

Buku Ajar

KEPERAWATAN ANAK SEHAT DAN SAKIT AKUT



Ruslan Hasani ● Shinta Maharani ● Ayuda Nia Agustina
Risa Nurhayati ● Nita Theresia

BUKU AJAR KEPERAWATAN ANAK SEHAT DAN SAKIT AKUT

Penulis:

Dr. Ruslan Hasani, S.Sit., S.Kep., Ns., M.Kes.

Shinta Maharani, Ns., M.Kep.

Ns. Ayuda Nia Agustina, M.Kep., Sp.Kep.An.

Risa Nurhayati, S.Kep., Ns., M.Kes.

Ns. Nita Theresia, S.Kep., M.Kes.



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BUKU AJAR KEPERAWATAN ANAK SEHAT DAN SAKIT AKUT

Penulis:

Dr. Ruslan Hasani, S.Sit., S.Kep., Ns., M.Kes.
Shinta Maharani, Ns., M.Kep.
Ns. Ayuda Nia Agustina, M.Kep., Sp.Kep.An.
Risa Nurhayati, S.Kep., Ns., M.Kes.
Ns. Nita Theresia, S.Kep., M.Kes.

Desain Sampul: Qo'is Ali Humam

Penata Letak: Yang Yang Dwi Asmoro

ISBN: 978-623-8775-45-3

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

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

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan buku ini dengan baik. Buku ini kami sajikan untuk mengulas mengenai Keperawatan Anak Sehat dan Sakit Akut.

Buku ini disusun untuk memberikan wawasan mendalam tentang keperawatan anak sehat dan sakit akut untuk mendukung tersedianya referensi di bidang keperawatan anak. Buku ini dapat digunakan oleh mahasiswa keperawatan, pendidik (Dosen) keperawatan dan klinisi keperawatan sebagai salah satu bahan referensi yang mungkin dapat membantu dalam pengerjaan tugas, pencarian materi dan sebagai panduan dalam melaksanakan tugas sebagai praktisi di bidang keperawatan.

Secara garis besar, buku ajar ini membahas tentang perspektif keperawatan anak dalam konteks keluarga, Perkembangan anak, Peran Bermain, Konsep Imunisasi dan Asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan sistem tubuh dan dampaknya terhadap pemenuhan kebutuhan dasar.

Buku ini mungkin masih terdapat banyak kekurangan olehnya itu, saran dan kritik yang bersifat membangun penulis harapkan. Semoga buku ini dapat menambah pengetahuan para pembaca. Terimakasih atas perhatian dan dukungannya.

Hormat kami,

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 PERSPEKTIF KEPERAWATAN ANAK DALAM KONTEKS KELUARGA.. 1	
A. Mortalitas dan Morbiditas pada Anak.....	4
B. Filosofi Keperawatan Anak.....	6
C. Peran Perawat Anak	9
D. Latihan.....	12
E. Rangkuman Materi.....	14
F. Glosarium	15
Daftar Pustaka.....	15
BAB 2 PERKEMBANGAN	17
A. Dampak Penyakit terhadap Perkembangan Anak.....	20
B. Pendekatan Keperawatan untuk Mengatasi Tantangan Perkembangan ..	24
C. Stimulasi Perkembangan pada Anak Sakit.....	27
D. Latihan.....	29
E. Rangkuman Materi.....	31
F. Glosarium	32
Daftar Pustaka.....	32
BAB 3 PERAN BERMAIN DALAM PERKEMBANGAN.....	37
A. Definisi Bermain.....	38
B. Tujuan Bermain.....	38
C. Manfaat Bermain	38
D. Klasifikasi Permainan	40
E. Faktor yang Mempengaruhi Bermain pada Anak.....	42
F. Pedoman untuk Keamanan Bermain.....	43
G. Alat Permainan Edukatif (APE).....	44
H. Latihan.....	44
I. Rangkuman Materi.....	45
J. Glosarium	46
Daftar Pustaka.....	46

BAB 4 KONSEP IMUNISASI	47
A. Pengertian Imunisasi.....	48
B. Pengertian Vaksin	48
C. Penyelenggaraan Imunisasi.....	48
D. Tujuan Pemberian Imunisasi.....	48
E. Sasaran Imunisasi.....	49
F. Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I)	50
G. Jenis Imunisasi.....	54
H. Jadwal Imunisasi	61
I. Latihan.....	64
J. Rangkuman Materi.....	65
K. Glosarium	65
Daftar Pustaka.....	66
BAB 5 ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM TUBUH DAN DAMPAKNYA TERHADAP PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR.....	67
A. Asma Bronkial.....	69
B. Talasemia.....	75
C. Diare	79
D. Kejang Demam	84
E. Latihan.....	88
F. Rangkuman Materi.....	90
G. Glosarium	91
Daftar Pustaka.....	92
PROFIL PENULIS	94

BAB 1

PERSPEKTIF KEPERAWATAN ANAK DALAM KONTEKS KELUARGA

Pendahuluan

Keperawatan anak adalah disiplin ilmu yang berfokus pada perawatan kesehatan anak sejak lahir hingga remaja. Namun, keperawatan anak tidak dapat dipisahkan dari konteks keluarga, mengingat keluarga adalah lingkungan utama tempat anak tumbuh dan berkembang. Perspektif keperawatan anak yang berfokus pada keluarga menekankan pentingnya peran keluarga dalam mendukung kesejahteraan fisik, emosional, dan sosial anak.

Perspektif ini mengakui bahwa interaksi antara anak dan anggota keluarganya memiliki dampak signifikan terhadap kemampuan anak untuk sembuh, berkembang, dan merasa nyaman. Oleh karena itu, perawat anak harus bekerja sama dalam kemitraan dengan keluarga untuk memberikan perawatan yang holistik dan terintegrasi, dengan mempertimbangkan dinamika keluarga, budaya, dan kepercayaan yang mungkin memengaruhi perawatan anak.

Dalam konteks ini, peran perawat adalah sebagai fasilitator yang membantu keluarga untuk memahami kondisi kesehatan anak, membuat keputusan yang tepat, dan menggunakan sumber daya yang ada untuk mendukung perawatan anak. Pendekatan yang berpusat pada keluarga ini juga mengharuskan perawat untuk mengembangkan hubungan saling percaya dan saling menghargai dengan keluarga, serta mengintegrasikan kebutuhan keluarga dalam rencana perawatan anak.

Studi menunjukkan bahwa ketika keluarga menjalankan peran aktif dalam perawatan anak, kesehatan mereka biasanya meningkat. Sebagai contoh, keterlibatan orang tua dalam pengobatan dan mempercepat pemulihan anak (Smith et al., 2020). Selain itu, dukungan emosional yang diberikan oleh anggota

keluarga berperan penting dalam mengurangi stres dan kecemasan yang dialami oleh anak yang sedang menjalani perawatan medis (Jones & Brown, 2021).

Oleh karena itu, perspektif keperawatan anak dalam konteks keluarga merupakan pendekatan yang esensial dan harus diintegrasikan dalam praktik keperawatan sehari-hari untuk memastikan perawatan yang komprehensif dan efektif bagi anak-anak.

Tujuan Instruksional:

Setelah mengikuti pembelajaran ini, mahasiswa mampu memahami dan menerapkan perspektif keperawatan anak dalam konteks keluarga. Mahasiswa diharapkan dapat:

1. Memahami morbiditas dan mortalitas pada anak.
2. Menjelaskan filosofi keperawatan anak (FCC, atraumatic care)
3. Mengidentifikasi peran perawat anak.
4. Mengidentifikasi trend dan isu keperawatan anak

Capaian Pembelajaran:

1. Memahami morbiditas dan mortalitas pada anak:
 - a. Mahasiswa mampu menjelaskan konsep morbiditas dan mortalitas pada anak.
 - b. Mahasiswa dapat mengidentifikasi faktor-faktor utama yang mempengaruhi morbiditas dan mortalitas pada anak.
 - c. Mahasiswa mampu menganalisis data morbiditas dan mortalitas anak untuk menentukan prioritas kesehatan.
2. Menjelaskan filosofi keperawatan anak (*Family-Centered Care, Atraumatic Care*):
 - a. Mahasiswa mampu menjelaskan prinsip-prinsip utama dari Family-Centered Care (FCC) dan Atraumatic Care.
 - b. Mahasiswa dapat menerapkan prinsip FCC dan Atraumatic Care dalam skenario klinis untuk mendukung kesejahteraan anak.
 - c. Mahasiswa mampu mengkritisi penerapan FCC dan Atraumatic Care dalam praktik keperawatan anak sehari-hari.

3. Mengidentifikasi peran perawat anak:
 - a. Mahasiswa mampu menjelaskan peran dan tanggung jawab utama perawat anak dalam berbagai setting klinis.
 - b. Mahasiswa dapat mengidentifikasi kompetensi yang diperlukan untuk menjadi perawat anak yang efektif.
 - c. Mahasiswa mampu menilai peran perawat anak dalam tim multidisiplin dan dalam konteks kesehatan masyarakat.
4. Mengidentifikasi trend dan isu keperawatan anak:
 - a. Mahasiswa mampu mengidentifikasi dan menganalisis tren terkini dalam keperawatan anak.
 - b. Mahasiswa dapat mengidentifikasi isu-isu utama yang mempengaruhi praktik keperawatan anak saat ini.
 - c. Mahasiswa mampu memprediksi dampak dari tren dan isu keperawatan anak terhadap praktik dan kebijakan kesehatan di masa depan.

A. Mortalitas dan Morbiditas pada Anak

Kesehatan anak merupakan indikator penting dalam menilai keadaan kesehatan suatu negara. Mortalitas dan morbiditas pada anak menjadi fokus utama dalam upaya meningkatkan kualitas hidup dan menurunkan angka kematian di kalangan anak-anak. Pemahaman mendalam mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi mortalitas dan morbiditas serta strategi pencegahannya sangat penting bagi tenaga kesehatan, pembuat kebijakan, dan masyarakat umum.

Angka mortalitas (angka kematian) anak adalah jumlah kematian yang terjadi di antara anak-anak pada kelompok usia tertentu, biasanya diukur dalam bentuk kematian per 1.000 kelahiran hidup. Sedangkan, morbiditas anak adalah prevalensi atau kejadian penyakit dan kondisi kesehatan yang mempengaruhi anak-anak. Hal ini adalah berbagai kondisi akut dan kronis yang dapat berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan anak.

Menurut data terbaru dari WHO untuk estimasi kematian anak tahun ini merupakan momen yang luar biasa dalam kampanye yang sedang berlangsung untuk mengakhiri semua kematian anak yang dapat dicegah. Jumlah kematian balita tahunan telah turun menjadi 4,9 (4,6-5,4) juta pada tahun 2022. Laporan tersebut mengungkapkan bahwa lebih banyak anak yang bertahan hidup saat ini dibandingkan sebelumnya, dengan angka kematian balita global menurun 51% sejak tahun 2000. Hal ini merupakan bukti komitmen pemerintah, organisasi, komunitas lokal, tenaga kesehatan dan keluarga terhadap kelangsungan hidup anggota masyarakat global yang paling rentan (UNICEF, 2024). Namun, jutaan anak masih meninggal sebelum ulang tahun kelima mereka, sebuah kehilangan yang menjadi pengingat bahwa ancaman terhadap kesehatan dan kelangsungan hidup bayi baru lahir masih ada di seluruh dunia, terutama di antara mereka yang paling terpinggirkan. Selain itu, jumlah anak yang akan meninggal sebelum usia lima tahun pada tahun 2022, meskipun menggembirakan, namun masih terdapat ketidakpastian yang cukup besar, yaitu antara 4,6 juta hingga 5,4 juta karena terbatasnya ketersediaan data terbaru (Hug et al., 2024).

Anak-anak merupakan sepertiga dari populasi Indonesia, dengan jumlah sekitar 80 juta jiwa – populasi anak terbesar keempat di dunia. Indonesia yang mereka tinggali adalah negara kepulauan yang terdiri dari lebih 17.000 pulau, dengan luas lebih dari 1,9 juta kilometer persegi, dengan lebih dari 1.300 kelompok etnis (UNICEF Indonesia, 2020).

Indonesia memiliki catatan yang beragam dalam hal angka kematian bayi. Kemajuan paling sedikit terjadi pada kematian neonatal (kematian dalam 28 hari pertama kehidupan). Pada tahun 2017, Indonesia melaporkan angka kematian neonatal sebesar 15 per 1.000 kelahiran hidup, turun dari 19 per 1.000 pada tahun 2012. Setengah dari kematian ini terjadi pada bayi yang baru lahir, dan hampir 80% diantaranya terjadi pada minggu pertama kehidupan (BKKBN et al., 2017).

Indonesia telah mencapai kemajuan penting ketika melihat angka kematian neonatal dan angka kematian anak secara keseluruhan. Angka kematian bayi (kematian anak di bawah satu tahun) turun lebih dari separuhnya, dari 68 per 1.000 pada tahun 1990 menjadi 24 per 1.000 pada tahun 2017. Selain itu, angka kematian balita turun dari 97 kematian per 1.000 kelahiran hidup menjadi 32 per 1.000 kelahiran hidup. Peningkatan yang signifikan ini merupakan hasil dari keberhasilan sejumlah inisiatif, termasuk program imunisasi, upaya kesehatan masyarakat, dan peningkatan fasilitas air, sanitasi dan kebersihan (WASH). Penyakit diare dan pneumonia masih menjadi penyebab utama kematian di kalangan balita (masing-masing menyumbang 25% dan 16% kematian) (Augusta et.al., 2019 dalam (UNICEF Indonesia, 2020)).

Menurut laporan WHO dan UNICEF (UNICEF, 2024; WHO, 2020), penyebab utama kematian pada anak usia di bawah 5 tahun meliputi:

1. Pneumonia: Infeksi saluran pernapasan bawah yang sering menjadi penyebab utama kematian.
2. Diare: Dehidrasi akibat diare adalah penyebab signifikan kematian di banyak negara berkembang.
3. Malaria: Penyakit ini tetap menjadi penyebab kematian tinggi di daerah endemik.
4. Malnutrisi: Anak dengan kekurangan gizi lebih rentan terhadap penyakit infeksi dan memiliki risiko kematian yang lebih tinggi.
5. Kelahiran Prematur dan Komplikasi Saat Lahir: Termasuk bayi lahir prematur, berat lahir rendah dan asfiksia neonatal.

Pola kematian pada anak yang lebih besar mencerminkan profil risiko yang mendasari kelompok usia ini, dengan pergeseran dari penyakit menular pada masa kanak-kanak ke arah kecelakaan dan cedera, terutama tenggelam dan cedera akibat kecelakaan lalu lintas. Meningkatnya kematian akibat cedera mengubah sifat intervensi untuk meningkatkan kelangsungan hidup anak yang lebih tua. Terdapat pergeseran dari tindakan sektor kesehatan untuk mencegah dan mengobati penyakit menular pada anak usia dini ke sektor pemerintah lainnya termasuk pendidikan, transportasi dan infrastruktur jalan, air dan sanitasi, serta penegakan hukum. Semua ini perlu bekerja sama untuk mencegah kematian dini pada anak yang lebih tua (WHO, 2020).

Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) dikembangkan untuk mempromosikan kehidupan yang sehat dan kesejahteraan bagi semua anak. Tujuan SDGs 3.2.1 adalah mengakhiri kematian bayi baru lahir dan anak di bawah usia 5 tahun yang dapat dicegah pada tahun 2030. Ada dua target:

1. Mengurangi angka kematian bayi baru lahir hingga setidaknya 12 per 1000 kelahiran hidup di setiap negara; dan
2. Menurunkan angka kematian anak di bawah lima tahun menjadi setidaknya 25 per 1000 kelahiran hidup di setiap negara.

