tahun? (gunakan rumus sesuai teori yang sudah diajarkan)
  - A. 12 kg
  - B. 12,5 kg
  - C. 13 kg
  - D. 14 kg
  - E. 15 kg
2. Bayi laki-laki, umur 1 bulan dibawa ibunya ke Posyandu untuk dilakukan pemeriksaan rutin pertumbuhannya. Kader membantu perawat untuk melakukan pengukuran panjang badan. Bayi dibaringkan oleh Perawat telentang pada alas yang datar.  
Apakah langkah selanjutnya yang dilakukan kader posyandu bersama perawat tersebut?



- A. Pegang kaki bayi
  - B. Luruskan kaki bayi sejajar pengukur
  - C. Pegang tangan bayi supaya diam
  - D. Pegang kepala bayi agar tetap menempel pembatas
  - E. Pegang kepala dan luruskan kaki menempel pembatas
3. Seorang anak perempuan, umur 3 tahun dibawa ke Poli tumbuh kembang, dengan keluhan belum bisa diajak komunikasi, Perawat melakukan pengkajian perkembangan dengan format DDST Denver II, prosedur awal dengan menghitung tanggal tes dikurangi tanggal lahir.  
Apakah langkah prosedur selanjutnya setalah menghitung umur?
  - A. Menghitung umur anak
  - B. Menentukan garis umur anak
  - C. Tes 3 item ke kiri dari garis umur
  - D. Tes yang tersentuh garis umur

- E. Tes 3 item ke kanan dari garis umur.
4. Anak laki-laki, dibawa ibunya ke posyandu. Perawat akan melakukan deteksi perkembangan dengan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP), Perawat akan menghitung usia anak. Apabila tanggal pengkajian 17 Maret 2023. tanggal lahir 1 April 2020.  
Berapakah umur anak sekarang?
- A. 2 Tahun, 11 bulan, 16 hari
  - B. 2 Tahun, 12 bulan
  - C. 3 Tahun (36 bulan)
  - D. 2 tahun, 12 bulan, 0 hari
  - E. 3 Tahun, 0 hari
5. Seorang anak laki-laki, umur 1 tahun dibawa ibunya ke puskesmas dengan keluhan belum bisa berjalan. Perawat harus melakukan tes perkembangan dengan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP). Hasil interpretasi jawaban "ya" 7.  
Apakah Intervensi Perawat kepada ibunya?
- A. Beri pujian kepada ibu karena telah mengasuh anaknya dengan baik.
  - B. Teruskan pola asuh anak sesuai dengan tahap perkembangan anak.
  - C. Ikutkan anak pada kegiatan penimbangan dan pelayanan kesehatan di Posyandu.
  - D. Beri petunjuk pada ibu, supaya melakukan stimulasi perkembangan sesering mungkin.
  - E. Tetap ikutkan anak pada kegiatan penimbangan dan pelayanan kesehatan di Posyandu.

**KUNCI JAWABAN:**

- 1. A
- 2. E
- 3. B
- 4. C
- 5. D

**F. Rangkuman Materi**

Skrining/pemantauan pertumbuhan dan perkembangan:

Pemantauan perkembangan anak, skrining dan deteksi dini penyimpangan perkembangan sangat diperlukan, untuk mengetahui penyakit-penyakit yang potensial dapat mengakibatkan penyimpangan perkembangan anak.

Pertumbuhan merupakan Pertumbuhan (*Growth*) merupakan perubahan secara kuantitatif, yaitu bertambahnya jumlah, ukuran, dimensi pada tingkat sel, organ maupun individu (Soetjiningsih, 2016).

Skrining pertumbuhan meliputi: Pengukuran Berat Badan (BB), Tinggi Badan/Panjang Badan, Lingkar Kepala (LK) dan Lingkar Lengan Atas (LLA).

Perkembangan merupakan Perkembangan (*Development*) merupakan perubahan yang bersifat kuantitatif dan kualitatif, yaitu bertambahnya kemampuan (*skill*) struktur dan fungsi tubuh yang kompleks, dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan (Soetjiningsih, 2016)

Skrining perkembangan meliputi: Test Denver II merupakan revisi dari *Denver Development Screening Test* (DDST) dan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP).

## **G. Glosarium**

BB: Berat Badan

DDST: Denver Development Screening Tes

IMT: Indeks Massa Tubuh

KIA: Kesehatan Ibu dan Anak

KPSP: Kuesioner Pra Skrining Perkembangan

LK: Lingkar Kepala

LLA: Lingkar Lengan Atas

PB: Panjang Badan

SD: Standar Deviasi

TB: Tinggi Badan

## **H. Daftar Pustaka**

Indonesia, P. P. N. (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan. *Jakarta: DPP PPNI*.

Kemenkes, R. I. (2016). Pedoman pelaksanaan stimulasi, deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang anak di tingkat pelayanan kesehatan dasar. *Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.

Lipkin, P. H., Macias, M. M., Norwood, K. W., Brei, T. J., Davidson, L. F., Davis,

- B. E., Ellerbeck, K. A., Houtrow, A. J., Hyman, S. L., Kuo, D. Z., & others. (2020). Promoting optimal development: identifying infants and young children with developmental disorders through developmental surveillance and screening. *Pediatrics*, 145(1).
- Soetjiningsih, I. N. G. R. (2016). Tumbuh Kembang Anak, Edisi 2. In *EGC Jakarta*. EGC, Jakarta.

# BAB 4

## SISTEM PERLINDUNGAN ANAK DI INDONESIA

### Pendahuluan

Selama ini penanganan perlindungan anak seringkali berdasarkan isu seperti anak jalanan, pekerja anak, anak yang diperdagangkan, anak yang dilacurkan, anak yang dieksloitasi sebagai pengguna dan pengedar narkoba, anak yang bekerja secara paksa, pembantu rumah tangga anak, anak yang berkonflik dengan hukum. Pendekatan tersebut lebih bersifat reaktif, tidak menyeluruh, dan hanya menyentuh masalah di permukaan sehingga gagal melihat persoalan secara utuh. Dalam perkembangannya terdapat pergeseran pendekatan perlindungan anak di tingkat global dari yang berbasis isu, ke pendekatan lingkungan yang protektif dan selanjutnya ke pendekatan yang berbasis sistem. Pendekatan yang berbasis sistem memperkuat lingkungan yang protektif (*protective environment*) dengan menitikberatkan pada tindakan-tindakan terpadu dengan tujuan melindungi anak, yang memiliki ciri: 1. Pelayanan terkoordinasi dan berdasarkan pada sistem yang terintegrasi; 2. Pelayanan komprehensif dan berorientasi pada pencegahan dan intervensi dini; 3. Pelayanan yang berpusat pada kepentingan terbaik anak, pemberdayaan keluarga dalam mengasuh dan melindungi anak, serta peningkatan peran negara dalam memberdayakan keluarga. Pembangunan perlindungan anak berbasis sistem bertujuan untuk mengoptimalkan fungsi Sistem Perlindungan Anak untuk menjamin pencegahan dan penanganan anak dari kekerasan, eksloitasi, perlakuan salah, dan penelantaran. Pendekatan Sistem bertujuan mempromosikan suatu Sistem Perlindungan Anak yang komprehensif, dengan menangani faktor risiko yang diketahui guna meminimalisir kerentanan anak dan merespons semua bentuk kekerasan, eksloitasi, perlakuan salah, dan penelantaran.

### Tujuan Intruksional:

Mahasiswa mampu memahami tentang konsep sistem perlindungan anak.

**Capaian Pembelajaran:**

1. Mahasiswa mampu menjelaskan hak anak berdasarkan Konvensi Hak Anak tahun 1990.
2. Mahasiswa mampu menjelaskan kewajiban negara terhadap anak.
3. Mahasiswa mampu menyebutkan pengertian perlindungan anak
4. Mahasiswa mampu menyebutkan jenis pelanggaran terhadap perlindungan anak
5. Mahasiswa mampu menyebutkan pengertian system perlindungan anak
6. Mahasiswa mampu menjelaskan subsistem atau komponen system perlindungan anak

## **Uraian Materi**

### **A. Hak Anak**

Indonesia meratifikasi Konvensi Hak-hak Anak (KHA) pada tahun 1990 melalui Keputusan Presiden No. 36 Tahun 1990. KHA menetapkan hak-hak yang harus diwujudkan bagi anak-anak untuk berkembang menjadi potensi penuh mereka.

Hak anak meliputi:

#### **1. Hak sipil dan Kebebasan**

- a. Berhak dicatatkan kelahirannya secara resmi dan memiliki kewarganegaraan.
- b. Berhak memiliki identitas, nama, kewarganegaraan, dan ikatan keluarga, serta mendapatkan bantuan dari pemerintah apabila ada bagian manapun dari identitasnya yang hilang.
- c. Berhak dilindungi dari aksi penculikan, atau diambil secara tidak sah, atau ditahan di negara asing oleh salah satu orang tua atau oleh orang lain
- d. Berhak bertemu anak lain, bergabung, atau membentuk kelompok
- e. Berhak mengakses informasi dan materi lainnya dari berbagai sumber
- f. Berhak mengemukakan pendapat dan didengar dan dipertimbangkan pendapatnya saat pengambilan suatu keputusan yang akan mempengaruhi kehidupannya atau kehidupan anak lain.
- g. Berhak mengemukakan pandangannya dan menerima dan menyampaikan informasi.
- h. Berhak atas kemerdekaan berpikir, berkeyakinan, dan beragama
- i. Berhak atas privasi dan perlu dilindungi dari pelanggaran privasi yang menyangkut keluarga, rumah, komunikasi, dan nama baik sang anak

#### **2. Lingkungan Keluarga dan Pengasuhan Alternative**

- a. Berhak mengenal orang tuanya dan diasuh oleh mereka
- b. Berhak tinggal bersama orang tua mereka kecuali jika hal itu justru merugikan sang anak
- c. Berhak mendapat pengasuhan yang layak, dilindungi dari kekerasan, penganiayaan, dan penelantaran
- d. Berhak diasuh secara layak oleh orang-orang yang menghormati agama, budaya, bahasa, dan aspek-aspek lain dari kehidupan sang anak bila anak tidak bisa diasuh oleh keluarganya sendiri

- e. Anak yang datang sebagai pengungsi ke suatu negara berhak mendapatkan perlindungan dan dukungan khusus serta semua hak yang sama dengan hak yang dimiliki anak-anak yang lahir di negara itu.
- f. Anak yang berada di bawah tanggung jawab negara dalam hal pengasuhan, perlindungan, atau perawatan berhak ditelaah kondisinya secara teratur

### **3. Kesehatan dan Kesejahteraan Dasar**

- a. Anak dengan disabilitas berhak atas pendidikan, pelatihan dan perlindungan khusus agar dapat menjalani kehidupan secara penuh
- b. Berhak mendapatkan kesehatan dan perawatan medis dengan standar yang terbaik, air bersih, makanan bergizi, dan lingkungan tinggal yang bersih dan aman.
- c. Berhak mendapatkan bantuan sosial yang bisa membantunya bertumbuh-kembang dan hidup dalam kondisi baik.
- d. Berhak mendapatkan standar hidup yang layak sehingga semua kebutuhan mereka terpenuhi

### **4. Pendidikan, Waktu Luang dan Kegiatan Budaya**

- a. Berhak mendapatkan pendidikan yang berkualitas. Pendidikan dasar perlu tersedia gratis, pendidikan menengah dapat diakses, dan anak didorong menempuh pendidikan hingga ke tingkat tertinggi yang dimungkinkan
- b. Berhak mendapatkan standar hidup yang layak sehingga semua kebutuhan mereka terpenuhi
- c. Berhak belajar dan menggunakan bahasa, adat istiadat, dan agama keluarga atau komunitasnya

### **5. Perlindungan Khusus**

- a. Anak berhak dilindungi dari kerja-kerja yang merugikan kesehatan atau pertumbuhan mereka
- b. Anak berhak dilindungi dari konsumsi, produksi, atau peredaran obat-obatan berbahaya.
- c. Anak berhak dilindungi dari eksplorasi dan penganiayaan seksual, termasuk prostitusi dan keterlibatan dalam pornografi.
- d. Anak berhak dilindungi dari aksi penculikan, dijual, atau diambil untuk dibawa ke negara lain dengan tujuan dieksplorasi.

- e. Anak berhak dilindungi dari eksplorasi dalam bentuk apapun yang merugikannya
- f. Anak manapun yang berusia di bawah 15 tahun tidak boleh diwajibkan bergabung dengan pasukan bersenjata atau ikut dalam konflik bersenjata
- g. Anak yang dilukai, diabaikan, atau dianiaya atau menjadi korban eksplorasi, konflik bersenjata, atau dipenjarakan berhak mendapat perawatan khusus untuk memulihkan keadaan mereka.
- h. Anak yang melanggar hukum, atau dituduh melanggar hukum, tidak boleh diperlakukan dengan kejam atau dengan tindakan yang dapat melukai dan merendahkan martabat

## B. Kewajiban Negara Terhadap Anak

Kewajiban Negara Terhadap Anak :

- 1. Kewajiban menghormati (the obligation to respect) – yaitu kewajiban untuk mengakui dan menghargai hak anak, tidak diperbolehkan untuk melakukan hal-hal yang melanggar hak asasi
- 2. Kewajiban melindungi (the obligation to protect) – yaitu kewajiban untuk melindungi setiap warga negara dengan membuat undang-undang & kebijakan untuk melindungi setiap individu dengan mengkriminalisasi perilaku yang melanggar hak-asasi manusia
- 3. Kewajiban memenuhi (the obligation to fulfill) – yaitu Negara harus mengambil tindakan untuk memenuhi hak-hak anak dan hal tersebut tidak bisa terlaksana tanpa intervensi negara (misalnya alokasi anggaran, membangun sekolah, rumah sakit)
- 4. Kewajiban memajukan (the obligation to promote)– yaitu kewajiban untuk mempromosikan pemenuhan hak-hak anak (misalnya melakukan pelatihan dan kampanye sosialisasi perlindungan anak di masyarakat

### **C. Prinsip Hak Anak**

Prinsip hak Anak adalah hal-hal yang harus mendasari pengambilan keputusan atau tindakan dalam setiap upaya mempromosikan, pemenuhan, dan perlindungan hak Anak yaitu :

1. **Hak Kelangsungan Hidup dan Tumbuh Kembang**

Setiap anak memiliki hak yang melekat atas kehidupan, kelangsungan hidup serta perkembangan anak.

2. **Non Diskriminasi**

Semua hak yang diakui dan terkandung di dalam Konvensi Hak-Hak Anak (KHA) harus diberlakukan kepada setiap anak tanpa pembedaan apapun, berdasarkan asal-usul, suku, ras, agama, politik, maupun sosial ekonomi.

Gambar 2. Prinsip Hak Anak

3. **Kepentingan yang terbaik bagi anak**

Kepentingan yang terbaik bagi anak harus menjadi pertimbangan utama dalam semua tindakan yang menyangkut anak, dilakukan oleh pemerintah, masyarakat, badan legislatif, dan badan yudikatif.

4. **Penghargaan terhadap Pendapat Anak**

Pandangan anak dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan yang mempengaruhi kehidupannya sesuai tingkat kematangannya.

### **D. Perlindungan Anak**

Perlindungan Anak adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi anak dan hak-haknya agar dapat hidup, tumbuh, berkembang dan berpartisipasi secara optimal sesuai dengan harkat dan martabat kemanusiaan, serta mendapat perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi (Pasal 1 ayat (2) Undang-Undang No. 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak).

Jenis Pelanggaran terhadap Perlindungan Anak :

1. Perlakuan salah adalah kekerasan, eksplorasi dan penelantaran yang terjadi pada anak atau seseorang yang berusia di bawah usia 18 tahun yang dilakukan oleh orang yang seharusnya bertanggung jawab melindungi anak. Ini mencakup semua jenis perlakuan fisik dan/atau emosional, pelecehan seksual, penelantaran, kelalaian dan eksplorasi komersial atau lainnya, yang mengakibatkan kerugian aktual atau potensial untuk anak baik kesehatan, kelangsungan hidup, perkembangan atau martabat.

2. Kekerasan terhadap Anak adalah setiap perbuatan yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, mental, seksual, termasuk penelantaran dan perlakuan buruk yang mengancam integritas tubuh dan merendahkan martabat anak.
3. Eksploitasi Anak adalah pemanfaatan anak untuk memperoleh keuntungan materil maupun spiritual.
4. Penelantaran Anak adalah tidak dilakukannya kewajiban dan tanggung jawab orang tua/pengasuh dalam memenuhi kebutuhan dasar anak, baik fisik, mental, spiritual, maupun sosial secara wajar.

## **E. Deskripsi Sistem Perlindungan Anak**

Sistem Perlindungan Anak (SPA) merupakan strategi untuk mewujudkan Indonesia Layak Anak (IDOLA) yang responsif terhadap keragaman anak dan karakteristik wilayah untuk memastikan anak menikmati haknya. Sistem Perlindungan Anak memiliki beberapa subsistem yang independen namun saling berkaitan dan menciptakan satu kesatuan yang utuh, yang terdiri dari tiga komponen dasar, yaitu norma, struktur, dan proses. Sistem ini menitikberatkan pada tindakan terpadu yang memiliki ciri: 1. Pendekatan yang komprehensif meliputi pencegahan, pengurangan resiko dan respon kasus. 2. Sinergi program dan kegiatan lintas sektor mulai dari tingkat nasional hingga ke tingkat desa dan masyarakat. 3. Integrasi layanan dan data. 4. Pelibatan seluruh pemangku kepentingan.

## **F. Elemen dan Komponen Sistem Perlindungan Anak**

Sistem Perlindungan Anak terdiri dari lima elemen yaitu:

### **1. Sistem Hukum dan Kebijakan**

Merupakan dasar hukum untuk pelaksanaan perlindungan anak meliputi: proses pembentukan, pemberian mandat, penyediaan sumber daya, mekanisme pelaksanaan, monitoring dan evaluasi, serta pengawasan dan pengendalian.

Hukum adalah peraturan yang berupa norma dan sanksi yang dibuat dengan tujuan untuk mengatur tingkah laku manusia, menjaga ketertiban, keadilan, dan mencegah terjadinya kekacauan. Contoh: undang-undang, peraturan pemerintah, peraturan daerah dan lain sebagainya. Kebijakan adalah pedoman dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, kepemimpinan, dan cara bertindak. Kebijakan lebih menjelaskan prinsip-prinsip, strategi, metode, dan faktor-

faktor lain yang diperlukan untuk mencapai tujuan-tujuan pemerintah tentang suatu masalah tertentu. Contoh: nota kesepahaman, Rencana Aksi Nasional (RAN), dan rencana kelompok kerja antar Kementerian/OPD.

Indonesia telah memiliki berbagai macam peraturan perundangan yang mengatur mengenai perlindungan anak. Di dalam UUD 1945 pasal 28B ayat (2) menyatakan bahwa setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang, serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi. Sebagai komitmen Indonesia dalam pemenuhan hak dan perlindungan khusus anak, Indonesia telah meratifikasi Konvensi Hukum Anak pada tahun 1990 melalui Keputusan Presiden No. 36 Tahun 1990. Diikuti dengan:

- a. Undang-Undang No. 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak
- b. Undang-Undang No. 11 Tahun 2012 tentang SPPA
- c. Undang-Undang No. 35 Tahun 2014
- d. Undang-Undang No. 17 Tahun 2016

## 2. Sistem Peradilan Anak

Peradilan Anak adalah sub-sistem Sistem Perlindungan Anak yang memastikan agar peradilan yang berdampak pada anak dapat menghasilkan keputusan formal untuk menyelesaikan suatu masalah berkaitan dengan anak, demi kepentingan terbaik bagi anak.

Jenis-jenis peradilan meliputi peradilan pidana, peradilan perdata, peradilan tata usaha negara, dan peradilan informal. Semua jenis peradilan ini memiliki dampak terhadap anak, baik secara langsung maupun tidak langsung. Dalam pelaksanaannya, peradilan anak harus memastikan pemenuhan hak-hak anak dan mendengarkan pendapatnya, serta menghasilkan keputusan yang mengutamakan kepentingan terbaik bagi anak.

Dalam rangka melindungi anak, terutama dalam sistem peradilan, terdapat undang- undang yang mengatur khusus tentang peradilan pidana anak, yaitu Undang-Undang No. 11 Tahun 2012 tentang Sistem Peradilan Pidana Anak (SPPA). Undang-undang ini mencakup tiga kategori anak yang berhadapan dengan hukum, yaitu: anak sebagai korban, saksi, dan pelaku. Dalam undang-undang ini penyelesaian kasus anak yang berhadapan dengan hukum dilakukan menggunakan paradigma restorative justice melalui proses diversi. Diversi adalah

pengalihan penyelesaian perkara anak dari proses peradilan pidana ke proses di luar peradilan pidana.

Peradilan perdata terkait anak merupakan proses penyelesaian perkara perdata di pengadilan negeri/pengadilan agama yang secara langsung maupun tidak langsung berdampak pada anak. Contoh: perkara adopsi, perceraian orang tua, penetapan kuasa asuh, perubahan nama, serta hak milik dan warisan.

Di beberapa daerah di Indonesia, sengketa pidana atau perdata diselesaikan di luar peradilan formal (misalnya Krama Banjar di Bali, Kerapatan Adat Nagari di Minangkabau). Dalam hal ini, hak-hak anak, suara anak, dan kepentingan terbaik untuk anak; harus tetap menjadi pertimbangan utama.

### **3. Sistem Kesejahteraan Sosial Anak dan Keluarga**

Merupakan sub-sistem SPA yang mencakup penyelenggaraan layanan-layanan utama yang menjamin terpenuhinya kebutuhan semua anak untuk tumbuh-berkembang secara optimal sesuai tahapan usianya, meningkatnya kapasitas keluarga dalam memenuhi tanggung jawab mereka, serta tersedianya upaya pencegahan dan penanganan segala bentuk perlakuan salah, kekerasan, penelantaran, dan eksplorasi terhadap anak.

Untuk memahami kebutuhan layanan, populasi anak dapat dilihat ke dalam 3 kategori, yaitu: (1) semua anak (kelompok primer) (2) anak-anak dalam situasi rentan (kelompok sekunder); dan (3) anak-anak yang terpapar masalah perlakuan salah, kekerasan, penelantaran dan eksplorasi (kelompok tersier).

Tiga kategori tersebut ditandai dengan perbedaan kebutuhan dalam hal dukungan untuk kesejahteraannya. Sehingga, suatu Sub-Sistem Kesejahteraan Anak dan Keluarga yang baik harus dapat memastikan keberadaan layanan-layanan yang disiapkan sebagai suatu rentang (kontinum) mulai dari layanan di tingkat primer, sekunder, dan tersier.

Pengasuhan Anak menurut PP No. 44 Tahun 2017 tentang Pelaksanaan Pengasuhan Anak adalah upaya untuk memenuhi kebutuhan akan kasih sayang, kelekanan, keselamatan, dan kesejahteraan yang menetap dan berkelanjutan demi kepentingan terbaik bagi Anak. Oleh karena itu, Sistem Perlindungan Anak mengedepankan prinsip

keutamaan keluarga sebagai lingkungan terbaik pengasuhan bagi anak. Sub-sistem Kesejahteraan Anak dan Keluarga dimaksudkan juga untuk memprioritaskan upaya dalam memastikan ketersediaan dukungan layanan bagi para keluarga untuk memulihkan atau meningkatkan kemampuan mereka dalam menjalankan tanggung jawab pemenuhan kebutuhan dasar, melindungi, dan memfasilitasi proses tumbuh kembang anak.

Jika menempatkan anak dalam keluarganya justru membahayakan keselamatan anak atau bertentangan dengan kepentingan terbaik anak, maka Sub-sistem Kesejahteraan Anak dan Keluarga harus mampu menyediakan pilihan bentuk pengasuhan lainnya. Pengasuhan lainnya ini mulai dari yang berbasis keluarga pengganti melalui orang tua asuh, pengangkatan anak, hingga ke penempatan anak dalam pengasuhan berbasis lembaga melalui LKSA, sebagai alternatif terakhir dan untuk waktu yang sesingkat mungkin, sebelum anak dapat dikembalikan ke pengasuhan keluarga.

#### **4. Sistem Perubahan Perilaku Sosial**

Merupakan sub-sistem SPA yang berfokus pada dua hal, yaitu (1) pengurangan perilaku negatif kepada anak (seperti kekerasan, eksploitasi, penelantaran, dan perilaku salah lainnya); dan (2) mempromosikan perilaku positif (seperti menghargai pendapat anak, tidak membandingkan anak dengan lainnya, keterampilan pengasuhan, meningkatkan kecakapan hidup anak) yang didasari oleh nilai, norma, dan budaya. Kedua fokus tersebut dilakukan pada tingkatan individu, keluarga, komunitas, masyarakat, dan instansi/lembaga.

Perilaku sosial yang merugikan proses tumbuh kembang dan keselamatan anak seringkali terjadi tanpa disadari karena telah mengakar dan menjadi budaya di masyarakat. Perlakuan negatif pada anak antara lain disebabkan oleh adanya praktik diskriminatif, belum diutamakannya kepentingan terbaik bagi anak, ketidaksetaraan gender, serta adanya pengaruh lingkungan yang membahayakan anak.

Salah satu tantangan saat ini adalah interaksi anak dengan gawai tanpa pengawasan memadai dari orang tua atau pengasuh, karena adanya kesenjangan dalam penggunaan teknologi digital. Hal ini terjadi terutama pada anak-anak generasi Z (lahir pada 1995-2010) dan generasi Alfa (lahir pada 2010-sekarang), mengingat mereka adalah anak-anak

yang sejak lahir sudah langsung berinteraksi dengan teknologi digital (digital native). Ciri utama dari generasi ini adalah akrab bahkan sangat tergantung pada teknologi, sehingga interaksi sosial tatap muka mereka sangat jarang, tapi lebih banyak menggunakan media sosial seperti Facebook, Instagram, dan YouTube yang mendunia. Akibatnya, pengaruh konten viral di media sosial terhadap tumbuh kembang anak saat ini lebih besar daripada media konvensional. Selain mudah terpapar konten negatif dari media digital (pornografi, kekerasan, dan perundungan), saat ini penipuan daring (online grooming) oleh para predator anak juga semakin masif.

Oleh sebab itu, pemberian informasi dan penguatan kapasitas kepada pengasuh utama anak (orang tua dan keluarga) tentang kemampuan pengasuhan di era digital ini membutuhkan peran serta seluruh pemangku kepentingan terkait, baik lembaga pemerintah, maupun non pemerintah (lembaga masyarakat, influencer, media, dunia usaha, tokoh agama, dan tokoh adat).

Perubahan perilaku sosial juga berkaitan dengan keterlibatan anak dalam perlindungan anak. Partisipasi anak dalam menyampaikan pendapat, ikut serta dalam pendidikan sebaya, dan penyebaran informasi di kalangan sebaya turut memperkuat kemampuan anak untuk mampu melindungi dirinya sendiri dan membantu anak lainnya.

## 5. Sistem Data dan Informasi Perlindungan anak

Data dan Informasi Perlindungan Anak merupakan sub-sistem SPA yang menyediakan data dan informasi berkualitas secara berkala, untuk menjamin ketepatan sasaran program dan layanan, sehingga mendapatkan hasil yang maksimal. Ketersediaan data dan informasi harus akurat, mutakhir, berkala, dan terintegrasi antar penyelenggara layanan perlindungan anak. Ketersediaan data yang berkualitas berguna untuk proses evaluasi melalui analisis permasalahan dan hambatan, mengukur keberhasilan intervensi program serta pengambilan kebijakan dalam konteks perlindungan anak. Sumbernya dapat berupa data primer maupun sekunder, sesuai dengan kebutuhan program tersebut.

Sub-sistem ini dibutuhkan untuk memperjelas tentang besaran, kriteria, dan tren permasalahan perlindungan anak, termasuk faktor risiko, jenis layanan perlindungan yang ada, serta data anak yang mendapat layanan. Data juga penting sebagai dasar pengalokasian

anggaran dan perancangan program yang efektif untuk mencegah dan menangani berbagai persoalan perlindungan anak.

Jenis data dan informasi yang dibutuhkan:

a. Data populasi anak

Tujuan memberikan gambaran menyeluruh tentang populasi anak. Contoh data: Jumlah anak berdasarkan kelompok usia, jenis kelamin, wilayah, serta karakteristik ekonomi, sosial, budaya, dll. Sumber data: Sensus penduduk, Supas, Proyeksi berdasarkan Sensus/Supas, dan SIAK (Kemendagri), SIMKAH (Kemenag)

b. Data faktor risiko

Tujuan untuk mengidentifikasi dan memonitor faktor-faktor risiko utama yang membuat anak lebih rentan terhadap berbagai permasalahan perlindungan. Contoh data: jumlah anak yang hidup dalam kemiskinan; persentase anak yang tidak tinggal dengan kedua orang tua kandungnya; anak yang berada di institusi pengasuhan. Sumber data: Data Kementerian Sosial (DTKS dan BDT), Susenas, SDKI, Sakernas, dan Kajian-kajian penunjang lainnya.

c. Data absolut dan prevalensi kasus

Tujuan memberikan gambaran lengkap tentang besaran suatu masalah perlindungan anak serta memonitor dan memahami apakah suatu permasalahan terkait anak membaik atau memburuk. Contoh data: jumlah anak usia 10-14 tahun yang bekerja; prevalensi kekerasan terhadap anak. Sumber data: Sakernas, SNPHAR, SPHPN, Kepolisian, Pengadilan, Kejaksaan, Kemenkumham, dll.

d. Data manajemen kasus dan cakupan layanan

Tujuan memberikan informasi rinci tentang jumlah kasus dan data korban yang mendapat layanan. Contoh data: data korban yang mendapatkan layanan yang dibutuhkan, rehabilitasi, dan reintegrasi. Sumber data: Simfoni PPA (KemenPPPA), Sistem Informasi Kesejahteraan Sosial - NG (Kemensos), data primer manajemen kasus Kemensos.

e. Data kasus

Tujuan memberikan informasi tentang kasus yang dilaporkan pada penyelenggara layanan. Contoh data: data korban/saksi/pelaku. Sumber data: Data pengaduan kepada KPAI, UPTD PPA, Kepolisian,

SIPP (Mahkamah Agung), Komnas Perempuan, Komnas Anak, LPAI, dan lembaga masyarakat lainnya.

f. Data pemantauan dan evaluasi

Tujuan menilai keseluruhan intervensi, efektivitas dan capaian dari program perlindungan anak, serta hambatan yang muncul dalam pelaksanaannya. Data ini mencakup keseluruhan kelompok data di atasnya. Contoh data : kenaikan persentase pekerja anak usia 10- 17 tahun, dari 6,35% di 2019 menjadi 9,34% di 2020 (Sakernas), peningkatan persentase anak usia 0- 17 tahun yang memiliki akta kelahiran, dari 78,92% di 2017 menjadi 83,44% di 2018 (Kemendagri) Update data. Sumber data: data survei BPS, data program dari kementerian terkait, data layanan kasus, LKPD, LKJIP, LPPD, dll

**G. Etika dalam Pengelolaan Data dan Informasi Perlindungan Anak :**

1. Data dan informasi yang digunakan dalam perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, dan evaluasi 26 program dan kebijakan perlindungan anak harus dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya. Pengutipan data harus disertai dengan sumbernya;
2. Data anak harus dijaga kerahasiaannya dan hanya dapat diakses untuk kebutuhan penanganan/layanan anak sebagai korban atau anak rentan yang perlu penjangkauan layanan.
3. Publikasi informasi data individu anak harus memperoleh persetujuan dari orang tua, pihak yang bersangkutan, termasuk anak itu sendiri dan mengacu pada pedoman pemberitaan ramah anak.
4. Perlu menjalankan kode etik dengan ketat sehingga data anak (dan keluarganya) tetap terjaga kerahasiaannya demi kepentingan terbaik bagi anak.

Terdapat tiga komponen untuk menganalisis masing-masing sub-sistem dalam SPA, yaitu:

1. Norma, merupakan kebijakan dan peraturan yang menggarisbawahi apa yang harus dilakukan oleh pihak yang dimandatkan;
2. Struktur, merupakan lembaga yang dimandatkan untuk melakukan layanan-layanan yang komprehensif, termasuk sumber daya, serta kapasitas dan fasilitas pendukung; dan
3. Proses, merupakan standar dan mekanisme dalam melaksanakan norma dan bersifat teknis.

## **H. Penerapan Sistem Perlindungan Anak dalam Perencanaan dan Penganggaran**

Penerapan Sistem Perlindungan Anak dalam Perencanaan dan Penganggaran adalah pendekatan perencanaan dan penganggaran yang memperhatikan kelima subsistem SPA, baik internal instansi/lembaga, antar instansi/lembaga, antar wilayah, maupun Pusat dan Daerah. Oleh karena itu, dibutuhkan komitmen bersama, pemahaman yang sama, serta kesepakatan dari para pihak terkait yang tercermin dalam sebuah dokumen perencanaan penganggaran yang responsif anak. Penyusunan perencanaan dan penganggaran harus berbasis bukti dengan menggunakan data dan informasi yang valid.

Tujuan menerapkan Sistem Perlindungan Anak dalam Perencanaan dan Penganggaran yaitu:

1. Merupakan wujud implementasi arah kebijakan perlindungan anak secara nasional untuk mewujudkan Indonesia Layak Anak.
2. Memastikan adanya sumber daya dalam mewujudkan Provinsi/Kabupaten/Kota Layak Anak.
3. Menghasilkan program dan kegiatan yang mampu menjawab kesenjangan/kebutuhan terkait dengan isu perlindungan anak.
4. Memastikan keterpaduan dan keberlanjutan program terkait perlindungan anak.
5. Mengetahui besaran alokasi anggaran untuk pembangunan perlindungan anak.
6. Meningkatkan peran dan kontribusi pemangku kepentingan dalam pembangunan perlindungan anak.

Kriteria Anggaran Perlindungan Anak :

### **1. Anggaran yang secara langsung berdampak pada anak**

Anggaran yang sasaran dan targetnya langsung pada anak sebagai penerima manfaat. Sebagai contoh: Kartu Indonesia Sehat, Kartu Indonesia Pintar, Kartu Identitas Anak, Akta Kelahiran, Bantuan Operasional Sekolah, pemberian dan pengadaan alat bantu untuk ABK, dll.

### **2. Anggaran yang secara tidak langsung berdampak pada anak**

Anggaran yang sasaran dan targetnya bukan anak tetapi memiliki manfaat bagi anak. Sebagai contoh: peningkatan kapasitas penyedia layanan, pengadaan pekerja sosial, pembangunan sekolah,

pembangunan fasilitas publik ramah anak, pembangunan jembatan antara desa, sanitasi, pemberian modal orang tua untuk anak miskin, penyediaan akses informasi, dll.