Target 3.2.1 terkait erat dengan target 3.1.1 dan target 2.2.1. Target 3.1.1 adalah menurunkan angka kematian ibu secara global menjadi kurang dari 70 kematian per 100.000 kelahiran hidup, dan target 2.2.1 adalah untuk mengakhiri semua bentuk malnutrisi, karena malnutrisi merupakan penyebab utama kematian balita. Target-target tersebut telah diterjemahkan ke dalam Strategi Global untuk Kesehatan Perempuan, Anak dan Remaja yang baru, yang menyerukan untuk mengakhiri kematian anak yang dapat dicegah sambil menangani prioritas kesehatan anak yang muncul (WHO, 2020).

B. Filosofi Keperawatan Anak

Filosofi keperawatan anak adalah pandangan atau serangkaian keyakinan yang dipegang oleh perawat ketika memberikan perawatan untuk membantu mereka memahami dan merawat anak-anak. Tujuannya adalah untuk mencapai hasil kesehatan yang optimal bagi anak-anak sebagai bagian dari pendekatan perawatan yang berpusat pada keluarga. Sistem perawatan

kesehatan yang sukses dan filosofi inti keperawatan anak meliputi *Family-Centered Care* (FCC) dan Perawatan Atraumatik (Maharani et al., 2024).

Anak-anak berbeda dengan orang dewasa dalam hal perawatan. Ada banyak perbedaan yang perlu diperhatikan dan disesuaikan dengan usia, pertumbuhan dan perkembangan anak. Jika perawatan yang diberikan tidak optimal, maka akan berdampak pada anak, baik secara fisiologis maupun psikologis.

1. *Family-Centered Care* (FCC)

Penyakit pada anak dapat menimbulkan trauma bagi keluarga dan anak. Untuk memaksimalkan kesejahteraan pasien anak, perawatan anak telah mengadopsi filosofi pendekatan yang berpusat pada keluarga. Filosofi ini didasarkan pada keluarga, perawat dan staf rumah sakit yang bekerja sama untuk merencanakan, memberikan dan mengevaluasi perawatan. Filosofi ini didasarkan pada sejumlah prinsip yang berkisar pada gagasan utama bahwa keluarga adalah hal yang konstan dalam kehidupan anak (Neal et al., 2007 dalam (Maharani et al., 2024).

FCC sebagai sebuah filosofi didefinisikan sebagai perawatan yang menekankan dan melibatkan peran penting keluarga, yang tidak hanya berfokus pada anak yang sakit tetapi juga pada anak yang sehat. Pendekatan FCC memandang anggota keluarga sebagai pihak yang memiliki kemampuan dan kompetensi untuk memberikan perawatan. Keluarga merupakan elemen penting dalam perawatan anak karena anak merupakan bagian dari keluarga. Didalam perawatan anak, anak harus mengenal keluarga sebagai tempat tinggal atau sebagai konstanta dalam kehidupan anak (Phiri et al., 2020). Fungsi perawatan kesehatan keluarga harus dijaga baik untuk anak yang sehat maupun yang sakit karena keluarga memegang peranan penting dalam kesehatan dan kesejahteraan anak (Dwi Kurnia et al., 2022).

Fasilitasi dan pemberdayaan adalah dua konsep dasar dalam perawatan yang berpusat pada keluarga. Praktisi kesehatan memungkinkan keluarga dengan menciptakan peluang dan sarana bagi semua anggota keluarga untuk menggunakan keterampilan mereka saat ini dan memperoleh keterampilan baru untuk memenuhi kebutuhan anak dan keluarga. Pemberdayaan menggambarkan praktisi kesehatan yang bekerja dengan

keluarga untuk memberdayakan mereka untuk mempertahankan atau mendapatkan rasa kontrol atas kehidupan keluarga mereka dan untuk mengenali perubahan positif yang dihasilkan dari perilaku membantu yang mempromosikan kekuatan, kemampuan, dan tindakan mereka sendiri (Maharani et al., 2024).

2. *Atraumatic Care*

Perawatan atraumatik adalah penyediaan perawatan terapeutik dalam pengaturan, oleh praktisi kesehatan dan menggunakan intervensi yang meringankan atau meminimalkan tekanan psikologis dan fisik yang dialami oleh anak-anak dan keluarga mereka dalam perawatan kesehatan. Perawatan terapeutik termasuk mencegah, mendiagnosis, mengobati, atau meringankan kondisi akut atau kronis. Pengaturan mengacu pada tempat dimana perawatan ini disediakan – di rumah, di rumah sakit atau di tempat kesehatan lainnya. Profesional mencakup semua orang yang terlibat langsung dalam penyediaan perawatan terapeutik. Intervensi berkisar dari pendekatan psikologis, seperti mempersiapkan anak-anak untuk prosedur, hingga intervensi fisik, seperti menyediakan ruang bagi orang tua untuk tinggal bersama anak. Gangguan psikologis dapat berupa kecemasan, ketakutan, kemarahan, kekecewaan, kesedihan, rasa malu, atau rasa bersalah. Gangguan fisik dapat berupa sulit tidur dan tidak bisa bergerak hingga gangguan dari rangsangan sensorik seperti rasa sakit, suhu yang ekstrem, suara keras, cahaya terang atau kegelapan. Oleh karena itu, perawatan atraumatik berkaitan dengan dimana, siapa, mengapa, dan bagaimana prosedur apa pun yang dilakukan pada anak untuk mencegah atau meminimalkan tekanan psikologis dan fisik (Maharani et al., 2024).

Tujuan utama dari perawatan atraumatik adalah "tidak menyakiti". Untuk mencapai tujuan tersebut, terdapat tiga prinsip – 1) mencegah atau meminimalkan perpisahan anak dari keluarganya, 2) meningkatkan rasa kendali anak, dan 3) mencegah atau meminimalkan cedera fisik dan rasa sakit. Contoh-contoh perawatan atraumatik termasuk mendukung hubungan orang tua-anak selama masa inap di rumah sakit, persiapan untuk perawatan atau prosedur yang tidak biasa, manajemen rasa sakit,

privasi, kegiatan bermain untuk mengekspresikan rasa takut dan agresi, dan menghormati perbedaan budaya (Maharani et al., 2024).

C. Peran Perawat Anak

Perawat anak bertanggung jawab atas promosi kesehatan dan kesejahteraan anak-anak dan keluarga mereka. Peran perawat bervariasi sesuai dengan struktur regional profesi, pendidikan, pelatihan dan pengalaman individu, serta tujuan dan aspirasi karier pribadi. Sama halnya dengan pasien (anak dan keluarganya) yang memiliki latar belakang yang unik, setiap perawat membawa serta berbagai variabel individu yang mempengaruhi hubungan perawat-pasien. Kesejahteraan anak dan keluarga merupakan perhatian utama perawat anak, dimana pun mereka bekerja (Maharani et al., 2024).

Perawat anak memberikan perawatan yang berpusat pada keluarga – ini berarti membangun hubungan yang baik dengan anak-anak dan remaja yang mereka rawat serta keluarga mereka. Perawat anak menilai, merencanakan, mengoordinasikan, dan mengelola perawatan serta bekerja sama dengan keluarga untuk mendukung dan membimbing mereka dalam mempertahankan peran dan hubungan mereka dengan anak atau remaja. Mereka bekerja sama dengan profesional kesehatan dan perawatan sosial lainnya, anggota tim perawatan dan sering kali dengan guru dan staf pendidikan. Mereka dapat bekerja di berbagai tempat termasuk rumah sakit dan layanan komunitas lokal, kesehatan mental dan pendidikan. Ada juga peluang untuk bekerja di berbagai layanan spesialis.

Tanggung jawab seorang perawat anak meliputi mendidik orang tua dan pengasuh tentang metode yang efektif untuk melindungi kesehatan anak dan memberikan perawatan umum. Seorang praktisi perawat anak juga dapat mengembangkan rencana perawatan kesehatan di rumah secara individual untuk keluarga dengan anak-anak yang memiliki kebutuhan khusus, seperti diabetes remaja atau kelumpuhan.

1. Hubungan Terapeutik

Pengembangan hubungan terapeutik merupakan fondasi penting untuk penyediaan perawatan berkualitas tinggi. Perawat pediatrik harus memiliki hubungan yang bermakna dengan anak-anak dan keluarga mereka, namun tetap cukup terpisah untuk memahami apa yang mereka

rasakan dan butuhkan. Dalam hubungan terapeutik, ada batasan yang jelas dan penuh perhatian yang memisahkan perawat dengan anak dan keluarga. Batasan ini bersifat positif dan profesional serta mendorong kontrol keluarga terhadap perawatan kesehatan anak-anak mereka. Perawat dan keluarga diberdayakan, serta komunikasi terbuka dipertahankan (Maharani et al., 2024).

Sangat penting bagi perawat yang merawat anak-anak, remaja dan keluarga mereka untuk mengembangkan hubungan terapeutik yang efektif, saling percaya dan kolaboratif yang berada dalam lingkup batas-batas profesional. Hubungan ini merupakan tanggung jawab perawat dan harus positif serta dapat diterima oleh semua pemangku kepentingan. Peran perawat anak dalam hubungan terapeutik antara lain adalah (Roberts et al., 2015):

- a. Mendengarkan keluhan anak dan keluarga
- b. Bertukar pikiran dan pendapat tentang masalah anak dan keluarga
- c. Membantu mencari pemecah masalah alternatif
- d. Memberikan nasihat kepada anak-anak dan keluarga mereka tentang masalah medis, program pengobatan, dan tindakan pencegahan
- e. Menjaga kenyamanan fisik anak
- f. Memantau tanda-tanda vital anak
- g. Memberikan obat-obatan

2. Advokasi dan Asuhan Keperawatan

Advokasi sekarang dipandang sebagai peran integral dari perawat, meskipun berasal dari praktik hukum, di mana pengacara berbicara atas nama klien mereka yang tidak dapat berbicara untuk diri mereka sendiri (Alexis et al., 2022). Advokasi kesehatan adalah tindakan memohon atas nama individu atau komunitas yang kurang beruntung dalam kaitannya dengan kesehatan (Ezeonwu, 2015). Hal ini melibatkan pencerahan individu dan kelompok yang kurang mampu untuk mengadvokasi hak-hak mereka terkait kesehatan dan perawatan medis (Yanicki et al., 2015). Dalam menjelaskan berbagai pendekatan advokasi kesehatan (HA), Hubinette dkk. (2017) melaporkan adanya ketidakjelasan dalam deskripsi HA dan dalam definisi ruang lingkup tanggung jawab dokter. Mereka berpendapat bahwa, terlepas dari keberhasilan intervensi yang terisolasi, memahami HA masih membutuhkan pemeriksaan yang lebih luas

terhadap proses, praktik, dan nilai-nilai di seluruh sistem perawatan kesehatan untuk membantu memandu kegiatan HA yang potensial dan untuk membangun bahasa yang sama dalam komunikasi dan kolaborasi lintas disiplin ilmu (Laari & Duma, 2023).

Peran perawat anak dalam advokasi meliputi (Laari & Duma, 2023) memediasi, berbicara, atau bernegosiasi. Berbicara untuk klien selalu menjadi peran perawat. Dengan demikian, temuan-temuan saat ini menegaskan peran perawat sebagai advokat yang berbicara ketika ada kelalaian medis atau ketika hak-hak klien diabaikan selama perawatan. Selain itu juga, dalam menjalankan peran advokasi perawat menjaga otonomi pasien, bertindak atas nama pasien dan memperjuangkan pasien dan memperjuangkan keadilan sosial dalam penyediaan layanan kesehatan.

Perawat anak memberikan serangkaian perawatan termasuk pencegahan, promosi, pengobatan dan rehabilitasi. Di rumah sakit, mereka memberikan perawatan untuk anak-anak yang sakit, termasuk kenyamanan, pemberian makan, mandi dan keamanan. Untuk memastikan hasil terbaik bagi pasien mereka, perawat anak bekerja sama dengan profesional kesehatan lainnya. Mereka juga melibatkan keluarga pasien dalam pengambilan keputusan perawatan. Selain itu, perawat anak juga harus memiliki pengetahuan tentang perawatan dan prosedur medis terbaru dan memiliki keterampilan komunikasi dan interpersonal yang sangat baik. Mereka juga harus dapat bekerja dengan anak-anak dari segala usia dan latar belakang.

Perawat harus peduli, penuh kasih sayang dan empati dalam memberikan asuhan kepada anak dan keluarga. Konsep perawatan atraumatik dan pengembangan hubungan terapeutik dengan pasien adalah aspek dari kepedulian. Orang tua melihat kepedulian sebagai tanda perawatan yang berkualitas, yang sering kali berfokus pada kebutuhan non-teknis anak dan keluarga. Orang tua menggambarkan asuhan "berpusat pada orang" sebagai tindakan keperawatan yang mencakup mengakui kehadiran orang tua, mendengarkan, membuat orang tua nyaman di lingkungan rumah sakit, melibatkan dan berkomunikasi dengan orang tua dan memberikan asuhan individual (Maharani et al., 2024).

D. Latihan

Kerjakan soal-soal di bawah ini sesuai dengan pemahaman Anda setelah membaca dan mempelajari materi di atas!

1. Seorang anak berusia 5 tahun di rawat di rumah sakit akibat pneumonia. Keluarga merasa cemas dan ingin terlibat dalam perawatan anak. Bagaimana peran perawat dalam mendukung keluarga?
A. Mengizinkan keluarga untuk hanya mengunjungi anak saat waktu tertentu
B. Mengajak keluarga berdiskusi tentang keputusan medis tanpa partisipasi mereka
C. Mendorong keluarga untuk terlibat dalam perawatan dan pengambilan keputusan
D. Menyediakan perawatan tanpa melibatkan keluarga agar mereka tidak terbebani
E. Memberikan semua keputusan kepada keluarga tanpa bimbingan perawat

2. Seorang bayi prematur dirawat di unit perawatan intensif neonatal. Ibu bayi merasa khawatir tentang perpisahan dengan bayinya. Apa yang harus dilakukan perawat berdasarkan prinsip perawatan atraumatik?
A. Membatasi akses ibu ke ruang perawatan
B. Mengizinkan ibu untuk mendampingi bayinya selama perawatan
C. Menjauhkan bayi dari ibu untuk mengurangi kecemasan
D. Membiarkan ibu menonton perawatan bayi dari jauh
E. Menyuruh ibu kembali setelah bayi stabil

3. Seorang anak usia 7 tahun mengalami kecelakaan dan perlu menjalani beberapa prosedur medis. Bagaimana perawat menerapkan konsep perawatan atraumatik?
A. Menghindari diskusi tentang prosedur dengan anak
B. Memberikan penjelasan dan persiapan yang sesuai anak tentang prosedur yang akan dilakukan
C. Meminta orang tua untuk tidak terlibat dalam proses persiapan

- D. Melakukan prosedur tanpa memberi tahu anak untuk mengurangi kecemasan
 - E. Mengabaikan pertanyaan anak tentang perawatan medis
4. Seorang anak di rawat karena dehidrasi akibat diare. Orang tua merasa bersalah karena tidak menyadari tanda-tanda dehidrasi lebih awal. Bagaimana perawat seharusnya merespons berdasarkan pendekatan FCC?
- A. Mengkritik keluarga karena tidak memperhatikan anak
 - B. Mengabaikan perasaan orang tua dan fokus pada anak
 - C. Memberikan edukasi kepada keluarga tentang tanda-tanda dehidrasi dan cara pencegahannya tanpa menyalahkan
 - D. Menyuruh keluarga untuk tidak terlibat dalam perawatan anak
 - E. Mengambil alih perawatan sepenuhnya tanpa melibatkan keluarga
5. Seorang remaja berusia 14 tahun di rawat karena diabetes tipe 1. Apa peran perawat dalam memastikan kesejahteraan remaja tersebut dalam konteks perawatan berpusat pada keluarga?
- A. Hanya memberikan instruksi kepada orang tua mengenai pengelolaan diabetes
 - B. Mengajarkan remaja dan keluarga tentang manajemen diabetes dan memberi dukungan emosional
 - C. Mengambil alih semua pengelolaan diabetes tanpa melibatkan remaja
 - D. Menyuruh keluarga untuk mengurus semua aspek pengobatan tanpa bimbingan
 - E. Mengandalkan keluarga untuk memberi instruksi kepada remaja tanpa campur tangan perawat

Kunci Jawaban beserta pembahasan

1. pendekatan FCC menekankan peran penting keluarga dalam perawatan anak dan pengambilan keputusan.
2. prinsip perawatan atraumatik mencakup mencegah atau meminimalkan perpisahan anak dari keluarganya.
3. perawatan atraumatik melibatkan persiapan psikologis dan fisik anak sebelum prosedur untuk mengurangi trauma

4. FCC melibatkan edukasi dan pemberdayaan keluarga untuk mendukung kesejahteraan anak
5. perawat harus melibatkan remaja dan keluarga dalam pengelolaan penyakit kronis seperti diabetes, serta memberi dukungan emosional dan edukasi

E. Rangkuman Materi

Keperawatan anak adalah disiplin ilmu yang berfokus pada perawatan anak sejak lahir hingga remaja, dengan keluarga sebagai pusatnya. Keluarga berperan penting dalam mendukung kesejahteraan fisik, emosional, dan sosial anak. Perawat anak harus bekerja sama dengan keluarga untuk memberikan perawatan yang holistik dan terintegrasi, mempertimbangkan dinamika keluarga, budaya dan kepercayaan.