**3. Tahapan Penerapan SPA dalam Perencanaan dan Penganggaran :**

- a. Menemukan situasi terkini terkait perlindungan anak di wilayah kerja masing-masing (antara lain isu/masalah, program dan layanan, sumber daya potensial).
- b. Mengidentifikasi kesenjangan dalam sub-sistem perlindungan anak dengan menggunakan komponen norma, struktur, proses.
- c. Menyusun alternatif intervensi berdasarkan hasil identifikasi di tahap 1 dan serta mengidentifikasi pihak yang bertanggung jawab dalam pelaksanaannya.
- d. Merancang rencana kebijakan SPA dan rancangan alokasi pembiayaan sebagai input terhadap dokumen perencanaan dan penganggaran.
- e. Mengintegrasikan ke dalam dokumen perencanaan dan penganggaran.
- f. Menyusun mekanisme pendampingan, pemantauan, pengawasan, dan evaluasi yang memastikan pelaksanaan SPA dilakukan secara efektif dan berkelanjutan.
- g. Menguatkan koordinasi lintas instansi/lembaga dengan mengoptimalkan berbagai forum koordinasi.

## **I. Indikator Sistem Perlindungan Anak**

### **1. Indikator Kemajuan Sistem Perlindungan Anak**

Merupakan indikator yang mengukur tingkat kematangan Sistem Perlindungan Anak yang berlaku secara global sehingga posisi Indonesia dapat dibandingkan dengan negara lainnya.

Indikator diukur melalui tujuh domain, yaitu:

- a. Kerangka Kebijakan Perlindungan Anak
- b. Pengelolaan dan mekanisme koordinasi lintas sektor
- c. Sumber daya manusia, alokasi anggaran, serta sarana dan prasarana
- d. Data dan Informasi
- e. Cakupan Layanan Perlindungan Anak
- f. Standar Layanan serta Mekanisme Sistem Monitoring dan Evaluasi
- g. Mekanisme Partisipasi Anak dan Keterlibatan Masyarakat

Indikator ini dirancang untuk dikelola sendiri melalui penilaian bersama secara berkala yang dilakukan oleh semua pemangku kepentingan terkait. Penilaian dasar dan pemantauan kemajuan akan memungkinkan pemangku kepentingan untuk mengidentifikasi hasil antara dan subdomain yang masih tertinggal sehingga memerlukan perhatian terfokus untuk meningkatkannya menuju sistem perlindungan anak yang lebih matang di negara ini.

Dengan menggunakan indikator ini, kita akan menentukan tingkat kematangan sistem perlindungan anak di suatu negara dan mengidentifikasi intervensi yang paling strategis dan berdampak tinggi sesuai dengan konteks masing-masing, untuk bergerak secara sistematis di sepanjang lintasan penguatan sistem.

Penting untuk dicatat bahwa berbagai elemen CPSS bukanlah elemen yang kaku dan berdiri sendiri – masing-masing elemen bergerak (seringkali lambat) dari satu fase ke fase lainnya. Kadangkadang, kemajuan atau kekurangan pada elemen tertentu dapat berdampak pada kemajuan elemen lain.

### **2. Indeks Perlindungan Anak**

Indeks Perlindungan Anak (IPA) merupakan pengukuran capaian pembangunan perlindungan anak di tingkat nasional, provinsi, dan Kabupaten/kota. Indeks ini mengukur baik pemenuhan hak maupun

perlindungan khusus anak yang terdiri dari 27 indikator dalam 5 kluster hak anak, sebagai berikut.

No	Klaster	Indikator
1	Hak sipil dan kebebasan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persentase anak berusia 0-17 tahun yang memiliki akta kelahiran</li> <li>2. Persentase anak berusia 5-17 tahun yang pernah mengunjungi perpustakaan /memanfaatkan taman bacaan masyarakat</li> <li>3. Persentase anak berusia 5-17 tahun yang pernah menggunakan internet</li> <li>4. Persentase anak berusia 10-17 tahun yang pernah mengikuti kegiatan sosial kemasyarakatan di lingkungan sekitar</li> <li>5. Persentase anak berusia 10-17 tahun yang ikut serta dalam kegiatan organisasi selain di tempat kerja atau sekolah</li> </ol>
2	Lingkungan keluarga dan pengasuhan anak	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persentase perempuan berusia 20-24 tahun yang menikah sebelum berusia 18 tahun</li> <li>2. Persentase balita yang mendapatkan pengasuhan tidak layak</li> <li>3. Persentase anak berusia 0-17 tahun yang tidak tinggal bersama kedua orang tua</li> <li>4. Angka kesiapan sekolah</li> </ol>
3	Kesehatan dasar dan kesejahteraan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persentase perempuan pernah kawin berusia 15-49 Tahun yang melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan dan ditolong oleh tenaga kesehatan</li> <li>2. Persentase balita stunting</li> <li>3. Persentase anak berusia 0-5 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif</li> <li>4. Persentase anak berusia 0-17 tahun yang konsumsi kalorinya &lt; 1.400 kkal</li> <li>5. Persentase anak berusia 0-17 tahun yang memiliki akses terhadap layanan sanitasi layak</li> </ol>

		<p>6. Persentase anak berusia 0-17 tahun yang memiliki akses terhadap layanan sumber air minum layak</p> <p>7. Persentase anak berusia 5-17 tahun yang merokok</p> <p>8. Persentase anak berusia 12-23 bulan yang mendapatkan imunisasi dasar lengkap</p>
4	Pendidikan, pemanfaatan waktu luang dan kegiatan budaya	<p>1. Persentase anak berusia 7-17 tahun yang tidak sekolah</p> <p>2. Persentase anak berusia 5-17 tahun yang mengunjungi peninggalan sejarah dan warisan budaya Indonesia</p> <p>3. Persentase anak berusia 5-17 tahun yang mengikuti kursus (selain bimbingan belajar)</p> <p>4. Persentase anak berusia 5-17 tahun yang masih bersekolah yang pernah mengikuti ekstrakurikuler</p> <p>5. Persentase anak berusia 5-17 tahun yang terlibat dalam pertunjukan seni</p>
5	Perlindungan khusus	<p>1. Persentase anak berusia 10-17 tahun yang bekerja</p> <p>2. Rasio anak berusia 5-17 tahun (disabilitas/ non disabilitas) yang pernah mengakses internet</p> <p>3. Rasio Angka Partisipasi Sekolah (APS) anak berusia 7-17 tahun (disabilitas/non disabilitas)</p> <p>4. Persentase anak berusia 0-17 tahun yang hidup di bawah garis kemiskinan</p> <p>5. Persentase anak berusia 0-17 tahun yang terlantar</p>

## J. Latihan Soal

1. Anak harus mendapat perlindungan dari :
  - A. Kekerasan dan diskriminasi
  - B. Kecacatan

- C. Kebodohan
  - D. Kecelakaan di jalan
  - E. Penyakit
2. Cara berkomunikasi untuk melindungi anak dari kekerasan fisik dan kejahatan seksual dimana banyak pelaku kekerasan fisik dan seksual adalah, kecuali:
- A. Dengarkan cerita anak dengan penuh perhatian
  - B. Hargai pendapat dan seleranya walaupun orang tua tidak setuju
  - C. Jika anak bercerita sesuatu hal yang sekiranya membahayakan, tanyakan anak bagaimana mereka menghindari bahay tersebut
  - D. Orang tua belajar untuk melihat dari sudut pandang anak, jangan cepat mengkritik atau mencela cerita anak
  - E. Biarkan anak untuk bercerita semua kejadian yang dialaminya
3. Untuk mencegah dan menangani kekerasan, perlakuan salah, eksploitasi dan penelantaran anak, pemerintah pusat dan pemerintah daerah memerlukan keselarasan peraturan maka langkah terakhir yang dilakukan pemerintah pusat adalah:
- A. Membentuk KPAI
  - B. Yayasan perlindungan berbasis masyarakat
  - C. Mengembangkan pedoman antara pemerintah pusat dan daerah
  - D. Membuat peraturan sesuai tingkat kekerasan yang dialami anak
  - E. Membentuk rumah perlindungan anak
4. Dalam rangka mengefektifkan koordinasi dan pengawasan serta pemenuhan hak anak maka perlu dibentuk:
- A. Saran untuk mengembangkan kemampuan anak
  - B. Membentuk komisi perlindungan anak
  - C. Membentuk sistem berbasis masyarakat
  - D. Yayasan khusus perlindungan anak
  - E. Kelompok masyarakat khusus
5. Jenis anak yang memerlukan perlindungan khusus adalah anak:
- A. Yang mempunyai penyakit menular
  - B. Kelompok minoritas dan terisolasi

- C. Mempunyai penyakit infeksi
- D. Penyakit keganasan
- E. Hiperaktif

### **Kunci Jawaban**

- 1. A
- 2. C
- 3. A
- 4. C
- 5. B

### **K. Rangkuman Materi**

Upaya untuk mewujudkan perlindungan bagi seluruh anak Indonesia dapat dilakukan jika seluruh pemangku kepentingan di tingkat nasional maupun daerah berperan serta dalam setiap tahapannya, mulai dari perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, pemantauan, hingga evaluasinya. Upaya bersama itu sangat sejalan dengan bunyi pepatah *it takes a village to raise a child* atau dibutuhkan (orang) satu desa untuk membesarkan seorang anak, yang mempunyai makna bahwa untuk berhasil membesarkan seorang anak adalah pekerjaan yang membutuhkan peran serta dari banyak orang.

### **L. Glosarium**

BDT	: Basis Data Terpadu
DTKS	: Data Terpadu Kesejahteraan Sosial
Idola	: Indonesia Layak Anak
KDRT	: Kekerasan Dalam Rumah Tangga
Kemendagri	: Kementerian Dalam Negeri
Kemenag	: Kementerian Agama
Kemsos	: Kementerian Sosial
KHA	: Konvensi Hak Anak
KIE	: Komunikasi Informasi dan Edukasi
KPAI	: Komisi Perlindungan Anak Indonesia
KPPPA	: Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak
LKSA	: Lembaga Kesejahteraan Sosial Anak
LPAI	: Lembaga Perlindungan Anak Indonesia
OPD	: Organisasi Perangkat Daerah

PPA	: Pelayanan Perempuan dan Anak
PP	: Peraturan Pemerintah
RAN	: Rencana Aksi Nasional
Sakernas	: Survei Angkatan Kerja Nasional
SIAK	: Sistem Informasi Administrasi Kependudukan
SIPP	: Sistem Informasi Penelusuran Perkara
SIMKAH	: Sistem Informasi Nikah
SNPHAR	: Survei Nasional Pengalaman Hidup Anak dan Remaja
SPHPN	: Survei Pengalaman Hidup Perempuan Nasional
SPA	: Sistem Peradilan Anak
SPPA	: Sistem Peradilan Pidana Anak
Susenas	: Survei Sosial Ekonomi Nasional
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
Supas	: Survei Penduduk Antar Sensus
UPTD	: Unit Pelaksana Tingkat Daerah

## M. Daftar Pustaka

Direktorat Keluarga, Perempuan, Anak, Pemuda dan Olahraga Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional Republik Indonesia. 2023. Buku Saku Sistem Perlindungan Anak

Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia. 2016. Modul Pelatihan Sistem Perlindungan Anak

Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan UNICEF. 2005. Kekerasan di mata anak Indonesia.

Konvensi Hak Anak.

Peraturan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak No. 2 Tahun 2010 tentang Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Penanganan Kekerasan terhadap Anak.

Peraturan Presiden No. 2 Tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019



# BAB 5

## MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT DI TATANAN PELAYANAN KESEHATAN

### Pendahuluan

Peningkatan Kesehatan anak dapat dilakukan dengan memperbaiki gizi anak, memberikan imunisasi, mencegah trauma, dukungan psikososial maupun memperbaiki manajemen kasus anak sakit. Penilaian balita sakit melalui Manajemen Terpadu Balita Sakit terdiri atas klasifikasi penyakit,identifikasi Tindakan, pengobatan,perawatan di rumah dan kapan kembali.

Tiga komponen yang penting dalam kegiatan MTBS yaitu : meningkatkan keterampilan petugas Kesehatan dalam tatalaksana kasus balita sakit, memperbaiki mekanisme Kesehatan, dan memperbaiki praktik keluarga dan masyarakat dalam upaya pengobatan balita sakit,untuk itu MTBS bukan merupakan program Kesehatan namun pendekatan dalam tatalaksana balita yang sakit. (Wijaya, 2009), (Depkes RI, 2008).

Bab ini berisi tentang konsep manajemen terpadu balita sakit di tatanan pelayanan Kesehatan yang dapat menjadi referensi bagi mahasiswa keperawatan, dosen keperawatan dan praktisi keperawatan.

### Tujuan Instruksional

Tujuan Instruksional : Setelah mempelajari bab ini, diharapkan dapat memahami tentang konsep manajemen terpadu balita sakit di tatanan pelayanan Kesehatan.

### Capaian Pembelajaran :

1. Menjelaskan konsep manajemen terpadu balita sakit
2. Menjelaskan mekanisme sistem manajemen terpadu balita sakit

## **Uraian Materi**

### **A. Konsep Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)**

#### **1. Pengertian**

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) merupakan suatu manajemen melalui pendekatan terintegrasi atau terpadu dalam tatalaksana balita sakit yang datang di pelayanan Kesehatan, baik mengenai beberapa klasifikasi penyakit, imunisasi, gizi, penanganan balita sakit, serta konseling yang dapat diberikan. (Wijaya, 2009)

#### **2. Tujuan**

Tujuan dari MTBS adalah :

- a. Meningkatkan ketrampilan petugas kesehatan dalam tatalaksana balita sakit
- b. Memperbaiki sistem kesehatan dengan cara peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup dengan peningkatan kesehatan ibu, anak dan gizi Masyarakat.
- c. Memperbaiki praktik keluarga dan Masyarakat dalam perawatan di rumah dan Upaya pencarian pertolongan balita sakit.

#### **3. Manfaat MTBS**

Menurut data Riskesdas tahun 2007, penyebab kematian perinatal 0 – 7 hari terbanyak adalah gangguan/kelainan Angka Kematian Neonatal (AKN) menurun dari 20 per 1.000 KH tahun 2002 menjadi 15 per 1.000 Kelahiran Hidup pada tahun 2017. Angka Kematian Bayi (AKB) menurun dari Angka Kematian Balita (AKB) menurun dari 32 per 1.000 KH (SDKI 2012) menjadi 24 per 1.000 Kelahiran Hidup (SDKI 2017). Target AKB RPJMN adalah 16 per 1.000 Kelahiran Hidup pada tahun 2024, sedangkan target SDGs adalah 12 per 1.000 KH pada tahun 2030.

Penyebab kematian neonatal terbanyak adalah komplikasi kejadian intrapartum (27,7%), gangguan respiratori dan kardiovaskuler (22,3%), BBLR dan prematur (20,8%), kelainan kongenital (12,9%), dan infeksi (8,7%) dan lain- lain (7,6%). Kematian neonatal dan balita paling banyak terjadi di rumah sakit yaitu 68% untuk kematian neonatal dan 62,8% untuk kematian balita (SRS 2018). Penyebab utama kematian bayi adalah gangguan yang terjadi pada masa perinatal (49,8%), kelainan kongenital dan genetik (14,2%), pneumonia (9,2%) (Kemenkes RI, 2021)

Menurut Unicef Indonesia beberapa penyakit seperti Pneumonia, penyakit bawaan, dan diare adalah penyebab kematian utama pada anak

usia dini – masing-masing mencakup 36 %, 13 % dan 10 % dari semua penyebab kematian balita – serta komplikasi neonatal, cedera, campak dan malaria di daerah endemis.

Beberapa jenis penyakit pada balita yang dapat diterapi dengan sistem MTBS adalah penyakit yang menjadi penyebab utama kematian, antara lain pneumonia, malaria, diare, campak dan kondisi yang diperberat oleh masalah gizi (gizi buruk, malnutrisi dan anemia). (Unicef, 2014)

#### **4. Ruang Lingkup Penerapan MTBS**

Penerapan MTBS-M di daerah kabupaten/kota merupakan bagian dari Rencana Aksi Nasional dalam kelangsungan hidup anak. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dengan pendekatan MTBS-M diterapkan pada daerah sulit akses di kabupaten/kota. Fokus utama kegiatan MTBS mempromosikan perilaku pencarian pertolongan kesehatan, pelatihan kepada anggota masyarakat yaitu kader untuk melakukan pengobatan sederhana kasus bayi muda dan balita sakit (diare, pneumonia, demam untuk malaria, dan masalah bayi baru lahir) dan tentunya perawatan balita di rumah. Kader akan dipilih oleh Masyarakat kemudian melakukan pelatihan dalam penanganan masalah-masalah kesehatan baik secara individu atau masalah dalam masyarakat serta mampu bekerja di lingkungan tempat tinggal di tempat-tempat pemberian pelayanan kesehatan.

Sesuai dengan Penyelenggaraan Manajemen Terpadu Balita Sakit berbasis Masyarakat yang tertulis di Permenkes No. 70 tahun 2013 tentang (MTBS-M). Pelayanan kesehatan dengan pendekatan MTBS-M merupakan penerapan pelayanan kesehatan yang berfokus pada balita yang harus mendapat perhatian serta didukung penuh oleh pemerintah daerah, dalam hal ini terutama oleh dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota.

Dalam melaksanakan pelayanan kesehatan dengan pendekatan MTBS-M, Kader tidak boleh membuka praktek pelayanan mandiri/perseorangan yang diberikan.

Beberapa kasus atau penyakit di luar paket intervensi MTBS-M yang telah ditetapkan, harus dirujuk kader pelaksana MTBS-M ke fasilitas pelayanan kesehatan dasar. (PERMENKES RI, 2013), (Kemenkes RI, 2014) (Pedoman MTBS-M)

## **5. Kader MTBS**

Kader pelaksana MTBS-M merupakan tenaga kesehatan yang berasal dari Puskesmas setempat yang menjadi pelaksana MTBS dan yang telah mendapatkan pelatihan sebagai pelaksana.

Hal-hal yang harus ditaati oleh kader pelaksana MTBS-M, adalah :

- a. Berkomitmen untuk melayani masyarakat.
- b. Memperhatikan kebutuhan yang berhubungan dengan kesehatan masyarakat yang dilayani.
- c. Menjaga hubungan baik dengan pelaksana MTBS-M lain.
- d. Menilai, menyuluh dan mengobati sesuai pedoman yang diberikan.
- e. Tidak melakukan tindakan yang tidak tercantum dalam pedoman atau yang tidak di dapat dalam pelatihan (modul).
- f. Tidak menuntut imbalan dari klien
- g. Selalu menghargai klien dan keluarganya.
- h. Tidak melakukan perbuatan yang dapat melanggar hukum.
- i. Tidak memberikan obat kepada balita sakit yang tidak diperiksa.

Hal tersebut di atas adalah beberapa ketentuan yang harus dipatuhi kader pelaksana MTBS-M dan dapat dikembangkan serta disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing pemerintah daerah. (Kemenkes RI, 2014).

## **6. Mekanisme sistem MTBS (Kadek, 2016)**

- a. Input  
Keluarga yang membawa Balita sakit diarahkan untuk mendaftar kemudian diberikan status pengobatan dan formulir MTBS : Loket, petugas kartu.
- b. Proses  
Mencuci kedua tangan dengan bersih sesuai langkah-langkah cuci tangan.
  - 1) Balita sakit dibawakan kartu status dan formulir MTBS.
  - 2) Memeriksa berat dan suhu badan.
  - 3) Apabila batuk selalu mengitung napas, melihat tarikan dinding dada dan mendengar stridor.
  - 4) Apabila diare selalu memeriksa kesadaran balita, mata cekung, memberi minum anak untuk melihatapakah tidak bias minum atau malas dan mencubit kulit perut untuk memeriksa turgor.

- 5) Selalu memerlukan status gizi, status imunisasi dan pemberian kapsul Vitamin A Tempat dan petugas : Ruangan MTBS, case manager (Bidan yang telah dilatih MTBS)
- c. Output

Klasifikasi penyakit yang menjadi diagnosa, tindakan pemberian terapi dan konseling yang berupa nasehat pemberian makan, nasehat kunjungan ulang, nasehat kapan harus kembali segera. Konseling lain misalnya kesehatan lingkungan, imunisasi, Konseling cara perawatan di rumah. Rujukan diperlukan jika keadaan balita sakit membutuhkan rujukan

Pendekatan MTBS di Indonesia pada awalnya digunakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di unit rawat jalan (Puskesmas dan jaringannya termasuk Pustu, Polindes, Poskesdes, dll). MTBS mengkombinasikan perbaikan tatalaksana kasus pada balita sakit (kuratif) dengan aspek gizi, imunisasi dan konseling (promotif dan preventif). Agar penerapan MTBS dapat berjalan sebagaimana yang diharapkan, maka diperlukan langkah-langkah secara sistematis dan menyeluruh, meliputi pengembangan sistem pelatihan, pelatihan berjenjang, pemantauan pasca pelatihan, penjaminan ketersediaan formulir MTBS, ketersediaan obat dan alat, bimbingan teknis dan lain-lain.

## 7. Pelaksanaan MTBS (Kemenkes RI, 2014)

### a. Sosialisasi

Manfaat sosialisasi MTBS adalah memberikan informasi atau pemahaman tentang konsep, manfaat dan implikasi penyelenggaraan MTBS-M terhadap sistem kesehatan sehingga diperoleh dukungan penerapan MTBS-M di lapangan. Hal ini meliputi tingkat kabupaten/kota, kecamatan atau puskesmas sampai ke tingkat desa/kelurahan dengan menghadirkan unsur-unsur lintas program, lintas sektor serta tokoh agama, tokoh masyarakat, tokoh adat, dll.

### b. Pelatihan Kader MTBS

Tujuan pelatihan bagi kader pelaksana MTBS-M adalah agar peserta mempunyai ketrampilan dalam memberikan pelayanan dan perawatan kepada balita sakit dan bayi muda di wilayah tempat kerjanya sesuai dengan SOP/algoritme klasifikasi MTBS-M bagi

pelaksana MTBS-M yang akan diadopsi oleh pemerintah daerah kabupaten/kota. Proses pelatihan harus sesuai kompetensi yang harus dicapai oleh peserta dalam pelatihan. Fasilitator MTBS-M akan bertugas dalam melatih setiap calon kader sesuai kompetensi bukan hanya mengetahui materi MTBS-M tapi juga mampu mengkomunikasikan materi MTBS-M sehingga peserta pelatihan memiliki pengetahuan, sikap dan perilaku yang baik untuk dapat memberikan pelayanan pada balita sesuai standar.

c. Penerapan MTBS

Masalah pelaksana MTBS-M melakukan penilaian, klasifikasi dan tindakan pada balita sakit dan bayi muda sesuai materi yang diterima saat pelatihan. Pada kondisi balita tidak dapat ditangani sendiri, kader pelaksana MTBS-M dapat memberikan pertolongan pertama sebelum merujuk. Rujukan dari tingkat rumah tangga secara berjenjang sampai ke Rumah Sakit Umum Daerah dapat dilakukan sebagaimana bagan alur rujukan di bawah ini. Penerapan MTBS-M perlu didukung dengan penyiapan logistik yang terdiri dari obat, peralatan kerja (formulir tata laksana kasus, dll). Pemenuhan kebutuhan logistik tersebut dilakukan melalui:

- 1) Pencatatan pemakaian dan permintaan obat serta peralatan kerja oleh pelaksana MTBS-M.
- 2) Penyusunan laporan pemakaian dan permintaan obat serta peralatan kerja dari puskesmas ke dinas kesehatan (digabungkan dengan LPLPO puskesmas secara keseluruhan).
- 3) Supervisi ke lapangan untuk melihat ketersediaan obat dan peralatan kerja pelaksana MTBS-M oleh supervisor.

## 8. Analisis Pengembangan MTBS

Pelayanan MTBS memerlukan suatu pengembangan dalam pelayanan, hal ini menjadi diperlukan pemetaan ketersediaan pelayanan kesehatan dan pembentukan kelompok kerja MTBS-M di tingkat nasional, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/ kota. Hasil pemetaan diperlukan dalam rangka memastikan bahwa daerah yang bersangkutan merupakan daerah sulit akses terhadap pelayanan kesehatan.

Analisis Pengembangan MTBS meliputi : (KemenKes RI , 2022)

- a. Pemetaan ketersediaan pelayanan Kesehatan

Pemetaan ketersediaan pelayanan kesehatan dilakukan sebagai acuan dalam pengembangan MTBS, ketersediaan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), tenaga kesehatan, jenis Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), distribusi penyakit atau kesakitan pada balita, dan aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan untuk melihat jangkauan wilayah kerja fasilitas pelayanan kesehatan dan jangkauan pelayanan kader Kesehatan.

b. Membentuk Kelompok Kerja MTBS-M

Dalam perencanaan MTBS-M, pemetaan dilakukan secara mandiri oleh kabupaten dan kota, termasuk pemetaan di tingkat kecamatan dan desa/kelurahan tanpa harus menunggu hasil pemetaan di tingkat provinsi dan nasional. Berdasarkan hasil pemetaan mitra kerja di atas, perlu dibentuk kelompok kerja di tingkat nasional, provinsi, kabupaten/kota dengan penanggungjawabnya adalah sektor kesehatan.

## B. Latihan Soal

1. Urutan Penilaian balita sakit melalui Manajemen Terpadu Balita Sakit adalah ...
  - a) klasifikasi penyakit, b) Identifikasi Tindakan, c) Pengobatan, d) Perawatan di rumah dan e.Kapan kembali.
  - A. a,b,c,d,e
  - B. b,a,c,d,e
  - C. a,b,c,e,d
  - D. b,a,c,e,d
  - E. b,a,e,c,d
2. Komponen penting dalam kegiatan Manajemen Terpadu Balita Sakit terdiri dari....
  - A. 1 komponen
  - B. 2. Komponen
  - C. 3.komponen
  - D. 4 komponen
  - E. 5 komponen

3. Mekanisme Sistem Manajemen Terpadu Balita Sakit terdiri dari berapa proses.....
- A. 1
  - B. 2
  - C. 3
  - D. 4
  - E. 5

### **C. Rangkuman Materi**

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) merupakan suatu manajemen melalui pendekatan terintegrasi atau terpadu dalam tatalaksana balita sakit yang datang di pelayanan Kesehatan, baik mengenai beberapa klasifikasi penyakit, imunisasi, gizi, penanganan balita sakit, serta konseling yang dapat diberikan. (Wijaya, 2009). Tiga komponen yang penting dalam kegiatan Manajemen Terpadu Balita Sakit yaitu : meningkatkan keterampilan petugas Kesehatan dalam tatalaksana kasus balita sakit, memperbaiki mekanisme Kesehatan, dan memperbaiki praktik keluarga dan masyarakat dalam upaya pengobatan balita sakit, untuk itu MTBS bukan merupakan program Kesehatan namun pendekatan dalam tatalaksana balita yang sakit. (Wijaya, 2009), (Depkes RI, 2008). Pelayanan MTBS memerlukan suatu pengembangan dalam pelayanan, hal ini menjadi diperlukan pemetaan ketersediaan pelayanan kesehatan dan pembentukan kelompok kerja MTBS-M di tingkat nasional, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/kota. Hasil pemetaan diperlukan dalam rangka memastikan bahwa daerah yang bersangkutan merupakan daerah sulit akses terhadap pelayanan kesehatan.

### **D. Glosarium**

AKN	: Angka Kematian Neonatal
AKB	: Angka Kematian Bayi Angka Kematian Balita
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
KH	: Kelahiran Hidup
LPLP	: Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat
MTBS	: Manajemen Terpadu Balita Sakit
MTBS-M	: Manajemen Terpadu Balita Sakit Berbasis Masyarakat

PERMENKES-RI	: Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
RPJMN	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
SDG's	: Sustainable Developmen Programs
SDKI	: Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia

#### E. Daftar Pustaka

- Depkes RI. 2008. Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- KemenKes RI (2021). Laporan Kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun anggaran 2021, Jakarta. Kementerian Kesehatan RI
- KemenKes RI (2022). Buku Manajemen Terpadu Balkita Sakit. Jakarta. Kementerian Kesehatan RI
- KemenKes RI (2014). Pedoman Penyelenggaraan Manajemen Terpadu Balita Sakit Berbasis Masyarakat (MTBS-M), Jakarta. Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Kementerian Kesehatan RI
- PERMENKES RI No.70 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Manajemen Terpadu Balita Sakit Berbasis Masyarakat.
- Unicef RI. Available at: <https://www.unicef.org/indonesia/id/kesehatan>.
- Wartana I Kadek, Herawaty Novi. (2016). "Evaluasi Pelaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit (Mtbs) Di Puskesmas Sangurara Kota Palu". Jurnal Ilmiah Kesmas IJ (Indonesia Jaya), 16 (1), p. 44 .
- Wijaya, Awi M. 2009. Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).



# BAB 6

## ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI DENGAN RISIKO TINGGI (BAYI PREMATUR)

### Pendahuluan

Kesehatan bayi baru lahir memegang peranan yang sangat penting dalam pembangunan bangsa. Bayi merupakan calon penerus bangsa, kualitas generasi penerus ini dipengaruhi oleh kondisi kesehatan bayi sejak lahir bahkan sejak di dalam kandungan. Bayi baru lahir rentan mengalami berbagai masalah kesehatan, oleh sebab itu, angka kematian bayi merupakan salah satu indikator dari pembangunan kesehatan suatu bangsa.

Bayi yang lahir prematur adalah bayi yang berisiko tinggi karena sistem organ tubuh seperti organ paru-paru, jantung, ginjal, hati, dan sistem pencernaan belum matang sempurna (Grzesiak et al, 2018). Bayi prematur juga berisiko tinggi mengalami kelahiran dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Tingginya angka kematian pada bayi salah satunya disebabkan karena bayi lahir prematur. Menurut World Health Organization (WHO) setiap tahun ada 15 juta bayi lahir secara prematur dengan perbandingan 1:10 di seluruh dunia. Indonesia sebagai Negara peringkat ke-5 dari 10 besar Negara dengan angka kejadian prematur tertinggi yaitu >15% atau 15,5 kelahiran prematur per-100 kelahiran hidup. Jumlah kelahiran prematur di Indonesia mencapai 757.700 kelahiran.

Berdasarkan data Sensus Penduduk 2020, angka kematian ibu melahirkan mencapai 189 per 100 ribu kelahiran hidup. Angka ini, membuat Indonesia menempati peringkat kedua tertinggi di ASEAN dalam hal kematian ibu, jauh lebih tinggi daripada Malaysia, Brunei, Thailand, dan Vietnam yang sudah di bawah 100 per 100 ribu kelahiran hidup. Adapun kematian bayi tercatat mencapai 16,85 per 1.000 kelahiran hidup. "Jadi, dari 1.000 kelahiran hidup bayi-bayi itu, yang tidak akan mencapai usia satu tahun sekitar 17 orang. Kalau kita bandingkan dengan negara ASEAN lain, kita juga nomor tiga tertinggi. Artinya, kita juga perlu mempercepat penurunan kematian bayi, Berdasarkan data dari Maternal Perinatal Death Notification (MPDN), sistem pencatatan kematian ibu Kementerian Kesehatan, jumlah kematian ibu pada tahun 2022 mencapai 4.005

dan di tahun 2023 meningkat menjadi 4.129. Sementara itu, untuk kematian bayi pada 2022 sebanyak 20.882 dan pada tahun 2023 tercatat 29.945. Angka kematian bayi merupakan salah satu indikator untuk mengukur tingkat kesehatan ibu dan anak. Semakin rendah angka kematian bayi di suatu wilayah mengindikasikan semakin baiknya program kesehatan mereka. Berdasarkan data Bank Dunia, angka kematian bayi neonatal (usia 0-28 hari) Indonesia sebesar 11,7 dari 1.000 bayi lahir hidup pada 2021. Artinya, terdapat antara 11 sampai 12 bayi neonatal yang meninggal dari setiap 1.000 bayi yang terlahir hidup. Angka tersebut menunjukkan perbaikan dibanding tahun sebelumnya yang masih 12,2 dari 1.000 bayi lahir hidup. Dalam satu dekade terakhir angka kematian bayi neonatal Indonesia juga menunjukkan tren turun dan selalu di bawah rata-rata dunia. Pada 2021, angka kematian bayi neonatal secara global sebesar 17 dari 1.000 bayi lahir hidup. Sebesar 84% kematian pada bayi baru lahir di Indonesia karena bayi lahir secara prematur. Hal ini menunjukkan bahwa 28 hari pertama usia bayi merupakan periode yang sangat kritis dan memerlukan upaya yang maksimal dalam memfasilitasi proses adaptasi bayi baru lahir.

Bayi Risiko tinggi (resti) diklasifikasi menjadi: a). Klasifikasi menurut ukuran berat badan terdiri dari Bayi BBLR yaitu bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram tanpa memperhatikan usia gestasi (dihitung satu jam setelah dilahirkan). Berat badan lahir rendah sedang yaitu bayi lahir dengan berat badan 1501 sampai 2500 gram. Berat badan sangat rendah yaitu bayi lahir dengan berat badan kurang dari 1500 gram Berat badan lahir sangat rendah sekali yaitu bayi lahir dengan berat badan kurang dari 1000 gram. b) Klasifikasi menurut usia gestasi: Bayi prematur (Praterm) yaitu bayi yang lahir sebelum gestasi minggu ke-37 tanpa memperhatikan berat badan lahir. Bayi full term yaitu bayi yang lahir antara awal minggu ke-38 sampai akhir gestasi ke-42 tanpa memperhatikan berat badan lahir. Bayi post matur (Post term) yaitu Bayi yang lahir setelah minggu ke-42 dari usia gestasi tanpa memperhatikan berat badan lahir. c). Klasifikasi berdasarkan usia gestasi dan berat badan. Bayi kecil untuk kelahiran atau kecil untuk usia gestasi (KMK) yaitu bayi yang lahir dengan berat badan berada dibawah persentil ke -10 pada kurve pertumbuhan intrauterin. Bayi berat sesuai usia gestasi (SMK) yaitu bayi yang lahir dengan berat badan berada diantara persentil ke-10 dan ke-90 pada kurve pertumbuhan intrauterin. Bayi besar untuk usia gestasi (BMK) yaitu bayi yang berat badan lahirnya berada di atas persentil ke-90 pada kurva pertumbuhan intrauterin.

Banyak faktor yang dapat diidentifikasi selama periode perikONSEPSI berhubungan dengan risiko terjadinya prematur, sebagian besar karena faktor ibu (sosial dan demografis, obstetrik, psikologis dan genetik), tetapi beberapa diantaranya karena faktor dari ayah atau lingkungan. Bayi prematur merupakan kelompok bayi risiko tinggi karena mempunyai resiko kesakitan dan kematian lebih besar. Berbagai masalah kesehatan terjadi pada bayi prematur seperti gangguan respirasi dan gangguan termoregulasi. Bayi juga sangat rentan untuk terjadi infeksi karena sistem pertahanan tubuhnya yang belum matur. Hal ini diperberat dengan lingkungan bayi yang tidak mendukung dan perawatan bayi yang lama di rumah sakit, sehingga sampai saat ini infeksi yang didapat di rumah sakit masih menjadi masalah serius dan merupakan penyumbang angka kematian bayi di Indonesia.

**Tujuan Intruksional:**

Setelah menyelesaikan pembelajaran, diharapkan pembaca atau mahasiswa mampu memahami dan melakukan asuhan keperawatan pada Bayi dengan resiko tinggi terutama pada bayi Prematur.

**Capaian Pembelajaran:**

Setelah menyelesaikan pembelajaran pada topic ini , pembaca atau mahasiswa mampu menjelaskan kembali tentang konsep asuhan keperawatan pada bayi dengan resiko tinggi yaitu mulai dari definisi bayi resiko tinggi, etiologi, tanda gejala, serta penatalaksanaan keperawatan melalui asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, penegakan diagnosis, perencananaan , pelaksanaan dan evaluasi.

## **Uraian Materi**

### **A. Definisi**

Menurut WHO (2018) Persalinan kurang bulan adalah persalinan yang terjadi antara usia kehamilan 28 minggu sampai kurang dari 37 minggu (259 hari), dihitung dari hari pertama haid terakhir pada siklus 28 hari, dengan subkategori: extremely preterm < 28 minggu, very preterm 28-<32 minggu dan moderate to late preterm 32-<37 minggu. Sedangkan Mandy (2019), Funai (2019), Hermanto (2012) dan Cunningham (2018) masih memakai istilah prematurity dan lebih sering mendefinisikannya memakai berat lahir rendah (Low Birth Weight) yaitu berat lahir kurang dari 2.500 gram, berat lahir sangat kurang (very low birth weight) yaitu berat lahir kurang dari 1.500 gram dan berat lahir ekstrim (Extremely Low Birth Weight) yaitu berat lahir kurang dari 1.000 gram. Prematuritas adalah kelahiran yang berlangsung pada umur kehamilan 20 minggu hingga 37 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir (Sulistiarini & Berliana, 2016).

Jadi bisa disimpulkan bahwa Bayi Premature adalah bayi yang dilahirkan antara 28 minggu sampai kurang dari 37 minggu dengan berat lahir kurang dari 2500 gram.

### **B. Etiologi**

Bayi lahir prematur bisa di sebabakan oleh beberapa faktor, antaralain adalah :

1. Faktor Ibu
  - a. Penyakit
  - b. Usia ibu
  - c. Keadaan sosial ekonomi
  - d. Toksemia gravidarum
  - e. Kelainan bentuk uterus, tumor, infeksi dan trauma masa kehamilan
  - f. Ibu hamil yang memiliki riwayat kelahiran prematur sebanyak 1 kali memiliki probabilitas untuk melahirkan lagi bayi prematur sebesar 14,3% dan meningkat menjadi 28,1% pada ibu yang memiliki Riwayat kelahiran prematur sebanyak 2 kali (Zhang et al., 2012).
  - g. Remaja perempuan berusia 14-19 tahun berisiko melahirkan prematur setiap tahun sebesar 11% dan 16 juta remaja di dunia (WHO, 2012).
  - h. Ibu hamil dengan anemia juga berisiko meningkatkan kelahiran

- prematur di seluruh dunia sebesar 41,8%.
- i. Hasil riskesdas 2013 mendapatkan proporsi ibu hamil umur 15-49 dengan kekurangan energi kronik (KEK) beresiko melahirkan bayi prematur dan BLLR di Indonesia sebesar 24,2% (Kemenkes, 2015)
  2. Faktor janin
    - a. Kehamilan ganda
    - b. Hidramnion
    - c. Ketuban pecah dini
    - d. Cacat bawaan
    - e. Inkompatibilitas darah ibu dan janin (faktor rhesus, golongan darah ABO).
  3. Faktor plasenta
    - a. Plasenta previa
    - b. Solusio plasenta

### C. Patofisiologi

Bayi yang lahir prematur sering kali mengalami berat lahir rendah atau restriksi perkembangan akibat gangguan plasenta. Reaksi inflamasi pada kelahiran prematur terjadi akibat proses patogenik spesifik yang dimediasi oleh sitokin proinflamasi, metaloprotease matriks, dan prostaglandin. Inflamasi yang terjadi pada jalan lahir (*birth canal inflammation*) menyebabkan kontraksi uterus dan perubahan serviks yang dapat memicu rupturnya kantung amnion, sehingga terjadi ketuban pecah dini (KPD) dan kelahiran prematur. Progesteron dapat berfungsi sebagai antiinflamasi, antiabortus, dan mempertahankan matriks serviks. Konsentrasi progesteron dan PIBF menurun seiring usia gestasi mulai dari minggu ke-7 hingga ke-37 pada kehamilan normal. Pada kehamilan prematur, progesteron ditemukan lebih rendah sehingga sintesis PIBF (*Progesterone-Induced Blocking Factor*) melalui sel plasenta dan sel CD8+ juga menurun. Belum diketahui secara pasti mekanisme penyebab turunnya progesteron dan PIBF pada kelahiran prematur.

Neonatus dengan imaturitas pertumbuhan dan perkembangan tidak dapat menghasilkan kalori melalui peningkatan metabolisme. Hal itu disebabkan karena respon menggil pada bayi tidak ada atau kurang, sehingga bayi tidak dapat menambah aktivitas. Sumber utama kalori bila ada stres dingin atau suhu lingkungan rendah adalah thermogenesis nonshiver.

Sebagai respon terhadap rangsangan dingin, tubuh bayi akan mengeluarkan norepinefrin yang menstimulus metabolisme lemak dari cadangan lemak coklat untuk menghasilkan kalori yang kemudian dibawa oleh darah ke jaringan. Jika bayi mmengalami stress maka dapat menyebabkan hipoksia, metabolisme asidosis dan hipoglikemia. Peningkatan metabolisme sebagai respon terhadap stres dingin akan meningkatkan kebutuhan kalori dan oksigen. Bila oksigen yang tersedia tidak dapat memenuhi kebutuhan, tekanan oksigen berkurang (hipoksia) dan keadaan ini akan menjadi lebih buruk karena volume paru menurun akibat berkurangnya oksigen darah dan kelainan paru (paru yang imatur). Keadaan ini dapat sedikit tertolong oleh haemoglobin fetal (HbF) yang dapat mengikat oksigen lebih banyak sehingga bayi dapat bertahan lama pada kondisi tekanan oksigen yang kurang.

Ketika terjadi hipoksia, maka bayi aka melepaskan norepinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi paru. Akibatnya, menurunkan keefektifan ventilasi paru sehingga kadar oksigen darah berkurang. Keadaan ini menghambat metabolisme glukosa dan menimbulkan glikolisis anaerob yang menyebabkan peningkatan asam laktat, kondisi ini bersamaan dengan metabolisme lemak coklat yang menghasilkan asam sehingga meningkatkan kontribusi terjadinya asidosis. Kegiatan metabolisme anaerob meghilangkan glikogen lebih banyak dari pada metabolisme aerob sehingga mempercepat terjadinya hipoglikemia. Kondisi ini terjadi terutama bila cadangan glikogen saat lahir sedikit, sesudah kelahiran pemasukan kalori rendah atau tidak adekuat.

Bayi prematur umunya relatif kurang mampu untuk bertahan hidup karena struktur anatomi dan fisiologi yang imatur dan fungsi biokimianya belum bekerja seperti bayi yang lebih tua. Kekurangan tersebut berpengaruh terhadap kesanggupan bayi untuk mengatur dan mempertahankan suhu badannya dalam batas normal. Bayi berisiko tinggi lain juga mengalami kesulitan yang sama karena hambatan atau gangguan pada fungsi anatomi, fisiologi, dan biokimia berhubungan dengan adanya kelainan atau penyakit yang diderita. Bayi prematur atau imatur tidak dapat mempertahankan suhu tubuh dalam batas normal karena pusat pengatur suhu pada otak yang belum matur, kurangnya cadangan glikogen dan lemak coklat sebagai sumber kalori. Tidak ada atau kurangnya lemak subkutan dan permukaan tubuh yang relatif lebih luas akan menyebabkan kehilangan panas tubuh yang lebih banyak. Respon menggil bayi kurang atau tidak ada, sehingga

bayi tidak dapat meningkatkan panas tubuh melalui aktivitas. Selain itu kontrol reflek kapiler kulit juga masih kurang

#### **D. Manifestasi Klinis**

Menurut Proverawati & Sulistyorini (2010), bayi prematur menunjukkan belum sempurnanya fungsi organ tubuh dengan keadaan lemah, yaitu sebagai berikut:

1. Tanda-tanda bayi prematur sesuai masa kehamilan (SMK):
  - a. Kulit tipis dan mengkilap.
  - b. Tulang rawan telinga sangat lunak, karena belum terbentuk dengan sempurna.
  - c. Lanugo (rambut halus atau lembut) masih banyak ditemukan terutama pada daerah punggung.
  - d. Jaringan payudara belum terlihat, puting masih berupa titik.
  - e. Pada bayi perempuan, labia mayora belum menutupi labia minora.
  - f. Pada bayi laki-laki, skrotum belum banyak lipatan dan testis kadang belum turun.
  - g. Garis telapak tangan kurang dari 1/3 bagian atau belum terbentuk.
  - h. Kadang disertai dengan pernapasan yang tidak teratur.
  - i. Aktivitas dan tangisan lemah.
  - j. Reflek menghisap dan menelan tidak efektif atau lemah.
2. Tanda-tanda bayi prematur kecil untuk masa kehamilan (KMK):
  - a. Umur bayi bisa cukup, kurang atau lebih bulan, tetapi beratnya kurang dari 2500 gram.
  - b. Gerakannya cukup aktif dan tangisannya cukup kuat.
  - c. Kulit keriput, lemak bawah kulit tipis.
  - d. Pada bayi laki-laki testis mungkin sudah turun.
  - e. Bila kurang bulan maka jaringan payudara dan puting kecil.

#### **E. Komplikasi**

##### **1. Malformasi Bawaan**

Bayi dengan anomaly kromosom (seperti trisomy 21, trisomy 18) dan bayi yang menderita infeksi rubella bawaan mempunyai insiden penyakit jantung bawaan yang lebih tinggi dan cenderung berbadan kecil. Bayi yang mengalami meconium ileus, obstruksi intestinal, gastrokisis dan omfalokel sering dilahirkan premature, khususnya bila disertai dengan hidramnion.

## **2. Immaturitas**

Defisiensi fungsi akan mempengaruhi kemampuan bayi untuk mengatasi berbagai kebutuhan yang tidak terdapat dalam perlindungan intrauteri, seperti pengendalian suhu tubuh, fungsi paru, nutrisi, pembuangan ampas sisa metabolisme, fungsi imunologik dan detoksifikasi zat toksik.

### **3. Hipotermi**

Dalam kandungan bayi berada dalam suhu lingkungan yang normal dan stabil yaitu 36 sampai dengan 37 minggu. Segera setelah bayi lahir bayi dihadapkan pada suhu lingkungan yang lebih rendah. Perbedaan suhu memberi pengaruh pada kehilangan panas pada tubuh bayi (Maryanti, 2015).

### **4. Sindrom gangguan pernapasan (Apnea Rekuren)**

Apnea Rekuren, dapat didefinisikan sebagai penghentian pernafasan selama lebih dari 20 detik atau cukup lama, sehingga dapat menimbulkan sianosis atau bradikardia.

Kesukaran pernapasan pada bayi prematur dapat disebabkan belum sempurnanya pembentukan membran hialin surfaktan paru yang merupakan suatu zat yang dapat menurunkan tegangan dinding alveoli paru. Pertumbuhan surfaktanparu mencapai maksimum pada minggu ke-35 kehamilan. Defisiensi surfaktan menyebabkan kemampuan untuk mempertahankan stabilitasnya, alveolus akan kembali kolaps setiap akhir ekspirasi sehingga untuk pernapasan berikutnya dibutuhkan tekanan negative intratoraks yang lebih besar yang disertai usaha inspirasi yang kuat.

### **5. Hipoglikemia**

Penyelidikan kadar gula darah pada 12 jam pertama menunjukkan bahwa hipoglekemia dapat terjadi sebanyak 50% pada bayi matur. Glukosa merupakan sumber utama energi selama masa janin. Bayi aterm dapat mempertahankan kadar gula darah 50-60 mg/dL selama 72 jam pertama, sedangkan bayi berat badan lahir rendah dalam kadar 40mg/dL hal ini disebabkan cadangan glikogen yang belum mencukupi.

### **6. Perdarahan intrakranial**

Pada bayi prematur pembuluh darah masih sangat rapuh hingga mudah pecah. Perdarahan intrakranial dapat terjadi karena trauma lahir, disseminated intravascular coagulopathy atau trombositopenia idopatik. Matriks germinal epidiminal yang kaya pembuluh darah merupakan wilayah yang sangat rentan terhadap perdarahan selama minggu pertama kehidupan.

## **7. Kernikterus yang berhubungan dengan Hiperbilirubinemia**

Suatu keadaan kadar bilirubin dalam darah mencapai suatu nilai yang mempunyai potensi untuk menimbulkan kern iktrus bila tidak ditanggulangi dengan baik, atau mempunyai hubungan dengan keadaan yang patologis. Brown menetapkan hiperbilirubinemia bila kadar bilirubin mencapai 12 mg% pada cukup bulan, dan 15 mg% pada bayi kurang bulan (Maryanti, 2015).

## **F. Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan kesehatan bayi prematur penting dilakukan setelah ia dilahirkan untuk menentukan apakah bayi memiliki gangguan kesehatan dan perlu dirawat di NICU, atau kondisinya cukup kuat untuk dirawat di ruang perawatan biasa. Bayi prematur biasanya terlahir dalam kondisi yang lebih lemah dan organnya belum berkembang sempurna. Atas dasar ini, bayi prematur perlu menjalani pemeriksaan sedini mungkin setelah dilahirkan.

Tujuan pemeriksaan bayi prematur adalah untuk mendeteksi apakah bayi memiliki masalah kesehatan atau berisiko tinggi mengalaminya. Jika kondisinya lemah atau bermasalah, maka bayi prematur perlu mendapatkan penanganan intensif oleh dokter anak di ruang NICU (Neonatal Intensive Care Unit).

## **G. Pemeriksaan Wajib Bayi Prematur**

Ada beberapa macam pemeriksaan yang perlu dilakukan pada bayi prematur, yaitu:

### **1. Pemeriksaan nilai Apgar**

Pemeriksaan skor Apgar merupakan salah satu pemeriksaan fisik bayi yang umum dilakukan sesaat setelah bayi lahir. Bayi prematur bisa saja terlahir dengan nilai Apgar normal, tetapi kebanyakan bayi prematur memiliki nilai Apgar yang rendah ketika ia lahir. Bayi prematur dengan nilai Apgar yang rendah sering kali perlu dirawat di ruang NICU.

### **2. Pemeriksaan fisik umum**

Pemeriksaan fisik bayi prematur biasanya dilakukan oleh dokter sesaat setelah penilaian Apgar. Pemeriksaan fisik ini meliputi pemeriksaan jantung, paru-paru, sistem pencernaan, sistem saraf, saluran kemih, dan kulit. Selain itu, dokter juga akan mengukur lingkar kepala serta panjang dan berat badan bayi. Jika diperlukan, dokter juga

akan melakukan pemeriksaan penunjang, seperti tes darah, tes urine, USG, dan Rontgen, untuk mengevaluasi kondisi kesehatan bayi prematur.

### **3. Pemeriksaan mata**

Retinopathy of prematurity (ROP) merupakan gangguan mata yang banyak dialami oleh bayi prematur. Kondisi ini berpotensi membuat retina berkembang secara tidak normal dan menimbulkan gangguan penglihatan, bahkan kebutaan. Apabila bayi lahir sebelum usia kandungan 30 minggu atau berat lahirnya di bawah 1,5 kg, pemeriksaan mata untuk mendeteksi kemungkinan adanya ROP dilakukan setelah bayi berusia 4 minggu. Sementara pada bayi prematur yang lahir setelah usia kandungan 30 minggu, pemeriksaan mata ini dilakukan saat bayi berusia 2 minggu.

### **4. Pemeriksaan indra pendengaran**

Bayi prematur berisiko mengalami gangguan pendengaran, sehingga skrining pendengaran perlu dilakukan. Pemeriksaan ini sebaiknya dilakukan secepat mungkin, paling lama 1 minggu setelah bayi dilahirkan. Skrining ini umumnya berupa tes pendengaran pada bayi yang mencakup Otoacoustic Emission (OAE) dan Brain Evoked Response Audiometry (BERA).

### **5. Pemeriksaan hipotiroid**

Skrining ini bertujuan untuk mendeteksi dini apakah bayi prematur mengalami kondisi yang disebut hipotiroid kongenital. Hipotiroid pada bayi perlu dideteksi sejak dini, agar dapat segera ditangani sebelum menyebabkan masalah kesehatan lebih lanjut dan gangguan pada tumbuh kembangnya.

### **6. Pemeriksaan Genetik**

Selain beberapa jenis pemeriksaan di atas, dokter juga mungkin akan menyarankan agar bayi yang terlahir prematur menjalani pemeriksaan genetik atau tes DNA. Hal ini karena ada sejumlah kelainan genetik atau penyakit bawaan lahir yang bisa menyebabkan bayi terlahir prematur. Tes genetik biasanya dilakukan apabila bayi belum pernah menjalani pemeriksaan genetik selama dalam kandungan.

## **H. Penatalaksanaan**

Fasilitas pelayanan yang lengkap dan perawatan yang berstandar diberikan oleh perawat professional dapat mempertahankan kelangsungan hidup, meningkatkan perkembangan serta menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi prematur (Turner, Chur-Hansen & Winefield, 2014).

Penatalaksanaan bayi prematur di ruang perawatan neonatus antara lain:

### **1. Menjaga kestabilan suhu tubuh bayi**

Termoregulasi merupakan aspek yang sangat penting dalam perawatan bayi baru lahir, dimana suhu tubuh normal dihasilkan dari keseimbangan antara produksi dan kehilangan panas tubuh. Bayi premature akan mudah kehilangan panas karena kondisi fisiknya yang imatur sehingga memerlukan bantuan dari pemberi asuhan untuk memenuhi kehangatan tubuh. Ringer (2013) menyatakan pengelolaan panas pada bayi premature antara lain penggunaan radiant warmer, penggunaan inkubator, topi penutup kepala, plastic wrap dan perawatan metode kanguru.

### **2. Dukungan pernapasan pada bayi**

Gangguan napas merupakan masalah yang sering dijumpai pada hari pertama kehidupan bayi baru lahir ditandai dengan takipnea, napas cuping hidung, retraksi intercostal, sianosis dan henti napas. Gangguan napas yang paling sering terjadi pada bayi premature yaitu Respiratory Distress Syndrome (RDS) karena defisiensi surfaktan dan immaturitas paru. Strategi yang efektif untuk mengobati RDS yaitu terapi surfaktan, CPAP dan ventilasi mekanik (McAdam et al, 2015).

### **3. Dukungan menyusui pada bayi**

ASI merupakan nutrisi terbaik bagi bayi karena mengandung zat gizi, bioaktif dan zat immunoglobulin untuk mendukung pertumbuhan dan meningkatkan sistem kekebalan tubuh bayi. Pemberian nutrisi enteral minimal meningkatkan absorpsi mineral, meningkatkan kalsium serum dan aktivitas alkali fosfatase, serta menurunkan insidensi residu lambung pilorus dan intoleransi makanan pada bayi prematur.

### **4. Pencegahan Infeksi**

Pencegahan infeksi sangat pentng dilakukan di ruang perawatan noenatus. Strategi utama yang mudah dilakukan dan tidak memerlukan biaya tinggi untuk mencegah infeksi adalah menjaga kebersihan tangan. Kebersihan tangan merupakan mencuci tangan dengan sabun

pencuci tangan selama 40-60 detik atau mencuci tangan dengan antiseptic selama 20-30 detik sebelum dan setelah kontak dengan bayi, sebelum dan setelah prosedur invasive, setelah kontak dengan lingkungan sekitar, serta setelah adanya terpapar dengan cairan tubuh pasien (WHO, 2009).

#### **5. Menurunkan stres pada bayi**

Kondisi lingkungan NICU yang berbeda dengan kondisi saat bayi berada dalam rahim mengakibatkan bayi prematur dengan imaturitas sistem tubuh harus berjuang untuk beradaptasi dengan lingkungan NICU yang penuh dengan ketidakpastian. Hal ini akan memperberat gangguan kesehatan yang telah dimiliki bayi prematur akibat imaturitas dan menyebabkan gangguan perkembangan otak pada bayi. Stresor lingkungan NICU yang dapat mempengaruhi kondisi fisiologis maupun perkembangan bayi meliputi kebisingan, penerangan dan handling (Kenner dan McGrath, 2004). Intervensi yang mendukung yaitu mengurangi cahaya dan kebisingan, mengatur posisi dan minimal handling (American Academy of Pediatrics, 2010).

#### **6. Menurunkan nyeri pada bayi**

Bayi akan sering mengalami prosedur yang menyakitkan saat dirawat di ruang perawatan neonatus sehingga sangat diperlukan managemen nyeri non farmakologi. Perawat memegang peranan penting dalam managemen nyeri non farmakologis. Managemen nyeri nonfarmakologi pada bayi prematur di ruang perawatan neonatus saat dilakukan tindakan invasif yaitu swaddling, facilitated tucking positioning, memberikan asi atau sukrosa, memberikan non nutritive sucking, memberikan sentuan kepada bayi dan metode kanguru (Kenner dan Lott, 2014).

#### **7. Mengatur posisi bayi**

Perawat harus mempertahankan posisi fleksi pada bayi premature. Posisi fleksi merupakan posisi ideal pada bayi baru lahir karena dapat meningkatkan keselarasan dan kesimetrisan sendi, perilaku bayi menjadi lebih tenang dan mendukung perkembangan neuromuscular (Aucott, Donohue, Atkins & Allen, 2002). Bayi dapat juga ditidurkan dalam posisi supine, miring atau pronasi secara bergantian. Tujuan mengatur posisi bayi ini adalah untuk memberikan kenyamanan, keamanan, menstabilkan pola pernapasan, mengurangi

stress fisiologi dan mendukung perkembangan neuromotor secara optimal (Coughlin, Gibbin & Hoath, 2009; Cloherty, Eichenwald, Hansen, Stark, 2008).

## I. Pengkajian

Pengkajian lengkap untuk setiap bayi baru lahir harus dilakukan. Lingkup pengkajian minimal mencakup penilaian fisik, fungsi fisiologis, pengkajian usia gestasi, pengkajian pertumbuhan dan pengkajian perilaku bayi.

### 1. Pengkajian fisik

Karakteristik bayi prematur meliputi warna kulit dan kondisi kulit, kepala, tubuh, ekstremitas, genetalia, refleks dan aktifitas.

#### a. Warna kulit

Kulit bayi prematur secara umum berwarna kemerahan, tipis, tampak beberapa pembuluh darah di bawahnya. Lemak di bawah kulit sedikit, kadang-kadang ditutupi oleh bulu-bulu halus di sekitar punggung, lengan bagian atas, dahi dan pipi.

#### b. Kepala

Kepala bayi tampak lebih besar dibandingkan dengan tubuhnya. Ubun-ubun bayi datar dan licin. Tulang rawan telinga bayi masih sedikit, daun telinga belum banyak leruknya. Daun telinga bayi mudah terlipat dan lambat untuk kembali ke posisi awal karena tulang rawan yang belum terbentuk sempurna.

#### c. Alat Kelamin

Labia mayora belum menutupi labia minora dan klitoris; sedangkan bayi laki-laki, testis bayi biasanya belum turun dan rugae belum banyak.

#### d. Ekstremitas

Pada saat bayi lahir, ujung jari bayi mungkin berwarna kebiruan (akrosianosis) dan keadaan ini akan menghilang bila pernapasan dan sirkulasi darahnya bekerja baik. Ekstremitas bagian atas memperlihatkan sedikit fleksi, sementara itu, ekstremitas bagian bawah memperlihatkan fleksi sebagian. Telapak kaki bayi tampak licin, seiring dengan perkembangannya, garis-garis telapak kaki mulai terlihat dan meningkat. Pada usia gestasi 36 minggu, garis telapak kaki akan menutupi dua pertiga dari telapak kaki.

## **J. Pengkajian Fungsi Fisiologis**

### **1. Tanda vital**

Normalnya frekuensi nadi bayi baru lahir 120-160 kali per menit, pernapasan 30-60 kali per menit, suhu tubuh 36,5-37,5°C. Pada saat melakukan pengkajian, yakinkan bahwa bayi tidak dalam keadaan menangis karena akan mempengaruhi frekuensi denyut jantung. Kecepatan pernapasan harus diukur melalui observasi selama satu menit penuh untuk melihat keteraturan pola napas.

### **2. Kemampuan mempertahankan suhu tubuh.**

Bayi prematur belum mempunyai kemampuan untuk mempertahankan suhu tubuhnya, sehingga perlu difasilitasi oleh pemberi asuhan.

### **3. Kemampuan menghisap dan menelan**

Bayi prematur memiliki refleks menghisap dan menelan yang masih lemah. Menurut Pillitteri (2003) refleks "gag" akan timbul Ketika usia kehamilan bayi mencapai 32 minggu. Sementara itu, kemampuan kerjasama antara menghisap dan menelan pada bayi mulai teratur pada usia kehamilan 34 minggu.

### **4. Kemampuan mobilisasi**

Pergerakan bayi sering tidak teratur. Tangan dan kaki bayi premature kadangkala kaku secara tiba-tiba. Refleks-refleks ini akan hilang secara bertahap jika bayi bertambah usia

### **5. Kemampuan melihat**

Pada awalnya, kemampuan penglihatan seorang bayi prematur belum berkembang secara penuh. Pada usia kehamilan 40 minggu setelah konsepsi, bayi dapat melihat objek-objek dengan jarak antara mata bayi dengan orang yang memberinya makan atau yang menggendongnya. Semua bayi dapat membedakan gelap dan terang. Sesuai dengan perkembangan usia bayi, bayi lebih suka melihat warna-warna yang menyolok.

### **6. Kemampuan mendengar**

Bayi menikmati suara atau suara musik yang lembut. Percakapan atau alunan suara dapat membantu meningkatkan perkembangan bayi.

### **7. Perasa dan penciuman**

Bayi dapat mencium dan merasakan sesuatu terutama seperti air susu ibu (ASI).

### **8. Pengkajian Usia Gestasi**

Metoda yang digunakan untuk mengkaji usia gestasi adalah sebagai berikut:

- a. Maturitas fisik dan neuromuscular
- b. Hari pertama haid terakhir
- c. Riwayat obstetric
- d. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

## K. Pengkajian Pertumbuhan

### 1. Berat Badan

Berat badan harus dikaji setiap hari pada waktu dan kondisi yang sama. Timbangan yang digunakan adalah timbangan digital atau berskala 10 gram, sehingga kenaikan berat badan setiap hari dapat diidentifikasi. Hasil dari pengkajian kemudian dituliskan dalam diagram pertumbuhan. Pada minggu pertama kehidupan bayi, berat badan bayi akan menurun sekitar 10% dan kembali ke berat badan saat lahir pada minggu ke dua. Kenaikan berat badan bayi prematur setiap hari sebesar 15 gram/kg berat badan/hari.

Gunakan timbangan yang sesuai, apabila pengukuran berat badan dilakukan setiap hari gunakan timbangan dengan skala 10 gram; sedangkan apabila pengukuran dilakukan satu minggu sekali, timbangan yang digunakan dapat yang berskala 20 gram. Jika berat badan berbeda secara bermakna dari sehari sebelumnya maka berat badan harus diukur dua kali.

### 2. Panjang Badan

Panjang badan bayi diukur pada saat masuk dirawat kemudian dilakukan setiap minggu dan dicatat pada grafik Panjang badan. Panjang badan bayi diukur dari puncak kepala sampai tumit.

### 3. Lingkar Kepala

Lingkar kepala diukur pada saat masuk, kemudian dilanjutkan setiap minggu karena kenaikan lingkar kepala hanya 0,5 sampai 1 cm setiap minggu. Pengukuran kepala bayi dilakukan dengan menggunakan pita pengukur disekeliling bagian paling menonjol dari tulang occipital dan tulang frontal. Hasil pengukuran di plot pada grafik untuk melihat kesesuaian dengan usia gestasi.

### 4. Perilaku bayi

Perilaku bayi dapat dilihat dari status tidur dan terjaga. Brazelton

(dalam Kenner & Lott, 2003) mengklasifikasikan status tidur dan terjaga menjadi 6 kategori yaitu tidur tenang, tidur aktif, mengantuk, terjaga tenang, terjaga aktif, menangis.

**Tabel 5.1 Status Tidur-Terjaga Sumber : Kenner & Lott (2003, 270-271)**

<b>Perilaku</b>	<b>Keterangan</b>
Tidur tenang	Bayi tidur nyenyak, gerakan tubuh hampir tidak ada, pernapasan teratur.
Tidur aktif	Bayi tidur, ada gerakan pada kelopak mata dan tubuh, tonus otot lemah diantara gerakan tubuh.
Mengantuk	Mata bayi terbuka kadang-kadang tertutup, kelopak mata berat.
Terjaga tenang	Mata bayi terbuka, focus penglihatan ke sekeliling bayi, aktifitas tubuh sedikit.
Terjaga aktif	Mata bayi terbuka disertai beberapa aktivitas tubuh.
Menangis	Aktivitas motorik meningkat, mata tertutup erat atau terbuka, menyerengai.

Fase tidur tenang diperkirakan mempunyai peranan dalam belajar dan mengingat (Graven, 2006). Pada awalnya, bayi lebih banyak tidur tanpa memperhatikan siang atau malam hari. Bayi mungkin tidur selama 15 sampai 22 jam setiap hari. Ketika usia koreksi bayi mencapai 6 bulan, diharapkan bayi sudah dapat tidur pada malam hari. Bayi menghabiskan Sebagian besar waktunya pada keadaan tidur aktif yaitu kedua matanya tertutup disertai dengan beberapa gerakan kelopak mata. Jika bayi harus minum, bangunkanlah Ketika bayi dalam tahap ini. Pada tahap terjaga tenang, bayi akan melihat sekelilingnya. Tahap ini merupakan kesempatan yang baik untuk mengajak bayi berkomunikasi. Pada tahap "terjaga aktif" aktivitas bayi akan meningkat. Bayi banyak bereaksi terhadap rangsangan. Tahap ini merupakan waktu yang optimal untuk pemberian makan dan bermain dengan bayi.

Bayi prematur tidak menangis terlalu sering. Tangisan bayi prematur lemah karena bayi prematur tidak punya tenaga yang cukup untuk itu. Tangisan bayi mungkin menyatakan ketidakbahagiaan seperti lapar, tidak nyaman atau sakit.

## L. Diagnosa Keperawatan

Masalah yang sering terjadi diantaranya:

### 1. Hipotermia

**Tabel 5.2 Hipotermia**

Definisi	Penyebab	Tanda gejala mayor	Tanda gejala minor
suhu tubuh berada dibawah rentang normal tubuh.	kerusakan hipotalamus, kekurangan lemak subkutan, berat badan ekstrem, malnutris, penurunan laju metabolisme	kulit teraba dingin, menggigil, sushu tubuh dibawah nilai normal	Akrosisos, Bradikardia, hipoglikemia, hipoksia, pengisian kapiler <3 detik, takikardia, ventilasi menurun, kutis memorata, vasokonstriksi perifer.

### 2. Gangguan Pertukaran Gas

**Tabel 5.3 Gangguan pertukaran Gas**

Definisi	Penyebab	Tanda gejala mayor	Tanda gejala minor
Kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus kapiler.	ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membrane alveolus.	PO2 menurun,Takikardia, pH arteri meningkat/menurun, Bunyi napas tambahan	sianosis, diaforesis gelisah,napas cuping hidung, pola napas abnormal (cepat/lambat, regular/irregular, dalam/dangkal),warna kulit abnormal (pucat, kebiruan),kesadaran menurun.