Angka mortalitas anak secara global telah menurun secara signifikan, namun tantangan seperti pneumonia, diare, malaria, malnutrisi dan komplikasi kelahiran prematur masih menjadi penyebab utama kematian anak di bawah 5 tahun. Intervensi kesehatan seperti program imunisasi dan peningkatan fasilitas sanitasi menjadi kunci untuk mengurangi angka kematian ini.

FCC adalah filosofi perawatan yang menempatkan keluarga sebagai mitra dalam perawatan anak. FCC mengakui bahwa keluarga adalah elemen konstan dalam kehidupan anak, baik yang sakit maupun yang sehat. Konsep dasar FCC meliputi fasilitasi dan pemberdayaan keluarga untuk meningkatkan keterlibatan mereka dalam perawatan anak, serta memberikan dukungan emosional dan edukasi yang tepat.

Perawatan atraumatik bertujuan untuk mengurangi trauma fisik dan psikologis yang dialami anak selama perawatan medis. Prinsipnya adalah mencegah atau meminimalkan perpisahan anak dari keluarganya; meningkatkan rasa kendali anak atas situasi perawatan; dan mengurangi cedera fisik dan rasa sakit.

Perawat anak bertanggung jawab atas promosi kesehatan dan kesejahteraan anak serta keluarganya. Mereka berperan dalam mendidik keluarga, memberikan perawatan umum, dan bekerja dalam tim multidisiplin. Penting bagi perawat untuk membangun hubungan terapeutik yang efektif dengan anak dan keluarga, serta berperan sebagai advokat dalam memastikan hak dan kebutuhan kesehatan anak terpenuhi.

F. Glosarium

- FCC : Family-Centered Care
SDGs : Sustainable Development Goals
HA : Health Advocacy

Daftar Pustaka

- BKKBN, BPS, & Kemenkes RI. (2017). *Survei Demografi dan Kesehatan*. <http://www.DHSprogram.com>.
- Dwi Kurnia, I., Arief, Y. S., Glorino, M., & Pandin, R. (2022). Philosophy of Family Center Care (FCC) in Child Nursing. *Preprints*. <https://doi.org/10.20944/preprints202209.0335.v1>
- Hug, L., Liu, Y., Nie, W., Sharrow, D., You, D., Cao, B., Ma Fat, D., Ho, J., Retno Mahanani, W., Strong, K., Wang World Bank Group Emi Suzuki, H., Butler, D., Dorion, C., Gerland, P., Hertog, S., Kamiya, Y., Kantorova, V., Kyaw Lay, K., Lattes, P., ... Guillot, M. (2024). *The Demographic and Health Surveys (DHS) Program, ICF*.
- Jones, R., & Brown, S. (2021). Emotional support and stress reduction in pediatric care: The role of family. *Child Health Journal*, 30(4), 325–332.
- Laari, L., & Duma, S. E. (2023). Health advocacy role performance of nurses in underserved populations: A grounded theory study. *Nursing Open*, 10(9), 6527–6537. <https://doi.org/10.1002/nop2.1907>
- Maharani, S., Lestari, E., Hidayatin, T., Iriani, R., Febrianti, A., Suardi, V. A., Hikmawati, K., & Marleni, L. (2024). *PROSEDUR KEPERAWATAN ANAK* (N. Sulung, Ed.; 1st ed.). Get Press Indonesia: Padang.
- Phiri, Patrick. G. M. C., Chan, C. W. H., & Wong, C. L. (2020). The Scope of Family-Centred Care Practices, and the Facilitators and Barriers to Implementation of Family-Centred Care for Hospitalised Children and their Families in Developing Countries: An Integrative Review. *Journal Pediatric Nursing*, 55, 10–28.
- Roberts, J., Fenton, G., & Barnard, M. (2015). Developing Effective Therapeutic Relationships with Children, Young People and Their Families. *Nursing Children and Young People*, 27(4), 30–36. <https://doi.org/https://doi.org/10.7748/ncyp.27.4.30.e566>.
- Smith, J., Johnson, M., & Lee, A. (2020). The role of family involvement in pediatric chronic disease management. *Journal of Pediatric Nursing*, 45(3), 180–185.

- UNICEF. (2024, March 12). *Levels and Trends in Child Mortality*. [www.data.unicef.org. https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2024/](https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2024/)
- UNICEF Indonesia. (2020). *Situasi Anak Di Indonesia: Tren, Peluang, dan Tantangan dalam Memenuhi Hak-hak Anak*. <https://www.unicef.org/indonesia/sites/unicef.org.indonesia/files/2020-07/Situasi-Anak-di-Indonesia-2020.pdf>
- WHO. (2020, September 8). *Children: Improving Survival and Well-being*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

BAB 2

PERKEMBANGAN

Pendahuluan

Peran perawat tidak hanya terbatas pada aspek fisik dari perawatan, tetapi juga melibatkan dukungan penuh terhadap perkembangan holistik anak. Buku Keperawatan Anak Sehat dan Sakit Akut ini disusun untuk memberikan pemahaman mendalam kepada perawat dan calon perawat mengenai pentingnya perkembangan anak dalam konteks yang lebih luas, terutama ketika anak menghadapi kondisi kesehatan yang menantang. Tujuan utama dari buku ini adalah untuk membekali pembaca, khususnya mahasiswa keperawatan, dan perawat dengan pengetahuan yang komprehensif mengenai perkembangan anak dalam kondisi sehat dan sakit akut. Buku ini juga bertujuan untuk meningkatkan kemampuan mahasiswa keperawatan, dan perawat dalam mengidentifikasi, mencegah, dan mengatasi berbagai tantangan perkembangan yang mungkin muncul selama masa perawatan. Melalui buku ini, diharapkan mahasiswa keperawatan, dan perawat dapat memberikan perawatan yang holistik, mengintegrasikan pengetahuan perkembangan dengan praktik keperawatan yang efektif.

Buku ini terdiri dari beberapa sub bab yang secara sistematis menguraikan aspek-aspek penting dari perkembangan anak, mulai dari perkembangan normal hingga tantangan yang dihadapi oleh anak-anak yang sakit akut. Setiap sub bab dirancang untuk memberikan wawasan yang mendalam tentang berbagai fase perkembangan anak dan bagaimana kondisi kesehatan dapat mempengaruhi proses ini. Dalam bab ini, pembaca akan diperkenalkan dengan konsep dasar perkembangan anak, dampak penyakit akut pada perkembangan, serta strategi dan intervensi yang dapat dilakukan untuk mendukung perkembangan anak dalam kondisi yang berbeda-beda. Untuk memastikan pembaca dapat memahami dan menerapkan materi yang disajikan, buku ini menggunakan berbagai metode pembelajaran yang interaktif. Setiap bab dilengkapi dengan studi kasus, ilustrasi, dan tabel yang membantu

memvisualisasikan konsep-konsep penting. Selain itu, buku ini juga menyertakan latihan soal dan refleksi diri di akhir setiap bab untuk memperkuat pemahaman dan mendorong pembaca untuk mengaplikasikan pengetahuan mereka dalam situasi nyata. Pendekatan yang digunakan dalam buku ini adalah pendekatan holistik dan interdisipliner. Buku ini tidak hanya membahas perkembangan anak dari sudut pandang keperawatan tetapi juga mengintegrasikan perspektif dari bidang lain, seperti psikologi perkembangan, fisioterapi, dan ilmu gizi. Pendekatan ini bertujuan untuk memberikan pandangan yang menyeluruh mengenai perkembangan anak, sehingga perawat dapat bekerja sama secara efektif dengan berbagai profesional kesehatan lainnya dalam merawat anak-anak. Bab Perkembangan ini terdiri dari beberapa sub bab yang masing-masing membahas aspek penting dari perkembangan anak dalam kondisi sehat dan sakit akut: dampak penyakit akut pada perkembangan anak, pendekatan keperawatan untuk mengatasi tantangan perkembangan, dan stimulasi perkembangan pada anak sakit.

Tujuan Intruksional:

1. Menjelaskan dampak penyakit akut pada perkembangan anak
2. Menerapkan pendekatan keperawatan yang tepat untuk mengatasi tantangan perkembangan
3. Mengimplementasikan teknik dan strategi untuk stimulasi perkembangan pada anak sakit
4. Menganalisis dan memecahkan masalah terkait perkembangan anak sakit

Capaian Pembelajaran:

1. Menjelaskan bagaimana penyakit akut mempengaruhi perkembangan fisik, kognitif, sosial-emosional, dan bahasa pada anak.
2. Mengidentifikasi tanda-tanda keterlambatan atau regresi perkembangan yang diakibatkan oleh penyakit akut.
3. Merencanakan dan menerapkan intervensi keperawatan yang sesuai untuk mendukung dan memfasilitasi perkembangan anak di tengah kondisi penyakit akut.
4. Mengedukasi dan melibatkan orang tua dalam proses stimulasi perkembangan anak, serta mendukung mereka untuk berperan aktif dalam perawatan sehari-hari.

5. Menggunakan kemampuan berpikir kritis untuk menganalisis kasus nyata dan menentukan intervensi yang paling sesuai berdasarkan kondisi perkembangan anak.
6. Mengevaluasi secara reflektif efektivitas intervensi yang telah dilaksanakan dan menyesuaikan pendekatan keperawatan berdasarkan kebutuhan perkembangan anak.

Uraian Materi

Perkembangan anak adalah sebuah perjalanan yang kompleks dan terus berkembang, melibatkan berbagai aspek penting seperti fisik, kognitif, sosial-emosional, dan Bahasa (Aral, 2020; Marcel, 2019; Peleg, 2021). Setiap aspek perkembangan ini saling terkait dan saling mempengaruhi, membentuk dasar bagi pertumbuhan dan kemajuan anak. Proses ini berlangsung secara dinamis, di mana setiap fase perkembangan membawa tantangan dan pencapaian baru yang perlu dihadapi oleh anak dan orang-orang di sekitarnya. Setiap tonggak perkembangan, seperti belajar berjalan, berbicara, atau berinteraksi dengan orang lain, merupakan pencapaian yang menandakan kemajuan anak menuju kemandirian dan kematangan, namun, perkembangan anak tidak selalu berlangsung dengan mulus. Ketika seorang anak mengalami penyakit akut, yang sering kali datang tiba-tiba dan tanpa peringatan, proses perkembangan yang seharusnya berjalan secara alami ini dapat terganggu. Penyakit akut, seperti infeksi, demam tinggi, atau kondisi medis lainnya yang memerlukan perhatian segera, dapat menghambat anak dalam mencapai tonggak-tonggak perkembangan penting.

A. Dampak Penyakit terhadap Perkembangan Anak

Keadaan sakit pada seorang anak dapat mempengaruhi perkembangan mereka, seperti:

1. Dampak Penyakit Akut pada Perkembangan Fisik

Penyakit akut adalah kondisi yang sering kali datang secara tiba-tiba dan memerlukan penanganan segera. Beberapa jenis penyakit akut yang umum pada anak-anak termasuk infeksi saluran pernapasan, demam berdarah, dan gastroenteritis. Kondisi-kondisi ini tidak hanya menimbulkan gejala yang mengganggu seperti demam, muntah, dan diare, tetapi juga dapat berdampak langsung pada perkembangan fisik anak (Botez & Doughty, 2014; Musmar & Fitian, 2016; Pegues, 2024). Ketika tubuh anak harus melawan infeksi atau penyakit lain, sumber energi yang biasanya digunakan untuk pertumbuhan dan perkembangan dialihkan untuk melawan penyakit tersebut. Akibatnya, perkembangan fisik anak dapat terganggu dalam beberapa cara.

Salah satu dampak signifikan dari penyakit akut pada anak adalah gangguan pertumbuhan. Penyakit yang menyebabkan penurunan nafsu makan atau gangguan penyerapan nutrisi, seperti gastroenteritis, dapat menghambat pertumbuhan fisik anak (Bourdon et al., 2024; Joosten et al., 2019; Njunge et al., 2020). Nutrisi yang cukup sangat penting bagi anak-anak, terutama karena mereka berada dalam fase pertumbuhan yang pesat. Ketika asupan nutrisi berkurang, tubuh tidak memiliki energi yang cukup untuk mendukung pertumbuhan tulang, otot, dan jaringan lainnya (Bartleman, 2019; de Onis, 2017). Misalnya, seorang anak yang mengalami infeksi saluran cerna akut mungkin mengalami penurunan berat badan yang signifikan karena muntah atau diare yang berkepanjangan. Kehilangan nutrisi dan cairan tubuh ini tidak hanya memperburuk kondisi fisik anak dalam jangka pendek, tetapi juga dapat berdampak jangka panjang pada pertumbuhan mereka. Selain gangguan pertumbuhan, penyakit akut juga dapat menyebabkan keterlambatan dalam perkembangan motorik anak (Hayes & Darras, 2024; Owens & Tapley, 2018). Ketika seorang anak dipaksa untuk beristirahat di tempat tidur dalam waktu lama, terutama jika penyakitnya cukup parah, otot-otot yang seharusnya digunakan untuk aktivitas fisik sehari-hari tidak mendapatkan latihan yang cukup. Hal ini dapat menyebabkan kelemahan otot dan keterlambatan dalam perkembangan kemampuan motorik. Misalnya, seorang bayi yang tidak dapat merangkak atau berjalan karena kelemahan otot akibat infeksi serius mungkin membutuhkan waktu lebih lama untuk mencapai tonggak perkembangan motorik tertentu dibandingkan dengan anak-anak lain yang sehat.

2. Dampak Penyakit Akut pada Perkembangan Kognitif

Perkembangan kognitif anak merupakan salah satu aspek penting dalam tumbuh kembang mereka yang sangat dipengaruhi oleh stimulasi lingkungan dan pengalaman belajar yang konsisten. Lingkungan yang kaya akan rangsangan intelektual, interaksi sosial yang bermakna, dan kesempatan untuk mengeksplorasi dunia di sekitarnya membantu membentuk kemampuan berpikir, memecahkan masalah, dan belajar anak (Rakesh et al., 2024; Whitaker et al., 2023). Saat seorang anak mengalami penyakit akut, proses perkembangan kognitif ini dapat terganggu. Penyakit akut, yang sering kali memerlukan perhatian medis

segera dan menyebabkan ketidaknyamanan fisik yang signifikan, dapat menghalangi anak-anak untuk mendapatkan stimulasi yang mereka butuhkan untuk berkembang secara optimal.