### 3. Pola Nafas Tidak Efektif

**Tabel 5.4 Pola nafas tidak efektif**

Definisi	Penyebab	Tanda gejala mayor	Tanda gejala minor
Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat	Depresi pusat pernapasan, hambatan upaya napas, deformitas dinding dada, gangguan neuromuscular, gangguan neurologis, Imaturitas, penurunan energi, obesitas, sindrom hipoventilasi,	Dispnea, Penggunaan otot bantu pernafasan, fase ekspirasi memanjang, pola nafas abnormal (misal, takipneia, bradipneia, hiperventilasi kussmaul)	Ortopnea, Pernafasan pused-lip, Pernafasan cuping hidung, Diameter thoraks anterior-posterior meningkat, Ventilasi semenit menurun, Kapasitas vital menurun, Tekanan ekspansi menurun, Tekanan inspirasi menurun

			Ekskusi dada berubah
--	--	--	----------------------

#### 4. Ikterik Neonates

**Tabel 5.5 Ikterik neonates**

Definisi	Penyebab	Tanda gejala mayor	Tanda gejala minor
Kulit dan membran mukosa neonates menguning setelah 24 jam kelahiran akibat bilirubin tidak terkonjugasi masuk ke dalam sirkulasi	Penurunan berat badan abnormal, kesulitan transisi ke kehidupan ekstra uterin, usia kurang dari 7 hari, keterlambatan pengeluaran feses (meconium)	Profil darah abnormal, Membran mukosa kuning, Kulit kering, Sklera kuning	-

#### 5. Disfungsi Motilitas Gastrointestinal

**Tabel 5.6 Disfungsi Motilitas Gastrointestinal**

Definisi	Penyebab	Tanda gejala mayor	Tanda gejala minor
Resiko peningkatan, penurunan atau tidak efektifnya aktifitas peristaltic pada sistem gastrointestinal.	Refluks gastrointestinal, hiperglikemia, imobilitas, prematuritas, infeksi gastrointestinal.	Mengungkapkan flatus tidak ada, Nyeri/kram abdomen, Suara peristaltic berubah (tidak ada, hipoaktif, atau hiperaktif)	Residu lambung meningkat/menurun, Muntah, Regurgitasi, Pengosongan lambung cepat, Distensi abdomen, Diare, Feses kering dan sulit keluar, Feses keras

### M. Intervensi

#### 1. Manajemen Hipotermia

**Tabel 5.7 Manajemen Hipotermia**

Definisi	Tindakan		
	observasi	Terapi/utik	Edukasi
Mengidentifikasi dan mengelola suhu tubuh dibawah rentang normal	<ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor suhu tubuh</li> <li>Identifikasi penyebab hipotermia</li> <li>Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (hipotermia berat: takipnea, disartria, menggigil,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sediakan lingkungan yang hangat</li> <li>Ganti pakaian atau linen yang basah</li> <li>Lakukan penghangatan aktif</li> </ol>	Anjurkan Maan/minum hangat

	hipertensi, diuresis; hipotermia sedang : sritmis, hipotensi, apatis, koagulopati, reflek menurun; Hipotermia Berat : oliguria, reflex menghilang, edema paru dan asam basa abnormal	eksternal (perawatan metode kangguru) 4. Lakukan penghangatan aktif internal (mis. Infus cairan hangat, oksige hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)	
--	--	---	--

## 2. Pemantauan Respirasi

**Tabel 5.8 Pemantauan Respirasi**

Definisi	Tindakan		
	observasi	Terapiutik	Edukasi
Mengumpulkan dan menganalisis data untuk memastikan kepatenan jalan nafas dan keefektifan pertukaran gas	<ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas</li> <li>Monitor pola nafas ( bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kusmaul, biot, ataksik)</li> <li>Monitor adanya sputum</li> <li>Palpasi kesimetrisan paru</li> <li>Auskultasi bunyi nafas</li> <li>Monitor saturasi oksigen</li> <li>Monitor nilai AGD</li> <li>Monitor hasil x-ray toraks</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi</li> <li>Dokumentasi kan hasil pemantauan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan tujuan prosedur pemantauan</li> <li>informasikan hasil pemantauan, jika perlu</li> </ol>

## 3. Edukasi Nutrisi Bayi

**Tabel 5.9 Edukasi Nutrisi Bayi**

Definisi	Tindakan		
	observasi	Terapiutik	Edukasi
Memberikan informasi dan memberikan dukungan tentang nutrisi dan praktik pemberian nutrisi pada bayi	<ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi kesiapan dan kemampuan ibu atau pengasuh dalam menerima informasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sediakan Matri dan media pendidikan kesehatan</li> <li>Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan tanda awal rasa lapar (bayi gelisah, membuka mulut dan menggeleng-gelengkan kepala. Menjulurkan lidah, menhisap jari atau tangan</li> <li>Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> <li>Anjurkan tetap memberikan ASI pada bayi yang sakit</li> </ol>

	<p>2. Identifikasi ibu atau pengasuh menyediakan nutrisi</p>	<p>3. Bedikan kesempatan kepada ibu atau pengasuh untuk bertanya</p>	<p>4. Anjurkan cara mengatur frekuensi makan sesuai usia bayi</p>
--	--	--	---

#### 4. Perawatan Neonatus

**Tabel 5.10 Perawatan Neonatus**

Definisi	Tindakan		
	observasi	Terapiutik	Edukasi
Mengidentifikasi dan merawat bayi setelah lahir sampai usia 28 hari	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kondisi awal bayi setelah lahir</li> <li>2. Monitor tanda vital bayi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan inisiasi dini (IMD)</li> <li>2. Bersihkan talipusat dengan air steril atau air matang</li> <li>3. Selimut untuk mempertahankan kehidupan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan tidak membuihi apapun pada tali pusat</li> <li>2. Anjurkan ibu menyusui bayi setiap 2 jam</li> <li>3. Menyendawakan bayi setelah menyusun SAP</li> <li>4. Anjurkan ibu menyentuh tangan sebelum menyentuh bayi</li> </ol>

#### 5. Fototerapi Neonatus

**Tabel 5.11 Fototerapi Neonatus**

Definisi	Tindakan		
	observasi	Terapiutik	Edukasi
Memberikan terapi sinar Fluorescent yang ditujukan kepada kulit neonates untuk menurunkan kadar bilirubin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor ikterik pada sclera dan kulit bayi</li> <li>2. Identifikasi kebutuhan cairan sesuai dengan usia gestasi dan berat badan</li> <li>3. Monitor suhu dan tanda vital setiap 4 jam sekali</li> <li>4. Monitor efek samping fototerapi (hipertermi, diare, rash pada kulit, penurunan BB lebih dari 8010%)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Siapkan lampu fototerapi dan incubator</li> <li>2. Lepaskan pakaian bayi kecuali popok</li> <li>3. Berikan penutup mata pada bayi</li> <li>4. Ukur jarak antara lampu dan permukaan kulit bayi</li> <li>5. Biarkan tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutan</li> <li>6. Ganti segera alas popok bayi jika BAk/BAB</li> <li>7. Gunakan linen berwarna putih agar memantulkan cahaya sebanyak mungkin</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan ibu menyusui 20-30 menit</li> </ol>

#### N. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan

langsung dan tidak langsung terhadap klien, serta mencatat tindakan perawatan dan respon klien terhadap tindakan tersebut.

Implementasi yang dilakukan oleh perawat di ruang perawatan neonatus berupa dukungan respirasi, termoregulasi, nutrisi, hidrasi, perlindungan terhadap infeksi, perawatan kulit, pemberian obat, managemen nyeri dan memberikan dukungan psikologis kepada orang tua.

## O. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap kelima dari proses keperawatan yang memungkinkan perawat untuk menentukan apakah intervensi keperawatan telah berhasil meningkatkan kondisi klien. Evaluasi meliputi dua komponen yaitu penilaian kondisi atau situasi serta penilaian adanya perubahan. Menurut Martin (2011), evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan yang merupakan kegiatan sengaja dan terusmenerus yang melibatkan pasien dengan perawat dan anggota tim kesehatan lainnya.

Tujuan evaluasi adalah:

1. Menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak.  
Dapat menilai apakah tujuan ini tercapai atau tidak dapat dibuktikan dengan perilaku pasien :
2. Tujuan tercapai jika pasien mampu menunjukkan perilaku sesuai dengan pernyataan tujuan pada waktu atau tanggal yang telah ditentukan.
3. Tujuan tercapai sebagian jika pasien sudah mampu menunjukkan perilaku tetapi tidak seluruhnya sesuai dengan pernyataan tujuan sesuai dengan waktu yang ditentukan.
4. Tujuan tidak tercapai jika pasien tidak mampu atau tidak mau sama sekali menunjukkan perilaku yang telah ditentukan

Keberhasilan tindakan keperawatan pada bayi premature dinilai dari kestabilan tanda-tanda vital, kemampuan bayi bernapas, nutrisi yang adekuat dilihat dari peningkatan berat badan, respon aktivitas bayi dan interaksi orang tua terhadap bayi prematur.

## P. Latihan Soal

1. Seorang bayi laki – laki lahir dengan berat badan 2200 gram dan panjang 49 cm pada pukul 23.00 WITA mengalami masalah keperawatan hipotermi dengan suhu 36°C berhubungan dengan suhu tubuh yang imatur dan perubahan suhu lingkungan. Apa intervensi yang tepat

- dilakukan pada bayi tersebut di atas?
- Ukur tanda –tanda vital bayi
  - Selimuti bayi dengan selimut yang hangat
  - Berikan ASI sesuai kebutuhan
  - Pertahankan, popok, pakaian dan selimut cukup longgar
  - Lakukan sedikit prosedur pada bayi
2. Seorang Bayi perempuan Usia 6 hari dibawa ibunya ke IGD dengan kondisi kulit tampak kuning, sclera ikterik, ibu bayi mengatakan bayinya tidak mau menyusu, BAK 6-7 Kali. Diagnosa keperawatan apa yang bisa kita terapkan pada kasus diatas?
- Ansietas
  - Hiperbilirubin,
  - Hipertermi
  - Hipotermi
  - Resiko keseimbangan nutrisi
3. Seorang bayi berusia 3 hari datang dengan keluhan dari ibunya kuning. Pada pemeriksaan fisik diperoleh BB 2 kg, bayi tidak mau menetek, perut tampak buncit. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital diperoleh frekuensi nadi 120x/menit, frekuensi nafas 50x/menit, suhu 37 derajat Celcius. Pada pemeriksaan laboratorium diperoleh kadar bilirubin serum 13 mg%.
- Apa tindakan perawat yang harus dilakukan pada pasien diatas?
- Melakukan fototherapy
  - Memberikan therapy cairan
  - Mengobservasi tanda-tanda vital
  - Memasukan klien kedalam incubator
  - Menjaga keseimbangan suhu tubuh klien

#### **Q. Rangkuman**

Bayi Premature adalah bayi yang dilahirkan antara 28 minggu sampai kurang dari 37 minggu dengan berat lahir kurang dari 2500gram. Bayi lahir prematur bisa disebabkan oleh beberapa faktor, antaralain adalah :

Faktor Ibu (Penyakit, Usia ibu, keadaan sosial ekonomi, toksema gravidarum, kelainan bentuk uterus, tumor, infeksi dan trauma masa kehamilan, Ibu hamil yang memiliki riwayat kelahiran prematur sebanyak 1 kali memiliki probabilitas untuk melahirkan lagi bayi prematur sebesar 14,3% dan meningkat menjadi 28,1% pada ibu yang memiliki Riwayat kelahiran prematur sebanyak 2 kali, sedangkan remaja perempuan berusia 14-19 tahun berisiko melahirkan prematur setiap tahun sebesar 11% dan 16 juta remaja di dunia, ibu hamil dengan anemia juga berisiko meningkatkan kelahiran prematur di seluruh dunia sebesar 41,8%. Hasil riskesdas 2013 mendapatkan proporsi ibu hamil umur 15-49 dengan kekurangan energi kronik (KEK) berisiko melahirkan bayi prematur dan BLLR di Indonesia sebesar 24,2% (Kemenkes, 2015). Faktor janin (kehamilan ganda, Hidramnion, Ketuban pecah dini, Cacat bawaan, dan Inkompatibilitas darah ibu dan janin (faktor rhesus, golongan darah ABO). Faktor plasenta (plasenta previa dan olusio plasenta).

Beberapa masalah Keperawatan yang dapat terjadi pada bayi Prematur adalah masalah Hipotermi, pola nafas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, Ikterus neunatororum, disfungsi motilitas gastrointestinal. Untuk itu, Penatalaksanaan bayi prematur di ruang perawatan neonatus bisa dilakukan dengan menjaga kestabilan suhu tubuh bayi dengan menggunakan perawatan metode Kanguru, perawatan bayi di incubator, serta penggunaan penutup kepala. Dibutuhkan juga dukungan pernapasan pada bayi dengan memberikan terapi surfaktan, CPAP dan ventilasi mekanik untuk bayi dengan *Respiratory Distress Syndrome* (RDS) karena defisiensi surfaktan dan immaturitas paru. Dukungan menyusui pada bayi karena ASI merupakan nutrisi terbaik bagi bayi karena mengandung zat gizi, bioaktif dan zat immunoglobulin untuk mendukung pertumbuhan dan meningkatkan sistem kekebalan tubuh bayi. Pencegahan Infeksi dengan menjaga kebersihan tangan. Kebersihan tangan merupakan mencuci tangan dengan sabun pencuci tangan selama 40-60 detik atau mencuci tangan dengan antiseptic selama 20-30 detik sebelum dan setelah kontak dengan bayi. Menurunkan stres pada bayi mengurangi cahaya dan kebisingan, mengatur posisi dan minimal handling. Menurunkan nyeri pada bayi sehingga sangat diperlukan managemen nyeri non farmakologi. Mengatur posisi bayi untuk memberikan kenyamanan, keamanan, menstabilkan pola pernapasan, mengurangi stress fisiologi dan

mendukung perkembangan neuromotor secara optimal

## R. Glossarium

Aterm	: Cukup Bulan
acilitated tucking positioning	: Tindakan memfasilitasi posisi fleksi miring salah satu sisi dimana salah satu tangan melakukan fiksasi dengan lembut daerah kepala dan tangan bayi, dan tangan lainnya memfiksasi daerah kaki dan bokong bayi
Anomaly	: Ketidaknormalan
Brain Evoked Response Audiometry (BERA)	: Pemeriksaan yang membantu mengukur respons listrik otak terhadap rangsangan suara
Defisiensi	: Kekurangan
Gestasi	: Waktu antara konsepsi (proses pembuahan sel telur) dan persalinan.
Hypoksia	: Kondisi di mana kadar oksigen di dalam jaringan tubuh menurun
Hipoglikemi	: Kadar gula darah di bawah normal
Hiperglykemia	: Kadar gula darah di atas normal
Hipotermi	: Suhu tubuh di bawah normal
Hipertermi	: Peningkatan suhu tubuh
Hypotiroid	: Kekurangan produksi hormon tiroid
Immaturitas	: Ketidakmatangan
Kernikterus	: Kerusakan otak akibat tingginya kadar bilirubin
Klitoris	: Tonjolan kecil yang terletak di antara labia minora.
Labia mayora	: Bagian terluar dari sistem reproduksi wanita
Labia minora	: Bagian dalam dari sistem reproduksi wanita
Lanugo	: Rambut halus bayi

Otoacoustic Emission (OAE)	: Screening atau tes pendengaran bayi baru lahir yang menangkap emisi pada koklea
Post mature	: Kelahiran Bayi setelah lebih dari 40 minggu
Premature	: Kelahiran bayi sebelum 37 minggu
nutritive sucking	: Kegiatan mengisap untuk memperoleh nutrisi
Retinopathy	: Kerusakan pada retina
Respiratory Distress Syndrome (RDS)	: Sindrom gawat nafas pada bayi
Rugae	: Lipatan atau tonjolan keras yang berada langit-langit mulut bagian depan dan bentuknya tidak teratur
Surfaktan	: Senyawa kimia yang dapat menurunkan tegangan
Swaddling	: Metode nonfarmakologis yang efektif untuk mengurangi nyeri
sukrosa	: Gula disakarida
Testis	: Bagian dalam organ reproduksi pria yang berfungsi sebagai tempat memproduksi dan menyimpan sperma

## S. Daftar Pustaka

- American Academy of Pediatrics. (2010). *NICU journal : A parent's journey.* USA :American Academy of Pediatrics.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. (2019).
- Laporan nasional riset Kesehatan dasar (Riskesdas) 2018.* Jakarta : Kemenkes RI
- Berghella V, 2017. *Obstetric evidence based guidelines third edition*, CRC Press, Philadelphia, Pennsylvania USA.
- Bieleninik, L. & Gold, C. (2014). Early intervention for premature infant in neonatal intensive care unit. *Acta Neuropsychological*, 12 (2), 185-203.

- Bowden, V.R., Dinkey, S.B., & Greenberg, C.S. (2010). *Children and their families : The continuum of care*. Saunders Company
- Cloherty, J.P., Eichenwald, E.C., & Stark, A.R. (2008). *Manual of neonatal care*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Coughlin, M.Gibbins, S., & Hoath, S. (2009). Core Measure for developmentally supportive care in neonatal intensive care unit : Theory, procedure and practice. *Journal of Advance Nursing*, 65 (10), 2239-2248
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spooner CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM & Sheffield JS, 2014. *William obstetric 24th edition*, McGraw Hill Education, Dallas Texas.
- Herman Sriyana, Tri Joewono Hermanto. (2020). *Buku Acuan Persalinan Kurang Bulan (Prematur)*. Kendari : Yayasan Avicena
- Hermanto TJ, 2012. *Menurunkan kematian ibu hamil dan melahirkan melalui pemberdayaan wanita*, Global Persada Press, Surabaya
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2009). *Wong's essentials of pediatrics nursing*. Missouri : Mosby Elsevier
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, (2015). *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kenner, C.. & Lott, J.,W. (2014). *Comprehensive neonatal nursing care*. New York : Springer Publishing Company
- Kenner, C., & McGrath, J.M. (2004). *Developmental care of newborns & infants : A guide for health professionals*. Missouri : Mosby Elsevier
- McAdams, R.M., Hendstrom, A.B., DiBlasi, R.M., Mant, J.E., Nyonyintono, J., Otai, C.D., & ...Batra, M. (2015). Implementation of Bubble CPAP in a Rural Uganda Neonatal ICU. *Respiratory Care*, 60(3), 437-445 9p.
- Oktiawati, A., Julianti, E. (2017). *Teori dan aplikasi perawatan bayi premature untuk tenaga Kesehatan, tenaga pengajar dan mahasiswa keperawatan*. Jakarta : TIM

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1 Cetakan III*. Jakarta : PPNI

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan Edisi 1 Cetakan II*. Jakarta : PPNI

Potts, N.L., & Mandleco, B.L., (2012). *Pediatric nursing caring for children and their families*. New York : Delmar Cengage Learning

Ringer, S.A. (2013). *Core concepts : Thermoregulation in the newborn, Part II :Prevention of aberrant body temperature*, NeoReviews, 14 (5), e221-e226.

Rustina, Y. (2015). *Bayi prematur : perspektif keperawatan*. Jakarta : Sagung Seto

Sulistiarini & Berliana, (2016). Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kelahiran Prematur di Indonesia : Analisis Data Riskesdas 2013. E-Journal WIDYA Kesehatan dan Lingkungan, 1(2), 109-112

Suradi, R.(2008). Perawatan bayi berat lahir rendah dengan metode kanguru. *Health Technology Assessment Indonesia*.

Surasmi, dkk, (2003). Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Turner, M, Chur-Hansen,A., & Winefield, H. (2014). The neonatal nurses view of their role in emotional support of parents and its complexities. *Journal Of ClinicalNursing*, 23 (21/22), 3156-3165 10p.

WHO. (2009). *Hand hygiene : Why, how and when?* Geneva : WHO

WHO. (2012). *Born too soon : The global action report on preterm birth*. Geneva : WHO WHO, 2015. *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth*, WHO Press, WHO Library Cataloguingin-Publication Data, Genewa, Switzerland.

Kenner, C., & McGrath, J.M. (2004). *Developmental care of newborns & infants : A guide for health profesionals*. Missouri : Mosby Elsevier

McAdams, R.M., Hendstrom, A.B., DiBlasi, R.M., Mant, J.E., Nyonyintono, J.,

- Otai, C.D., & ...Batra, M. (2015). Implementation of Bubble CPAP in a Rural Uganda Neonatal ICU. *Respiratory Care*, 60(3), 437-445 9p.
- Oktiawati, A., Julianti, E. (2017). *Teori dan aplikasi perawatan bayi premature untuk tenaga Kesehatan, tenaga pengajar dan mahasiswa keperawatan*. Jakarta : TIM
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1 Cetakan III*. Jakarta : PPNI
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan Edisi 1 Cetakan II*. Jakarta : PPNI
- Potts, N.L., & Mandleco, B.L., (2012). *Pediatric nursing caring for children and their families*. New York : Delmar Cengage Learning
- Ringer, S.A. (2013). *Core concepts : Thermoregulation in the newborn, Part II :Prevention of aberrant body temperature*, NeoReviews, 14 (5), e221-e226.
- Rustina, Y. (2015). *Bayi prematur : perspektif keperawatan*. Jakarta : Sagung Seto
- Sulistiarini & Berliana, (2016). Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kelahiran Prematur di Indonesia: Analisis Data Riskesdas 2013. E-Jurnal WIDYA Kesehatan dan Lingkungan, 1(2), 109-112
- Suradi, R (2008). Perawatan bayi berat lahir rendah dengan metode kanguru. *Health Technology Assessment Indonesia*.
- Surasmi, dkk, (2003). Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Turner, M, Chur-Hansen,A., & Winefield, H. (2014). The neonatal nurses view of their role in emotional support of parents and its complexities. *Journal Of ClinicalNursing*, 23 (21/22), 3156-3165 10p.
- WHO. (2009). *Hand hygiene : Why, how and when?* Geneva : WHO

WHO. (2012). *Born too soon : The global action report on preterm birth.*  
Geneva : WHO WHO, 2015. *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth*, WHO  
Press, WHO Library Cataloguingin-Publication Data, Genewa, Switzerland



# BAB 7

## ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI DAN ANAK DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN ELIMINASI PATOLOGIS DARI SYSTEM PENCERNAAN DAN KEMIH /KELAINAN KONGENITAL/PERIOPERATIVE CARE

### Pendahuluan

Eliminasi adalah salah satu kebutuhan dasar manusia yang sangat penting bagi kesehatan dan kesejahteraan, terutama pada anak-anak yang sedang dalam masa pertumbuhan dan perkembangan. Gangguan eliminasi pada anak, baik yang berasal dari sistem pencernaan, perkemihan, atau kelainan kongenital/perioperative care, berdampak signifikan terhadap kesehatan fisik, emosional, dan psikososial anak. Oleh karena itu, asuhan keperawatan yang tepat dan komprehensif menjadi krusial dalam menangani gangguan-gangguan ini.

Pada anak-anak, sistem pencernaan dan perkemihan masih dalam tahap perkembangan, sehingga mereka lebih rentan terhadap berbagai jenis gangguan. Patologi dalam sistem pencernaan dan perkemihan bukan hanya disebabkan oleh karena adanya pathogen yang dapat menyerang tubuh anak tetapi, juga karena kelainan kongenital atau perioperative care seperti labiopalatoskisis, Hirschsprung, dan hipospadia memerlukan perhatian khusus dari tenaga keperawatan.

Selain itu, kelainan kongenital seperti labiopalatoskisis, Hirschsprung, dan hipospadia membutuhkan penanganan medis dan bedah yang intensif. Proses perioperatif pada anak-anak dengan kelainan kongenital atau kondisi yang memerlukan intervensi bedah juga menambahkan lapisan kompleksitas dalam perawatan, yang memerlukan pendekatan holistik dari tim keperawatan untuk memastikan keselamatan dan kenyamanan anak. Perawat tidak hanya harus kompeten dalam melakukan intervensi medis, tetapi juga harus peka terhadap kebutuhan emosional dan dukungan psikososial yang diperlukan oleh anak dan keluarganya. Melalui pendekatan yang berfokus pada anak, dengan dukungan

keluarga sebagai mitra dalam perawatan, diharapkan anak-anak yang mengalami gangguan ini dapat mencapai kualitas hidup yang lebih baik.

Pada bagian BAB ini akan dibahas tentang asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan kebutuhan eliminasi yang disebabkan karena kelaianan kongenital atau perioperative care yang berdampak pada sistem pencernaan dan perkemihan anak. Adapun pokok materi yang dibahas pada BAB ini meliputi;

1. Kegiatan belajar 1: konsep asuhan keperawatan pada anak dengan labiopaltoskisis,
2. Kegiatan belajar 2: konsep asuhan keperawatan pada anak dengan Hirschsprung,
3. Kegiatan belajar 3: konsep asuhan keperawatan pada anak dengan hipospadia.

### **Tujuan Instruksional**

Mahasiswa mampu memahami konsep asuhan keperawatan pada anak sakit dengan gangguan pemenuhan eliminasi berasal dari sistem pencernaan, pencernaan dan kemih/kelainan kongenital/perioperative care

### **Capaian Pembelajaran**

1. Mampu menjelaskan asuhan keperawatan pada anak dengan labioplatoskisis.
2. Mampu menjelaskan asuhan keperawatan pada anak dengan Hirschsprung.
3. Mampu menjelaskan asuhan keperawatan pada anak dengan hipospadia.

## **Uraian Materi**

Pada BAB ini menguraikan tentang konsep asuhan keperawatan pada bayi dan anak dengan gangguan kebutuhan eliminasi patologi dari sistem pencernaan dan perkemihan/kelainan kongenital/perioperative care yang meliputi tiga topik masalah yaitu labiopalatoskisis, hisprung dan hipospadia. Materi ini memberikan panduan komprehensif dalam manajemen perioperatif pada anak yang menjalani prosedur bedah terkait gangguan eliminasi, menekankan pentingnya pendekatan holistik yang mencakup aspek fisik dan psikososial serta melibatkan keluarga dalam proses perawatan. Pada uraian materi juga dibahas tentang peran perawat dalam memberikan perawatan anak dengan perioperative care.

### **A. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Labiopalatoskisis**

#### **1. Pengertian**

Labiopalatoskisis, atau yang lebih dikenal sebagai celah bibir dan langit-langit, adalah kelainan kongenital yang terjadi ketika struktur di bagian bibir atau langit-langit mulut tidak menyatu selama perkembangan janin di masa kehamilan 4-12 minggu (de Souza Freitas et al., 2012). Kondisi ini dapat mempengaruhi kemampuan anak untuk makan, berbicara, dan bernafas dengan baik, serta mempengaruhi perkembangan psikososialnya.

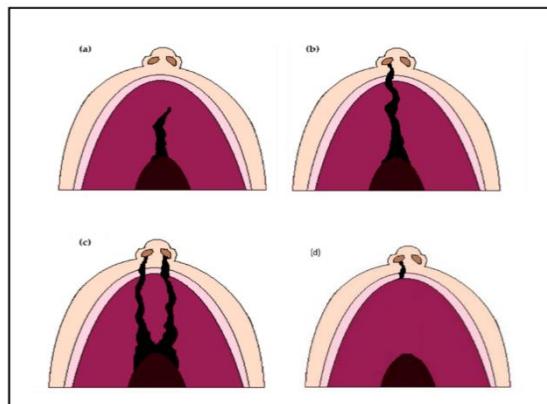
Pada bayi dengan labiopalatoskisis, kemampuan menghisap bayi lemah, sehingga bayi mudah capek pada saat menghisap, keadaan ini menyebabkan intake minum/makanan yang masuk menjadi kurang dan berefek terhadap pertumbuhan dan perkembangannya, juga mudah terkena infeksi saluran nafas bahkan dapat menyebar ke infeksi telinga yang diakibatkan karena terbukanya palatum, tidak ada batas antara hidung dan mulut,

Asuhan keperawatan pada anak dengan labiopalatoskisis memerlukan pendekatan holistik yang mencakup penanganan medis, pemantauan perkembangan, serta dukungan psikososial bagi anak dan keluarga.

#### **2. Klasifikasi**

Labiplatosikisis terbagi menjadi 3 bagian utama bergantung pada lokasi atau daerah yang terkena meliputi; celah bibir (*Cleft lip/CL*), celah langit-langit (*cleft palate/CP*), atau keduanya dari bibir hingga langit-langit (CLP) dengan bentuk celah yang komplet atau inkomplet dan unilateral atau bilateral. Pada gambar 1 menunjukkan kelainan

labiopalatoskisis (a) hanya celah langit-langit yang tidak lengkap; (b) bibir sumbing dan langit-langit yang lengkap unilateral; (c) bibir sumbing dan langit-langit yang lengkap bilateral; (d) hanya bibir sumbing (Babai & Irving, 2023).



**Gambar 6.1 Jenis-jenis celah orofasial**

### **3. Manifestasi klinik**

Manifestasi klinis labipalatoskisis dapat bervariasi tergantung pada tingkat keparahan dan jenis kelainan. Gejala umum meliputi:

- a. Celah Bibir: Celah pada bibir atas yang dapat terlihat sebagai celah kecil atau celah yang lebih besar.
- b. Celah Langit-Langit: Celah pada langit-langit mulut, yang dapat mempengaruhi kemampuan anak untuk menyusui atau makan.
- c. Kesulitan Menyusui atau Makan: Anak mungkin mengalami kesulitan saat menyusui atau makan karena ketidakmampuan untuk menciptakan hisapan yang efektif.
- d. Gangguan Bicara: Kesulitan dalam perkembangan bicara dan artikulasi

### **4. Penilaian dan Temuan Diagnostik**

Untuk mendiagnosis bayi dengan labioplatoskisis dapat dilakukan pada bayi setelah lahir melalui observasi penampilan bayi saat lahir, amati adanya celah pada bibir atau langit-langit dan untuk memastikan tidak ada celah pada langit-langit (keutuhan langit-langit), pemeriksa menggunakan sarung tangan kemudian memasukan salah satu jari tangan ke dalam mulut bayi baru lahir.

### **5. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan labipalatoskisis melibatkan beberapa pendekatan multidisiplin untuk memfasilitasi pemulihan dan meningkatkan kualitas hidup anak:

a. Perawatan awal:

- 1) Manajemen Nutrisi: Gunakan botol khusus atau alat bantu makan untuk memudahkan makan dan mencegah aspirasi pada bayi dengan celah bibir atau langit-langit. alat bantu yang dapat digunakan seperti obturator, dot khusus untuk pemberian makan pada anak seperti; *Haberman feeder bottle*, *Mead Johnson cleft palate Nurser bottle*, *Squeezable bottle*, *Cross cut nipple* (Jindal & Khan, 2013).
- 2) Pemantauan Pertumbuhan: Monitor berat badan dan pertumbuhan untuk memastikan anak mendapatkan nutrisi yang cukup.

b. Intervensi bedah:

- 1) Operasi Rekonstruktif: Prosedur bedah untuk menutup celah bibir dan/atau langit-langit sehingga kemampuan bahasa, berbicara, pendengaran, serta fungsi mastikasi dapat membaik. Tujuan lainnya dari penatalaksanaan operatif adalah untuk mengurangi insiden penyakit saluran pernapasan. Biasanya dilakukan dalam beberapa tahap, mulai dari usia beberapa bulan hingga beberapa tahun.

Pada kasus labioskisis (*cleft lip*), tindakan pembedahan (*labioplasti*) dilakukan pada anak usia 10-12 minggu secara bertahap. tahap pertama dilakukan pada usia 3 bulan dan pada usia 2-6 bulan untuk perbaikan celah pada bibir. Sedangkan pada kasus palatoskisis (*cleft palate*) tindakan pembedahan (*Palatoplasti*) dilakukan pada anak usia 9-12 bulan. Perbaikan pertama pada palatum molle di usia 3-8 bulan untuk penutupan bagian depan palatum durum dan defek alveolar serta memperbaiki bagian dasar sehingga penutupan simetris, kedua dilakukan pada usia 15 bulan - 15 tahun untuk palatum durum (Oretla, 2024).

**Tabel 6.1 Penatalaksanaan pada *Orofacial Cleft* Sumber:  
Oretla, (2024)**

Usia	Tindakan penatalaksanaan
0-1 minggu	Pemberian nutrisi dengan kepala miring posisi 45°

1-2 minggu	Pasang obturator untuk menutup celah pada langitan, agar dapat menelan
10 minggu	<i>Labioplasty</i>
1,5-2 tahun	<i>Palatoplasty</i>
2-4 tahun	<i>Speech therapy</i> (terapi wicara)
4-6 tahun	Velofaringoplasti
6-8 tahun	Ortodonsi (pengaturan lengkung gigi)
8-9 tahun	Alveolar bone grafting
9-17 tahun	Ortodonsi tulang
17-18 tahun	Cek keseimbangan mandibula dan maksila ( <i>orthognathic surgery</i> )

- 2) Perawatan Pascaoperasi: Perawatan luka bedah, manajemen nyeri, dan pemantauan tanda-tanda infeksi.
- c. Perawatan multidisipliner:
- 1) Terapis Wicara: Untuk membantu anak dalam pengembangan kemampuan bicara dan artikulasi.
  - 2) Ahli Gizi: Untuk memberikan panduan nutrisi dan memastikan asupan gizi yang adekuat.
  - 3) Psikolog: Untuk mendukung anak dan keluarga secara emosional dalam menghadapi tantangan terkait dengan labipalatoskisis.

## 6. Peran Perawat dalam Perawatan Anak Labiolatoskisis.

### Peran Perawat Preoperatif

- 1) Edukasi Orang Tua:
  - a) Memberikan informasi kepada orang tua tentang kondisi labiopalatoskisis dan prosedur pembedahan yang akan dilakukan.
  - b) Memberikan penjelasan tentang perawatan sebelum operasi, termasuk pentingnya menjaga nutrisi dan kebersihan mulut.
  - c) Menyediakan dukungan emosional kepada keluarga yang mungkin khawatir tentang kelainan fisik anak.
- 2) Manajemen Nutrisi:
  - a) Mengajari orang tua cara memberi makan bayi dengan botol atau alat khusus untuk menghindari aspirasi.
  - b) Memastikan bayi mendapatkan asupan nutrisi yang cukup untuk mendukung pertumbuhan dan kesiapan operasi.
- 3) Persiapan Fisik dan Psikologis:

- a) Memastikan bayi berada dalam kondisi fisik optimal untuk operasi, termasuk memantau tanda vital, kondisi gizi, dan tanda-tanda infeksi.
- b) Mempersiapkan keluarga secara psikologis terkait operasi dan hasil yang diharapkan.

#### Peran Perawat Postoperatif

- 1) Pemantauan dan Perawatan Luka:
  - a) Mengawasi area bedah untuk tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, pembengkakan, atau keluarnya cairan dari luka.
  - b) Mencegah bayi menggosok atau menggaruk area luka, misalnya dengan menggunakan lengan pelindung (elbow restraints).
- 2) Manajemen Nyeri:
  - a) Mengelola nyeri pascaoperasi dengan pemberian analgesik sesuai instruksi dokter.
  - b) Mengamati respon anak terhadap nyeri dan memberikan kenyamanan tambahan seperti posisi tidur yang sesuai.
- 3) Pemantauan Nutrisi:
  - a) Memastikan anak tetap dapat makan dengan aman pascaoperasi. Pada awalnya, mungkin diperlukan makanan cair atau lunak untuk mencegah trauma pada luka operasi.
  - b) Edukasi orang tua tentang cara memberi makan yang aman untuk menghindari tekanan pada area luka.
- 4) Pencegahan Komplikasi:
  - a) Mengajarkan perawatan mulut yang tepat, seperti menjaga kebersihan mulut dengan lembut untuk mencegah infeksi.
  - b) Memantau tanda-tanda komplikasi seperti perdarahan atau kegagalan luka untuk sembuh dengan baik.

#### Dukungan Psikososial

- 1) Dukungan Emosional: Memberikan dukungan emosional kepada keluarga dan membantu mereka menghadapi stres akibat kondisi anak dan perawatan jangka panjang yang mungkin diperlukan.
- 2) Mencegah Stigma Sosial: Memberikan edukasi kepada orang tua tentang bagaimana membantu anak mengatasi potensi masalah sosial dan stigma yang mungkin mereka hadapi karena perbedaan fisik.

- 3) Bimbingan dalam Terapi Bicara: Mengarahkan keluarga untuk mendapatkan terapi bicara jika diperlukan, karena labiopalatokisis dapat memengaruhi perkembangan bicara dan bahasa anak.

#### Peran dalam Jangka Panjang

- 1) Tindak Lanjut Perawatan yaitu memantau perkembangan penyembuhan dan hasil pembedahan secara berkala. serta mengarahkan keluarga untuk melakukan kunjungan lanjutan dengan ahli bedah plastik, ortodontis, dan terapis bicara sesuai kebutuhan.
- 2) Edukasi Berkelanjutan: memberikan informasi yang berkelanjutan kepada keluarga mengenai perawatan di rumah, perkembangan bicara, dan perbaikan estetika melalui operasi lanjutan jika diperlukan.