Salah satu cara penyakit akut dapat mengganggu perkembangan kognitif anak adalah dengan menurunkan konsentrasi dan fokus mereka. Anak-anak yang mengalami demam tinggi atau infeksi yang menyebabkan rasa tidak nyaman, seperti sakit kepala atau nyeri tubuh, cenderung mengalami kesulitan dalam berkonsentrasi pada tugas-tugas kognitif. Ketika tubuh mereka sibuk melawan infeksi, energi mental yang biasanya digunakan untuk belajar dan mengingat informasi baru dialihkan untuk menghadapi rasa sakit dan ketidaknyamanan, akibatnya, anak-anak ini mungkin tidak mampu memberikan perhatian penuh pada kegiatan belajar, yang dapat berdampak pada kemampuan mereka untuk menyerap dan memproses informasi dengan efektif.

3. Dampak Penyakit Akut pada Perkembangan Sosial-Emosional

Isolasi sosial adalah salah satu konsekuensi utama dari kondisi kesehatan yang buruk. Anak yang sering sakit atau harus dirawat di rumah sakit mungkin kehilangan kesempatan untuk berinteraksi dengan teman-teman mereka di sekolah atau lingkungan bermain (Chung et al., 2016; Rebouças et al., 2022). Interaksi sosial sehari-hari seperti bermain bersama, berbagi mainan, atau sekadar berbicara dengan teman sebaya adalah momen penting di mana anak-anak belajar tentang empati, kerja sama, dan komunikasi. Ketika anak kehilangan kesempatan ini, mereka mungkin mengalami rasa kesepian dan keterasingan. Rasa kesepian ini dapat berkembang menjadi kecemasan sosial, terutama jika anak merasa berbeda dari teman-temannya karena kondisi kesehatannya. Dalam jangka panjang, isolasi sosial ini dapat menghambat perkembangan keterampilan sosial yang diperlukan untuk berinteraksi dengan orang lain secara efektif.

Perubahan emosional sering kali menyertai isolasi sosial yang dialami oleh anak-anak yang sakit. Rasa sakit, ketidaknyamanan, dan ketakutan yang sering kali menyertai penyakit akut dapat mempengaruhi emosi anak secara mendalam. Anak mungkin mengalami perubahan suasana hati yang drastis, menjadi lebih sensitif, atau lebih mudah marah. Rasa frustrasi karena ketidakmampuan mereka untuk melakukan aktivitas yang

biasa mereka nikmati atau karena ketidakpastian tentang kondisi kesehatan mereka juga dapat memicu peningkatan kecemasan. Dalam beberapa kasus, anak-anak yang mengalami sakit berkepanjangan dapat mengalami gejala depresi, seperti perasaan putus asa, kehilangan minat pada aktivitas yang biasanya mereka sukai, atau menarik diri dari interaksi sosial.

Efek emosional dari penyakit tidak hanya terbatas pada anak-anak yang mengalami penyakit itu sendiri, tetapi juga dapat memengaruhi hubungan mereka dengan orang-orang di sekitar mereka. Anak-anak yang sakit mungkin menjadi lebih tergantung pada orang tua atau pengasuh mereka untuk kenyamanan emosional, yang dapat menciptakan ketegangan tambahan dalam hubungan keluarga. Orang tua mungkin merasa khawatir atau cemas tentang kondisi anak mereka, yang dapat mempengaruhi cara mereka berinteraksi dengan anak. Sebaliknya, anak-anak mungkin merasakan tekanan emosional dari orang tua mereka dan menjadi lebih cemas atau takut. Hubungan yang biasanya penuh kasih sayang dan dukungan bisa berubah menjadi sumber stres dan konflik, yang semakin memperburuk kondisi emosional anak.

4. Dampak Penyakit Akut pada Perkembangan Bahasa

Perkembangan bahasa pada anak adalah proses yang sangat bergantung pada interaksi verbal yang terus-menerus dengan orang dewasa dan anak-anak lain. Melalui percakapan, mendengarkan, dan meniru ucapan orang di sekitar mereka, anak-anak belajar mengenal kata-kata baru, memahami struktur kalimat, dan mengembangkan kemampuan berbicara mereka (Abe et al., 2013; King & Saxton, 2010; Tulviste & Tamm, 2023). Interaksi verbal ini tidak hanya membantu anak menguasai bahasa, tetapi juga memainkan peran penting dalam perkembangan kognitif dan sosial mereka. Ketika seorang anak terlibat dalam percakapan dengan orang dewasa atau teman sebayanya, mereka tidak hanya belajar bahasa, tetapi juga cara berpikir, berinteraksi, dan mengekspresikan perasaan serta pikiran mereka.

Seorang anak yang mengalami penyakit akut, seperti infeksi atau kondisi medis yang memerlukan perawatan intensif, kesempatan untuk berinteraksi secara verbal dengan lingkungan sekitarnya sering kali

berkurang. Penyakit yang mengharuskan anak beristirahat di rumah atau menjalani rawat inap di rumah sakit dapat membatasi interaksi mereka dengan dunia luar, akibatnya, anak-anak yang sering sakit mungkin kehilangan banyak kesempatan untuk berbicara, mendengar, dan belajar dari orang-orang di sekitar mereka. Penurunan frekuensi dan kualitas interaksi ini dapat berdampak signifikan pada perkembangan bahasa mereka, menyebabkan keterlambatan dalam penguasaan kosa kata, pengucapan, dan kemampuan berbicara secara umum. Misalnya, infeksi telinga yang berulang atau kronis dapat mengurangi kemampuan anak untuk mendengar dengan jelas, yang pada gilirannya menghambat kemampuan mereka untuk meniru dan menguasai ucapan yang benar. Anak-anak yang mengalami kesulitan mendengar mungkin merasa frustrasi karena tidak dapat memahami percakapan yang lebih kompleks, atau karena mereka tidak dapat mengucapkan kata-kata dengan benar. Dalam jangka panjang, gangguan ini dapat menghambat perkembangan bahasa mereka, membuat mereka kesulitan berkomunikasi dengan orang lain dan mengungkapkan pikiran serta perasaan mereka dengan jelas.

B. Pendekatan Keperawatan untuk Mengatasi Tantangan Perkembangan

Pendekatan keperawatan dalam menghadapi tantangan perkembangan pada anak yang mengalami penyakit akut harus bersifat holistik dan berfokus pada upaya mempertahankan serta meningkatkan perkembangan anak di tengah kondisi kesehatan yang menantang (Brown & Galway, 2017; Carnevale, 2022; Koo et al., 2019). Pendekatan ini mencakup intervensi keperawatan yang disesuaikan dengan kebutuhan individual anak, kolaborasi interdisipliner yang erat, serta peran aktif orang tua dalam proses perawatan. Berikut adalah uraian tentang bagaimana perawat dapat mengatasi tantangan perkembangan yang muncul pada anak dengan penyakit akut.

1. Intervensi Keperawatan yang Terfokus pada Perkembangan

Intervensi keperawatan yang terfokus pada perkembangan anak harus dirancang sedemikian rupa agar dapat mengakomodasi kebutuhan perkembangan anak di tengah penyakit. Intervensi ini meliputi pemberian stimulasi yang sesuai, manajemen gejala yang efektif, serta pemberian lingkungan yang mendukung perkembangan anak. Menurut (Aini et al., 2020; Bharuchi & Rasheed, 2022; Gandini et al., 2024) stimulasi

yang tepat, baik secara fisik maupun kognitif, sangat penting untuk mendukung perkembangan anak, bahkan dalam kondisi sakit.

Sebagai contoh, dalam kasus anak yang terbaring di rumah sakit, perawat dapat mengatur aktivitas yang melibatkan gerakan ringan untuk merangsang perkembangan motorik, atau menyediakan mainan edukatif yang dapat merangsang kemampuan kognitif. Aktivitas ini tidak hanya membantu menjaga perkembangan fisik dan mental anak, tetapi juga dapat memberikan rasa normalitas dan kenyamanan di tengah situasi yang sulit. Penting bagi perawat untuk secara terus-menerus menilai kebutuhan perkembangan anak dan menyesuaikan intervensi sesuai dengan kondisi kesehatan dan respons anak terhadap perawatan.

2. Kolaborasi Interdisipliner dalam Perawatan Anak

Kolaborasi interdisipliner merupakan komponen kunci dalam mengatasi tantangan perkembangan anak yang sakit. Perawat harus bekerja sama dengan berbagai profesional kesehatan lainnya, seperti dokter, fisioterapis, psikolog, dan ahli gizi, untuk menyusun rencana perawatan yang komprehensif dan terintegrasi. Kolaborasi ini memungkinkan perawatan yang lebih holistik, di mana semua aspek perkembangan anak, termasuk fisik, kognitif, sosial-emosional, dan bahasa, mendapatkan perhatian yang memadai.

Kolaborasi interdisipliner dapat meningkatkan hasil perawatan anak, terutama dalam konteks pengelolaan penyakit akut yang kompleks (Bhatt & Rao, 2018; Hirschfeld et al., 2019; Schlesinger et al., 2023). Sebagai contoh, fisioterapis dapat membantu dalam pengembangan rencana latihan untuk anak yang mengalami keterlambatan perkembangan motorik, sementara psikolog dapat memberikan dukungan emosional yang diperlukan untuk mengatasi kecemasan atau stres yang mungkin dirasakan oleh anak dan keluarganya. Perawat berperan penting dalam mengkoordinasikan upaya ini dan memastikan bahwa semua aspek perawatan berjalan selaras untuk mendukung perkembangan anak secara keseluruhan.

3. Peran Orang Tua dalam Proses Perawatan

Orang tua adalah mitra utama dalam perawatan anak, terutama dalam konteks mendukung perkembangan mereka selama sakit. Peran orang

tua dalam proses perawatan harus didorong dan difasilitasi oleh perawat melalui edukasi yang tepat dan pemberdayaan yang berkelanjutan. Penelitian menunjukkan bahwa keterlibatan aktif orang tua dalam perawatan anak dapat berdampak positif pada perkembangan anak, terutama dalam hal penyesuaian emosional dan pemulihan fisik (Bakula et al., 2023; Cinamon et al., 2021). Orang tua yang terlibat secara langsung dalam proses perawatan, anak-anak cenderung merasa lebih aman dan didukung, yang pada gilirannya membantu mereka mengatasi stres yang terkait dengan penyakit atau kondisi medis yang mereka alami. Kehadiran dan partisipasi orang tua dapat memberikan rasa kenyamanan dan stabilitas emosional, yang sangat penting dalam situasi di mana anak mungkin merasa cemas atau takut. Selain itu, keterlibatan orang tua juga dapat mempercepat pemulihan fisik anak, karena mereka dapat memastikan bahwa perawatan yang diperlukan dilakukan dengan konsisten, baik di rumah sakit maupun di rumah. Misalnya, orang tua yang terlibat secara aktif dapat membantu anak mematuhi rencana pengobatan, menjalani terapi fisik, dan mengikuti instruksi medis lainnya, yang semuanya berkontribusi pada proses pemulihan yang lebih cepat dan lebih efektif.

Perawat harus memberikan informasi yang jelas dan mudah dipahami kepada orang tua mengenai kondisi kesehatan anak, tantangan perkembangan yang mungkin dihadapi, serta langkah-langkah yang dapat diambil untuk mendukung perkembangan anak di rumah. Misalnya, perawat dapat mengajarkan teknik stimulasi sederhana yang dapat dilakukan oleh orang tua di rumah untuk mendukung perkembangan motorik dan kognitif anak. Selain itu, perawat juga harus menyediakan dukungan emosional dan praktis kepada orang tua, mengingat peran mereka yang krusial dalam proses pemulihan anak.

4. Penilaian dan Penyesuaian Berkelanjutan

Menurut (Alexander & Mazza, 2023; Owens & Tapley, 2018), penilaian perkembangan yang komprehensif dan berkelanjutan merupakan elemen kunci dalam praktik keperawatan pediatrik, terutama ketika merawat anak-anak yang menghadapi tantangan kesehatan. Penilaian yang menyeluruh memungkinkan perawat untuk mengidentifikasi area perkembangan yang memerlukan perhatian khusus, seperti

keterlambatan motorik, kesulitan dalam keterampilan sosial, atau masalah dalam perkembangan bahasa. Pemantauan yang terus-menerus, perawat dapat mengamati perubahan kecil sekalipun dalam perkembangan anak, yang mungkin menjadi indikasi perlunya intervensi tambahan atau penyesuaian dalam rencana perawatan. Selain itu, evaluasi yang berkelanjutan juga memberikan gambaran tentang efektivitas intervensi yang telah diterapkan, memungkinkan perawat untuk menentukan apakah pendekatan yang digunakan sudah tepat atau perlu disesuaikan.

C. Stimulasi Perkembangan pada Anak Sakit

Stimulasi perkembangan pada anak yang sedang mengalami penyakit merupakan aspek krusial dalam perawatan pediatrik. Meskipun anak-anak yang sakit mungkin menghadapi keterbatasan fisik atau kognitif sementara, stimulasi yang tepat tetap diperlukan untuk mendukung dan memelihara perkembangan mereka. Stimulasi yang dirancang secara khusus dapat membantu mencegah keterlambatan perkembangan yang disebabkan oleh kurangnya aktivitas selama masa sakit, serta membantu anak mempertahankan keterampilan yang telah mereka peroleh sebelum penyakit menyerang.

1. Teknik Stimulasi Fisik

Stimulasi fisik adalah komponen penting dalam mendukung perkembangan motorik anak, terutama ketika mereka tidak dapat bergerak dengan bebas karena kondisi medis. Menurut studi terbaru, latihan fisik ringan dan aktivitas yang disesuaikan dengan kondisi anak dapat membantu mempertahankan dan bahkan meningkatkan perkembangan motorik (Arufe-Giráldez, 2023; Cardeal et al., 2013). Anak-anak yang terbaring di tempat tidur dapat diberikan latihan peregangan sederhana atau gerakan pasif yang dibantu oleh perawat atau orang tua untuk mencegah atrofi otot dan mempertahankan fleksibilitas. Jika anak mampu duduk atau berdiri, aktivitas seperti melempar bola kecil atau merangkak di atas matras dapat membantu merangsang keterampilan motorik kasar. Pendekatan ini harus dilakukan secara rutin dan disesuaikan dengan kemampuan fisik anak serta batasan medis yang ada, dengan tujuan untuk mempertahankan keterampilan motorik dan mencegah keterlambatan perkembangan.

2. Stimulasi Kognitif

Stimulasi kognitif tetap penting selama masa sakit, meskipun anak mungkin mengalami penurunan energi atau konsentrasi. Penelitian menunjukkan bahwa aktivitas kognitif yang dirancang sesuai dengan tingkat energi dan kemampuan anak dapat membantu mempertahankan fungsi kognitif dan mencegah keterlambatan dalam perkembangan intelektual (Gai et al., 2021; Passarello et al., 2024). Contoh aktivitas stimulasi kognitif meliputi permainan memori sederhana, membaca buku bersama, atau aktivitas seni seperti menggambar dan mewarnai. Aktivitas ini tidak hanya menjaga anak tetap terstimulasi secara mental tetapi juga memberikan rasa pencapaian dan normalitas di tengah situasi yang sulit. Penting bagi perawat dan orang tua untuk memperhatikan tanda-tanda kelelahan pada anak dan menyesuaikan durasi serta intensitas aktivitas sesuai dengan kondisi anak.

3. Stimulasi Sosial-Emosional

Perkembangan sosial-emosional anak tidak boleh diabaikan selama masa sakit. Interaksi sosial yang teratur, baik dengan orang tua, perawat, atau teman sebaya, dapat membantu anak mempertahankan keterampilan sosial dan memberikan dukungan emosional yang diperlukan. Studi terbaru menekankan pentingnya interaksi sosial dalam mendukung kesejahteraan emosional anak yang sakit, terutama melalui kegiatan bermain yang melibatkan lebih dari satu orang (Gorrell et al., 2024). Misalnya, bermain peran dengan boneka atau mainan, serta percakapan sederhana tentang perasaan anak, dapat membantu anak mengekspresikan emosinya dan merasa lebih terhubung dengan lingkungan sekitarnya. Selain itu, jika memungkinkan, teknologi seperti video call dapat digunakan untuk menjaga hubungan anak dengan teman-temannya, sehingga anak tetap merasa bagian dari komunitas sosialnya meskipun berada di rumah sakit atau dalam perawatan di rumah.

4. Peran Orang Tua dalam Stimulasi Perkembangan

Orang tua memegang peran yang sangat penting dalam proses stimulasi perkembangan anak selama sakit. Keterlibatan mereka tidak hanya memberikan dukungan emosional tetapi juga memastikan bahwa anak

menerima stimulasi yang konsisten dan sesuai dengan kebutuhan perkembangan mereka. Menurut penelitian terbaru, keterlibatan orang tua dalam stimulasi perkembangan selama masa sakit dapat meningkatkan hasil perkembangan anak, baik secara fisik maupun emosional (Berg et al., 2017; Cates et al., 2018; Rasheed et al., 2022; Volling et al., 2019). Orang tua dapat diajarkan oleh perawat mengenai teknik-teknik stimulasi sederhana yang dapat dilakukan di rumah, seperti mengajak anak berbicara, bermain bersama, atau mengatur jadwal rutin yang melibatkan aktivitas stimulasi. Selain itu, penting bagi perawat untuk mendukung orang tua secara emosional dan memberikan panduan yang jelas tentang bagaimana mereka dapat membantu anak mereka melalui masa sakit dengan cara yang mendukung perkembangan.

5. Evaluasi dan Penyesuaian Stimulasi

Stimulasi perkembangan pada anak yang sakit harus dievaluasi secara berkala untuk memastikan bahwa aktivitas yang dilakukan efektif dan sesuai dengan kebutuhan anak. Perawat dan orang tua harus bekerja sama dalam memantau respons anak terhadap berbagai jenis stimulasi dan membuat penyesuaian sesuai kebutuhan. Evaluasi ini mencakup pemantauan terhadap kemajuan fisik, kognitif, dan sosial-emosional anak, serta memperhatikan apakah ada tanda-tanda kelelahan atau stres yang berlebihan akibat stimulasi. Dengan evaluasi yang tepat, strategi stimulasi dapat disesuaikan untuk memberikan dukungan perkembangan yang optimal tanpa membebani anak yang sedang dalam proses pemulihan.

D. Latihan

Pilihlah jawaban yang menurut Saudara paling tepat

1. Salah satu cara efektif untuk mendukung perkembangan kognitif anak yang sedang sakit adalah?
 - A. Memberikan obat yang kuat
 - B. Melarang anak untuk bermain
 - C. Membatasi interaksi sosial anak
 - D. Mengajak anak bermain permainan memori
 - E. Membiarkan anak beristirahat sepanjang hari tanpa stimulasi

2. Peran orang tua dalam proses stimulasi perkembangan anak yang sakit mencakup?
 - A. Menjauhkan anak dari aktivitas apapun
 - B. Menghentikan semua aktivitas stimulasi
 - C. Mengajak anak berbicara dan bermain bersama
 - D. Hanya memberikan makanan tanpa stimulasi lainnya
 - E. Membiarkan anak bermain sendirian sepanjang waktu

3. Seorang anak berusia 5 tahun yang sedang menjalani rawat inap mengalami keterlambatan perkembangan motorik akibat kurangnya aktivitas fisik.
Tindakan yang paling tepat dilakukan perawat untuk menstimulasi perkembangan motoriknya adalah?
 - A. Memberikan terapi bermain yang melibatkan gerakan tubuh, seperti melempar bola atau berjalan di tempat
 - B. Meminta anak untuk beristirahat sepenuhnya tanpa aktivitas
 - C. Membiarkan anak bermain di luar ruangan tanpa pengawasan
 - D. Memberikan anak mainan elektronik untuk bermain sendiri
 - E. Mengajak anak belajar membaca dan menulis

4. Dalam rangka mendukung perkembangan bahasa anak yang mengalami keterlambatan bicara akibat sering sakit, tindakan yang paling tepat bagi orang tua adalah?
 - A. Mengajak anak berbicara secara teratur dan membaca buku bersama
 - B. Membiarkan anak menonton TV sendirian untuk belajar bahasa
 - C. Menghindari berbicara dengan anak agar tidak mengganggu kesehatannya
 - D. Hanya memberikan obat tanpa stimulasi verbal
 - E. Mengharuskan anak berdiam diri di tempat tidur tanpa interaksi

5. Seorang perawat ingin memastikan bahwa anak yang sedang sakit tetap mendapatkan stimulasi kognitif meskipun kondisinya lemah.
Langkah terbaik yang dapat diambil adalah?
 - A. Mengatur sesi belajar singkat dengan permainan edukatif yang disesuaikan dengan tingkat energi anak

- B. Meminta anak untuk fokus sepenuhnya pada istirahat dan menghindari semua bentuk pembelajaran
- C. Memaksa anak untuk mengikuti kurikulum sekolah tanpa mempertimbangkan kondisinya
- D. Memberikan makanan bergizi tanpa memperhatikan kebutuhan stimulasi mental
- E. Menghindari semua interaksi dengan anak agar tidak melelahkan

Kunci Jawaban

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

E. Rangkuman Materi

Penyakit akut sering kali mengganggu proses perkembangan yang normal, menyebabkan keterlambatan atau regresi dalam berbagai aspek perkembangan. Dampak pada perkembangan fisik termasuk gangguan pertumbuhan dan keterlambatan perkembangan motorik akibat kurangnya aktivitas fisik selama masa sakit. Perkembangan kognitif juga dapat terhambat oleh penyakit, terutama melalui penurunan konsentrasi dan gangguan pada proses belajar yang disebabkan oleh absensi dari kegiatan belajar formal. Dampak sosial-emosional muncul karena isolasi sosial yang terjadi selama masa sakit, yang dapat menyebabkan rasa kesepian, kecemasan, dan perubahan emosional yang negatif. Terakhir, perkembangan bahasa anak dapat terhambat oleh berkurangnya interaksi verbal dan gangguan fisik yang mempengaruhi kemampuan berbicara atau mendengar.

Untuk mengatasi tantangan ini, pendekatan keperawatan yang holistik diperlukan. Ini mencakup intervensi keperawatan yang berfokus pada perkembangan, kolaborasi interdisipliner untuk memberikan perawatan yang komprehensif, dan peran aktif orang tua dalam mendukung stimulasi perkembangan di rumah. Stimulasi perkembangan, baik fisik, kognitif, maupun sosial-emosional, harus dilakukan secara teratur dan disesuaikan dengan kondisi anak, dengan evaluasi dan penyesuaian berkelanjutan untuk

memastikan efektivitas intervensi. Melalui pendekatan yang tepat, perawat dan orang tua dapat membantu anak-anak yang sakit untuk tetap berkembang secara optimal, meskipun menghadapi kondisi kesehatan yang menantang.

F. Glosarium

Tumbang : Tumbuh kembang

Daftar Pustaka

- Abe, C. M., Bretanha, A. C., Bozza, A., Ferraro, G. J. K., & Lopes-Herrera, S. A. (2013). Verbal communication skills in typical language development: A case series. *CODAS*, *25*(1), 76–83. <https://doi.org/10.1590/s2317-17822013000100014>
- Aini, F. N., Rahmawati, R., & Fitria, N. (2020). Description of parents knowledge about smooth fine motor ability in Pos Paud Mawar Merah, Kedaung, Sawangan, Depok. *ACM International Conference Proceeding Series*. <https://doi.org/10.1145/3452144.3452288>
- Alexander, K., & Mazza, D. (2023). Routine developmental screening in Australian general practice: a pilot study. *BMC Primary Care*, *24*(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02093-7>
- Aral, N. (2020). Handbook of research on prenatal, postnatal, and early childhood development. In *Handbook of Research on Prenatal, Postnatal, and Early Childhood Development*. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-2952-2>
- Arufe-Giráldez, V. (2023). Can the Doman method improve motor competence in children of 4 years of age? A quasi-experimental study of two Physical Education programmes in preschool education. *Journal of Human Sport and Exercise*, *18*(2), 509–525. <https://doi.org/10.14198/jhse.2023.182.20>
- Bakula, D. M., Traino, K. A., Dattilo, T. M., Davis, M. P., Sharkey, C. M., Espeleta, H. C., Cherry, A. S., McMichael, T., Johnson, M., Wallace, R., & Mullins, L. L. (2023). Parent Psychosocial Adjustment to Inpatient Pediatric Rehabilitation, and the Role of Uncertainty and Self-Care. *Rehabilitation Psychology*, *68*(2), 146–154. <https://doi.org/10.1037/rep0000483>
- Bartleman, J. (2019). Infant and child nutrition. *Medicine (United Kingdom)*, *47*(3), 195–198. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2018.12.002>
- Berg, C. A., Butner, J., Wiebe, D. J., Lansing, A. H., Osborn, P., King, P. S., Palmer, D. L., & Butler, J. M. (2017). Developmental model of parent-child coordination for self-regulation across childhood and into emerging

- adulthood: Type 1 diabetes management as an example. *Developmental Review*, 46, 1–26. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2017.09.001>
- Bharuchi, V. N. A., & Rasheed, M. A. (2022). Development and feasibility testing of the mental status examination scale to assess functional status of young, hospitalized children in Pakistan. *SSM - Mental Health*, 2. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2022.100126>
- Bhatt, H., & Rao, G. S. (2018). Management of Acute Liver Failure: A Pediatric Perspective. *Current Pediatrics Reports*, 6(3), 246–257. <https://doi.org/10.1007/s40124-018-0174-7>
- Botez, G. I., & Doughty, L. (2014). Life threatening tropical infections. In *Pediatric Critical Care Medicines* (Vol. 3, pp. 577–605). https://doi.org/10.1007/978-1-4471-6416-6_37
- Bourdon, C., Diallo, A. H., Mohammad Sayeem Bin Shahid, A. S., Khan, M. A., Saleem, A. F., Singa, B. O., Gnoumou, B. S., Tigoi, C., Otieno, C. A., Oduol, C. O., Lancioni, C. L., Manyasi, C., McGrath, C. J., Maronga, C., Lwanga, C., Brals, D., Ahmed, D., Mondal, D., Denno, D. M., ... Kazi, Z. (2024). Childhood growth during recovery from acute illness in Africa and South Asia: a secondary analysis of the childhood acute illness and nutrition (CHAIN) prospective cohort. *EClinicalMedicine*, 70. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102530>
- Brown, N., & Galway, R. (2017). Evidence-based nursing assessments and interventions: The acutely ill child. In *Paediatric Nursing in Australia: Principles for Practice* (pp. 154–178). <https://doi.org/10.1017/9781108123914.009>
- Cardeal, C. M., Pereira, L. A., Silva, P. F., & França, N. M. (2013). Effect of school-based motor stimulation intervention on executive function and attention performance in children. *Motricidade*, 9(3), 44–56. [https://doi.org/10.6063/motricidade.9\(3\).762](https://doi.org/10.6063/motricidade.9(3).762)
- Carnevale, F. A. (2022). The VOICE Children’s Nursing Framework: Drawing on childhood studies to advance nursing practice with young people. *Nursing Inquiry*, 29(4). <https://doi.org/10.1111/nin.12495>
- Cates, C. B., Weisleder, A., Berkule Johnson, S., Seery, A. M., Canfield, C. F., Huberman, H., Dreyer, B. P., & Mendelsohn, A. L. (2018). Enhancing Parent Talk, Reading, and Play in Primary Care: Sustained Impacts of the Video Interaction Project. *Journal of Pediatrics*, 199, 49–56.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.03.002>
- Chung, E. K., Siegel, B. S., Garg, A., Conroy, K., Gross, R. S., Long, D. A., Lewis, G., Osman, C. J., Jo Messito, M., Wade, R., Shonna Yin, H., Cox, J., & Fierman,

- A. H. (2016). Screening for Social Determinants of Health among Children and Families Living in Poverty: A Guide for Clinicians. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 46(5), 135–153. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.02.004>
- Cinamon, J. S., Bambrah, V., Muller, R. T., Zorzella, K. P. M., Konanur, S., & Thornback, K. (2021). Examining the reciprocal relationships between parent functioning and child posttraumatic stress throughout trauma therapy. *Journal of Family Trauma, Child Custody and Child Development*, 18(2), 139–161. <https://doi.org/10.1080/26904586.2021.1886220>
- de Onis, M. (2017). World health organization child growth standards. In *The Biology of the First 1,000 Days* (pp. 17–32). <https://doi.org/10.1201/9781315152950>
- Gai, X., Xu, J., Yan, Y., Wang, Y., & Xie, X. C. (2021). Exergame can improve children's executive function: The role of physical intensity and cognitive engagement. *Acta Psychologica Sinica*, 53(5), 505–514. <https://doi.org/10.3724/SP.J.1041.2021.00505>
- Gandini, A. L. A., Ummu Salmah, A., Arsunan Arsin, A., & Mallongi, A. (2024). The Role of Parents in Monitoring the Growth and Development of Toddlers: A Systematic Review. *Pharmacognosy Journal*, 16(3), 682–686. <https://doi.org/10.5530/pj.2024.16.114>
- Gorrell, L., Shen, X., MacDonald, M., Logan, S. W., Hatfield, B. E., Parkinson, C., D'Antonio, A., & Massey, W. (2024). The Effect of Outdoor Play, Physical Activity, and Screen Time Use on the Emotional Wellbeing of Children and Youth during a Health Crisis. *Leisure Sciences*. <https://doi.org/10.1080/01490400.2024.2335930>
- Hayes, L. H., & Darras, B. T. (2024). Neuromuscular problems of the critically ill neonate and child. *Seminars in Pediatric Neurology*, 49. <https://doi.org/10.1016/j.spen.2024.101123>
- Hirschfeld, R. S., Barone, S., Johnson, E., & Boss, R. D. (2019). Pediatric Chronic Critical Illness: Gaps in Inpatient Intra-team Communication. *Pediatric Critical Care Medicine*, 20(12), e546–e555. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000002150>
- Joosten, K. F. M., Eveleens, R. D., & Verbruggen, S. C. A. T. (2019). Nutritional support in the recovery phase of critically ill children. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 22(2), 152–158. <https://doi.org/10.1097/MCO.0000000000000549>
- King, S., & Saxton, M. (2010). Opportunities for language development: Small group conversations in the nursery class. *Educational and Child*