## B. Pengkajian

- 1) Riwayat Medis: Kaji riwayat kelahiran, kondisi medis, dan kebutuhan nutrisi anak.
- 2) Penilaian Psikososial: Tanyakan tentang dukungan keluarga dan dampak emosional terhadap anak dan keluarga.
- 3) Respons Emosional Orang Tua:
  - a) Kaji perasaan orang tua terkait diagnosis dan kondisi anak mereka.
  - b) Identifikasi adanya kecemasan, depresi, atau perasaan tidak mampu dalam merawat anak dengan kondisi ini.
- 4) Interaksi Keluarga: Kaji bagaimana keluarga mendukung perkembangan anak, serta adanya stigma atau isolasi sosial yang mungkin terjadi
- 5) Pemeriksaan Fisik: Inspeksi celah bibir dan langit-langit segera setelah bayi lahir, serta pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak.
- 6) Kondisi Bibir dan Langit-Langit:
  - a) Kaji tingkat keparahan celah, meliputi apakah celah tersebut hanya pada bibir, langit-langit, atau keduanya.
  - b) Observasi adanya kesulitan makan atau menyusu, serta potensi risiko aspirasi seperti:
    - (1) Batuk atau tenggorokan tersedak: anak mungkin batuk atau tampak tersedak selama atau setelah makan.
    - (2) Kesulitan bernapas: tanda-tanda kesulitan bernapas, seperti napas yang cepat, mengi, atau retraksi dinding dada.
    - (3) Muntah atau regurgitasi: muntah yang berulang atau regurgitasi makanan yang menunjukkan masalah dalam proses menelan.

- (4) Infeksi saluran pernapasan berulang: gejala infeksi seperti demam, pilek, atau batuk kronis yang mungkin disebabkan oleh aspirasi.
- 7) Kondisi Pernapasan:
  - a) Perhatikan adanya masalah pernapasan akibat komunikasi antara mulut dan rongga hidung.
  - b) Kaji adanya infeksi saluran pernapasan atas yang sering terjadi pada anak dengan labiopalatoskisis.
- 8) Nutrisi:
  - a) Kaji status gizi anak, termasuk berat badan, pertumbuhan, dan pola makan.
  - b) Perhatikan kemampuan anak untuk menyusu atau makan menggunakan botol khusus.

### C. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada anak dengan labiopalatoskisis bergantung pada derajat kecatatan pada anak. Berikut ini beberapa diagnosa keperawatan yang mungkin dapat diidentifikasi meliputi;

- 1. Resiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan dan mencerna makanan.
- 2. Resiko aspirasi dibuktikan dengan ketidakmatangan koordinasi menghisap, menelan dan bernapas.
- 3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kelainan palatum dibuktikan dengan tidak mampu berbicara atau mendengar, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata (PPNI, 2017).

### D. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dapat dilakukan pada anak dengan labiopalatoskisis meliputi; manajemen nutrisi, resiko aspirasi, promosi komunikasi dan reduksi ansietas, edukasi perawatan anak pre dan pasca operatif.

- 1. Manajemen nutrisi
  - a. Kaji status nutrisi meliputi kemampuan makan dan menelan
  - b. Pantau berat badan dan pertumbuhan anak secara berkala untuk memastikan kebutuhan nutrisi terpenuhi
  - c. Berikan edukasi kepada orang tua tentang teknik menyusu yang efektif dan penggunaan botol khusus yang dirancang untuk anak dengan labiopalatoskisis. Untuk teknik yang menyusui pada bayi

dianjurkan untuk menggunakan posisi yang efektif yaitu Jika anak mengalami celah unilateral gunakan posisi "football hold" (badan bayi sejajar ibu, bahu bayi lebih tinggi dari badan, posisi tangan dan badan bayi membentuk sudut 45 derajat) (gambar2) atau yang dimodifikasi yakni posisi *Modified football* atau *straddle* (gambar 3). Dalam metode ini, posisikan bayi dengan celah ke arah payudara, ini memungkinkan celah untuk diselipkan ke dalam jaringan payudara dan memudahkan bayi untuk mengisap payudara. bagi bayi dengan celah bibir bilateral direkomendasikan untuk menggunakan posisi 'Dancer Hand' (gambar 4), kondisi ini disebabkan oleh ketidakmampuan untuk mencegah dan menghalangi udara yang masuk atau keluar di sekitar puting (Jindal & Khan, 2013).



**Gambar 6.4 posisi football hold**



**Gambar 6.4 Posisi Modified football atau straddle**



**Gambar 6.4 posisi Dancer hand**

Sedangkan pemberian nutrisi yang dilakukan dengan penggunaan botol khusus dapat dilakukan dengan cara;

- (1) Gunakan dot botol yang lunak yang besar, atau dot khusus dengan lubang yang sesuai untuk pemberian minum
- (2) Tempatkan dot pada samping bibir mulut bayi dan usahakan lidah mendorong makan/minuman kedalam

**Sumber: (Jindal & Khan, 2013)**

- (3) Berikan posisi tegak lurus atau semi duduk selama makan
  - (4) Tepuk punggung bayi setiap 15ml-30ml minuman yang diminum, tetapi jangan diangkat dot selama bayi menghisap
  - (5) Berikan makan pada anak sesuai dengan jadwal dan kebutuhan
  - (6) Jelaskan pada orang tua tentang prosedur operasi, puasa 6 jam dan pemberian infus lainnya
  - (7) Prosedur perawatan setelah operasi, rangsangan untuk menelan atau menghisap, dapat menggunakan jari-jari dengan cuci tangan yang bersih atau dot sekitar mulut 7-10 hari, bila sudah toleran berikan minuman pada bayi, dan minuman atau makanan lunak untuk anak sesuai dengan diitnya.
- d. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk merancang pola makan yang sesuai dengan kebutuhan anak, termasuk rekomendasi untuk pemberian susu formula dengan aliran lambat.

## 2. Pencegahan aspirasi

Tindakan yang dapat dilakukan orang tua atau perawat dalam mencegah aspirasi meliputi;

- a. Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan
- b. Kaji status pernafasan selama pemberian makan
- c. Gunakan dot agak besar, rangsang hisap dengan sentuhan dot pada bibir
- d. Berikan posisi semifowler (30-45 derajat) sebelum memberikan makan dan Perhatikan posisi bayi saat memberi makan
- e. Anjurkan pada orang tua untuk memberi makan secara perlahan. Aliran cairan dibuat secara berkala, bukan kontinu dan cukup lambat agar bayi tidak tersedak
- f. Ajarkan strategi mencegah aspirasi dengan melakukan penepukan punggung setelah pemberian minum dan anak disendawakan sesering mungkin. Biasanya bayi disendawakan setiap pemberian 15-30 mL susu

## 3. Promosi Komunikasi: defisit bicara

Tindakan yang dapat dilakukan meliputi;

- a. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
- b. Monitor proses kognitif, struktur dan fungsi tubuh yang berkaitan dengan bicara

- c. Dorong stimulasi bicara dan penggunaan alat bantu bicara jika diperlukan
- d. Gunakan metode alternatif untuk berkomunikasi misalnya menulis, mata berkedip, isyarat tangan dan lain-lain.
- e. Berikan dukungan psikologis pada anak
- f. Rujuk anak dengan terapis wicara untuk intervensi dini dalam mengembangkan keterampilan komunikasi (PPNI, 2018)

## **E. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Hirschsprung**

### **1. Pengertian**

Penyakit Hirschsprung adalah gangguan kongenital pada sistem pencernaan, di mana sebagian usus besar tidak memiliki sel ganglion (ganglia), yaitu sel saraf yang berfungsi untuk membantu peristaltik (gerakan mendorong makanan melalui usus). Akibatnya, bagian usus tersebut tidak dapat berfungsi secara normal tidak dapat berkontraksi dengan normal, menyebabkan obstruksi (penyumbatan) sehingga tinja dan gas tidak dapat lewat dengan lancar, mengakibatkan penumpukan di bagian usus yang berada di atas segmen yang terkena yang berujung pada kesulitan buang air besar. Kondisi dapat menyebabkan distensi perut, sembelit kronis, dan enterokolitis (radang usus).

Penyakit Hirschsprung disebabkan oleh kegagalan sel ganglion untuk bermigrasi ke sepanjang usus saat perkembangan janin. Penyebab pasti gangguan ini tidak diketahui, namun diduga ada keterlibatan faktor genetik, terutama mutasi pada gen RET (Klein & Varga, 2020).

### **2. Klasifikasi**

Penyakit Hirschsprung dapat diklasifikasikan berdasarkan panjang segmen usus yang terkena:

- a. Segmen pendek: hanya memengaruhi rektum dan sebagian kecil dari usus besar.
- b. Segmen panjang: melibatkan sebagian besar usus besar.
- c. Total aganglionik kolon: seluruh usus besar tidak memiliki sel ganglion.

### **3. Manifestasi klinik**

Tanda dan gejala yang dapat dijumpai pada bayi dan anak dengan Hirschsprung meliputi;

- a. Tidak keluarnya mekonium dalam 48 jam setelah lahir
- b. Perut kembung (distensi abdomen)

- c. Muntah disertai cairan empedu
- d. Anak enggan atau malas minum
- e. Adanya obstruksi usus pada bayi.
- f. Konstipasi kronik mulai bulan pertama kelahiran dengan terlihat tinja seperti pita.
- g. Palpasi pada abdomen ditemukan adanya pembesaran (Rajabally et al., 2023)

#### **4. Pemeriksaan penunjang**

Untuk mendiagnosis anak dengan Hirschsprung dapat dilakukan dengan cara:

- a. Pemeriksaan fisik: Pembesaran perut dan tanda-tanda obstruksi.
- b. Barium enema jika memungkinkan, pada usus yang belum siap (tanpa enema sebelumnya, atau dekompreksi rektal lainnya)  
Enema barium tidak boleh dilakukan pada pasien yang diduga menderita enterokolitis Hirschsprung karena risiko perforasi. Enema barium dapat menunjukkan transisi diameter antara kolon proksimal yang melebar dan dipersarafi normal dengan segmen distal yang menyempit (yang tidak memiliki persarafan normal). Enema barium harus dilakukan tanpa persiapan sebelumnya, yang dapat melebarkan segmen abnormal dan mendekompreksi kolon proksimal, sehingga tes ini tidak diagnostik. Karena temuan karakteristik mungkin tidak ada pada periode neonatal, rontgen pasca-evakuasi 24 jam harus dilakukan; jika kolon masih terisi barium, kemungkinan besar itu adalah penyakit Hirschsprung (Gerson, 2023; Urla et al., 2018).
- c. X-ray abdomen: Dapat menunjukkan adanya distensi usus akibat penumpukan tinja.
- d. Biopsi rektum: Pemeriksaan jaringan rektum untuk menentukan apakah ada sel ganglion atau tidak.
- e. Manometri anorektal: Mengukur fungsi otot rektum untuk melihat respons terhadap tekanan (Rajabally et al., 2023).

#### **5. Penatalaksanaan**

Tindakan yang dapat dilakukan sebelum operasi, yaitu manajemen konservatif seperti penggunaan enema atau irigasi usus untuk mengurangi distensi dan memfasilitasi eliminasi.

Pengobatan utama penyakit Hirschsprung adalah pembedahan. Sebelum melakukan pembedahan sebaiknya dilakukan pemeriksaan penunjang untuk memastikan lokasi tidak adanya ganglion pada usus besar. Tindakan pembedahan dilakukan dengan dua teknik utama:

- a. *Pull-through surgery* (operasi tarik melalui): Bagian usus yang terkena dipotong, kemudian usus sehat yang memiliki sel ganglion ditarik ke bawah dan disambungkan ke anus.
- b. *Kolostomi*: Tindakan sementara yang dilakukan sebelum operasi definitif, dimana bagian usus yang sehat dibawa ke permukaan dinding perut untuk membuang tinja melalui stoma (lubang sementara).

## **6. Peran Perawat dalam Perawatan Pasien dengan Penyakit Hirschsprung**

- a. Penilaian dan Pemantauan eliminasi fekal: Mengamati tanda dan gejala obstruksi usus, seperti distensi abdomen, muntah, atau tidak adanya buang air besar / pengeluaran meconium setelah 48 jam bayi lahir.
- b. Manajemen Nyeri: Memberikan analgesik sesuai instruksi dokter untuk mengatasi rasa sakit pascaoperasi dan memberikan terapi nonfarmakologi berupa terapi bermain.
- c. Pendidikan Keluarga: Memberikan edukasi mengenai prosedur pembedahan, perawatan stoma (jika ada), serta tanda-tanda komplikasi yang harus diwaspadai, seperti enterokolitis.
- d. Nutrisi: Memberikan dukungan nutrisi melalui makanan yang sesuai, terutama setelah operasi, untuk mencegah sembelit dan memastikan anak mendapatkan asupan yang cukup.
- e. Kolaborasi Tim: Berkolaborasi dengan dokter bedah, ahli gizi, dan tim medis lainnya untuk memastikan perawatan optimal bagi pasien.
- f. Edukasi dan ajarkan orang tua tentang perubahan pola buang air besar anak pasca operasi, dan bagaimana cara mengidentifikasi masalah seperti obstruksi atau infeksi dan perawatan kolostomi anak di rumah, termasuk penggantian kantong kolostomi, pemantauan tanda-tanda komplikasi, dan cara menjaga kebersihan area stoma dan

## F. Asuhan keperawatan pada anak dengan Hirschsprung

Tujuan utama asuhan keperawatan pada bayi dengan *hirschsprung* adalah membantu orang tua menyesuaikan dirinya dengan defek kongenital yang diderita oleh anak mereka, memelihara ikatan antara orang tua dengan anak, menyiapkan mereka dalam menghadapi intervensi medis/pembedahan, dan membantu mereka dalam melakukan perawatan ostomi setelah pulang dari rumah sakit. Pemberian asuhan keperawatan pada bayi *hirschsprung* hendaknya memperhatikan aspek perawatan yang dilakukan mulai dari pra bedah dan pasca bedah, hingga bayi dipulangkan ke rumahnya.

### 1. Pengkajian

Pengkajian yang dapat dilakukan meliputi;

- a. Riwayat penyakit saat ini: Mengkaji riwayat gejala seperti; riwayat pengeluaran meconium dalam 48 jam setelah lahir, adanya konstipasi sejak lahir, perut kembung, muntah disertai cairan empedu atau berwarna hijau, adanya distensi abdomen atau perut kembung, penurunan nafsu makan, dan gangguan pertumbuhan
- b. Riwayat pengobatan: Mengkaji pengobatan atau intervensi sebelumnya yang dilakukan untuk mengatasi konstipasi.
- c. Riwayat keluarga: Menilai adanya riwayat keluarga dengan penyakit *Hirschsprung* atau gangguan motilitas usus lainnya
- d. Pengkajian psikososial: Kaji pemahaman orang tua terhadap penyakit anak dan tingkat kesiapan dalam perawatan anak. Identifikasi adanya kecemasan, rasa takut, atau depresi pada anak dan keluarganya
- e. Kaji asupan dan haluanan anak.
- f. Pemeriksaan fisik:
  - 1) Inspeksi ada tidaknya pengeluaran meconium dalam 48 jam setelah lahir, adanya distensi abdomen, perut yang keras, dan tanda-tanda malnutrisi.
  - 2) Palpasi adanya massa pada abdomen, konsistensi feses dalam usus, serta adanya nyeri saat ditekan
  - 3) Auskultasi bunyi usus yang mungkin berkurang atau tidak ada pada segmen usus yang terkena

Pada anak pasca bedah dapat dilakukan pengkajian berupa;

- a. Kaji status pasca bedah anak (tanda-tanda vital, bising usus, distensi abdomen)

- b. Kaji adanya tanda-tanda dehidrasi atau kelebihan cairan
- c. Kaji adanya komplikasi: perforasi usus dan enterokolitis seperti diare, distensi abdomen, feses berbau busuk dan disertai demam
- d. Kaji daerah stoma dengan melihat warna, penampilan, tonjolan stoma, persambungan mukokutan, kulit perostomal dan luka. Perhatikan juga adanya tanda-tanda infeksi.
  - 1) Amati Warna
    - a) Stoma merah/merah muda gelap menunjukkan suplai darah yang cukup/sehat
    - b) Warna merah muda pucat menunjukkan hemoglobin berkurang atau perfusi buruk
    - c) Merah tua/keunguan mungkin menunjukkan memar.
    - d) Abu-abu hingga hitam menunjukkan iskemia dan potensi nekrosis – diperlukan pemeriksaan bedah segera
  - 2) Penampilan
    - a) Sehat merah/merah muda dan lembab.
    - b) Membahayakan luka robek dapat terjadi karena penanganan
    - c) Bentuk bulat, oval, tidak beraturan
  - 3) Tonjolan
    - a) Normal di atas garis kulit sekitar 0,5-1 cm/menonjol
    - b) Prolaps penonjolan stoma lebih dari 2-3cm
  - 4) Persambungan Mukokutan (tempat stoma bertemu dengan kulit)
    - a) Utuh Jahitan utuh di seluruh bagian.
    - b) Terpisah area jahitan telah terpisah
  - 5) Kulit periostomal (kulit di sekitar stoma)
    - a) Warna sehat (harus sama dengan kulit "normal"), eritema, memar
    - b) Integritas utuh, rusak, terkikis, ruam, ulkus, sayatan
    - c) Turgor lembut, elastis, lembek, kencang
  - 6) Luka
    - Pertimbangkan dasar luka, pengukuran, tepi, eksudat, infeksi, kulit sekitar, nyeri
- e. Kaji tingkat nyeri yang dialami anak
- f. Kaji kemampuan anak dan keluarga untuk melakukan coping terhadap pengalamannya di rumah sakit dan pembedahan

- g. Kaji kemampuan orang tua dalam menatalaksanakan pengobatan dan perawatan yang berkelanjutan
- h. Identifikasi adanya kecemasan, rasa takut, atau depresi pada anak dan keluarganya terkait dengan kondisi pasca operasi

#### **G. Diagnosis Keperawatan**

Masalah keperawatan pada anak dengan penyakit ini tergantung pada usia anak dan jenis perawatannya. Beberapa diagnosis keperawatan yang mungkin diidentifikasi meliputi:

1. Konstipasi berhubungan dengan obstruksi mekanis pada usus dibuktikan dengan kesulitan buang air besar, perut kembung, dan distensi abdomen.
2. Risiko defisiensi nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mencerna dan mengabsorbsi makanan.
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (pembedahan), distensi abdomen dan tekanan pada dinding usus dibuktikan dengan gelisah, menangis, atau menarik-narik kaki ke arah perut, kesulitan tidur.
4. Inkontinensia fekal berhubungan dengan pasca operasi *pullthrough*, tutup kolostomi dibuktikan dengan ketidakmampuan dalam mengontrol pengeluaran feses, feses keluar sedikit dan sering
5. Ansietas pada orang tua berhubungan dengan ketidakpastian tentang penyakit anak dan pengelolaan penyakitnya dibuktikan dengan kekhawatiran, kecemasan, atau pertanyaan yang sering diajukan oleh orang tua.
6. Defisit pengetahuan keluarga tentang perawatan *colostomy/ostomi* berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan persepsi keliru terhadap perawatan dan perilaku yang tidak sesuai dengan anjuran yang diberikan dalam perawatan anak (PPNI, 2017).

#### **H. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan pada anak dengan hisprung disesuaikan dengan usia anak dan perawatannya. Jika kelainan di diagnosis selama periode neonatal maka tujuan utamanya adalah untuk membantu orang tua menyesuaikan diri dengan cacat bawaan pada anak mereka, membina ikatan orang tua dan bayi, mempersiapkan orang tua untuk intervensi medis dan mempersiapkan orang tua untuk mengambil alih perawatan anak setelah operasi.

**Beberapa tindakan yang dapat dilakukan pada preoperatif dan post operatif dengan kondisi hisprung.** Tindakan preoperatif dapat dilakukan dengan cara mengatasi distensi abdomen dan gejala sembelit dengan menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit, manajemen eliminasi fekal, memberikan edukasi keluarga mengenai prosedur pembedahan. Tindakan postoperatif meliputi; pemantauan terhadap komplikasi seperti enterokolitis dan kebocoran anastomosis, manajemen nyeri dan perawatan stoma (jika kolostomi dilakukan) dan edukasi tentang diet setelah operasi dan pencegahan sembelit.

Beberapa intervensi (pre-post operasi) yang dapat diberikan meliputi;

1. Manajemen eliminasi fekal
  - a. Monitor BAB (ada tidaknya pengeluaran meconium dalam 48 jam setelah bayi lahir) meliputi; warna, konsistensi, dan volume.
  - b. Monitor tanda dan gejala konstipasi
  - c. Berikan air hangat setelah makan
  - d. Jelaskan makanan yang dapat meningkatkan keteraturan peristaltik usus
  - e. Anjurkan konsumsi makanan tinggi serat
  - f. Anjurkan hidrasi yang dapat ditoleransi
  - g. Anjurakan catat warna frekuensi konsistensi volume feses
  - h. Kolaborasi ; pemberian suppositoria, jika perlu
2. Perawatan stoma
  - a. Periksa keadaan umum pasien meliputi tingkat kesadaran dan tanda-tanda vital
  - b. Periksa keadaan stoma pasien meliputi waktu pebuatan stoma, jenis stoma, karakteristik stoma, komplikasi dan karakteristik feses.
  - c. Gunakan sarung tangan
  - d. Bebaskan area stoma dari pakaian
  - e. Gunakan teknik aseptic selama merawat stoma
  - f. Lepaskan kantong yang terpasang pada stoma dan buang pada tempat sampah
  - g. Bersihkan Stoma dan area parastomal dengan lembut menggunakan air, ditepuk-tepuk daripada digosok, tanpa menggunakan sabun. Stoma harus diperiksa dan harus lembap, di atas permukaan kulit, dan berwarna merah muda hingga merah, dan kulit peristomal harus normal

- h. Ukur stoma sesuai dengan anjuran
  - i. Siapkan plate dan kantung stoma baru
  - j. Gunakan pasta atau bedak pada daerah periostomal sesuai dengan kebutuhan
  - k. Pasang kantung stoma baru pada area stoma, namun terlebih dahulu melepaskan lapisan belakang dari alat lalu letakan secara perlahan diatas stoma
  - l. Pastikan kantung telah melekat dengan baik
  - m. Lepaskan sarung tangan
  - n. Bereskan alat-alat dan mencuci tangan
- 3. Manajemen nutrisi
  - a. Identifikasi status nutrisi
  - b. Monitor asupan makan
  - c. Monitor berat badan
  - d. Lakukan oral hygiene sebelum makan
  - e. Berikan makan serat
  - f. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien
- 4. Manajemen nyeri
  - a. Kaji intensitas, respond an kualitas nyeri
  - b. Lakukan terapi nonfarmakologi seperti terapi bermain untuk membantu anak dalam mengatasi nyeri
  - c. Kolaborasi untuk pemberian analgetik sesuai anjuran dokter dan monitor efektivitasnya.
- 5. Latihan eliminasi fekal
  - a. Monitor peristaltic usus secara teratur
  - b. Berikan privasi, kenyamanan dan posisi yang meningkatkan proses defikasi
  - c. Anjurkan konsumsi makanan sesuai program yang ditentukan
  - d. Anjurkan asupan cairan yang adekuat sesuai dengan kebutuhan
- 6. Reduksi ansietas
  - a. Identifikasi kemampuan orang tua dalam mengambil keputusan
  - b. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
  - c. Berikan informasi yang jelas dan terperinci tentang kondisi anak, prosedur yang akan dijalani, dan perawatan di rumah setelah operasi

- d. Bantu orang tua untuk mengatasi perasaan cemas dan stres dengan menawarkan dukungan emosional dan mendorong komunikasi terbuka dengan tim kesehatan.
  - e. Bantu keluarga untuk menerima kondisi anak dengan memberikan informasi yang jelas tentang prognosis dan perawatan lanjutan
7. Edukasi perawatan stoma
    - a. Identifikasi kesiapan orang tua dalam menerima informasi
    - b. Jelaskan pentingnya teknik aseptik selama merawat stoma dan stoma harus terbebas dari sabun
    - c. Ajarkan cara memonitor stoma (jenis dan ukuran stoma, karakteristik stoma, tanda dan gejala komplikasi, karakteristik feses)
    - d. Ajarkan cara perawatan stoma dan pergantian stoma. Pergantian kantung stoma dilakukan setiap 24-72 jam dan jika ada tanda-tanda kebocoran (PPNI, 2018).

## I. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Hipospadia

### 1. Pengertian

Hipospadia adalah kelainan kongenital pada bayi laki-laki di mana meatus uretra (lubang saluran kencing) tidak terletak di ujung penis, melainkan di bagian bawah penis, dekat batang atau di perineum. Ini terjadi ketika uretra dan preputium (kulup) tidak terbentuk sempurna selama perkembangan janin. Kondisi ini dapat mempengaruhi kemampuan berkemih dan berpotensi menyebabkan masalah seksual di kemudian hari. Lengkungan penis yang tidak normal, dan pembentukan kulup penis yang tidak tepat, dapat disebabkan oleh gangguan genetik atau perubahan jalur sinyal dalam perkembangan genital eksternal dan uretra pria, stimulasi hormon prenatal yang tidak memadai, variabel maternal-plasenta, dan dampak lingkungan (Halaseh et al., 2022).

### 2. Klasifikasi

Hipospadia diklasifikasikan berdasarkan lokasi meatus uretra oleh "Duckett" dibagi menjadi 3 bagian yaitu:

- a. Hipospadia anterior (mild): Meatus uretra terletak di dekat kepala penis (subkoronal).
- b. Hipospadia tengah (moderate): Meatus uretra berada di sepanjang batang penis (penil).
- c. Hipospadia posterior (severe): Meatus uretra terletak dekat skrotum atau perineum

Hipospadia distal merupakan yang paling umum (60% hingga 70%). Disebut juga hipospadia anterior atau minor dan meliputi hipospadia glandular dan subkoronal, Hipospadia batang tengah, disebut juga hipospadia penis, meliputi hipospadia distal, batang tengah, dan proksimal, Hipospadia posterior meliputi hipospadia penoskrotal, skrotal, dan perineal (Donaire & Mendez, 2023; Horst & Wall, 2017).

### **3. Manifestasi klinik**

Manifestasi klinik yang dapat ditemukan pada anak dengan hipospadia yaitu;

- a. Meatus uretra abnormal: Pembukaan uretra di bagian bawah penis, bukan di ujung.
- b. Lengkungan penis (chordee): Penis mungkin melengkung ke bawah, terutama saat ereksi.
- c. Kesulitan buang air kecil: Aliran urin yang abnormal atau menyemprot.
- d. Preputium tidak lengkap: Kulup hanya menutupi bagian atas penis, dengan bagian bawah terbuka.

### **4. Pemeriksaan penunjang**

- a. Pemeriksaan Fisik: Diagnosis biasanya dibuat saat lahir melalui pemeriksaan fisik. Dokter akan memeriksa posisi meatus uretra dan bentuk penis.
- b. Ultrasonografi: Pada beberapa kasus, pemeriksaan ultrasonografi mungkin dilakukan untuk memeriksa adanya kelainan saluran kemih lainnya.
- c. Tes Genetik: Jika ada kelainan genital lainnya, mungkin dilakukan tes genetik untuk memeriksa sindrom yang berhubungan

### **5. Penatalaksanaan**

Penanganan utama hipospadia adalah pembedahan korektif untuk memposisikan kembali meatus uretra ke ujung penis dan memperbaiki lengkungan penis. Pembedahan biasanya dilakukan saat anak berusia antara 6 hingga 18 bulan. Tujuan utama dari koreksi bedah hipospadia adalah meluruskan penis dengan ukuran meatus yang adekuat sehingga menyerupai penis yang disunat atau penis dengan kulup, serta memberikan hasil kosmetik yang adekuat dari perbaikan tersebut (Donaire & Mendez, 2023; Keays & Dave, 2017).

## **6. Peran Perawat dalam Perawatan Pasien dengan Hipospadia**

- a. Persiapan Preoperatif:
  - 1) Edukasi kepada orang tua mengenai prosedur pembedahan dan perawatan setelahnya.
  - 2) Persiapan fisik anak untuk pembedahan, termasuk persiapan psikologis sesuai usia.
- b. Perawatan Pascaoperatif:
  - 1) Pemantauan Luka: Mengamati tanda-tanda infeksi, kemerahan, atau kebocoran urin yang tidak normal.
  - 2) Lakukan pencegahan infeksi seperti hindari memandikan anak dengan bak mandi sebelum kateter dilepas, meoleskan salep antibakteri pada penis (untuk control infeksi).
  - 3) Manajemen Nyeri: Memberikan terapi nonfarmakologi (play terapi, relaksasi dan sebagainya) dan farmakologi seperti analgesik sesuai instruksi dokter untuk mengontrol nyeri pascaoperasi.
  - 4) Perawatan Kateter: Beberapa anak mungkin perlu kateter sementara setelah operasi. Orang tua harus diajarkan cara merawat kateter dengan benar. Edukasi orang tua tentang perawatan kateter urin seperti mengosongkan dan mengganti kantung urin, cara menghindari tertekuk, terpelintir atau tersumbatnya kateter dan mempelajari cara mengamankan kantung drainase ke kaki agar anak dapat bergerak bebas (Hockenberry & Wilson, 2015).
- c. Dukungan Edukasi:
  - 1) Mengajarkan perawatan luka di rumah, termasuk cara membersihkan area pembedahan.
  - 2) Edukasi mengenai tanda-tanda komplikasi seperti fistula atau striktur uretra.
  - 3) Memberikan dukungan psikososial kepada orang tua, mengingat hipospadia seringkali menyebabkan kekhawatiran mengenai fungsi seksual dan fertilitas anak di masa depan.

## **J. Asuhan keperawatan pada anak dengan hipospadia**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan yang dapat dilakukan meliputi;

- a. Keluhan Utama: Biasanya orang tua klien mengeluh dengan kondisi anaknya karena penis yang tidak sesuai dengan anatomis. penis biasa karena melengkung kebawah dan terdapat lubang kencing yang tidak pada tempatnya.
- b. Riwayat Penyakit Sekarang. Pada klien dengan hipospadia ditemukan adanya lubang kencing yang tidak pada tempatnya sejak lahir dan belum diketahui dengan pasti penyebabnya.
- c. Riwayat Penyakit Dahulu; Adanya riwayat ketidakseimbangan hormon dan faktor lingkungan yang mempengaruhi kehamilan ibu, seperti terpapar dengan zat atau polutan yang bersifat tertogenik yang menyebabkan terjadinya mutasi gen.
- d. Riwayat Kesehatan Keluarga: Terdapat riwayat keturunan atau genetik dari orang tua atau saudara kandung dari klien yang pernah mengalami hipospadia
- e. Pola Reproduksi dan seksualitas: Klien dengan hipospadia biasanya mengalami masalah dalam hal berhubungan jika tidak menjalani prosedur operasi untuk memperbaiki uretra yang tidak berkembang
- f. Persepsi diri dan konsep diri Klien biasanya tidak percaya diri dengan kelainan yang dialaminya
- g. Pola eliminasi. Pada saat buang air kecil, pada klien hipospadia mengalami kesulitan karena penis yang bengkok mengakibatkan pancaran urin mengarah kearah bawah dan menetes melalui batang penis (Krisna & Maulana, 2017).

## K. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan hipospadia

1. Gangguan elimansi urin berhubungan dengan anomaly saluran kemih
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dengan tanda dan gejala yang mungkin muncul yaitu tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis
3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi dengan tanda dan gejala yang mungkin muncul yaitu kerusakan jaringan atau lapisan kulit, perdarahan, kemerahan, hematoma, dan nyeri.

4. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional dengan tanda dan gejala yang mungkin muncul yaitu merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur
5. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

## L. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk anak dengan hipospadia adalah meningkatkan rasa aman dan nyaman serta mengurangi nyeri. Beberapa intervensi yang dapat dilakukan meliputi; manajemen eliminasi urin, dukung perawatan diri, manajemen nyeri, reduksi ansietas, perawatan kateter, pencegahan infeksi dan edukasi kesehatan.