- Psychology*, 27(4), 31–44.
<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85008247561&partnerID=40&md5=844a0ebd16e44d52be997fbb9206e9cf>
- Koo, H. Y., Yi, K., & Gu, Y. E. (2019). Design of services for improving the quality of care of hospitalized children with acute diseases. *Child Health Nursing Research*, 25(4), 528–540. <https://doi.org/10.4094/chnr.2019.25.4.528>
- Marcel, D. (2019). The level of manifestation of children's motor skills. *Journal of Physical Education and Sport*, 19, 2115–2119. <https://doi.org/10.7752/jpes.2019.s6317>
- Musmar, S., & Fitian, H. (2016). Infectious diseases of children. In *Family Medicine: Principles and Practice* (pp. 241–253). https://doi.org/10.1007/978-3-319-04414-9_18
- Njunge, J. M., Gonzales, G. B., Ngari, M. M., Thitiri, J., Bandsma, R. H. J., & Berkley, J. A. (2020). Systemic inflammation is negatively associated with early post discharge growth following acute illness among severely malnourished children - a pilot study [version 1; peer review: 2 approved with reservations]. *Wellcome Open Research*, 5, 1–33. <https://doi.org/10.12688/WELLCOMEOPENRES.16330.1>
- Owens, T., & Tapley, C. (2018). Pediatric Mobility: The Development of Standard Assessments and Interventions for Pediatric Patients for Safe Patient Handling and Mobility. *Critical Care Nursing Quarterly*, 41(3), 314–322. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000210>
- Passarello, N., Turriziani, P., Lucidi, F., & Mandolesi, L. (2024). Executive function and spatial abilities in physically active children: an explorative study. *BMC Psychology*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01785-8>
- Pegues, D. A. (2024). Other Common Gastrointestinal Infections. In *Gut Instincts: A Clinician's Handbook of Digestive and Liver Diseases* (pp. 187–192). <https://doi.org/10.1201/9781003524489-29>
- Peleg, T. P. (2021). Child Development: Basic Concepts and Clinical Considerations. In *Wright's Behavior Management in Dentistry for Children: Third Edition* (pp. 11–21). <https://doi.org/10.1002/9781119680987.ch2>
- Rakesh, D., McLaughlin, K. A., Sheridan, M., Humphreys, K. L., & Rosen, M. L. (2024). Environmental contributions to cognitive development: The role of cognitive stimulation. *Developmental Review*, 73. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2024.101135>
- Rasheed, M. A., Mughis, W., Niaz, M., & Hasan, B. S. (2022). Do parental

stimulation practices modify the effect of child's health status on early developmental risk? Findings from a hospitalized cohort. *Early Child Development and Care*, 192(12), 1998–2007. <https://doi.org/10.1080/03004430.2021.1964492>

Rebouças, P., Falcão, I. R., & Barreto, M. L. (2022). Social inequalities and their impact on children's health: a current and global perspective. *Jornal de Pediatria*, 98, S55–S65. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2021.11.004>

Schlesinger, A., Sengupta, S., Marx, L., Hilt, R., Martini, D. R., DeMaso, D. R., Beheshti, N., Borchering, B., Butler, A., Fallucco, E., Fletcher, K., Homan, E., Lai, K., Pierce, K., Sharma, A., Earls, M., Rockhill, C., Bukstein, O. G., Abright, A. R., ... Walter, H. J. (2023). Clinical Update: Collaborative Mental Health Care for Children and Adolescents in Pediatric Primary Care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 62(2), 91–119. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.06.007>

Tulviste, T., & Tamm, A. (2023). Longitudinal links between maternal directives, children's engagement in family conversations, and child linguistic skills. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1175084>

Volling, B. L., Stevenson, M. M., Safyer, P., Gonzalez, R., & Lee, J. Y. (2019). Chapter IV: In Search of the Father-Infant Activation Relationship: A Person-Centered Approach. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 84(1), 50–63. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85069805512&partnerID=40&md5=ca83f95ccedcdafc4fdd9ac38ff026b7>

Whitaker, A. A., Yoo, P. Y., Vandell, D. L., Duncan, G. J., & Burchinal, M. (2023). Predicting Adolescent and Young Adult Outcomes From Emotional Support and Cognitive Stimulation Offered by Preschool-Age Home and Early Care and Education Settings. *Developmental Psychology*, 59(12), 2189–2203. <https://doi.org/10.1037/dev0001576>

BAB 3

PERAN BERMAIN DALAM PERKEMBANGAN

Pendahuluan

Bermain (*play*) adalah bahasa universal bagi anak, karena bermain merupakan salah satu bentuk interaksi dan cara yang efektif dalam menghubungkan anak-anak. Yogman *et al* (2018) dalam *American Academy of Pediatrics* (AAP) mengatakan bahwa definisi bermain masih sulit dipahami, tetapi ada yang beranggapan bahwa bermain merupakan kegiatan yang dilakukan secara bebas, disertai motivasi dalam diri, memerlukan keterlibatan aktif sehingga dapat menghasilkan sebuah kegiatan yang menyenangkan (Suryati, et al., 2024).

Tujuan Intruksional:

1. Memahami konsep bermain
2. Menjelaskan tujuan bermain
3. Mengenali manfaat bermain
4. Memahami klasifikasi permainan
5. Menilai faktor-faktor yang mempengaruhi bermain
6. Menerapkan pedoman keamanan bermain
7. Mengidentifikasi Alat Permainan edukatif (APE)

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu menjelaskan definisi, tujuan, dan manfaat bermain serta mengidentifikasi berbagai jenis permainan dan faktor yang mempengaruhinya.
2. Mampu menganalisis jenis-jenis permainan berdasarkan isi, karakteristik sosial, dan usia, serta mengevaluasi faktor-faktor yang mempengaruhi bermain anak.
3. Mampu menerapkan pengetahuan tentang pedoman keamanan bermain dalam memilih dan menyediakan alat permainan yang aman dan sesuai.
4. Mampu mengidentifikasi dan memilih alat permainan edukatif yang mendukung berbagai aspek perkembangan anak, serta memberikan rekomendasi tentang kegiatan bermain yang sesuai.

A. Definisi Bermain

Bermain merupakan gambaran kemampuan fisik, intelektual, emosional, dan social. Bermain adalah sebuah media yang cocok untuk belajar karena dalam kegiatan ini akan berkata-kata, belajar beradaptasi dengan lingkungan, melakukan apa yang dapat dilakukan dan juga mengenal waktu, jarak, serta suara (Novita, Putu, Rasmita, & Hatala, 2023). Bermain adalah kebutuhan dasar dan hak setiap anak yang wajib dipenuhi oleh orangtua, guru, Masyarakat, maupun pemerintah. Melalui bermain anak akan mendapatkan pengetahuan yang dapat mengembangkan kemampuannya. Selain itu, anak juga akan mendapatkan pengalaman belajar melalui apa yang dirasakan, dipersepsikan secara alami sehingga dapat bermakna (Sriasih, Anjarwati, Widhiyanto, Maria, & hayati, 2023).

B. Tujuan Bermain

Adapun secara umum tujuan bermain adalah sebagai berikut (M.Fadillah, 2017):

1. Eksplorasi
Anak dapat menyalurkan segala keinginan dan kemampuannya melalui kegiatan bermain.
2. Eksperimen
Melalui bermain, anak dapat mencoba-coba untuk mendapatkan pengetahuan atau pengalaman baru
3. *Imitation*
Melalui kegiatan bermain, anak akan bebas berekspresi menirukan berbagai hal yang ada dalam imajinasinya.
4. Adaptasi
Ketika anak bermain bersama temannya maka anak akan berlatih untuk bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungan sekitar.

C. Manfaat Bermain

Menurut (M.Fadillah, 2017) peran bermain bagi perkembangan anak adalah sebagai berikut:

1. Bermain mengembangkan kemampuan motorik
Piaget berpendapat bahwa anak terlahir dengan kemampuan refleksi, lalu ia belajar menggabungkan dua atau lebih gerak refleksi, dan pada akhirnya mampu mengontrol gerakannya. Begitu juga dengan bermain mereka akan belajar mengontrol gerakannya menjadi terkoordinasi. Selain itu, anak juga memungkinkan anak bergerak secara bebas, sehingga anak mampu mengembangkan kemampuan motoriknya.
2. Bermain mengembangkan kemampuan kognitif
Piaget berpendapat bahwa anak belajar mengkonstruksikan pengetahuan dengan berinteraksi dengan objek sekitar. Bermain memberikan kesempatan menggunakan inderanya, misalnya menyentuh, mencium, melihat, dan mendengarkan, untuk mengetahui sifat-sifat objek. Dalam konsep *edutainment* hal ini disebut sebagai *global learning* (belajar menyeluruh).
3. Bermain mengembangkan kemampuan afektif
Kemampuan afektif merupakan kemampuan yang berhubungan dengan sikap seseorang. Kemampuan ini dapat dikembangkan dan dilatih melalui kegiatan bermain. Caranya dengan mengikuti aturan-aturan permainan yang telah dibuat Bersama. Aturan akan diperkenalkan oleh teman bermain. Oleh karena itu, bermain akan melatih anak dalam menyadari akan adanya aturan dan pentingnya mematuhi aturan.
4. Bermain mengembangkan kemampuan Bahasa
Pada saat bermain anak akan menggunakan Bahasa, baik untuk berkomunikasi dengan temannya. Dengan bermain secara otomatis Bahasa anak akan dapat berkembang dengan baik.
5. Bermain mengembangkan kemampuan social
Pada saat bermain anak secara langsung anak berinteraksi dengan anak yang lain. Interaksi tersebut mengajarkan anak bagaimana merespon, menerima dan memberi, serta menolak atau setuju dengan perilaku anak yang lain. Sikap yang sedemikian itu sedikit demi sedikit akan mengurangi egosentrisme pada anak dan mengembangkan sosialnya.

Selain kelima aspek perkembangan diatas, terdapat aspek perkembangan lain yang dapat dikembangkan melalui bermain yaitu: imajinasi, seni, kreativitas, dan moral agama. Sebagaimana disebutkan oleh Hurlock bahwa aktivitas bermain dapat berpengaruh pada diri anak, antara lain:

1. Dapat mengembangkan otot dan melatih seluruh bagian tubuhnya.
2. Dapat melatih atau dorongan berkomunikasi.
3. Sebagai penyaluran energi emosional yang terpendam.
4. Sebagai penyaluran bagi kebutuhan dan keinginan.
5. Dapat sebagai sumber belajar anak.
6. Sebagai rangsangan bagi kreativitas anak.
7. Sebagai sarana belajar bersosialisasi.
8. Melatih standar moral anak.
9. Sebagai relaksasi diri anak.
10. Memberikan kesempatan anak untuk mencoba hal baru.
11. Melatih anak untuk memecahkan masalah sederhana (*problem solving*)

D. Klasifikasi Permainan

Permainan pada anak bersifat aktif dan pasif akan membedakan jenis permainannya. Permainan aktif jika anak terlibat aktif dalam permainan. Sedangkan bermain pasif terjadi jika anak memberikan respons secara pasif. Dalam hal itu kita dapat mengenal jenis-jenis permainan pada anak sebagai berikut (Novita, Putu, Rasmita, & Hatala, 2023).

1. Berdasarkan Isinya
 - a. Bermain afektif sosial (*social affective play*)

Tujuan dari permainan ini adalah tercipta hubungan interpersonal yang menyenangkan antara anak dan orang lain. Contohnya bermain "cilukba", berbicara sambil tersenyum, atau sekedar memberikan tangan pada bayi untuk menggenggamnya.
 - b. Bermain bersenang-senang (*sense of pleasure play*)

Permainan ini menggunakan alat yang dapat memberikan rasa senang pada anak. Misalnya: dengan menggunakan pasir, anak akan membuat gunung-gunungan atau yang lainnya. Ciri khas permainan ini adalah semakin lama anak memainkan ini maka semakin asyik bersentuhan dengan permainan yang dilakukan sehingga sulit dihentikan.
 - c. Bermain keterampilan (*skillplay*)

Permainan ini dapat meningkatkan keterampilan motoric kasar dan motoric halus pada anak. Permainan ini dapat dilakukan sendiri oleh anak atau dapat juga dilakukan dengan temannya. Contoh dari permainan ini adalah ular tangga, congklak, dan puzzle.

d. *Unoccupied behavior*

Dalam jenis permainan ini anak tidak memainkan alat permainannya tetapi situasi atau objek tertentu di sekitarnya yang menjadi alat permainan. Misalnya: seringkali anak terlihat mondar-mandir, jinjit-jinjit, membungkuk-bungkuk, tersenyum, dan tertawa.

e. *Dramatic play*

Dalam permainan ini anak akan berperan sebagai orang lain. Anak akan berceloteh dan berpenampilan meniru orang dewasa misalnya menjadi ibunya, ayahnya, ibu guru dan sebagainya. Permainan ini penting untuk proses identifikasi anak terhadap orangtua.

2. Berdasarkan Karakteristik Sosial

a. *Onlooker play*

Dalam hal ini anak hanya mengamati temannya yang sedang bermain, tanpa ada inisiatif untuk ikut berperan dalam permainan tersebut.

b. *Solitary play*

Anak terlihat berada dalam kelompok permainan, tetapi anak bermain sendiri dengan alat permainan yang dimilikinya dan alat permainan tersebut yang digunakan temannya. Anak juga tidak terlihat kerja sama ataupun komunikasi dengan teman sepermainannya.

c. *Parallel play*

Anak mampu menggunakan alat permainan yang sama tetapi antara satu anak dengan lainnya tidak terjadi interaksi, biasanya permainan ini dilakukan oleh anak toddler.

d. *Associative play*

Permainan ini memungkinkan terjadinya komunikasi antara satu anak dengan anak lain tetapi tidak terorganisasi dengan baik, tidak ada yang memimpin permainan dan tujuan permainan tidak jelas. Contoh permainan ini adalah bermain boneka, bermain hujanphujan, dan bermain masak-masakan.

e. *Cooperative play*

Dalam jenis permainan ini terdapat anak yang memimpin permainan sesuatu dengan tujuan yang diharapkan dalam permainan tersebut. Misalnya bermain sepak bola, ada anak yang menjadi pemimpin, aturan main harus dijalankan oleh anak dan mereka harus memenangkan permainan dengan memasukkan bola ke gawang lawan mainnya.

3. Berdasarkan Kelompok Usia Anak

a. Permainan usia 0-6 bulan

Stimulasi visual: kaca yang tidak mudah pecah, warna yang terang dan mencolok.

Stimulasi verbal: box music, ayunan yang ada bel, mainan tangan yang dapat memutar dan menimbulkan bunyi.

Stimulasi taktil: boneka, Binatang, kain selimut, mainan yang bergerak dan lembut.

Stimulasi kinetik: kereeta, ayunan, mainan hisap, tmpat tidur goyang.

b. Permainan usia 6-12 bulan

Stimulasi visual: buku dengan gambar yang mencolok, cangkir, dan sendok yang sesuai.

Stimulasi verbal: mainan yang berbunyi, mainan yang mengeluarkan cahaya.

c. Permainan usia 12-24 bulan

Permainan mengambil dan memasukkan sesuatu ke kotak, mainan yang ditarik dan digoyang-goyangkan.

d. Permainan usia 2-3 tahun

Jenis permainan yang disukai adalah meniru pekerjaan atau kegiatan sehari-hari di rumah.

e. Permainan usia *pre school* (3-5 tahun)

Anak sudah dapat meloncat, berlari, atau bermain sepeda karena sangat energik dan juga imajinatif. Anak sudah mampu bermain dengan kelompok. Karakteristik permainan dalam usia ini adalah *associative play*, *dramatic play*, dan *skill play*.

f. Permainan usia sekolah (6-12 tahun)

Karakteristik permainannya adalah *cooperative play*. Anak laki-laki sifatnya mekanikan sedangkan wanita *mother role*.

E. Faktor yang Mempengaruhi Bermain pada Anak

Menurut (Novita, Putu, Rasmita, & Hatala, 2023) faktor-faktor yang dapat mempengaruhi bermain pada anak antara lain:

1. Jenis kelamin

Permainan merupakan salah satu media untuk membantu mengenal identitas diri sehingga ada sebagian alat permainan anak Perempuan tidak dianjurkan untuk digunakan oleh anak laki-laki.

2. Tahap perkembangan anak

Permainan harus sesuai dengan tahapan pertumbuhan dan perkembangannya. Permainan merupakan alat stimulasi pertumbuhan dan perkembangan sehingga jenis dan alat permainannya juga harus sesuai dengan karakteristik anak dalam tahap usianya.

3. Status kesehatan

Meskipun anak sedang sakit, orangtua maupun perawat harus jeli dalam memilih permainan yang sesuai dengan prinsip bermain pada anak yang sedang dirawat di rumah sakit.

4. Lingkungan

Terlaksananya kegiatan bermain yang baik untuk perkembangan anak salah satunya dapat dipengaruhi oleh nilai moral, budaya, dan lingkungan fisik rumah. Alat bermain tidak selalu harus yang dibeli dari toko atau berbentuk mainan jadi, tetapi lebih diutamakan yang dapat menstimulus imajinasi dan kreativitas anak. Mainan tradisional yang dibuat sendiri atau berasal dari benda-benda di sekitar juga lebih merangsang anak untuk berkreaitivitas.

5. Alat dan jenis permainan

Orangtua dan anak dapat memilih mainan bersama-sama tetapi harus aman bagi anak dan mainan tersebut sesuai dengan usia anak.

F. Pedoman untuk Keamanan Bermain

Menurut (Novita, Putu, Rasmita, & Hatala, 2023) hal yang perlu diperhatikan saat bermain adalah:

1. Ekstra energi

Untuk bermain diperlukan energi ekstra, sehingga anak-anak yang sakit kecil kemungkinannya untuk melakukan permainan.

2. Waktu

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

3. Alat permainan

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

4. Ruang untuk bermain

Bermain dapat dilakukan dimana saja.

5. Teman bermain

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

G. Alat Permainan Edukatif (APE)

Alat permainan edukatif merupakan alat permainan yang dapat berfungsi sebagai permainan secara optimal dalam perkembangan anak. Melalui alat permainan ini anak akan selalu bisa mengembangkan kemampuan fisik, Bahasa, kognitif, dan sosialnya. Untuk mencapai fungsi perkembangan secara optimal, maka alat ini harus aman, ukurannya sesuai dengan usia anak, modelnya jelas, menarik, sederhana, dan tidak mudah rusak. Beberapa contoh alat permainan yang bersifat edukatif diantaranya (Novita, Putu, Rasmita, & Hatala, 2023):

1. Permainan sepeda roda tiga atau dua, bola yang ditarik dan didorong yang dapat berfungsi dalam pertumbuhan fisik atau motoric kasar.
2. Pengembangan motoric halus dapat melalui alat permainan seperti gunting, pensil, bola, balok, lilin, dan sebagainya.
3. Untuk mengembangkan kemampuan kognitif anak dapat menggunakan buku bergambar, buku cerita, *puzzle*, boneka, pensil warna, radio, dan lain-lain.
4. Buku gambar, buku cerita, majalah, radio, tape dan televisi juga dapat digunakan dalam mengembangkan kemampuan Bahasa.
5. Alat permainan seperti gelas plastic, sendok, baju, Sepatu, kaos kaki dapat digunakan dalam mengembangkan kemampuan menolong diri sendiri.
6. Alat permainan seperti kotak, bola, dan tali dapat digunakan untuk mengembangkan tingkah laku social.

H. Latihan

1. Apa manfaat utama dari bermain dalam pengembangan kognitif anak menurut Piaget?
 - A. Bermain hanya memperbaiki keterampilan motorik kasar
 - B. Bermain tidak berpengaruh pada kemampuan bahasa anak
 - C. Bermain memberikan kesempatan untuk menggunakan indra dan memahami sifat objek

- D. Bermain hanya melibatkan keterampilan sosial anak
 - E. Bermain tidak memiliki hubungan dengan perkembangan intelektual
2. Dalam klasifikasi permainan berdasarkan isi, apa yang dimaksud dengan skill play?
- A. Permainan yang fokus pada interaksi sosial tanpa alat permainan
 - B. Permainan yang melibatkan alat untuk mengembangkan keterampilan motorik kasar dan halus
 - C. Permainan yang hanya melibatkan observasi dan tidak aktif
 - D. Permainan yang hanya melibatkan aktivitas imajinatif tanpa alat
 - E. Permainan yang dilakukan tanpa melibatkan teman atau alat permainan
3. Apa yang menjadi pedoman utama dalam memilih alat permainan edukatif (APE) untuk anak?
- A. Alat permainan harus memiliki harga yang tinggi
 - B. Alat permainan harus sesuai dengan usia anak dan aman
 - C. Alat permainan harus hanya tersedia di toko khusus
 - D. Alat permainan harus memiliki desain yang kompleks dan canggih
 - E. Alat permainan harus diperoleh dari luar negeri

Kunci Jawaban

- 1. C
- 2. B
- 3. B

I. Rangkuman Materi

Bermain adalah aktivitas yang melibatkan kemampuan fisik, intelektual, emosional, dan sosial anak yang bertujuan untuk bereksplorasi, eksperimen, imitasi, dan adaptasi. Bermain sangat bermanfaat dalam perkembangan anak dalam aspek motorik, kognitif, afektif, bahasa, dan sosial. Jenis permainan anak dibedakan berdasarkan isi, karakteristik sosial, dan usia. Bermain pada anak dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu jenis kelamin, tahap perkembangan, status kesehatan, lingkungan, alat dan jenis permainan. Pada saat melakukan kegiatan bermain hendaknya harus memperhatikan energi, waktu, alat permainan, ruang, dan teman untuk bermain. Alat Permainan

Edukatif (APE) mendukung berbagai aspek perkembangan anak yaitu motoric kasar, motoric halus, kognitif, bahasa, dan sosial. Secara keseluruhan, bermain adalah aktivitas yang vital bagi perkembangan anak, mempengaruhi berbagai aspek kehidupan mereka, dan berkontribusi pada pertumbuhan mereka menjadi individu yang sehat dan berkemampuan.

J. Glosarium

AAP : *American Academy of Pediatrics*

APE : Alat Permainan Edukatif

Daftar Pustaka

- M.Fadillah. (2017). *Buku Ajar Bermain dan Permainan Anak Usia Dini*. Jakarta: Prenadamedia Group.
- Novita, D., Putu, N. L., Rasmita, D., & Hatala, T. N. (2023). *Keperawatan Anak: Panduan Praktis untuk Perawat dan Orangtua*. Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Sriasih, N. K., Anjarwati, N., Widhiyanto, A., Maria, L., & hayati, B. N. (2023). *Keperawatan Anak sehat dan Sakit Akut*. Bandung: CV. Media Sains Indonesia.
- Sriyanah, N., & Efendi, S. (2023). *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Banyumas: Omera Pustaka.
- Suryati, Rasmita, D., Hadisaputra, S., Juliana, C., Hamdanesti, R., Indriati, G., & Triana, W. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia.

BAB 4

KONSEP IMUNISASI

Pendahuluan

Sangat penting bagi program imunisasi untuk memberikan imunisasi dasar lengkap (IDL) pada bayi. Bayi harus diberikan satu dosis vaksinasi hepatitis B 0-7 hari (HB 0) segera setelah lahir (sebelum berusia tujuh hari). Pada usia satu bulan, satu dosis imunisasi BCG dan polio diberikan; pada usia dua, tiga, dan empat bulan, satu dosis imunisasi pentavalen (DPT-HB-Hib) dan polio diberikan; dan pada usia sembilan bulan, satu dosis imunisasi campak diberikan. Walaupun jadwalnya sudah ditetapkan seperti di atas, secara teoritis, semua antigen (kecuali HB 0) boleh diberikan pada bayi sebelum berusia satu tahun, sehingga bayi menerima Imunisasi Dasar Lengkap. Ini tercapai jika bayi diberi vaksinasi HB 0, BCG, tiga dosis pentavalen, empat dosis polio, dan campak sebelum berusia satu tahun.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Intruksional:

Mahasiswa mampu memahami Konsep Imunisasi pada Anak.

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu menyebutkan pengertian imunisasi.
2. Mampu menyebutkan pengertian vaksin.
3. Mampu memahami penyelenggaraan imunisasi.
4. Mampu menyebutkan tujuan pemberian imunisasi
5. Mampu menyebutkan sasaran imunisasi.
6. Mampu menjelaskan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi
7. Mampu menyebutkan jenis imunisasi

A. Pengertian Imunisasi

Imunisasi berasal dari kata "pengimunan", yang berarti "kebal" atau "resisten." Anak-anak diimunisasi, yang berarti mereka memiliki kekebalan terhadap suatu penyakit. Mereka kebal atau tahan terhadap suatu penyakit, tetapi belum tentu kebal terhadap penyakit lain. Imunisasi adalah upaya untuk secara aktif menimbulkan dan meningkatkan kekebalan seseorang terhadap suatu penyakit sehingga mereka tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan setelah terkena penyakit tersebut.

B. Pengertian Vaksin

Vaksin adalah antigen yang terdiri dari mikroorganisme yang masih hidup, masih utuh, atau bagian dari mikroorganisme yang telah diubah menjadi toksin. Protein rekombinan dari mikroorganisme ini menciptakan kekebalan yang secara aktif melawan penyakit infeksi tertentu.

C. Penyelenggaraan Imunisasi

Pelayanan imunisasi dapat dilakukan oleh pemerintah, swasta, dan masyarakat dengan mempertahankan prinsip keterpaduan antara pihak terkait. Penyelenggaraan imunisasi mencakup serangkaian tindakan yang mencakup perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi kegiatan imunisasi.

D. Tujuan Pemberian Imunisasi

1. Tujuan Umum

Tujuan umum pemberian imunisasi adalah untuk menurunkan angka morbiditas, angka mortalitas dan kecacatan akibat Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I).

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus imunisasi adalah :

- a. Tercapainya target Universal Child Immunization (UCI), yaitu setidaknya 80% bayi di seluruh desa atau kelurahan diimunisasi secara merata.

- b. Terbukti bahwa tetanus maternal dan neonatal dapat dihilangkan, yang merupakan insiden di bawah 1 per 1.000 bayi yang lahir dalam satu tahun.
- c. Polio dapat dihilangkan.
- d. Campak dapat dihilangkan.
- e. Praktik pemberian imunisasi yang aman dan pengelolaan limbah medis (*safety injection practise and waste disposal management*).

E. Sasaran Imunisasi

Sasaran pelayanan imunisasi rutin adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1 Sasaran Imunisasi pada bayi

Jenis Imunisasi	Usia Pemberian	Jumlah	Interval minimal
Hepatitis B	0–7 hari	1	-
BCG	1 bulan	1	-
Polio / IPV	1, 2, 3,4 bulan	4	4 minggu
DPT-HB-Hib	2, 3, 4 bulan	3	4 minggu
Campak	9 bulan	1	-

Tabel 4.2 Sasaran Imunisasi pada anak Balita




Jenis Imunisasi	Usia Pemberian	Jumlah Pemberian
DPT-HB-Hib	18 bulan	1
Campak	24 bulan	1



Tabel 4.3 Sasaran Imunisasi pada anak Sekolah Dasar



Sasaran	Jenis Imunisasi	Waktu Pemberian	Keterangan
Kelas 1 SD	Campak	Bulan Agustus	Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS)
Kelas 1 SD	DT	Bulan November	
Kelas 2 & 3 SD	Td	Bulan November	


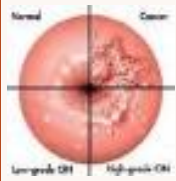
F. Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I)

Tabel 4.4 Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi

No.	Nama Penyakit	Definisi dan Penyebab	Penularan	Gejala	Komplikasi	Gambar
1.	Difteri	Penyakit yang disebabkan oleh bakteri <i>Corynebacterium diphtheriae</i> .	Melalui kontak fisik dan pernafasan	<ul style="list-style-type: none"> •Radang tenggorokan •Hilang nafsu makan •Demam ringan •Dalam 2–3 hari timbul selaput putih kebiru-biruan pada tenggorokan dan tonsil. 	gangguan pernafasan yang berakibat kematian.	 <p>(Sumber: commons.wikimedia.org)</p>
2.	Pertusis	Penyakit pada saluran pernafasan yang disebabkan oleh bakteri <i>Bordetella pertussis</i> . (batuk rejan)	Melalui percikan ludah (<i>droplet infection</i>) dari batuk atau bersin	<ul style="list-style-type: none"> •Pilek •Mata merah •Bersin •Demam •Batuk ringan yang lama-kelamaan menjadi parah dan menimbulkan batuk yang cepat dan keras. 	<i>pneumonia bacterialis</i> yang dapat menyebabkan kematian	 <p>(Sumber: nursingbook.blogspot.com)</p>
3.	Tetanus	Penyakit yang disebabkan oleh <i>Clostridium tetani</i> yang menghasilkan neurotoksin.	Melalui kotoran yang masuk ke dalam luka yang dalam.	<ul style="list-style-type: none"> •Gejala awal: kaku otot pada rahang, disertai kaku pada leher, kesulitan menelan, kaku otot perut, berkeriat dan demam. •Pada bayi terdapat gejala berhenti menetek (<i>sucking</i>) antara 3 sampai dengan 28 hari setelah lahir. •Gejala berikutnya kejang yang hebat dan tubuh menjadi kaku. 	<ul style="list-style-type: none"> •Patah tulang akibat kejang, •Pneumonia •Infeksi lain yang dapat menimbulkan kematian. 	 <p>(Sumber: modul pelatihan imunisasi bagi puskesmas)</p>

No.	Nama Penyakit	Definisi dan Penyebab	Penularan	Gejala	Komplikasi	Gambar
4.	Tuberculosis (TBC)	Penyakit yang disebabkan oleh <i>Mycobacterium tuberculosis</i> disebut juga batuk darah.	<ul style="list-style-type: none"> •Melalui pernafasan •Lewat bersin atau batuk 	<ul style="list-style-type: none"> •Gejala awal: lemah badan, penurunan berat badan, demam, dan keluar keringat pada malam hari. •Gejala selanjutnya: batuk terus-menerus, nyeri dada dan (mungkin) batuk darah. •Gejala lain: tergantung pada organ yang diserang. 	Kelemahan dan kematian.	 <p>(Sumber: <i>inharmoneyclinic.com</i>)</p>
5.	Campak	Penyakit yang disebabkan oleh virus <i>myxovirus viridae measles</i> .	Melalui udara (percikan ludah) dari bersin atau batuk penderita	<ul style="list-style-type: none"> •Gejala awal: demam, bercak kemerahan, batuk, pilek, conjunctivitis (mata merah) dan koplik spots. •Selanjutnya timbul ruam pada muka dan leher, kemudian menyebar ke tubuh dan tangan serta kaki. 	<ul style="list-style-type: none"> •Diare hebat •Peradangan pada telinga •Infeksi saluran napas (pneumonia) 	 <p>(Sumber: Modul Pelatihan imunisasi bagi petugas kesehatan)</p>