## M. Latihan Soal

1. Apa tujuan utama dari pemberian botol susu khusus pada bayi dengan labiopalatokisis sebelum dilakukan pembedahan?
  - A. Mengurangi rasa sakit saat makan
  - B. Mempercepat proses penyembuhan
  - C. Mencegah dehidrasi setelah operasi
  - D. Meningkatkan rasa nyaman
  - E. Mencegah aspirasi dan memastikan bayi mendapatkan nutrisi yang cukup
2. Peran utama perawat pascaoperasi pada anak dengan labiopalatokisis adalah:
  - A. Meningkatkan aktivitas fisik anak segera setelah operasi
  - B. Mengawasi tanda-tanda infeksi dan mengajarkan orang tua cara merawat luka
  - C. Menganjurkan diet tinggi serat setelah operasi
  - D. Melakukan sirkumsisi pada bayi
  - E. Melakukan perawatan ostomy
3. Komplikasi yang sering terjadi pada anak dengan penyakit Hirschsprung jika tidak segera ditangani adalah:
  - A. Enterokolitis
  - B. Pneumonia
  - C. Sirkulasi darah terganggu
  - D. Atresia esophagus

E. Atresia anal

4. Apa tindakan yang harus dilakukan perawat pada anak dengan Hirschsprung yang baru saja menjalani operasi pull-through?
  - A. Memastikan anak segera duduk setelah operasi
  - B. Mengawasi tanda-tanda distensi abdomen dan obstruksi usus
  - C. Menganjurkan anak untuk melakukan latihan fisik intensif
  - D. Memastikan anak mengonsumsi makanan padat segera setelah operasi
  - E. Melakukan perawatan ostomi setiap hari setelah operasi
5. Saat merawat bayi dengan hipospadia, perawat harus fokus pada edukasi orang tua mengenai:
  - A. Pemasangan kateter setelah operasi
  - B. Manajemen diet tinggi protein sebelum operasi
  - C. Latihan pernapasan dalam sebelum operasi
  - D. Memberikan antibiotik sebelum operasi
  - E. Memberikan nutrisi dan cairan yang adekuat
6. Pada anak dengan hipospadia, tujuan utama pembedahan korektif adalah untuk:
  - A. Memperbaiki kemampuan untuk buang air kecil dan fungsi seksual
  - B. Menghilangkan rasa sakit saat buang air besar
  - C. Mencegah penyakit ginjal
  - D. Meningkatkan sirkulasi darah di ekstremitas bawah
  - E. Mencegah terjadinya obstruksi
7. Apa langkah pertama yang harus dilakukan perawat pada bayi dengan labiopalatokisis segera setelah lahir?
  - A. Memberikan edukasi tentang sirkumsis
  - B. Memberikan informasi tentang proses operasi
  - C. Memastikan kemampuan bayi menyusui dengan baik
  - D. Mengajarkan orang tua cara membersihkan telinga bayi
  - E. Memastikan adanya pengeluaran meconium

8. Setelah operasi pada anak dengan hipospadia, apa tindakan perawat yang paling penting?
  - A. Memastikan kateter terpasang dengan benar
  - B. Memberikan antibiotik oral setiap hari
  - C. Menganjurkan anak minum cairan sebanyak-banyaknya
  - D. Memperbaiki teknik menyusui anak
  - E. Memberikan nutrisi yang adekuat
9. Tindakan pencegahan yang penting dilakukan perawat pada bayi dengan labiopalatokisis untuk mengurangi risiko komplikasi adalah:
  - A. Menjaga kebersihan area mulut untuk mencegah infeksi
  - B. Memberikan minuman melalui pipet
  - C. Membalut seluruh wajah untuk melindungi luka
  - D. Membatasi asupan cairan
  - E. Menjaga kebersihan area stoma
10. Pada anak dengan Hirschsprung, peran perawat dalam pemantauan pascaoperasi adalah:
  - A. Memastikan anak mulai makan makanan padat segera setelah operasi
  - B. Memantau tanda-tanda kebocoran anastomosis dan enterokolitis
  - C. Memberikan antibiotik profilaksis selama satu tahun penuh
  - D. Meningkatkan aktivitas fisik anak sesegera mungkin
  - E. Menganjurkan untuk penggunaan dot khusus
11. Tindakan yang dilakukan dalam perawatan stoma setelah kolostomi pada anak dengan Hirschsprung..
  - A. Membersihkan stoma dengan alkohol setiap hari
  - B. Memantau keluarnya tinja dan menjaga kebersihan area stoma
  - C. Menutup stoma dengan kasa steril setiap saat
  - D. Membatasi asupan makanan padat hingga stoma ditutup
  - E. Membatasi asupan cairan

### Kunci Jawaban

1. e. Mencegah aspirasi dan memastikan bayi mendapatkan nutrisi yang cukup

2. b. Mengawasi tanda-tanda infeksi dan mengajarkan orang tua cara merawat luka
3. a. Enterokolitis
4. b. Mengawasi tanda-tanda distensi abdomen dan obstruksi usus
5. a. Pemasangan kateter setelah operasi
6. a. Memperbaiki kemampuan untuk buang air kecil dan fungsi seksual
7. c. Memastikan kemampuan bayi menyusui dengan baik
8. a. Memastikan kateter terpasang dengan benar
9. a. Menjaga kebersihan area mulut untuk mencegah infeksi
10. b. Memantau tanda-tanda kebocoran anastomosis dan enterokolitis
11. b. Memantau keluarnya tinja dan menjaga kebersihan area stoma

#### **N. Rangkuman**

1. Labiopalatokisis merupakan cacat bawaan yang menyebabkan terbentuknya celah pada bibir (labioskisis), langit-langit mulut (palatoskisis), atau keduanya. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada bayi dengan labioplastoskisis
  - a. Preoperatif:
    - 1) Edukasi keluarga mengenai proses operasi dan perawatan.
    - 2) Memastikan bayi mendapat nutrisi yang adekuat dengan menggunakan alat bantu seperti botol khusus. Sendawakan anak dengan cara menepuk punggung bayi setiap 15ml-30ml minuman yang diminum, tetapi jangan mengangkat dot selama bayi menghisap
  - b. Postoperatif:
    - 1) Pemantauan luka bedah dan mencegah infeksi.
    - 2) Posisikan bayi semi fowler atau posisi football atau modifikasi *Modified football* atau *straddle* atau posisi *dancer hand* untuk mencegah aspirasi.
    - 3) Edukasi tentang perawatan luka di rumah dan tanda-tanda infeksi.
    - 4) Dukungan psikososial kepada orang tua terkait stigma sosial.
2. Penyakit Hirschsprung adalah Kelainan kongenital yang ditandai dengan tidak adanya sel ganglion pada usus besar sehingga menyebabkan obstruksi usus. Tindakan Keperawatan pada anak dengan Hirschsprung
  - a. Preoperatif:

- 1) Mengatasi distensi abdomen dan gejala sembelit dengan menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit.
  - 2) Edukasi keluarga mengenai prosedur pembedahan.
- b. Postoperatif:
  - 1) Pemantauan terhadap komplikasi seperti enterokolitis dan kebocoran anastomosis.
  - 2) Manajemen nyeri dan perawatan stoma (jika kolostomi dilakukan).
  - 3) Edukasi tentang diet pascaoperasi dan pencegahan sembelit.
3. Hipospadia adalah kelainan kongenital di mana meatus uretra terletak di bawah penis, bukan di ujungnya. Tindakan Keperawatan pada anak dengan hipospadia
  - a. Preoperatif:
    - 1) Edukasi orang tua mengenai rencana operasi dan perawatan pascaoperatif.
    - 2) Menjelaskan pentingnya perbaikan untuk memastikan buang air kecil normal dan fungsi seksual di masa depan.
  - b. Postoperatif:
    - 1) Pemantauan kateter dan perawatan luka.
    - 2) Manajemen nyeri pascaoperasi.
    - 3) Edukasi tentang tanda-tanda komplikasi seperti fistula atau striktur uretra
    - 4) Edukasi pada orang tua tentang cara merawat kateter yang terpasang serta teknik irigisasi jika diindikasikan. Orang tua perlu mengetahui cara mengosongkan kantung urin, cara menghindari tertekuk, terpelintir atau tersumbatnya kateter.
    - 5) Dukungan psikososial kepada orang tua terkait masalah jangka panjang.

## O. Daftar Pustaka

- Babai, A., & Irving, M. (2023). Orofacial Clefts: Genetics of Cleft Lip and Palate. *Genes*, 14(8). <https://doi.org/10.3390/genes14081603>
- de Souza Freitas, J. A., das Neves, L. T., de Almeida, A. L. P. F., Garib, D. G., Trindade-Suedam, I. K., Yaedú, R. Y. F., de Cássia Moura Carvalho Lauris, R., Soares, S., Oliveira, T. M., & Pinto, J. H. N. (2012). Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: Experience of the hospital for rehabilitation of craniofacial anomalies/USP (HRAC/USP)

- part 1: Overall aspects. *Journal of Applied Oral Science*, 20(1), 9–15. <https://doi.org/10.1590/S1678-77572012000100003>
- Donaire, A. E., & Mendez, M. D. (2023). *Hypospadias*. StatPearls Publishing.
- Gerson, J. B. (2023). Hirschsprung Disease. In *BMC Surgery* (Nomor 1, hal. 1–8). MSD Manual Professional. <https://doi.org/10.1186/s12893-018-0383-6>
- Halaseh, S. A., Halaseh, S., & Ashour, M. (2022). Hypospadias: A Comprehensive Review Including Its Embryology, Etiology and Surgical Techniques. *Cureus*, 14(7), 1–12. <https://doi.org/10.7759/cureus.27544>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2015). *Wong's Nursing Care of Infants and Children*. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Horst, H. J. R. Van Der, & Wall, L. L. De. (2017). Hypospadias, all there is to know. *European Journal of Pediatric*, 176(1), 435–441. <https://doi.org/10.1007/s00431-017-2864-5>
- Jindal, M., & Khan, S. Y. (2013). How to Feed Cleft Patient? *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 6(2), 100–103. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1198>
- Keays, M. A., & Dave, S. (2017). review Current hypospadias management: Diagnosis, surgical management, and long-term patient-centred outcomes. *Canadian Urology Association*, 11(February), 548–553. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.4386>
- Klein, M., & Varga, I. (2020). Hirschsprung's disease—recent understanding of embryonic aspects, etiopathogenesis and future treatment avenues. *Medicina (Lithuania)*, 56(11), 1–13. <https://doi.org/10.3390/medicina56110611>
- Oretla, E. N. (2024). *Diskusi Dokter Penatalaksanaan Sumbing Webinar Diskusi Dokter Peny.* Alomedika.com. <https://www.alomedika.com/penyakit/bedah-plastik/sumbing/penatalaksanaan>
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia* (1 ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia; Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1 ed.). DPP PPNI.
- Rajabally, F., Alkhaldi, R., Huang, H., Said, M., Elnakoury, F., Avanthika, C., & Abdool, F. (2023). A Case Report of Hirschsprung's Disease in a

- Neonate: Early Detection and Review of Management. *Cureus*, 15(1), 1–5. <https://doi.org/10.7759/cureus.33680>
- Urla, C., Lieber, J., Obermayr, F., Busch, A., Schweizer, R., Warmann, S. W., Kirschner, H. J., & Fuchs, J. (2018). Surgical treatment of children with total colonic aganglionosis: Functional and metabolic long-term outcome. *BMC Surgery*, 18(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12893-018-0383-6>

# BAB 8

## KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT PATHOLOGIS DARI SISTEM PERKEMIHAN, PENCERNAAN DAN VASKULER

### Pendahuluan

Derajat kesehatan anak mencerminkan derajat kesehatan bangsa, sebab anak adalah generasi penerus bangsa yang memiliki kemampuan untuk dikembangkan dalam meneruskan pembangunan bangsa. Salah satu yang menjadi perhatian khusus pada kesehatan anak adalah ketidakseimbangan cairan dan elektrolit pada kasus anak sakit di sistem perkemihan, sistem pencernaan dan vaskuler. Dalam kondisi normal, setiap anak akan kehilangan mineral setiap harinya setiap buang air kecil dan besar atau berkeringat terlalu banyak mengingat anak-anak tidak lepas dari kegiatan bermain. Dalam konsep asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan pemenuhan cairan dan elektrolit patologis ini akan dibahas di sistem perkemihan, pencernaan dan vaskuler.

Penulis konsep asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan pemenuhan cairan dan elektrolit patologis di sistem perkemihan, pencernaan dan vaskuler ini membidangi keperawatan anak dan kardiovaskuler dalam 15 tahun terakhir ini. Setiap kasus kematian anak yang dirawat di RS hampir sebagian mengalami gangguan pemenuhan cairan dan elektrolit., oleh karenanya di dalam topik ini akan dibahas tentang gangguan tersebut terutama di sistem perkemihan, pencernaan dan vaskuler.

Dalam Bab ini akan dijelaskan tentang konsep asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan pemenuhan cairan dan elektrolit patologis pada sistem perkemihan, pencernaan dan vaskuler yang bertujuan agar mahasiswa memahami konsep asuhan keperawatan tersebut.

Konsep asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan pemenuhan cairan dan elektrolit patologis pada sistem perkemihan dengan salah satu kasus GGK, sistem pencernaan dengan salah satu kasus diare serta sistem vaskuler ini akan menjelaskan tentang konsep gangguan elektrolit serta diagnosa

keperawatan berdasarkan SDKI, SLKI, SIKI dengan diberikan latihan soal uji kompetensi.

**Tujuan Intruksional:**

Mahasiswa memahami "Konsep Asuhan Keperawatan pada anak dengan gangguan pemenuhan cairan dan elektrolit patologis pada sistem perkemihan, sistem pencernaan dan vaskuler".

**Capaian Pembelajaran:**

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang penyebab terjadinya gangguan pemenuhan cairan dan elektrolit patologis pada sistem perkemihan, sistem pencernaan dan vaskuler
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang patofisiologi terjadinya gangguan pemenuhan cairan dan elektrolit patologis pada sistem perkemihan, sistem pencernaan dan vaskuler
3. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang penatalaksanaan gangguan pemenuhan cairan dan elektrolit patologis pada sistem perkemihan, sistem pencernaan dan vaskuler
4. Mahasiswa mampu memahami asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan pemenuhan cairan dan elektrolit patologis pada sistem perkemihan, sistem pencernaan dan vaskuler

## **Uraian Materi**

Dalam pembahasan materi ini akan kita mulai dengan risiko ketidakseimbangan elektrolit. Risiko ketidakseimbangan elektrolit merupakan diagnosis keperawatan kategori fisiologis subkategori nutrisi dan cairan yang dapat ditemukan pada pasien dengan gangguan cairan dan elektrolit pada sistem perkemihan, pencernaan dan vaskuler. Risiko ketidakseimbangan elektrolit dapat diartikan berisiko mengalami perubahan kadar serum elektrolit. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Elektrolit merupakan senyawa dalam larutan yang berdisosiasi menjadi partikel yang bermuatan (ion) positif atau negatif (Porth& Matfin, 2009).

### **A. Etiologi**

Risiko ketidakseimbangan elektrolit dapat terjadi karena beberapa kondisi klinis seperti gagal ginjal, anoreksia nervosa, diabetes mellitus, penyakit chron, gastroenteritis, pankreatitis, cedera kepala, kanker, trauma multiple, luka bakar, dan anemia sel sabit (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Kehilangan cairan dan elektrolit merupakan salah satu akibat dari kehilangan cairan dan elektrolit berlebih akibat mengalami penyakit di sistem perkemihan, pencernaan dan vaskuler. Mekanisme dasar penyebab gangguan tersebut pada sistem pencernaan salah satunya adalah gangguan osmotik dan gangguan sekresi di dinding usus, sehingga sekresi air dan elektrolit meningkat. Penyakit saluran pencernaan seperti gastroenteritis akan menyebabkan kehilangan cairan, kalium, dan ion-ion klorida (Pranata, 2013). Begitu juga halnya yang terjadi pada sistem perkemihan maupun sistem vaskuler.

### **B. Patofisiologi**

Gangguan osmotik akibat adanya makanan atau zat yang tidak dapat diserap kemudian menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi, merupakan salah satu penyebab dari kekurangan cairan dan elektrolit pada kasus penyakit dengan sistem pencernaan, salah satunya diare. Sehingga menyebabkan pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus, isi rongga usus yang berlebihan ini akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul penyakit, dalam hal ini dicontohkan diare. Selanjutnya dapat terjadi akibat rangsangan seperti toksin pada dinding usus menyebabkan peningkatan air dan elektrolit ke dalam rongga usus yang selanjutnya diare timbul karena terdapat peningkatan isi rongga usus. Kemudian diare juga terjadi karena gangguan

motalitas usus, dengan terjadinya hiperperistaltik akan mengakibatkan usus kesulitan menyerap makanan sehingga timbul kekurangan cairan dan elektrolit, sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri timbul berlebihan yang selanjutnya dapat menimbulkan diare pula. Masuknya mikroorganisme ke dalam usus juga menyebabkan diare. (Wijayaningsih, 2013).

Dalam sistem perkemihan sebagai contoh GGK yang menyebabkan salah satunya adalah pasien jarang minum sehingga menyebabkan dihidrasi kronis. Dehidrasi terjadi ketika tubuh kehilangan lebih banyak cairan daripada yang didapatkan. Kekurangan cairan dalam tubuh bisa terjadi karena diare, muntah, berkeringat, atau terlalu banyak mengeluarkan urine, seperti saat diabetes yang tidak terkontrol. Pada saat itulah peluang gagal ginjal bisa terjadi. Gagal ginjal itu sendiri adalah kondisi dimana salah satu atau kedua ginjal tidak bisa berfungsi dengan baik dengan sendirinya.

### C. Manifestasi Klinis

Menurut Wijayaningsih (2013) berikut ini tanda dan gejala pada anak yang mengalami diare.

1. Mula-mula anak/bayi cengeng gelisah, suhu tubuh mungkin meningkat nafsu makan berkurang.
2. Sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair atau encer, kadang disertai wial dan wiata
3. Warna tinja berubah menjadi kehijau-hujauan karena bercampur empedu.
4. Seringnya defekasi dan tinja menjadi lebih asam menyebabkan anus menjadi lecet.
5. Muncul tanda dan gejala dehidrasi, turgor kulit menurun, ubun-ubun dan mata cekung, membran mukosa kering dan disertai penurunan berat badan.
6. Perubahan tanda-tanda vital, nasi dan respirasi cepat, tekanan darah turun, denyut jantung cepat, pasien sangat lemas, kesadaran menurun sebagai akibat hipovolkanik.
7. Diuresis berkurang.
8. Bila terjadi asidosis metabolic klien akan tampak pucat dan pernapasan cepat dan dalam.

#### **D. Komplikasi**

Menurut Suharyono (1999) dalam Nursalam et al. (2005), akibat diare dan kehilangan cairan serta elektrolit secara mendadak dapat terjadi berbagai komplikasi sebagai berikut : Dehidrasi yang dapat menyebabkan renjatan hipovolemik, Hipokalemia, Intoleransi sekunder akibat kerusakan vili mukosa usus dan defisiensi enzimlactose, Hipoglikemia, Kejang terjadi pada dehidrasi hipertonik dan Malnutrisi energi protein

Sedangkan Menurut Wijayaningsih (2013), akibat dari diare akan terjadi beberapa hal sebagai berikut : Kehilangan air (dehidrasi) dimana Dehidrasi terjadi karena kehilangan air lebih banyak dari memasukan, merupakan penyebab terjadinya kematian pada diare; Gangguan keseimbangan asam basa (metabik asidosis); Hal ini terjadi karena kehilangan Na-bikarbonat bersama tinja. Metabolism lemak tidak sempurna sehingga benda kotor tertimbun dalam tubuh, terjadinya penimbunan asam laktat karena adanya anorexia jaringan. Meningkatnya hasil metabolisme yang bersifat asam menyebabkan terjadi pemindahan ion Na dari cairan ekstraseluler kedalam cairan intraseluler; Hipoglikemia yang terjadi pada 2-3% anak yang menderita diare, lebih sering anak yang sebelumnya menderita KKP. Hal ini karena adanya gangguan penyimpanan/penyediaan glikogen dalam hati dan adanya gangguan absorpsi glukosa. Gejala hipoglikemia akan muncul jika kadar glukosa darah menrun hingga 40 mg% pada bayi dan 40% pada anak-anak, kemudian gangguan gizi juga bisa terjadi karena Terjadinya penurunan berat badan dalam waktu singkat, hal ini disebabkan oleh: makanan sering dihentikan oleh orang tua karena takut diare atau muntal yang bertambah berat, walaupun susu diteruskan, sering diberikan dengan pengeluaran dan susu yang encer ini diberikan terlalu lama, hiperperistaltik menyebabkan makanan yang diberikan tidak dapat dicerna dan diabsorpsi dengan baik

Selain gangguan gizi, dehidrasi juga menyebabkan gangguan sirkulasi misalnya dapat terjadi syok hipovolemik, yang mengurangi perfusi jaringan dan terjadi hipoksia, asidosis bertambah berat kemudian megakibatkan perdarahanotak, kesadaran menurun, dan bila tidak segera diatasi klien akan meninggal.

## **E. Penatalaksanaan**

Menurut Padila (2013), penatalaksanaan pada pasien gangguan cairan dan gangguan elektrolit dapat dilakukan sebagai berikut.

Rehidrasi sebagai prioritas utama perawatan dengan kolaborasi penentuan jenis cairan, pada dehidrasi akibat sistem pencernaan akut yang ringan dapat diberikan oralit. Diberikan cairan RL, bila tidak tersedia dapat diberikan NaCl isotonic ditambah satu ampul Na bikarbonat 7,5% 50 ml, jumlah cairan diberikan sesuai dengan jumlah cairan yang dikeluarkan.

Cara pemberian cairan, dapat diberikan secara oral maupun intravena, sedangkan jadwal pemberian cairan diberikan pada 2 jam pertama. Selanjutnya dilakukan penilaian kembali status hidrasi untuk memperhitungkan kebutuhan cairan. Rehidrasi diharapkan terpenuhi pada akhir jam ketiga.

Terapi simptomatis perlu diberikan tetapi perlu hati-hati, pemberian vitamin mineral sesuai kebutuhan dengan pemberian vitamin B12, asam folat, vitamin K, vitamin A, preparat besi, zinc, dan lain lain.

Terapi definitif dengan pemberian edukasi sebagai langkah pencegahan. Hygiene perseorangan, sanitasi lingkungan, dan imunisasi melalui vaksinasi sangat berarti, selain terapi farmakologi.

## **F. Contoh Asuhan Keperawatan Anak dengan Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit berdasarkan SDKI, SIKI, dan SLKI**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi dan domuntasidata yang sistematis dan juga berkesinambungan (Kozier et al., 2010). Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses keperawatan. Tahap ini sangat penting karena akan menentukan tahapan selanjutnya. Data yang valid dan komprehensif penting dalam menetukan diagnosis yang tepat, selanjutnya akan berpengaruh dalam perencanaan keperawatan (Tawoto & Wartonah, 2011).

Salah satu sistematika yang lazim dilakukan dalam membuat anamnesis adalah memastikan identitas klien dengan lengkap. Kemudian ditanyakan keluhan utama, yang dilanjutkan dengan riwayat perjalanan penyakit sekarang yakni sejak pasien menunjukkan gejala pertama sampai saat dilakukan anamnesis. Langkah berikutnya adalah menanyakan riwayat penyakit terdahulu, baik yang berkaitan langsung dengan penyakit sekarang maupun yang sama sekali tidak ada

kaitannya. Setelah hal-hal berkaitan dengan keadaan sekarang ditanyakan, ditelii riwayat pasien ketika dalam kandungan ibu. Selanjutnya dirinci riwayat kelahiran, disusul dengan riwayat makanan, imunisasi, rawat tumbuh kembang, dan riwayat keluarga. Dengan cara tersebut dapat diperoleh gambaran tentang pasien tidak hanya berkaitan dengan keadaan penyakitnya sekarang tetapi juga status tumbuh kembang pasien secara keseluruhan. Setelah anamnesis lengkap, dilakukan pemeriksaan disis yang teliti dan bilaperlu pemeriksaan penunjang yang relevan (Latief et al., 2013).

Berdasarkan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) faktor risiko yang terdapat pada pasien dengan risiko ketidakseimbangan elektrolit diantaranya ketidakseimbangan cairan (mis. dehidrasi dan intoksikasi air), kelebihan volume cairan, gangguan mekanisme regulasi (mis. diabetes), efek samping prosedur (mis. pembedahan), diare, muntah, disfungsi ginjal, dan disfungsi regulasi hormon. Menurut Padila (2013), berikut merupakan pengkajian yang dilakukan pada anak diare dengan risiko ketidakseimbangan elektrolit.

a. Identitas klien

Identitas berupa nama, jenis kelamin, dan umur klien beserta identitas penanggung jawab.

b. Keluhan utama

Keluhan utama seperti adanya mual, muntah, diare dengan volume yang banyak, suhu badan meningkat, dan nyeri perut.

c. Riwayat penyakit

Terdapat beberapa keluhan, suhu tubuh biasanya meningkat dan nafsu makan menurun, muntah ringan atau sering dan anak gelisah, feses dengan volume banyak dan konsistensi cair, muntah ringan atau sering dan anak gelisah.

d. Pola aktivitas sehari-hari

e. Nutrisi

Makan menurun karena adanya mulan dan muntah yang disebabkan lambung yang meradang.

f. Istirahat dan tidur

Mengalami gangguan karena adanya muntah dan diare serta dapat juga disebabkan oleh demam.

g. Kebersihan

Personal hygiene mengalami gangguan karena seringnya diare dan

kurangnya menjaga personal hygiene sehingga terjadi gangguan integritas kulit. Hal ini disebabkan karena feses mengandung alkali yang berisi enzim yang memudahkan iritasi.

h. Eliminasi

Pada BAB juga mengalami gangguan karena terjadi peningkatan frekuensi, konsistensi lunak hingga cair, dan volume tinja dapat sedikit atau banyak. Buang air kecil mengalami penurunan frekuensi dari biasanya.

i. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan berupa pengukuran tanda-tanda vital, metode *head to toe* maupun ROS (*Review of Sistem*)

j. Pemeriksaan penunjang

Sistem pencernaan : Pemeriksaan tinja (pemeriksaan volume, warna, dan konsistensi feses serta diteliti adanya mukus darah dan leukosit)

Sistem Perkemihan : pemeriksaan urine, USG abdomen

Sistem vaskuler : Pemeriksaan darah (pemeriksaan analisis gas darah, elektrolit, ureum, kreatinin, dan berat jenis plasma. Penurunan pH darah karena terjadi penurunan bikarbonas sehingga frekuensi nafas agak cepat. Dilakukan juga pemeriksaan elektrolit terutama kadar natrium, kalium, kalsium, dan fosfor)

Dalam pemeriksaan darah baik sistem pencernaan maupun perkemihan juga harus dilaksanakan untuk menunjang data kekurangan cairan dan elektrolit.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun berlangsung potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Jenis diagnosis keperawatan terdiri dari diagnosis aktual, diagnosis risiko, dan diagnosis promosi kesehatan. Diagnosis aktual menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Diagnosis risiko menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat

menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Diagnosis promosi kesehatan menggambarkan keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik dan optimal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Diagnosis keperawatan yang difokuskan dalam buku ini adalah risiko ketidakseimbangan elektrolit (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

### **3. Perencanaan Keperawatan**

Intervensi Keperawatan adalah segala treatment yang dilakukan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Dalam intervensi keperawatan dilakukan pengklasifikasian yang dimaksudkan untuk memudahkan penelusuran intervensi keperawatan, memudahkan dalam memahami berbagai intervensi keperawatan sesuai dengan area praktik dan/atau cabang disiplin ilmu, serta memudahkan pengodean untuk penggunaan berbasis komputer. setiap intervensi keperawatan pada standar ini terdiri atas tiga komponen yaitu label, definisi, dan tindakan. Label merupakan nama dari intervensi keperawatan yang menjadi kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi keperawatan. Definisi merupakan penjelasan mengenai makna dari label intervensi keperawatan. Selanjutnya, tindakan merupakan rangkaian perilaku atau aktivitas yang dilakukan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Untuk memperoleh informasi terkait intervensi keperawatan. Definisi merupakan penjelasan mengenai makna dari label intervensi keperawatan. Selanjutnya, tindakan merupakan rangkaian perilaku atau aktivitas yang dilakukan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Luaran (*outcome*) meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga, atau komunitas atau aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran memiliki tiga komponen utam yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil. Label merupakan nama dari luaran keperawatan yang menjadi kata kunci untuk memperoleh informasi terkait luaran keperawatan. Ekspektasi merupakan penilaian terhadap

hasil yang diharapkan tercapai. Selanjutnya, kriteria hasil merupakan karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Dalam intervensi pada anak diare dengan risiko ketidakseimbangan elektrolit menggunakan perencanaan keperawatan risiko ketidakseimbangan elektrolit menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SKLI) dengan aspek-aspek yang diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku atau persepsi pasien terhadap intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018). Intervensi pada pasien dengan risiko ketidakseimbangan elektrolit sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) termasuk dalam kategori fisiologis subkategori nutrisi dan cairan. Fisiologi merupakan intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung fungsi fisik dan regulasi homeostatis. Subkategori nutrisi dan cairan memuat mengenai kelompok intervensi keperawatan yang memulihkan fungsi gastrointestinal, metabolism, dan regulasi cairan/elektrolit. Intervensi tersebut meliputi pemantauan elektrolit dan manajemen elektrolit (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Berikut merupakan intervensi yang diberikan pada anak dengan risiko ketidakseimbangan elektrolit.

**Table 7.1 Perencanaan Keperawatan Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit**  
**(Sumber : Tim Pokja SLKI DPP PPNI Standar Luaran Keperawatan Indonesia 2018 dan Tim Pokja SIKI DPP PPNI Standar Intervensi Keperawatan Indonesia 2018)**

<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi Keperawatan</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

Risiko ketidakseimbangan elektrolit	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan</p> <p><b>Luaran utama:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keseimbangan elektrolit meningkat, dengan kriteria hasil:           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Serum natrium membaik</li> <li>b. Serum kalium membaik</li> <li>c. Serum klorida membaik</li> <li>d. Serum kalsium membaik</li> <li>e. Serum magnesium membaik</li> <li>f. Serum fosfor membaik</li> </ol> </li> </ol> <p><b>Luaran tambahan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keseimbangan cairan meningkat, dengan kriteria hasil           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Asupan cairan meningkat</li> <li>b. Haluanan urin meningkat</li> <li>c. Kelembaban membranmukosa meningkat</li> <li>d. Dehidrasi menurun</li> <li>e. Tekanan darah membaik</li> <li>f. Denyut nadi membaik</li> <li>g. Turgor kulit membaik</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>Intervensi utama:</b></p> <p><b>1. Pemantauan elektrolit</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit</li> <li>b. Monitor kadar elektrolit serum</li> <li>c. Monitor mual, muntah, dandiare</li> <li>d. Monitor kehilangan cairan, jika perlu</li> <li>e. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</li> <li>f. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> <li>g. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>h. Informasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p><b>Intervensi pendukung:</b></p> <p><b>1. Manajemen elektrolit</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi tanda dan gejala ketidakseimbangan kadar elektrolit</li> <li>b. Identifikasi penyebab ketidakseimbangan elektrolit</li> <li>c. Identifikasi kehilangan elektrolit melalui cairan</li> <li>d. Monitor kadar elektrolit</li> <li>e. Monitor efek samping pemberian suplemen elektrolit</li> <li>f. Berikan cairan, jika perlu</li> <li>g. Berikan diet yang tepat</li> </ol>
-------------------------------------	--	--

1	2	3
		<p>h. Anjurkan pasien dan keluarga untuk modifikasi diet, jika perlu</p> <p>i. Pasang akses intravena, jika perlu</p> <p>j. Jelaskan jenis, penyebab, dan penanganan ketidakseimbangan elektrolit</p> <p>k. Kolaborasi pemberian suplemen elektrolit</p> <p><b>2. Resusitasi Cairan</b></p> <p>a. Berikan oralit sesuai kebutuhan</p> <p>b. Berikan infus RL/KAEN-3B sesuai kebutuhan</p> <p>c. Kolaborasi penentuan jenis dan jumlah cairan</p>

#### 4. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Implementasi keperawatan memiliki lima tahap yaitu mengkaji kembali klien, menentukan kebutuhan perawat terhadap bantuan, mengimplementasikan intervensi keperawatan, melakukan supervise kasus yang didelegasikan, dan mendokumentasikan tindakan keperawatan (Kozier et al., 2010).

#### 5. e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses keperawatan yang menentukan berhasil tidaknya intervensi keperawatan yang diberikan perawat kepada klien dalam meningkatkan kondisi klien. Dalam proses keperawatan evaluasi merupakan tahap penting karena kesimpulan yang didapatkan dari evaluasi menentukan suatu intervensi keperawatan harus dilanjutkan, diakhiri atau diubah (Kozier et al., 2010). Tujuan dari evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai

tujuan berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan (Nursalam, 2003). Adapun evaluasi yang diharapkan yaitu keseimbangan elektrolit meningkat dan keseimbangan cairan meningkat. Uraian materi dalam buku ajar adalah deskripsi atau penjelasan tentang topik atau subjek tertentu yang disusun secara sistematis dan terstruktur. Materi tersebut dapat mencakup konsep, teori, prinsip, fakta, contoh, dan aplikasi dari subjek yang dibahas. Uraian materi dalam buku ajar biasanya disesuaikan dengan target audiens dan tujuan pembelajaran, serta disusun dengan cara yang mudah dipahami oleh pembaca. Tujuannya adalah untuk menyampaikan informasi dengan jelas, lengkap, dan terorganisir sehingga pembaca dapat memahami dan menguasai materi yang diajarkan. Karena kesimpulan yang didapatkan dari evaluasi menentukan suatu intervensi keperawatan harus dilanjutkan, diakhiri atau diubah (Kozier et al., 2010). Tujuan dari evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan (Nursalam, 2003). Adapun evaluasi yang diharapkan yaitu keseimbangan elektrolit meningkat dan keseimbangan cairan meningkat. Uraian materi dalam buku ajar adalah deskripsi atau penjelasan tentang topik atau subjek tertentu yang disusun secara sistematis dan terstruktur. Materi tersebut dapat mencakup konsep, teori, prinsip, fakta, contoh, dan aplikasi dari subjek yang dibahas. Uraian materi dalam buku ajar biasanya disesuaikan dengan target audiens dan tujuan pembelajaran, serta disusun dengan cara yang mudah dipahami oleh pembaca. Tujuannya adalah untuk menyampaikan informasi dengan jelas, lengkap, dan terorganisir sehingga pembaca dapat memahami dan menguasai materi yang diajarkan. Karena kesimpulan yang didapatkan dari evaluasi menentukan suatu intervensi keperawatan harus dilanjutkan, diakhiri atau diubah (Kozier et al., 2010). Tujuan dari evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan (Nursalam, 2003). Adapun evaluasi yang diharapkan yaitu keseimbangan elektrolit meningkat dan keseimbangan cairan meningkat. Uraian materi dalam buku ajar adalah deskripsi atau penjelasan tentang topik atau subjek tertentu yang disusun secara

sistematis dan terstruktur. Materi tersebut dapat mencakup konsep, teori, prinsip, fakta, contoh, dan aplikasi dari subjek yang dibahas. Uraian materi dalam buku ajar biasanya disesuaikan dengan target audiens dan tujuan pembelajaran, serta disusun dengan cara yang mudah dipahami oleh pembaca. Tujuannya adalah untuk menyampaikan informasi dengan jelas, lengkap, dan terorganisir sehingga pembaca dapat memahami dan menguasai materi yang diajarkan.

#### G. Latihan Soal

1. Seorang anak Laki-laki usia 1.5 tahun, BB 17 kg dibawa oleh orang tuanya ke Klinik swasta di Bojonegoro dengan keluhan : panas naik turun sejak 2 hari yang lalu disertai mual. Pada pemeriksaan fisik didapatkan lemas, GCS CM, turgor > 2 dtk, suhu tubuh 38°C, RL (+), nyeri perut (+), mata merah, jumlah jam tidur 7 jam hepatomegali, AT 100.000 /mm<sup>3</sup>. Riwayat kesehatan anak tersebut hidrosephalus. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus di atas ?
  - A. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
  - B. Hipertermia
  - C. Nyeri akut
  - D. Gangguan istirahat tidur
  - E. Kurang volume cairan
2. Bayi berusia 12 hari dengan BB: 3000gr dirawat di RS dengan keluhan kuning pada seluruh tubuh dan tidak mau minum. Kondisi bayi saat ini sering menangis, suhu 37,5°C, kulit kemerahan dan ubun-ubun cekung, urin sedikit dan pekat. Bayi mendapatkan terapi sinar. Hasil pemeriksaan didapatkan hiperbilirubin. Apakah masalah keperawatan utama pada bayi tersebut?
  - A. Hipertermia
  - B. Gangguan integritas kulit
  - C. Defisit nutrisi
  - D. Inkontinensia uri
  - E. Defisit volume cairan
3. Seorang bayi perempuan usia 12 bulan dibawa ibunya ke puskesmas, hasil pemeriksaan: BAB cair 3x/HARI, gelisah dan rewel, tidak mau

minum. Setelah dilakukan pemeriksaan fisik mukosa mulut kering, turgor kulit kembali lambat, mata cekung dan anus tampak kemerahan. Apa intervensi keperawatan pada bayi tersebut ?

- A. Melakukan pemeriksaan fisik lengkap
  - B. Memeriksa keadaan kulit dan luaran
  - C. Menanyakan kepada orang tua sudah diberi obat apa saja
  - D. Memberikan cairan yang tepat sesuai kebutuhan
  - E. Menanyakan cairan yang tepat sesuai kebutuhan
4. Bayi perempuan usia 6 hari dibawa ibunya ke poli anak, hasil pemeriksaan: malas minum riwayat lahir usia kehamilan 37 minggu, BB 2550 gram, PB 45 cm, wajah, leher, sclera dan ekstremitas tampak kuning, aktifitas otot dan tonusnya menurun, refleks rooting dan suching lemah. Apakah implementasi dari kasus di atas ?
- A. Observasi tanda-tanda hiperbilirubin tiap hari
  - B. Memasang NGT
  - C. Kolaborasi pemberian terapi sinar
  - D. Memasang infus untuk memberikan terapi cairan
  - E. Memeriksa kadar bilirubin tiap hari
5. Seorang anak berusia 10 tahun dirawat dengan NS. Hasil pengkajian nampak udem facialis, udem ekstremitas, JVP 5+4 cmH<sub>2</sub>O, nampak pucat dan lelah, turgor kulit kembali lebih dari 2 dtk. Lab: ureum 75,30mg/dL, creatinin 2,95 mg/dL, albumin 2,80 g/dL. Keluarga mengatakan awalnya pasien hanya mengeluh kaki kanan tidak dapat digerakkan namun saat di RS pasien diharuskan untuk cuci darah. Hasil ttv : TD=140/80 mmHg, N=112x/menit, S=36°C, P=20x/menit. Apakah masalah keperawatan utama kasus diatas ?
- A. Kelebihan volume cairan
  - B. Kekurangan elektrolit
  - C. Kekurangan nutrisi
  - D. Kelelahan
  - E. Kerusakan mobilitas fisik

## **Jawaban Latihan**

1. E
2. E
3. D
4. D
5. B

## **H. Rangkuman Materi**

Rangkuman materi dalam buku ajar adalah penjelasan singkat yang disusun untuk merepresentasikan konsep-konsep kunci atau poin-poin penting dari setiap bab atau bagian dalam buku. Rangkuman ini bertujuan untuk memberikan pembaca gambaran menyeluruh tentang materi yang telah dipelajari tanpa harus membaca ulang seluruh teks. Biasanya, rangkuman disusun dengan cara yang sistematis dan terstruktur, sering kali menggunakan poin-poin utama atau kalimat singkat yang menggambarkan inti dari setiap topik atau subtopik yang dibahas dalam buku.

Rangkuman materi dalam buku ajar juga dapat berfungsi sebagai alat untuk mempercepat proses pembelajaran, membantu pembaca mengingat kembali informasi penting, dan menyoroti pokok-pokok penting yang harus diperhatikan. Dalam beberapa kasus, rangkuman ini juga disertai dengan contoh-contoh atau ilustrasi yang memperjelas konsep-konsep yang telah dipelajari. Dengan demikian, rangkuman materi dalam buku ajar adalah salah satu komponen penting dalam mendukung pemahaman dan retensi informasi bagi pembaca.

## **I. Glosarium**

SDKI : Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia

SLKI : Standar Luaran Keperawatan Indonesia

SIKI : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

GGK : Gagal Ginjal Kronis

NS : Nefrotik Sindrome

## **J. Daftar Pustaka**

- Alhawsawi, Z. M., Alshenqeti, A. M., Alqarafi, A. M., Alhussayen, L. K., & Turkistani, W. A. (2019). *Cholelithiasis in patients with paediatric sickle cell anaemia in a Saudi hospital. Journal of Taibah University Medical Sciences*, 14(2), 187–192.  
<http://doi.org/10.1016/j.jtumed.2019.02.007>

- Baloyi, E. R. J., Rose, D. M., & Morare, N. M. T. (2020). *Incidental gastric diverticulum in a young female with chronic gastritis: A case report*. *International Journal of Surgery Case Reports*, 66, 63–67. <http://doi.org/10.1016/j.ijscr.2019.11.030>
- Bolat, H., & Teke, Z. (2020). *Spilled gallstones found incidentally in a direct inguinal hernia sac: Report of a case*. *International Journal of Surgery Case Reports*, 66, 218–220. <http://doi.org/10.1016/j.ijscr.2019.12.018>
- Ferreira Junior, E. G., Apolinario Costa, P., Freire Golveia Silveira, L. M., Valois Vieira, R., Lima Martins Soares, H. A., Menon Loureiro, B., ... Coelho Ferreira Rocha, J. R. (2019). *Localized pancreatic Castleman disease presenting with extrahepatic dilatation of bile ducts: A case report and review of published cases*. *International Journal of Surgery Case Reports*, 54, 28–33. <http://doi.org/10.1016/j.ijscr.2018.11.006>
- PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- Rahmawati, A., Sudarmanto, Y., & Hasan, M. (2019). *The Risk of Work Posture Did Not Affect on Worker's Disability Index with Low Back Pain Complaints in PT Muroco Jember*. *Journal of Agromedicine and Medical Sciences*, 5(1), 7. <http://doi.org/10.19184/ams.v5i1.6793>
- Widodo. (2015). Fakultas Kedokteran Universitas Andalas. *Fakultas Kedokteran Universitas Andalas*, 1, 1–6.



# BAB 9

## KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN KEBUTUHAN KHUSUS

### Pendahuluan

Anak berkebutuhan khusus merupakan bagian dari anak yang perlu mendapat perhatian dan perlindungan oleh Pemerintah, masyarakat, dan keluarga terutama tentang pemenuhan kebutuhan dasar anak agar mereka dapat hidup, tumbuh, dan berkembang secara optimal. Anak berkebutuhan khusus adalah setiap anak yang mengalami hambatan fisik dan/atau mental, sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangannya secara wajar. Anak berkebutuhan khusus mengalami hambatan pada penyesuaian diri, sulit berkomunikasi dan rentan terhadap penyakit, kurang percaya diri serta terbatas dalam pembelajaran.

Buku ajar dalam Bab ini membahas masalah tentang konsep asuhan keperawatan anak berkebutuhan khusus yang terdiri dari: Autisme, ADHD, Down Syndrom, dan Retardasi Mental. Bab ini diharapkan dapat memberikan peningkatan pengetahuan dan pemahaman konsep asuhan anak berkebutuhan khusus pada mahasiswa dan masyarakat luas.

### Tujuan Intruksional:

Tujuan intruksional pada Konsep Asuhan Keperawatan Anak dengan Kebutuhan Khusus adalah "Memahami konsep dasar dan asuhan keperawatan anak dengan kebutuhan khusus Autisme, ADHD, *Down Syndrom* dan Retardasi Mental.

### Capaian Pembelajaran:

Capaian pembelajaran dalam bab ini adalah

1. Mampu menjelaskan Konsep dasar dan asuhan keperawatan tentang Autisme
2. Mampu menjelaskan Konsep dasar dan asuhan keperawatan tentang ADHD
3. Mampu menjelaskan Konsep dasar dan asuhan keperawatan tentang Down Syndrom

4. Mampu menjelaskan Konsep dasar dan asuhan keperawatan tentang Retardasi Mental

## **Uraian Materi**

### **A. Autisme**

#### **1. Pengertian**

Autisme Spectrum Disorder (ASD) adalah kelainan fungsi otak dan saraf yang cukup kompleks sehingga mempengaruhi anak dalam perilaku, proses berfikir, berkomunikasi dan berinteraksi dengan hal – hal disekitarnya.

#### **2. Penyebab**

Gangguan autisme disebabkan oleh kombinasi makanan yang salah atau lingkungan yang terkontaminasi zat – zat beracun. Dua hal ini dapat mengakibatkan kerusakan pada usus besar yang menyebabkan masalah dalam tingkah laku dan fisik. Beberapa faktor penyebab *autisme*:

a. Factor genetic/keturunan

Menurut penelitian 80% penderita gangguan autisme adalah kembar monogizot dan 20% lainnya untuk kembar dizigot.

b. Kelainan kromosom (sindrom x yang mudah pecah atau fragile)

c. Neurokimia (catekolamin, serotonin, dopamine belum pasti)

d. Cedera otak, kerentanan utama, aphasia, deficit pengaktif reticulum, keadaan tidak menguntungkan antara faktor psikogenik dan perkembangan syaraf, perubahan struktur cerebellum, lesi hippocampus otakdepan.

e. Penyakit otak organic dengan adanya gangguan komunikasi dan gangguan sensori serta kejang epilepsy

f. Kehirian premature

Khusus bayi yang lahir pada masa kehamilan 26 minggu atau kurang

g. Jenis kelamin

Anak laki- laki memiliki risiko hingga 4 kali lebih tinggi mengalami kelainan ketimbang anak perempuan

h. Factor lingkungan, terutama sikap orangtua dan kepribadian anak.

#### **3. Tanda Gejala**

a. Gangguan ketrampilan Komunikasi dan interaksi sosial

1) Tidak memperhatikan anak –anak dan ikut bermain dengan mereka pada usia 36 bulan

2) Tidak berpura – pura menjadi orang lain seperti guru, atau pahlawan super saat bermain pada usia 48 bulan

3) Menghindari atau tidak mampu menjaga kontak mata

- 4) Tidak menoleh saat namanya dipanggil pada usia 9 bulan
  - 5) Tidak memainkan permainan interaktif sederhana pada usia 12 bulan
  - 6) Menggunakan sedikit atau tidak menggunakan gerakan pada usia 12 bulan seperti tidak melambaikan tangan
  - 7) Tidak berbagi minat dengan orang lain pada usia 15 bulan seperti menunjukkan kepada ibu objek yang mereka sukai
  - 8) Tidak menunjukkan sesuatu yang menarik pada usia 18 bulan
  - 9) Tidak memperhatikan ketika orang lain terluka atau kesal pada usia 24 bulan
  - 10) Tidak menyanyi, menari, atau berakting pada usia 60 bulan.
  - 11) Tidak berbicara atau sangat terbatas.
  - 12) Kehilangan kata-kata sebelum bisa mengatakan.
  - 13) Kesulitan mengekspresikan keinginan dan kebutuhan dasar.
  - 14) Kurang dapat membangun kosakata.
  - 15) Bermasalah mengikuti arah atau menemukan benda-benda yang bernama.
  - 16) Mengulangi apa yang dikatakan (echolalia).
  - 17) Bermasalah menjawab pertanyaan.
  - 18) Ucapan yang terdengar berbeda karena nada tinggi.
- b. Keterampilan social
- 1) Kontak mata buruk dengan orang atau benda.
  - 2) Kurang dalam bermain keterampilan.
  - 3) Menjadi terlalu fokus pada suatu topik atau benda-benda yang menarik bagi mereka.
  - 4) Masalah dalam berteman.
  - 5) Menangis, marah, tertawa, atau tertawa tanpa alasan yang diketahui atau pada waktu yang salah.
  - 6) Menyukai sentuhan atau pelukan.
- c. Reaksi terhadap lingkungan sekitar mereka
- 1) Gerakan tangan goyang, mengepakkan atau lainnya (bergerak sendiri tanpa disadari).
  - 2) Tidak memperhatikan hal-hal yang dilihat atau didengar.
  - 3) Bermasalah terhadap perubahan dalam rutinitas.
  - 4) Menggunakan benda-benda dengan cara yang tidak biasa.
  - 5) Tidak takut terhadap bahaya nyata.

- 6) Menjadi sangat sensitif atau tidak cukup sensitif terhadap sentuhan, cahaya, atau suara (misalnya, tidak menyukai suara keras atau hanya merespons ketika suara yang sangat keras, disebut juga gangguan integrasi sensorik).
- d. Kesulitan makan (hanya menerima makanan yang dipilih, menolak tekstur makanan tertentu).
- e. Gangguan tidur.

**4. Menurut Childhood Autisme Rating Scale “CARS”, autisme dibagi menjadi tiga tingkatan yaitu:**

a. Autisme Ringan

Pada kondisi ini anak autisme masih menunjukkan adanya kontak mata walaupun tidak berlangsung lama. Anak autisme ini dapat memberikan sedikit respon ketika dipanggil namanya, menunjukkan ekspresi-ekspresi muka dan dalam berkomunikasi dua arah meskipun terjadinya hanya sesekali.

b. Autisme Sedang

Pada kondisi ini anak autisme masih menunjukkan sedikit kontak mata namun tidak memberikan respon ketika namanya dipanggil. Tindakan agresif atau hiperaktif, menyakiti diri sendiri, acuh dan gangguan motorik yang stereotip cenderung agak sulit untuk dikendalikan tetapi masih bisa dikendalikan.

c. Autisme Berat

Anak autisme yang berada pada kategori ini menunjukkan tindakan-tindakan yang sangat tidak terkendali. Biasanya anak autisme memukul-mukulkan kepalanya ke tembok secara berulang-ulang dan terus menerus tanpa henti. Ketika orang tua berusaha mencegah namun anak tidak memberikan respon dan tetap melakukannya bahkan dalam kondisi berada dipelukan orang tuasnya, anak autisme tetap memukul-mukulkan kepalanya, anak baru berhenti setelah merasa kelelahan kemudian langsung tertidur.

**5. Pencegahan**

- a. Buat rutinitas yang teratur di rumah. Buat jadwal kegiatan rutin dan sebisa mungkin menghindari kegiatan mendadak. Hal ini dapat membantu mengurangi perilaku berulang pada anak autisme.

- b. Selalu buat catatan mengenai berbagai perilaku dan gejala yang terjadi pada pasien selama masa perawatan untuk dilaporkan ke dokter.
- c. Buat kegiatan di rumah yang bermanfaat. Misalnya membaca buku bersama untuk membantunya mengolah bahasa dan kata atau mengenalkannya pada bunyi-bunyian dari benda yang ada di sekitar untuk mengurangi tingkat kepekaan pasien pada bunyi-bunyian normal.
- d. Penuhi kebutuhan pasien sesuai dengan kondisinya. Tidak hanya pengobatan dan pemenuhan nutrisi, anak autisme tetap membutuhkan pendidikan. Cari sekolah khusus dan pengajar terlatih yang bisa membantunya.
- e. Mengikuti komunitas autisme. Terjun ke dalam suatu komunitas bisa membantu orangtua atau pengasuh untuk memperbanyak pengetahuan seputar kelainan neurologis ini, termasuk berbagai cara merawatnya.

## 6. Perawatan

- a. Terapi perilaku dan komunikasi

Terapi ini akan memberikan sejumlah pengajaran pada anak, termasuk kemampuan dasar sehari-hari, baik verbal maupun nonverbal. Berikut adalah beberapa jenis contoh dari terapi perilaku dan komunikasi

- 1) Analisis perilaku terapan (ABA) untuk meningkatkan perilaku positif dan mencegah perilaku negative
- 2) Terapi okupasi, yang bertujuan untuk membantu ketrampilan hidup seperti berpakaian, makan, dan berhubungan dengan orang lain.
- 3) Terapi wicara, untuk meningkatkan keterampilan komunikasi penyandang kelainan ini
- 4) Kelompok keterampilan social, untuk melatih keterampilan social dalam lingkunga yang terstruktur
- 5) Terapi integrasi sensorik, guna membantu seseorang yang memiliki masalah dengan sentuhan atau pemandangan atau suara

- 6) Relationship development intervention (RDI) melibatkan aktivitas yang meningkatkan motivasi, minat, dan kemampuan untuk berpartisipasi dalam interaksi social bersama.
- b. Terapi keluarga  
Terapi ini bertujuan untuk orang tua dan keluarga pengidap autisme. Tujuannya adalah agar keluarga bisa belajar cara berinteraksi dengan pengidap dan juga mengajarkan pengidap berbicara serta berperilaku normal.
- c. Pemberian obat-obatan  
Langkah ini bertujuan untuk mengendalikan gejala. Tergantung dari tanda yang terjadi pada Si Kecil, dokter akan merekomendasikan beberapa jenis obat, contohnya:
  - 1) Melatonin untuk mengatasi masalah tidur
  - 2) Obat anti kejang untuk mengatasi kejang
  - 3) Obat antipsikotik untuk mengatasi perilaku
  - 4) Antidepresan untuk meredakan depresi
- d. Perawatan tambahan  
Untuk meringankan gejala autisme, beberapa perawatan tambahan mungkin direkomendasikan. Beberapa perawatan tambahan yang biasanya dilakukan, meliputi berikut ini.
  - 1) Terapi nutrisi, yakni pemenuhan nutrisi tertentu yang dibutuhkan sekaligus membantu pasien dari kebiasaan makan yang tidak sehat.
  - 2) Chelation, yaitu perawatan khusus untuk menghilangkan logam berat di dalam tubuh. Sayangnya, pengobatan ini sangat berisiko sehingga perlu pertimbangan yang matang jika ingin dilakukan.

## 7. Diagnosis

- a. Autisme sulit untuk dideteksi karena tidak ada pemeriksaan medis khusus yang dapat mendiagnosa kondisi ini. pemantauan perilaku dan perkembangan anak, serta menanyakan gejala yang berkaitan kepada keluarganya.
- b. Menggunakan kriteria dari DSM-5 untuk membantu menegakkan diagnosis autisme. Berdasarkan DSM-5 (*diagnostic and statistical manual of mental disorders* edisi kelima), ciri-ciri autisme adalah:
  - 1) Kurang dalam berkomunikasi dan interaksi sosial.

- 2) Memiliki perilaku, minat, serta menjalani aktivitas yang berulang-ulang dan terbatas atau RRBs (restricted repetitive behaviors).
- 3) Autisme biasanya dapat didiagnosis mulai dari usia 18 bulan, namun tak jarang pula terdeteksi ketika anak berusia 2-3 tahun. Meski begitu, kondisi autisme pada beberapa anak terkadang tidak terdiagnosis hingga mereka menginjak remaja atau dewasa. Akibatnya, mereka tidak bisa mendapatkan penanganan lebih dini.

## **8. Asuhan Keperawatan Anak Dengan Autisme**

### a. Pengkajian

- 1) Riwayat gangguan psikiatri /jiwa pada keluarga
- 2) Riwayat keluarga yang terkena autisme
- 3) Riwayat kesehatan ketika anak dalam kandungan
- 4) Status perkembangan anak
  - a) Anak sulit focus pada objek dan sulit mengenal bagian tubuh
  - b) Anak kurang merespon orang lain
  - c) Anak mengalami kesulitan dalam belajar
  - d) Anak sulit menggunakan ekspresi non verbal
  - e) Keterbatasan kognitif
- 5) Pemeriksaan fisik
  - a) Tidak ada kontak mata pada anak
  - b) Anak tertarik pada sentuhan (menyentuh/disentuh)
  - c) Terdapat ekolalia
  - d) Tidak ada ekspresi nonverbal
  - e) Sulit focus pada objek semula bila anak berpaling keobjek lain
  - f) Peka terhadap bau

### b. Diagnosa Keperawatan

- 1) Gangguan interaksi social berhubungan dengan defisiensi bicara
- 2) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan neuromuskuler
- 3) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
- 4) Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan defisiensi stimulus

### c. Intervensi Keperawatan

- 1) Gangguan interaksi social berhubungan dengan defisiensi bicara

- a) Observasi
    - (1) Identifikasi penyebab kurangnya ketrampilan social
    - (2) Identifikasi focus pelatihan ketrampilan sosial
  - b) Terapeutik
    - (1) Motivasi untuk berlatih ketrampilan social
    - (2) Beri umpan balik positif (misalnya pujian) terhadap kemampuan sosialisasi
    - (3) Libatkan keluarga selama latihan keterampilan sosial
  - c) Edukasi
    - (1) Jelaskan tujuan melalui ketrampilan social
    - (2) Edukasi keluarga untuk dukungan ketrampilan social
    - (3) Latih ketrampilan social secara bertahap
- 2) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan neuromuskuler
- a) Observasi
    - (1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
    - (2) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi
  - b) Terapeutik
    - (1) Gunakan metode komunikasi alternatif (misalnya: Menulis, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan dan computer)
    - (2) Lakukan terapi wicara
  - c) Edukasi
    - (1) Anjurkan berbicara perlahan
    - (2) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologi yang berhubungan dengan kemampuan berbicara
    - (3) Ajarkan terapi wicara
  - d) Kolaborasi
    - (1) Rujuk ke Ahli patologi bicara atau terapis.
- 3) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
- a) Observasi
    - (1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misalnya kondisi, stressor)

- (2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
  - (3) Monitor tanda – tanda ansietas (verbal dan nonverbal)
- b) Terapeutik
    - (1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
    - (2) Dengarkan dengan penuh perhatian
    - (3) Gunakan pendekatan yang tenang dan menyakinkan
- c) Edukasi
    - (1) Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis
    - (2) Ajarkan keluarga untuk tetap Bersama anak
    - (3) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
    - (4) Latih Teknik relaksasi
- 4) Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan defisiensi stimulus
    - a) Observasi
      - (1) Identifikasi kebutuhan khusus anak dan kemampuan adaptasi
    - b) Terapeutik
      - (1) Dukung anak mengekspresikan perasaan secara positif
      - (2) Dukung anak berinteraksi dengan anak lain
    - c) Edukasi
      - (1) Jelaskan nama – nama benda obyek yang ada di lingkungan sekitar
      - (2) Ajarkan terapi ABA (*Applied Behavior Analysis*)
      - (3) Ajarkan terapi bermain
    - d) Kolaborasi
      - Rujuk untuk konseling

## B. Gangguan Pemusatkan Perhatian/Hiperaktif (GPPH)/Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

### 1. Pengertian

*Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD) adalah gangguan mental yang menyebabkan anak kesulitan memusatkan perhatian, serta memiliki perilaku impulsive dan hiperaktif.

Anak dengan gangguan pemusatkan perhatian secara umum disebut sebagai anak hiperaktif. ADHD merupakan *syndrome* bawaan lahir. Anak

yang lahir dari keluarga pemilik riwayat ADHD memiliki resiko tinggi menderita gangguan ADHD.

Istilah medis untuk gangguan mental berupa perilaku impulsif dan hiperaktif.

## 2. Penyebab

Penyebab utama ADHD masih belum diketahui secara pasti sampai saat ini. Akan tetapi masalah kesehatan mental ini bias muncul karena ketidakseimbangan senyawa kimia (neurotransmitter) dalam otak. Beberapa kondisi berikut ini yang bisa menyebabkan *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*:

a. Genetik

Faktor genetik memiliki peran penting dalam perkembangan kondisi ini. Jika ada riwayat ADHD dalam keluarga, risiko untuk mengembangkan gangguan ini cenderung lebih tinggi

b. Fungsi dan struktur otak

Anak dengan riwayat gangguan neurologis atau kesehatan mental lainnya, seperti gangguan bipolar atau gangguan spektrum autisme, dapat memiliki risiko lebih tinggi mengembangkan ADHD

c. Paparan neurotoksin selama kehamilan

d. Merokok dan mengkonsumsi alcohol selama kehamilan

Faktor selama masa kehamilan, seperti paparan zat beracun, penggunaan alkohol atau obat-obatan terlarang, dan stres berlebihan pada ibu hamil, dapat meningkatkan risiko ADHD pada anak.

e. Kelahiran Prematur atau Berat Badan Lahir Rendah

Anak yang lahir prematur atau dengan berat badan lahir rendah (BBLR) memiliki risiko lebih tinggi terhadap perkembangan ADHD

f. Factor lingkungan.

Lingkungan yang tidak mendukung, stres keluarga, paparan zat-zat kimia beracun, dan kurangnya dukungan sosial dapat meningkatkan risiko ADHD. Beberapa penelitian juga menunjukkan adanya hubungan antara polusi udara dan peningkatan risiko ADHD pada anak-anak.

g. Kurang gizi dan istirahat

Gizi yang tidak mencukupi atau defisiensi gizi tertentu selama masa pertumbuhan dan perkembangan anak dapat memengaruhi fungsi

otak dan mempengaruhi risiko ADHD. Kurang tidur atau gangguan tidur pada anak juga dapat memengaruhi konsentrasi dan perilaku, yang berkaitan dengan gejala ADHD.

### **3. Tanda Gejala**

Gejala utama dari gangguan kesehatan ini yaitu kurangnya perhatian, tindakan hiperaktif-impulsif, atau gabungan keduanya. ADHD umumnya muncul pada anak usia di bawah 12 tahun. Namun, pada banyak kasus, gejala ADHD juga sudah dapat terlihat sejak anak berusia 3 tahun. ADHD yang terjadi pada anak-anak dapat terbawa hingga dewasa

a. Gejala ADHD pada Anak secara umum:

- 1) ADHD membuat anak-anak kesulitan untuk memusatkan perhatian pada satu hal dalam satu waktu
- 2) Anak – anak dengan ADHD memiliki masalah konsentrasi dan perhatian.
- 3) Kesulitan untuk tetap memperhatikan atau teratur
- 4) Memiliki kegelisahan yang berlebihan
- 5) Mempunyai masalah dengan pengendalian diri atau perilaku impulsif
- 6) Anak sulit berfokus pada aktivitas dan menjadi mudah terganggu
- 7) Rentang perhatian yang rendah saat bermain atau mengerjakan tugas sekolah
- 8) Anak menjadi gelisah dan kesulitan duduk diam
- 9) Selalu membutuhkan gerakan atau sering berlarian
- 10) Berbicara berlebih dan menyela orang lain

b. Gejala ADHD pada Remaja

Remaja dengan masalah ini biasanya menunjukkan beberapa gejala seperti berikut:

- 1) Kesulitan focus pada tugas sekolah atau pekerjaan lain
- 2) Sering melakukan kesalahan saat melakukan tugas atau pekerjaan
- 3) Mengalami kesulitan dalam menyelesaikan tugas, terutama tugas sekolah atau pekerjaan rumah
- 4) Memiliki masalah dengan organisasi dan managemen waktu
- 5) Sering melupakan barang atau kehilangan barang pribadi

- 6) Kerap menghindari tugas atau pekerjaan yang melelahkan secara mental
- 7) Kesulitan menavigasi hubungan social dan keluarga
- 8) Mengalami peningkatan frustasi dan kepekaan emosional

#### **4. Pembagian ADHD**

##### a. Dominan Inatentif

- 1) Tipe ini memiliki ciri sulit untuk menaruh perhatian penuh pada satu hal dalam satu waktu. Anak – anak dengan kondisi ini cenderung tidak bias memperhatikan dengan baik.
- 2) Kesulitan memperhatikan focus
- 3) Gagal focus pada hal detail
- 4) Terlihat tidak mendengarkan
- 5) Kesulitan mengikuti instruksi
- 6) Kesulitan mengorganisasi
- 7) Sering kehilangan barang

##### b. Dominan Hiperaktif – Impulsif

Tipe ini biasanya muncul dengan masalah hiperaktivitas, bersamaan dengan perilaku impulsive serta menunjukkan masalah kurangnya perhatian. Hiperaktivitas berarti anak merasa gelisah, tidak bisa diam, memiliki banyak energi, dan terlalu banyak berbicara. Impulsivitas berarti anak sering menginterupsi orang lain dan bertindak tanpa berpikir terlebih dahulu.

##### c. Kombinasi Hiperaktif – Impulsif dan inatentif

Jenis ini menunjukkan ciri hiperaktif impulsif, dan tidak dapat memperhatikan dengan baik. Anak dengan jenis ADHD ini menunjukkan setidaknya gejala dari kedua jenis ADHD di atas secara seimbang

#### **5. Pencegahan**

Tidak ada pencegahan spesifik yang bisa dilakukan terhadap kondisi ADHD. Namun, risiko gangguan mental ini bisa orang tua kurangi,

##### a. Mulailah sedini mungkin dari masa kehamilan.

Ibu hamil sebaiknya tidak merokok, tidak mengonsumsi minuman beralkohol dan obat-obatan terlarang, serta sebisa mungkin menjauhkan anak dari asap rokok serta paparan zat beracun yang bisa membahayakan kesehatan.

- b. Konsumsi makanan bergizi seimbang yang dapat berpengaruh pada perkembangan otak dan fungsi kognitif.
- c. Hindari makanan tinggi gula dan *junk food* serta pastikan untuk menyertakan buah – buahan, sayuran, biji – bijian, dan protein sehat dalam makanan sehari – hari.
- d. Olahraga ringan terbukti bisa mencegah komplikasi selama kehamilan.
- e. Kurangi stress dengan cara melakukan hobi, berolahraga ringan atau berlatih teknik relaksasi.

## 6. Pengobatan

Therapy atau pengobatan untuk mengendalikan ADHD pada anak, diantaranya adalah dengan:

- a. Terapi farmakologi (Terapi Pengobatan) dengan menggunakan obat stimulan methylphenidate dan amphetamine sulphate dan obat non stimulan seperti atomoxetine.

Obat *methylphenidate* yang memang umum untuk mengatasi ADHD. Obat satu ini bekerja dengan membuat kadar senyawa kimia pada otak menjadi lebih seimbang. Dengan demikian, gejala yang muncul bisa berkurang. Obat *methylphenidate* terbilang aman untuk anak. Terapi non farmakologi (Terapi non pengobatan) yaitu dengan *neurofeedback*.

### 1) Psikoterapi

Metode pengobatan lainnya adalah psikoterapi. Tidak hanya mengobati kondisi ini, terapi juga bermanfaat untuk mengobati masalah kejiwaan lain yang bisa muncul dengan ADHD, misalnya depresi

- 2) *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) atau terapi perilaku kognitif  
Terapi perilaku kognitif memiliki tujuan utama untuk membantu pengidap sehingga dapat mengubah perilaku dan pola pikir mereka ketika sedang berada pada kondisi atau permasalahan tertentu.

### 3) Terapi Psikoedukasi

Terapi psikoedukasi. Ketika menjalani terapi ini, psikiater akan mengajak anak untuk bercerita. Misalnya, kesulitan anak dalam menghadapi kondisi tersebut. Melalui terapi ini, psikiater

berharap anak bisa mendapatkan cara terbaik untuk mengatasi gejala yang muncul.

4) Terapi interaksi social

Terapi interaksi sosial yang bisa membantu anak untuk mengetahui perilaku sosial yang pas untuk kondisinya saat ini.

Beberapa materi terapi interaksi social sebagai berikut:

- a) Cara tepat memberikan pujian sebagai bentuk dukungan untuk anak
- b) Solusi ketika anak menunjukkan perilaku buruk
- c) Memberikan arahan kegiatan anak yang sesuai dengan kapabilitasnya

## 7. Komplikasi ADHD

ADHD yang tidak segera mendapat penanganan dapat mempersulit kehidupan anak dan remaja. Mereka bisa mengalami beberapa kondisi berikut:

- a. Anak sering kesulitan berada dalam kelas, sehingga menyebabkan kegagalan akademik serta penilaian oleh anak lain dan orang dewasa.
- b. Cenderung mengalami lebih banyak kecelakaan atau cedera daripada anak – anak yang tidak mengalaminya
- c. Memiliki harga diri yang buruk
- d. Mengalami kesulitan berinteraksi dan penerimaan dalam pertemuan sebaya dan orang dewasa.

## 8. Asuhan Keperawatan Anak Dengan ADHD

a. Pengkajian

- 1) Riwayat keluarga melalui wawancara atau genogram
  - a) Apakah anak tersebut lahir premature
  - b) Apakah anak mengalami berat badan lahir rendah (BBLR), anoreksia
- 2) Kaji Riwayat perilaku anak
  - a) Anak sukar menjadi tenang pada waktu akan tidur
  - b) Kesulitan makan dan tidur
  - c) Laporan – laporan akademik serta tingkah laku didalam kelas

b. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Interaksi social berhubungan dengan defisiensi bicara

c. Intervensi

- 1) Observasi

- a) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
  - b) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologi yang berkaitan dengan bicara (misal: memori, pendengaran, dan bahasa)
  - c) Monitor frustasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara
  - d) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi
- 2) Terapeutik
    - a) Gunakan metode komunikasi alternatif (misal: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan computer)
    - b) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)
    - c) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
    - d) Ulangi apa yang disampaikan anak
    - e) Berikan dukungan psikologis
    - f) Gunakan juru bicara bila perlu
  - 3) Edukasi
    - a) Anjurkan bicara perlahan
    - b) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara
  - 4) Kolaborasi  
Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

## C. *Down Syndrome*

### 1. Pengertian

Kelainan genetik yang paling sering terjadi dan lebih dikenal sebagai kelainan genetic trisomi, dimana terdapat tambahan kromosom pada kromosom 21. Kromosom ekstra tersebut menyebabkan jumlah protein tertentu juga berlebih sehingga mengganggu pertumbuhan normal dari tubuh dan menyebabkan perubahan perkembangan otak

## **2. Penyebab**

Penyebab *down syndrome* hingga saat ini belum dapat dipastikan. Pada kebanyakan kasus, sindrom ini tidak diturunkan, tapi terjadi karena mutasi genetik pada sperma atau sel telur. *Down syndrome* disebabkan oleh kelainan genetik, dimana terdapat tambahan kromosom pada sel. Normalnya, sel hanya memiliki sepasang atau dua buah kromosom dengan jumlah 46 kromosom. Namun pada *down syndrome* terdapat 3 buah kromosom nomor 21, sehingga penyakit ini juga disebut trisomi 21 (total 47 kromosom).

Beberapa faktor penyebab *Down syndrome*:

- a. Usia ibu lebih dari 35 tahun

Semakin tua usia ibu saat hamil, semakin tinggi pula risiko memiliki anak *down syndrome*. Peluang wanita melahirkan bayi dengan kondisi *down syndrome* meningkat seiring pertambahan usia. Pasalnya, telur yang lebih tua berisiko lebih besar pula untuk mutasi kromosom.

- b. Genetik

Sekitar 4% kasus *down syndrome* berasal dari hasil genetik warisan salah satu orang tua. Menurut Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, risiko salah satu orang tua menurunkan *down syndrome* sangat bergantung pada jenis kelamin pembawa kromosom 21 yang telah disusun ulang, antara lain:

- 1) Jika pihak ayah yang menjadi agen pembawa (carrier), maka tingginya risiko bayi mengalami *down syndrome* yaitu sekitar 3%.
- 2) Jika pihak ibu yang menjadi agen pembawa (carrier), maka tingginya risiko bayi mengalami *down syndrome* yaitu sekitar 10-15%.

- c. Riwayat Melahirkan Bayi *Down Syndrome*

Ibu hamil yang sebelumnya pernah mengandung bayi *down syndrome* memiliki peluang lebih besar mengandung kembali bayi dengan *down syndrome*.

- d. Kurang Asupan Asam Folat

Kekurangan asam folat pada ibu hamil dapat mengganggu pembentukan kromosom. Maka dari itu, ibu hamil disarankan untuk selalu mengonsumsi makanan dengan gizi seimbang, utamanya

mengandung asam folat seperti sayuran hijau, kuning telur, biji-bijian dan kacang-kacangan.

e. Paparan Kimia dan Zat Asing

Terlalu banyak paparan kimia dan zat asing yang diterima ibu hamil dapat meningkatkan risiko bayi terkena down syndrome. Paparan kimia dan zat asing yang dimaksud antara lain asap rokok, asap kendaraan, asap industri, dan produk kosmetik berbahaya kimia. Sebaiknya ibu hamil lebih memperhatikan kebersihan udara di lingkungan sekitar sekaligus mengganti kosmetik berbahaya kimia dengan kosmetik berbahaya organic.

### 3. Tanda Gejala

Penderita *Down syndrome* memiliki gejala dan ciri fisik yang dapat diketahui, gejala ini bisa terdeteksi sebelum bayi lahir dan sesudah bayi lahir. Beberapa gejala yang dapat terdeteksi sebelum lahir, yaitu:

- a. Bertubuh pendek
- b. Ukuran kepala lebih kecil (*mikrosefalus*)
- c. Bagian kepala belakang datar
- d. Mata miring ke atas dan ke luar
- e. Sudut mata luar naik keatas
- f. Mulut kecil
- g. Bagian hidung kecil dan tulang hidung rata
- h. Bentuk telinga kecil atau tidak normal
- i. Lidah menonjol keluar
- j. Lidah pecah-pecah
- k. Berat dan panjang ketika lahir dibawah berat dan panjang pada umumnya
- l. Telapak tangan hanya memiliki satu lipatan
- m. Tangan lebar dengan ukuran jari pendek
- n. Terdapat jarak yang luas antara jari kaki pertama dan kedua
- o. Kemampuan belajar yang lebih rendah dibandingkan anak normal
- p. Perkembangan yang lebih lambat dibandingkan anak normal (duduk, berdiri, berjalan, dan berbicara)

### 4. Jenis *Down Syndrome*

- a. *Translocation*

Tipe ini terjadi sekitar 4 penderita *down syndrome*. Translocation merupakan tipe yang jarang terjadi yang mungkin diturunkan dari orangtua pada anak – anak.

b. *Mosaicism*

Tipe yang paling jarang terjadi ini mempunyai kondisi yang lebih ringan dengan mengalami hambatan pertumbuhan sedikit.

c. *Trisomy 21*

Trimosy 21 ini paling sering terjadi dan dialami lebih dari 90% anak penderita *down syndrome*

## 5. Komplikasi

Bayi yang lahir dengan *Down syndrome* mungkin lahir dengan masalah fisik dan beresiko tinggi alami masalah kesehatan dimasa depan. Kemungkinan komplikasi yang bisa terjadi antara lain:

- a. Gangguan pada jantung
- b. Masalah pada pendengaran dan penglihatan
- c. Gangguan gastrointestinal
- d. Obesitas
- e. Masalah pernapasan
- f. Tiroid yang kurang aktif
- g. Kejang
- h. Leukemia sejak dini
- i. Dimensia sejak dini

## 6. Pencegahan

Belum diketahui cara untuk mencegah terjadinya *down syndrome* atau tidak ada tindakan yang dapat dilakukan untuk mencegah *down syndrome*. Yang dapat dilakukan adalah menghindari segala faktor risiko saat kehamilan. Misalnya, hamil pada usia yang disarankan (hindari hamil di atas usia 35 tahun). Selain itu, jika memiliki anak dengan *down syndrome*, sebaiknya orang tua melakukan pemeriksaan genetik dan konseling agar dapat berupaya menghindari anak kedua lahir dengan kondisi serupa.

## 7. Pengobatan

*Down syndrome* tidak dapat disembuhkan, akan tetapi penderitanya harus tetap diobati agar penderitanya tetap bisa menjalani kehidupan secara mandiri dalam kesehariannya. Pengobatan yang bias dilakukan yaitu:

- a. Fisioterapi
- b. Terapi bicara
- c. Terapi perilaku
- d. Terapi okupasi

Beberapa aktivitas yang bisa dilakukan orang tua untuk menstimulasi anak - anak dengan Down Syndrome ini antara lain adalah sebagai berikut:

- a. Orang tua mengajak anak bernyanyi, membacakan cerita, menunjukkan buku buku bergambar penuh warna
- b. Anak diberi kesempatan bermain dan berinteraksi dengan anak-anak lain
- c. Memberikan kesempatan kepada anak untuk mengeksplorasi benda dan kejadian disekitarnya
- d. Orang tua memahami cara memposisikan dan perawatan anak
- e. Fokus pada perkembangan kontrol postur (kemampuan mengontrol kepala dan tubuh)
- f. Perkembangan kontrol postur, stabilitas gelang bahu dan penguatan anggota gerak dengan aktivitas permainan
- g. Latihan kebugaran dan penguatan otot sesuai usia anak, bersifat menyenangkan dan bervariasi, misalkan bersepeda, berenang, jogging dan bermain di taman.
- h. Penggunaan gerakan tubuh untuk komunikasi
- i. Memberikan orientasi nama dan stimulus suara orang yang akrab dengan anak

## 8. Diagnosis *Down Syndrome*

Biasanya penderita *down syndrome* akan dapat didiagnosis sejak lahir. Para orang tua bahkan sudah dapat mengetahuinya ketika bayi masih di dalam kandungan.

Beberapa metode untuk mendiagnosis *down syndrome* antara lain:

- a. Pemeriksaan Fisik Saat Lahir  
Pemeriksaan dengan melihat gejala fisik dari bayi seperti bentuk wajah dan kekuatan otot.
- b. Ultrasonografi (USG)  
Pemeriksaan USG sebagai *screening* (fetomaternal) dapat dilakukan untuk mendeteksi adanya kelainan pada bayi sejak dalam kandungan.

- c. *Chorionic Villus Sampling (CVS)*.

*Chorionic Villus Sampling* adalah pemeriksaan sampel dari tali pusat janin pada usia kandungan 11–14 minggu.

- d. *Amniocentesis*

Pemeriksaan dengan menggunakan sampel dari air ketuban ibu pada usia kandungan 15–20 minggu.

## 9. Asuhan Keperawatan Anak dengan *Down Syndrome*

- a. Pengkajian

- 1) Riwayat Kesehatan

- a) Biasanya diawali dari pengalaman dan perasaan cemas ibu klien yang melihat pertumbuhan dan perkembangan anaknya yang terlambat tidak sesuai dengan usianya.

- b) Pengkajian riwayat antenatal, natal dan post natal.

- 2) Pemeriksaan fisik

- a) Kepala tengkorak bulat dan kecil, *fontanel anterior* membesar, rambut jarang

- b) Wajah datar

- c) Pada mata celah palpebral miring (ke atas, miring ke luar), terdapat lipatan bulu mata pendek dan jarang

- d) Hidung kecil

- e) Telinga kecil

- f) Mulut terdapat langit – langit tinggi, melengkung dan sempit

- g) Leher pendek dan lebar

- h) Tangan lebar dan pendek, jari gemuk dan jari kelima yang melengkung.

- i) Kaki lebar, gemuk dan pendek.

- j) Tubuh pendek

- k) Kulit kering, sering pecah – pecah dan berbintik – bitnik

- b. Diagnosa Keperawatan

Deficit perawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal

- c. Intervensi

- 1) Deficit perawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal

- a) Observasi

- (1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan sesuai usia

- (2) Monitor tingkat kemandirian
  - (3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, pakaian, berhias, dan makan.
- b) Terapeutik
- (1) Sediakan lingkungan yang terapeutik
  - (2) Siapkan keperluan pribadi (parfum, sabun, pakaian)
  - (3) Damping dalam melakukan perawatan hingga mandiri
  - (4) Jadwalkan rutinitas perawatan diri
- c) Edukasi
- Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

## D. Retardasi Mental

### 1. Pengertian

Anak dengan retardasi mental adalah anak yang memiliki level fungsi intelektual jauh dibawah rata – rata (berdasarkan hasil tes standar kecerdasan intelektual) dan memiliki keterbatasan yang signifikan dalam keterampilan hidup sehari – hari (fungsi adaptif). Retardasi mental disebut juga dengan *intellectual disability* yang umumnya terjadi pada anak sebelum berusia 18 tahun (masa perkembangan).

### 2. Penyebab

Retardasi mental terjadi akibat gangguan pada perkembangan otak. Akan tetapi, pada kasus tertentu, penyebab retardasi mental tidak diketahui secara pasti.

Beberapa kondisi yang dapat mengakibatkan gangguan pada perkembangan otak anak adalah:

- a. Cedera kepala, misalnya karena kecelakaan lalu lintas atau olahraga
- b. Hampir meninggal karena tenggelam
- c. Kekurangan gizi berat saat bayi
- d. Gangguan saat proses melahirkan, misalnya bayi terlahir prematur atau kekurangan oksigen
- e. Kelainan genetik, seperti *sindrom Down* atau sindrom *fragile X*
- f. Penyakit yang memengaruhi fungsi otak, misalnya infeksi otak (seperti meningitis), lumpuh otak (*cerebral palsy*), atau tumor otak
- g. Gangguan saat di dalam kandungan, seperti kekurangan nutrisi selama hamil, infeksi, konsumsi minuman beralkohol ketika hamil, penggunaan obat-obatan, atau preeklamsia

h. Paparan zat beracun

### 3. Tanda Gejala

Gejala retardasi mental berbeda-beda pada setiap penderita, tergantung pada tingkat keparahannya. Namun, penderita retardasi mental pada umumnya akan mengalami masalah untuk menjalani aktivitasnya dengan mandiri. Makin berat derajat retardasi mental, makin berat pula tantangannya.

Tingkat keparahan retardasi mental dikategorikan berdasarkan nilai IQ penderita. Berikut rinciannya:

- a. Ringan, dengan nilai IQ sekitar 50–69
- b. Sedang, dengan nilai IQ sekitar 35–49
- c. Berat, dengan nilai IQ sekitar 20–34
- d. Sangat berat, dengan nilai IQ di bawah 20

Beberapa gejala umum yang dapat dialami penderita retardasi mental adalah:

- a. Kesulitan berbicara
- b. Kemampuan untuk duduk, merangkak, atau berjalan sendiri yang lebih lambat dicapai bila dibandingkan dengan anak-anak lain
- c. Kesulitan dalam mempelajari kegiatan sehari-hari, seperti berpakaian atau makan
- d. Kesulitan dalam mengendalikan emosi, seperti mudah marah
- e. Kesusahan mengenali situasi mana yang membahayakannya
- f. Penalaran yang buruk dan sulit memecahkan suatu masalah
- g. Daya ingat yang buruk

Pada anak retardasi mental yang berat, gejala lain juga dapat muncul, seperti kejang, gangguan penglihatan, gangguan pengendalian gerak tubuh, atau gangguan pendengaran.

### 4. Jenis Retardasi Mental

Retardasi mental berdasarkan derajat keparahannya saat diukur dengan uji intelegensi dengan melihat intelligence quotient (IQ) dibagi menjadi 4 golongan dengan ciri sebagai berikut:

- a. *Mild retardation* / retardasi mental ringan (IQ 50–69)
  - 1) Anak masih dapat dididik.
  - 2) Mengalami gangguan Bahasa namun masih bisa dalam penggunaan bahasa sehari – hari.
  - 3) Mampu mengurus diri dengan mandiri.

- 4) Perkembangan sedikit lebih lambat.
  - 5) Kesulitan akademik (membaca dan menulis).
  - 6) Kesulitan menyesuaikan diri dengan tradisi setempat.
- b. *Moderate retardation / retardasi mental sedang (IQ 35-49)*
- 1) Dapat dilatih.
  - 2) Perlambatan pemahaman dan bahasa.
  - 3) Gangguan dalam mengurus diri dan keterampilan motorik.
  - 4) Membutuhkan pengawasan.
  - 5) Ketertinggalan saat di sekolah (sebagian bisa berhitung, menulis dan membaca).
- c. *Severe retardation / retardasi mental berat (IQ 20 – 34 )*
- 1) Menyerupai retardasi mental sedang.
  - 2) Terdapat defisit neurologis dan gangguan motorik yang bermakna.
- d. *Profound retardation / retardasi mental sangat berat (IQ <20)*
- 1) Tidak mengerti instruksi.
  - 2) Mobilitas terbatas.
  - 3) Bentuk komunikasi non verbal.

## 5. Komplikasi

Jika tidak ditangani, retardasi mental dapat mengganggu aktivitas sehari-hari penderita. Hal ini dapat memengaruhi kualitas hidupnya dan menimbulkan beberapa komplikasi berikut:

- a. Gangguan kecemasan
- b. Frustasi
- c. Depresi
- d. Perilaku yang tidak kooperatif, seperti mudah marah, suka menantang, atau menyakiti diri sendiri
- e. Perilaku mengulang gerakan, suara, atau kata-kata

## 6. Diagnosis Retardasi Mental

- a. Tes darah  
Untuk mendeteksi masalah kesehatan dengan meneliti sampel darah
- b. Tes urine  
Untuk memeriksa gangguan kesehatan dengan mengecek sampel urine
- c. Tes genetic  
Untuk mendeteksi apakah pasien menderita kelainan genetik

- d. Pemindaian dengan CT scan atau MRI  
Untuk memeriksa kelainan pada otak
- e. Elektroensefalografi (EEG)  
Untuk mengukur aktivitas listrik otak jika terjadi kejang
- f. Pada Ibu hamil pemeriksaan USG atau pengambilan sampel air ketuban (*amniocentesis*)  
Untuk mendeteksi kelainan genetik pada janin.

## 7. Pencegahan

Retardasi mental sulit dicegah. Namun ibu hamil dapat melakukan beberapa hal guna mengurangi risiko anak terlahir dengan retardasi mental, antara lain:

- a. Tidak merokok
- b. Menghindari konsumsi minuman beralkohol selama masa kehamilan
- c. Melakukan pemeriksaan rutin ke dokter untuk memantau perkembangan janin
- d. Mengonsumsi vitamin sesuai dengan kebutuhan
- e. Menjalani vaksinasi untuk menghindari infeksi tertentu

## 8. Perawatan

Retardasi mental merupakan disabilitas yang berlangsung seumur hidup dan tidak bisa disembuhkan. Ada beberapa terapi khusus untuk mengembangkan kemampuan anak agar dapat menjalani aktivitas sehari-hari secara mandiri seperti:

- a. Terapi okupasi (TO)  
Untuk mengajarkan anak cara mengerjakan aktivitas sehari-hari, seperti makan, mandi, dan berpakaian
- b. Terapi wicara (TW)  
Untuk membantu anak dalam mengembangkan kemampuan berkomunikasi
- c. Terapi perilaku  
Digunakan untuk mengubah perilaku anak menjadi lebih positif
- d. Terapi fisik  
Terapi fisik berfungsi untuk melatih anak dalam meningkatkan fungsi gerak tubuh

Tindakan yang diberikan antara lain:

- a. Obat antikonvulsan, untuk menangani kejang

- b. Obat pelemas otot, untuk mengatasi gangguan pengendalian gerak tubuh
- c. Alat bantu dengar, untuk membantu pasien dengan gangguan pendengaran

Orang tua juga dapat membantu perkembangan anak yang menderita retardasi mental dengan melakukan beberapa upaya berikut:

- a. Membimbing anak untuk mencoba hal-hal baru
- b. Mengajarkan anak cara untuk melakukan sesuatu secara mandiri
- c. Memperhatikan perkembangan anak di sekolah atau pada sesi terapi dan membantunya mempelajari ulang apa yang telah dipelajarinya
- d. Mengikutsertakan anak dalam aktivitas kelompok yang membutuhkan kerja sama, komunikasi, dan interaksi
- e. Mencari tahu lebih dalam tentang retardasi mental, baik melalui konsultasi ke dokter maupun orang tua lain yang anaknya memiliki kondisi serupa

## 9. Asuhan Keperawatan Anak Dengan Retardasi Mental

- a. Pengkajian
  - 1) Riwayat Keperawatan
    - a) Keterlambatan perkembangan
    - b) Kesulitan berkomunikasi, tantrum, tidak dapat mengikuti pelajaran disekolah dan sulit mengendalikan emosi.
    - c) Riwayat kehamilan anaknya.  
Riwayat kehamilan ini perlu digali bagaimana kondisi ibu saat hamil, proses kelahiran
    - d) Kondisi bayi setelah lahir.
    - e) Dikaji adanya riwayat retardasi mental ataupun gangguan herediter lainnya dalam keluarganya.
    - f) Riwayat perkembangan anak, coping anak, kemampuan mentolerir frustasi, agresivitas dan pengendalian impuls
  - 2) Pemeriksaan Fisik
    - a) Penampilan wajah yg khas pada anak retardasi mental adalah hipertelorism, batang hidung yang datar, alis menonjol dan lipatan epicanthus.
    - b) Pada bayi baru lahir mungkin ditemukan mikrocephali atau makrocephali, kelainan congenital multiple, gambaran dismorfik dan kesulitan menyusui.

- c) Dapat ditemukan adanya gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan motorik (spastisitas dan hipotonia), gangguan reflex (*hiperreflexia*) dan gerakan – gerakan involunter.
  - d) Irritabilitas atau tidak *responsive* terhadap lingkungan, gangguan system organ utama (pernapasan dan pencernaan)
- 3) Penilaian kemampuan adaptasi, misalnya kemampuan bahasa, bekerja, sosialisasi dan bagaimana merawat diri
  - 4) Pemeriksaan penunjang
    - a) Pemeriksaan IQ  
Pemeriksaan ini dilakukan oleh seorang psikolog
    - b) Pemeriksaan *Elektroencephalography* (EEG)  
Pemeriksaan ini dilakukan jika diindikasikan terhadap riwayat kejang
    - c) Pemeriksaan *Neuroimaging*, seperti MS-CT atau MRI otak  
Untuk mengetahui kelainan struktur otak pada anak dengan retardasi mental
- b. Diagnosa Keperawatan  
Deficit perawatan diri berhubungan gangguan neuromuskuler
  - c. Intervensi
    - 1) Deficit perawatan diri berhubungan gangguan neuromuskuler
      - a) Observasi
        - (1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
        - (2) Monitor tingkat kemandirian
        - (3) Identifikasi kebutuhan alat bantu, kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan
      - b) Terapeutik
        - (1) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi)
        - (2) Siapkan keperluan probadi (mis: parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)
        - (3) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
        - (4) Fasilitas untuk menerima keadaan ketergantungan

- (5) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
  - (6) Jadwal rutinitas perawatan diri
- c) Edukasi
- Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

#### E. Latihan

1. Anak dengan autism berusia 3 tahun terlambat bicara dan kesulitan dalam bahasa, anak hanya mengeluarkan suara tapi tidak jelas, anak tantrum dan suka berteriak. Pada kasus diatas intervensi atau terapi apa yang tepat dilakukan untuk anak tersebut?
  - A. Terapi music
  - B. Terapi wicara
  - C. Terapi okupasi
  - D. Terapi perkembangan
  - E. Terapi keluarga

Jawaban: B
2. Seorang anak Retardasi mental usia 8 tahun mengalami Retardasi Mental ringan dimana anak mempunyai tingkat kemampuan intelektual yang lebih rendah dari rata-rata. Berapakah IQ untuk anak yang mengalami retardasi mental ringan?
  - A. Diatas 85
  - B. 70 -85
  - C. 55 – 70
  - D. 35 – 55
  - E. Dibawah 35

Jawaban: C
3. Seorang anak mengalami kelainan genetik yang menyebabkan anak terlahir memiliki kromosom tambahan atau kromosom ke-21 yang tidak normal, anak memiliki ciri khas berupa keterbelakangan fisik dan mental serta gangguan belajar yang bervariasi dari ringan hingga berat. Pada kasus diatas anak kebutuhan khusus apa?
  - A. Down Syndrom
  - B. Retardasi Mental

- C. Autisme
- D. Tuna Rungu
- E. ADHD

Jawaban: A

4. Seorang anak berkebutuhan khusus dengan ADHP mendapat terapi yang merupakan salah satu penanganan ADHD pada anak yang lebih sesuai bagi anak-anak berusia di bawah 6 tahun. Terapi apakah yang sesuai untuk kasus tersebut?
    - A. Terapi Perilaku
    - B. Terapi Wicara
    - C. Terapi Okupasi
    - D. Terapi Musik
    - E. Terapi Perkembangan
  5. Seorang anak mengalami gangguan autisme karena kembar monogizot dan kembar dizigot. Pada kasus ini anak mengalami autism karena penyebab dari?
    - a. Factor genetic
    - b. Kelainan kromosom
    - c. Neurokimia
    - d. Cedera otak
    - e. Kelahiran prematur
- Jawaban: A

#### F. Rangkuman Materi

Autisme merupakan salah satu jenis ABK yang berpengaruh terhadap kehidupan anak. Perkembangan social dan komunikasi, merupakan gangguan yang paling utama, sama seperti individu yang normal, kelainan pada intelegensi verbal atau Bahasa dan kesulitan dalam mengaktualisasi tingkah laku, secara menetap, keinginan, kesenangan dan rutinitas. Anak autisme memiliki ciri – ciri yaitu: gangguan pada bidang komunikasi verbal dan nonverbal, interaksi social, perilaku, bermain, emosi dan persepsi sensori.

Attention Defisit Hyperactivity Disorder secara istilah adalah hambatan pemusatkan perhatian disertai kondisi hiperaktif. Factor penyebab Attention

Defisit Hyperactivity Disorder belum bisa dipastikan secara pasti. Tidak hanya faktor hereditas saja tetapi bahan – bahan kimia,virus, problem kehamilan dan persalinan serta kondisi yang dapat mengintervensi penyebab rusaknya jaringan otak manusia.

Down syndrom merupakan suatu kondisi yang terjadi akibat kelainan jumlah kromosom yang ditandai dengan adanya kromosom tambahan. Individu dengan down syndrom sering memiliki gangguan dalam perkembangan fisik dan mental, termasuk perkembangan gigi yang terlambat (Bull, 2020). Down syndrom pertama kali dikenal pada tahun 1866 oleh Dr. John Langdon Down dengan ciri-ciri yang khas seperti tinggi badan yang relatif pendek, kepala mengecil, hidung yang datar menyerupai orang Mongolia.

Seorang anak dikatakan menderita retardasi mental apabila memiliki level fungsi intelektual jauh dibawah rata – rata (berdasarkan hasil tes standar kecerdasan intelektual) dan memiliki keterbatasan yang signifikan dalam keterampilan hidup sehari – hari (fungsi adaptif). Retardasi mental disebut juga dengan intellectual disability yang umumnya terjadi pada anak sebelum berusia 18 tahun.

## G. Glosarium

ABA	: <i>Applied Behavior Analysis</i>
ADHD	: <i>Attentionn Defisit Hyperactivity Disorder</i>
ASD	: <i>Autisme Spectrum Disorder</i>
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
CARS	: <i>Childhood Autism Rating Scale</i>
CT-Scan	: <i>Computed Tomography</i>
DSM-5	: <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> Edisi 5)
EEG	: Elektroencephalography
CBT	: <i>Cognitive Behavioral Therapy</i>
IQ	: <i>Intelligence Quotient</i>
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
MS-CT	: <i>Multislice Computed Tomography</i>
RDI	: <i>Relationship Development Intervention</i>
RRBs	: <i>Restricted Repetitive Behaviors</i>
TO	: Terapi Okupasi
TW	: Terapi Wicara

- USG : *Ultrasonografi*  
CVS : *Chorionic Villus Sampling*

## H. Daftar Pustaka

- Bull, M. J. (2020). Down Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 382(24), 2344–2352. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1706537>
- Kartika, Lia; Lameky, Y Vernando; Julianti, Erna; Matongka, Heiwer Yulian dkk. 2023. Asuhan Keperawatan Anak Berkebutuhan Khusus. Yayasan Kita Menulis:: Medan
- Nurfadhillah, S., Mahromiyati, M., Nurkamilah, S., Anggestin, T., Manjaya, R. A. H., & Nasrullah, N. (2021). Analisis Karakteristik Anak Berkebutuhan Khusus (Autisme) di Sekolah Inklusi SDN Cipondoh 3 Kota. Bintang: Jurnal Pendidikan dan Sains. 459-465
- Setiaji, Apri, Cahyo. 2018. Pertumbuhan dan Perkembangan Peserta Didik dan Anak Berkebutuhan Khusus. Media Akademi. Yogyakarta
- Suryani, Eka; Badiah, Atik. 2023. Asuhan Keperawatan Anak Sehat & Berkebutuhan Khusus. Pustaka Baru Press: Yogyakarta
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Definisi dan Tindakan Keperawatan. Dewan Pengurus Pusat PPNI: Jakarta
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat PPNI: Jakarta
- Wahidah, E. Y. (2018). Identifikasi dan Psikoterapi terhadap ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) Perspektif Psikologi Pendidikan Islam Kontemporer. *Millah: Journal of Religious Studies*, 297-318. <https://doi.org/10.20885/millah.vol17.iss2.art6>



## PROFIL PENULIS



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



**Dwi Susilowati, APPd., M.Kes.**, Penulis di lahirkan di Bandung, Pertengahan Juli Tahun 1970. Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan, khususnya ilmu keperawatan atau kesehatan tentang anak dimulai pada tahun 1998 silam. Latar Belakang Penulis yang awalnya mengenyam pendidikan D3 Keperawatan Depkes di Bandung (1989-1992), membuat penulis mengikuti kesempatan yang diberikan pimpinan saat sudah bekerja menjadi ASN di SPKSJ Bogor yang tak lama kemudian berubah menjadi Akper Depkes Bogor untuk mengikuti lanjutan pendidikan di D4 Perawat Pendidik – FK UGM Yogyakarta dan memilih peminatan Keperawatan Anak (1998-1999). Tidak sampai disitu Penulis kemudian berkesempatan pula melanjutkan pendidikan ke jenjang Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat – Universitas Indonesia dan berhasil menyelesaikan studi S2 di jurusan Kesehatan Reproduksi – FKM UI pada tahun 2022. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi Keperawatan Bogor – Poltekkes Kemenkes Bandung (Perubahan dari Akper Depkes Bogor sejak tahun 2001). Penulis juga sering aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian PPNI dan IAKMI Kota Bogor. Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Keperawatan Dasar, Keperawatan Anak, dan Promosi Kesehatan. Selain itu, saat ini penulis juga mulai aktif kembali dalam menulis jurnal penelitian serta menulis buku ajar, book chapter, atau pun artikel ilmiah kesehatan.  
Email Penulis: dwi@staff.poltekkesbandung.ac.id

## **PROFIL PENULIS**



**Dr. Neny Triana, S.Kep.Ns., M.Pd., M.Kep.**, Penulis adalah Dosen tetap Program Studi D3 Keperawatan STIKES Karya Husada Kediri. Lahir di Ponorogo, Jawa Timur 1 April 1972, Penulis konsentrasi pada Keperawatan Anak dengan konsisten pada publikasi hasil-hasil penelitian. Penulis menyelesaikan pendidikan D3 di AKPER Karya Husada Kediri tahun 1996, menyelesaikan S1 Pendidikan di IKIP PGRI Kediri tahun 2000, menyelesaikan D4 Perawat Pendidik peminatan Keperawatan Anak Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 2001, menyelesaikan S2 Pendidikan Manajemen Pendidikan di Universitas Negeri Surabaya (UNESA) tahun 2010, menyelesaikan S2 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta (UMY) tahun 2016, menyelesaikan Program Doktor Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro tahun 2023. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: nenytriana979797@gmail.com



**Siti Rukayah, SKp., M.Kep.**, Lahir di Jakarta, 04 Maret 1978. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Keperawatan, Universitas Indonesia tahun 1996-2000. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Indonesia dan lulus tahun pada tahun 2013. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2000 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Persada Husada Indonesia. Saat ini penulis bekerja di Akademi Keperawatan Berkala Widya Husada mengampu mata kuliah metodologi keperawatan, dokumentasi keperawatan, komunikasi keperawatan, keperawatan dasar dan karya tulis ilmiah. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi penelitian nasional dan internasional serta seminar ilmiah. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: audiaukay@yahoo.com  
Motto: "Teachers can open the door, but you must enter it yourself."

## PROFIL PENULIS



**Mintje M Nendissa, S.Pd., S.Kep., M.Kes.**, lahir di Ambon, pada 26 Mei 1966. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Pendidikan Biologi Universitas Pattimura dan S1 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Hassanudin serta S2 Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Hassanudin. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Ambon.



**Eka Adimayanti, S.Kep., Ns., M.Kep.**, Lahir di Jomang, 02 Mei 1983. Penulis menempuh Pendidikan tinggi jenjang S1 pada Program Studi Keperawatan di STIKES NGudi Waluyo tahun 2006. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Gadjah Mada dan lulus tahun 2016. Mulai bekerja di NGudi Waluyo sejak tahun 2004-Sekarang. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: ekaadimayantiadhiarsa2@gmail.com



**Wa Nuliana, S.Kep., Ns., M.Kep.**, Lahir di Lesane, 11 Maret 1984. Ketertarikan penulis terhadap Keperawatan dimulai sejak tahun 1998. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Menengah Kejuruan di SPK DEPKES MASOHI dan berhasil lulus pada tahun 2001. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 dan profesi ners di STIK FAMIKA MAKASSAR pada tahun 2006. Pada tahun 2017, penulis kemudian mengikuti studi S2 dengan peminatan keperawatan Anak di prodi magister keperawatan, Universitas Gadjah Mada Jogjakarta dan lulus pada tahun 2019. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dan sebagai penulis buku dibidang keperawatan anak dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Email Penulis: nulianamajid@gmail.com

## **PROFIL PENULIS**



**Novia Dwi Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep.**, Lahir di Malang, 06 November 1978. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Keperawatan Ners (PSIK) Universitas Brawijaya Malang lulus Tahun 2004 yang sebelumnya D3 Keperawatan di Akper Depkes Malang lulus tahun 2000. ,Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Airlangga Magister Keperawatan dan lulus tahun pada tahun 2011. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2004 di RS Medika Mulia Tuban sebagai perawat pelaksana, kemudian 2005 sampai sekarang dosen di Stikes Rajekwesi Bojonegoro. Saat ini penulis bekerja di Stikes Rajekwesi Bojonegoro mengampu mata kuliah keperawatan anak, KMB Kardiovaskuler. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, pembicara seminar keperawatan anak dan KMB, juga sebagai anggota INKAVIN. Penulis pernah mengikuti TKHI (Tim Kesehatan Haji Indonesia) di Tahun 2016, dan mulai tahun 2018 sampai sekarang menjadi sekretaris FPKHI (Forum Perawat Kesehatan Haji Indonesia) Jawa Timur. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: noviastikesnu@gmail.com



**Juniah, Ns., M. Kep.**, lahir di Labuhan Batu, Kabupaten Labuhan Batu Selatan, 01 Juni 1981. Sekarang aktif menjadi Dosen Di Akademi Keperawatan Bunda Delima Bandar Lampung. Bidang keahlian yang menjadi tanggung jawab penulis adalah Keperawatan anak, Keperawatan maternitas dan Farmakologi Keperawatan. Jenjang Pendidikan SI dan Profesi Keperawatan di tempuh di Universitas Muhammadiyah Semarang. Sedangkan Pendidikan S2 lulus tahun 2019 di Universitas Muhammadiyah Jakarta. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi dan aktif mengikuti seminar Hasil karya yang telah penulis hasilkan seperti buku merawat jiwa menumbuhkan karakter anak, buku ajar keperawatan Anak kronis, metodologi penelitian keperawatan, prosedur keperawatan anak, Sistem perlindungan anak dll serta beberapa penelitian dan pengabdian masyarakat yang telah dipublikasikan

## SINOPSIS BUKU

Buku Ajar keperawatan Anak Sehat dan Sakit akan memberikan gambaran kepada pembaca semua baik, Perawat di pendidikan maupun praktisi Rumah Sakit sebagai sharing ilmu. Buku Keperawatan Anak ini dikembangkan dari buku-buku, Jurnal-jurnal Nasional dan Internasional. Pada buku Ajar Keperawatan Anak ini akan di jelaskan tentang konsep Keperawatan Anak, Peran Keperawatan Anak, Konsep Tumbuh Kembang, Skrining Tumbuh Kembang terupdate, Manajemen Terpadu pada Balita Sakit (MTBS), Aplikasi Asuhan Keperawatan Pada bayi prematur dan Asuhan Keperawatan anak pada Kebutuhan Eliminasi. Pastinya Buku Ajar keperawatan Anak Sehat dan Sakit ini sangat bermanfaat untuk mahasiswa dan Perawat Klinis, karena Buku Ajar keperawatan Anak Sehat dan Sakit ini dari literur yang terupdate. Teruslah semangat mencari Ilmu dan menyebarkan ilmu, karena ilmu sebagai ladang amal kita yang terus mengalir setelah kita tiada.

Buku Ajar keperawatan Anak Sehat dan Sakit akan memberikan gambaran kepada pembaca semua baik, Perawat di pendidikan maupun praktisi Rumah Sakit sebagai sharing ilmu. Buku Keperawatan Anak ini dikembangkan dari buku-buku, Jurnal-jurnal Nasional dan Internasional. Pada buku Ajar Keperawatan Anak ini akan di jelaskan tentang konsep Keperawatan Anak, Peran Keperawatan Anak, Konsep Tumbuh Kembang, Skrining Tumbuh Kembang terupdate, Manajemen Terpadu pada Balita Sakit (MTBS), Aplikasi Asuhan Keperawatan Pada bayi prematur dan Asuhan Keperawatan anak pada Kebutuhan Eliminasi. Pastinya Buku Ajar keperawatan Anak Sehat dan Sakit ini sangat bermanfaat untuk mahasiswa dan Perawat Klinis, karena Buku Ajar keperawatan Anak Sehat dan Sakit ini dari literur yang terupdate. Teruslah semangat mencari Ilmu dan menyebarkan ilmu, karena ilmu sebagai ladang amal kita yang terus mengalir

setelah kita tiada



ISBN 978-623-8775-30-9

9 786238 775309



Penerbit :  
**PT Nuansa Fajar Cemerlang**  
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F  
Jalan S. Parman Kav. 22-24  
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah  
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480  
Telp: (021) 29866919