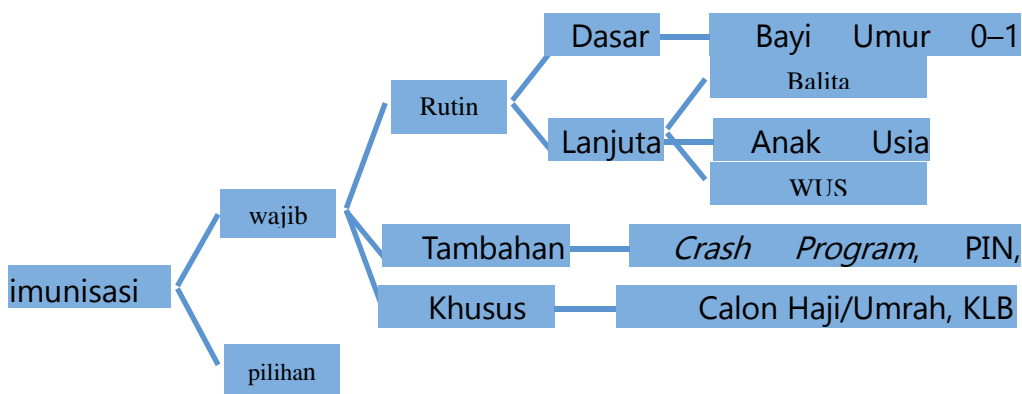
No.	Nama Penyakit	Definisi dan Penyebab	Penularan	Gejala	Komplikasi	Gambar
6.	Poliomielitis	Penyakit pada susunan saraf pusat yang disebabkan oleh virus polio tipe 1, 2, atau 3. Secara klinis menyerang anak di bawah umur 15 tahun dan menderita lumpuh layu akut (<i>acute flaccid paralysis</i> = AFP).	Melalui kotoran manusia (tinja) yang terkontaminasi	<ul style="list-style-type: none"> •Demam •Nyeri otot dan kelumpuhan terjadi pada minggu pertama 	Bisa menyebabkan kematian jika otot pernafasan terinfeksi dan tidak segera ditangani.	 <p>(Sumber: Modul pelatihan imunisasi bagi petugas kesehatan)</p>
7.	Hepatitis B	Penyakit yang disebabkan oleh virus hepatitis B yang merusak hati (penyakit kuning).	Penularan secara horizontal: <ul style="list-style-type: none"> •Dari darah dan produknya •Suntikan yang tidak aman •Transfusi darah •Melalui hubungan seksual Penularan secara vertical: <ul style="list-style-type: none"> •Dari ibu ke bayi selama proses persalinan 	<ul style="list-style-type: none"> •Merasa lemah •Gangguan perut •Gejala lain seperti flu, urin menjadi kuning, kotoran menjadi pucat. •Warna kuning bisa terlihat pada mata ataupun kulit. 	Penyakit ini bisa menjadi kronis yang menimbulkan pengerasan hati (<i>Cirrhosis Hepatis</i>), kanker hati (<i>Hepato Cellular Carcinoma</i>) dan menimbulkan kematian.	 <p>(Sumber: Modul pelatihan imunisasi bagi petugas kesehatan)</p>

No.	Nama Penyakit	Definisi dan Penyebab	Penularan	Gejala	Komplikasi	Gambar
8.	Hemofilius Influenza tipe b (Hib)	Salah satu bakteri yang dapat menyebabkan infeksi di beberapa organ, seperti meningitis, epiglottitis, pneumonia, artritis, dan selulitis. Banyak menyerang anak di bawah usia 5 tahun, terutama pada usia 6 bulan–1 tahun.	• Droplet melalui nasofaring.	<ul style="list-style-type: none"> • Pada selaput otak akan timbul gejala meningitis (demam, kaku kuduk, kehilangan kesadaran), • Pada paru menyebabkan pneumonia (demam, sesak, retraksi otot pernafasan), terkadang menimbulkan gejala sisa berupa kerusakan alat pendengaran. 		 <p>(Sumber: Modul pelatihan imunisasi bagi petugas kesehatan)</p>
9.	HPV (Human papiloma Virus)	Virus yang menyerang kulit dan membran mukosa manusia dan hewan.	Penularan melalui hubungan kulit ke kulit, HPV menular dengan mudah.	Beberapa menyebabkan kutil, sedangkan lainnya dapat menyebabkan infeksi yang menimbulkan munculnya lesi, ca servik juga disebabkan oleh virus HPV melalui hubungan seks.		 <p>(Sumber: caramengobati.com)</p>

No.	Nama Penyakit	Definisi dan Penyebab	Penularan	Gejala	Komplikasi	Gambar
10.	Hepatitis A	Suatu penyakit yang disebabkan oleh virus	Disebarkan oleh kotoran/tinja penderita; biasanya melalui makanan (<i>fecal-oral</i>).	<ul style="list-style-type: none"> •Kelelahan •Mual dan muntah •Nyeri perut atau rasa tidak nyaman, terutama di daerah hati •Kehilangan nafsu makan •Demam •Urin berwarna gelap •Nyeri otot •Menguningnya kulit dan mata (<i>jaundice</i>). 		 <p>(Sumber: www.imunize.org)</p>

G. Jenis Imunisasi


Setelah mempelajari tentang penyakit yang dapat dicegah melalui imunisasi, kita sekarang akan mempelajari jenis imunisasi berdasarkan cara mereka diberikan di Indonesia. Bagan pembagian jenis imunisasi ini dapat ditemukan di sini.



Gambar 4.1 Skema Jenis Imunisasi Berdasarkan Sifat Penyelenggaraan

1. Imunisasi Dasar

Tabel 4.5 Imunisasi Dasar

Vaksin BCG	
 <p>Vaksin BCG & pelarut (Sumber: www.biofarma.co.id)</p> <p>Vaksin BCG & pelarut (Sumber: www.biofarma.co.id)</p>	<p>Deskripsi: Vaksin BCG merupakan vaksin beku kering yang mengandung <i>Mycrobacterium bovis</i> hidup yang dilemahkan (<i>Bacillus Calmette Guerin</i>), <i>strain paris</i>.</p> <p>Indikasi: Untuk pemberian kekebalan aktif terhadap tuberkulosis.</p>
<p>Cara pemberian dan dosis:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Dosis pemberian: 0,05 ml, sebanyak 1 kali. •Disuntikkan secara intrakutan di daerah lengan kanan atas (<i>insertio musculus deltoideus</i>), dengan menggunakan ADS 0,05 ml. 	
<p>efek samping:</p> <p>2–6 minggu setelah imunisasi BCG daerah bekas suntikan timbul bisul kecil (papula) yang semakin membesar dan dapat terjadi ulserasi dalam waktu 2–4 bulan, kemudian menyembuh perlahan dengan menimbulkan jaringan parut dengan diameter 2–10 mm.</p>	
<p>Penanganan efek samping:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Apabila ulkus mengeluarkan cairan perlu dikompres dengan cairan antiseptik. •Apabila cairan bertambah banyak atau koreng semakin membesar anjurkan orangtua membawa bayi ke ke tenaga kesehatan. 	

Vaksin DPT-HB-Hib



Vaksin DPT-HB-HIB
(Sumber:
www.biofarma.co.id)

Deskripsi:

Vaksin DTP-HB-Hib digunakan untuk pencegahan terhadap difteri, tetanus, pertusis (batuk rejan), hepatitis B, dan infeksi *Haemophilus influenzae* tipe b secara simultan

Cara pemberian dan dosis:

- Vaksin harus disuntikkan secara intramuskular pada anterolateral paha atas.
- Satu dosis anak adalah 0,5 ml.

Kontra indikasi:


Kejang atau gejala kelainan otak pada bayi baru lahir atau kelainan saraf serius .

efek samping:

Reaksi lokal sementara, seperti bengkak, nyeri, dan kemerahan pada lokasi suntikan, disertai demam dapat timbul dalam sejumlah besar kasus. Kadang-kadang reaksi berat, seperti demam tinggi, *irritabilitas* (rewel), dan menangis dengan nada tinggi dapat terjadi dalam 24 jam setelah pemberian.


Penanganan efek samping:

- Orangtua dianjurkan untuk memberikan minum lebih banyak (ASI atau sari buah).
- Jika demam, kenakan pakaian yang tipis.
- Bekas suntikan yang nyeri dapat dikompres air dingin.
- Jika demam berikan paracetamol 15 mg/kgBB setiap 3–4 jam (maksimal 6 kali dalam 24 jam).
- Bayi boleh mandi atau cukup diseka dengan air hangat.
- Jika reaksi memberat dan menetap bawa bayi ke dokter.


Vaksin Hepatitis B (HB0)	
 <p>Vaksin Hepatitis B (Sumber: www.biofarma.co.id)</p>	<p>Deskripsi: Vaksin virus rekombinan yang telah diinaktivasikan dan bersifat <i>non-infectious</i>, berasal dari HBsAg.</p>
<p>Cara pemberian dan dosis:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Dosis 0,5 ml atau 1 (buah) HB PID, secara intramuskuler, sebaiknya pada anterolateral paha. •Pemberian sebanyak 3 dosis. •Dosis pertama usia 0–7 hari, dosis berikutnya interval minimum 4 minggu (1 bulan). <p>Kontra indikasi: Penderita infeksi berat yang disertai kejang.</p>	
<p>efek samping: Reaksi lokal seperti rasa sakit, kemerahan dan pembengkakan di sekitar tempat penyuntikan. Reaksi yang terjadi bersifat ringan dan biasanya hilang setelah 2 hari.</p>	
<p>Penanganan efek samping:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Orangtua dianjurkan untuk memberikan minum lebih banyak (ASI). •Jika demam, kenakan pakaian yang tipis. •Bekas suntikan yang nyeri dapat dikompres air dingin. •Jika demam berikan paracetamol 15 mg/kgBB setiap 3–4 jam (maksimal 6x dalam 24 jam). •Bayi boleh mandi atau cukup diseka dengan air hangat. 	

Vaksin Polio Oral (<i>Oral Polio Vaccine</i> [OPV])	
 <p>Vaksin Polio dan droplet</p>	<p>Deskripsi : Vaksin Polio Trivalent yang terdiri dari suspensi virus poliomyelitis tipe 1, 2, dan 3 (<i>strain Sabin</i>) yang sudah dilemahkan.</p> <p>Indikasi: Untuk pemberian kekebalan aktif terhadap poliomielitis.</p>

(Sumber: www.biofarma.co.id)	
Cara pemberian dan dosis:	Secara oral (melalui mulut), 1 dosis (dua tetes) sebanyak 4 kali (dosis) pemberian, dengan interval setiap dosis minimal 4 minggu.
Kontra indikasi:	Pada individu yang menderita <i>immune deficiency</i> tidak ada efek berbahaya yang timbul akibat pemberian polio pada anak yang sedang sakit.
efek Samping:	Sangat jarang terjadi reaksi sesudah imunisasi polio oral. Setelah mendapat vaksin polio oral bayi boleh makan minum seperti biasa. Apabila muntah dalam 30 menit segera diberi dosis ulang.
Penanganan efek samping:	Orangtua tidak perlu melakukan tindakan apa pun.

Vaksin Inactive Polio Vaccine (IPV)	
 <p>Vaksin Polio IPV (Sumber: www.vaxserve.com)</p>	<p>Deskripsi: Bentuk suspensi injeksi.</p> <p>Indikasi: Untuk pencegahan <i>poliomyelitis</i> pada bayi dan anak <i>immunocompromised</i>, kontak di lingkungan keluarga dan pada individu di mana vaksin polio oral menjadi kontra indikasi.</p>
<p>Cara pemberian dan dosis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disuntikkan secara intra muskular atau subkutan dalam, dengan dosis pemberian 0,5 ml. • Dari usia 2 bulan, 3 suntikan berturut-turut 0,5 ml harus diberikan pada interval satu atau dua bulan. • IPV dapat diberikan setelah usia bayi 6, 10, dan 14, sesuai dengan rekomendasi dari WHO. • Bagi orang dewasa yang belum diimunisasi diberikan 2 suntikan berturut-turut dengan interval satu atau dua bulan. 	

<p>Kontra indikasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Sedang menderita demam, penyakit akut atau penyakit kronis progresif. •Hipersensitif pada saat pemberian vaksin ini sebelumnya. •Penyakit demam akibat infeksi akut: tunggu sampai sembuh. •Alergi terhadap Streptomycin.
<p>efek samping:</p> <p>Reaksi lokal pada tempat penyuntikan: nyeri, kemerahan, indurasi, dan bengkak bisa terjadi dalam waktu 48 jam setelah penyuntikan dan bisa bertahan selama satu atau dua hari.</p>
<p>Penanganan efek samping:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Orang tua dianjurkan untuk memberikan minum lebih banyak (ASI). •Jika demam, kenakan pakaian yang tipis. •Bekas suntikan yang nyeri dapat dikompres air dingin. •Jika demam berikan paracetamol 15 mg/kgBB setiap 3–4 jam (maksimal 6 kali dalam 24 jam) •Bayi boleh mandi atau cukup diseka dengan air hangat.

Vaksin Campak	
 <p>Vaksin campak dan pelarut (Sumber: www.biofarma.co.id)</p>	<p>Deskripsi: Vaksin virus hidup yang dilemahkan.</p>
	<p>Indikasi: Pemberian kekebalan aktif terhadap penyakit campak.</p>
<p>Cara pemberian dan dosis: 0,5 ml disuntikkan secara subkutan pada lengan kiri atas atau anterolateral paha, pada usia 9–11 bulan.</p>	
<p>Kontra indikasi: Individu yang mengidap penyakit <i>immune deficiency</i> atau individu yang diduga menderita gangguan respon imun karena leukemia, limfoma.</p>	
<p>efek samping: Hingga 15% pasien dapat mengalami demam ringan dan kemerahan selama 3 hari yang dapat terjadi 8–12 hari setelah vaksinasi.</p>	


Penanganan efek samping:

- Orangtua dianjurkan untuk memberikan minum lebih banyak (ASI atau sari buah).
- Jika demam kenakan pakaian yang tipis.
- Bekas suntikan yang nyeri dapat dikompres air dingin.
- Jika demam berikan paracetamol 15 mg/kgBB setiap 3–4 jam (maksimal 6 kali dalam 24 jam).
- Bayi boleh mandi atau cukup diseka dengan air hangat.
- Jika reaksi tersebut berat dan menetap bawa bayi ke dokter.

2. Imunisasi Lanjutan

Imunisasi lanjutan diberikan kepada anak usia bawah tiga tahun (batita) dan anak usia sekolah dasar untuk mempertahankan tingkat kekebalan atau memperpanjang masa perlindungan.

Tabel 4.6 Imunisasi Lanjutan

Vaksin DT	
 <p>Vaksin DT (Sumber: www.biofarma.co.id)</p>	<p>Deskripsi: Suspensi koloidal homogen berwarna putih susu mengandung toksoid tetanus dan toksoid difteri murni yang terabsorpsi ke dalam aluminium fosfat.</p> <p>Indikasi: Pemberian kekebalan simultan terhadap difteri dan tetanus pada anak-anak.</p>
<p>Cara pemberian dan dosis: Secara intra muskular atau subkutan dalam, dengan dosis 0,5 ml. Dianjurkan untuk anak usia di bawah 8 tahun.</p>	
<p>Kontra indikasi: Hipersensitif terhadap komponen dari vaksin.</p>	
<p>efek Samping: Gejala-gejala seperti lemas dan kemerahan pada lokasi suntikan yang bersifat sementara, dan kadang-kadang gejala demam.</p>	

Penanganan efek samping:

- Orangtua dianjurkan untuk memberikan minum anak lebih banyak.
- Jika demam, kenakan pakaian yang tipis
- Bekas suntikan yang nyeri dapat dikompres air dingin
- Jika demam berikan paracetamol 15 mg/kgBB setiap 3–4 jam (maksimal 6 kali dalam 24 jam)
- Anak boleh mandi atau cukup diseka dengan air hangat.

Vaksin Td

Vaksin Td
(Sumber:
www.biofarma.co.id)

Deskripsi:

Suspensi kolodial homogen berwarna putih susu mengandung toksoid tetanus dan toksoid difteri murni yang terabsorpsi ke dalam alumunium fosfat.

Indikasi:

Imunisasi ulangan terhadap tetanus dan difteri pada individu mulai usia 7 tahun.

Cara pemberian dan dosis:

Disuntikkan secara intra muskular atau subkutan dalam, dengan dosis pemberian 0,5 ml.

Kontra indikasi:

Individu yang menderita reaksi berat terhadap dosis sebelumnya.

efek samping:

Pada uji klinis dilaporkan terdapat kasus nyeri pada lokasi penyuntikan (20–30%) serta demam (4,7%)

H. Jadwal Imunisasi

Perlu diingat bahwa jumlah vaksin yang diberikan kepada bayi dan anak saat ini sangat besar. Oleh karena itu, perlu diatur urutan pemberian vaksin dalam jadwal imunisasi. Bayi di bawah satu tahun, batita, dan anak SD diberikan vaksinasi pada jadwal berikut.

1. Jadwal Pemberian imunisasi Dasar

Tabel 4.7 Imunisasi Lanjutan

Umur	Jenis Imunisasi
< 24 Jam	Hepatitis B (HB0)
1 Bulan	BCG, OPV 1
2 Bulan	DPT-HB-Hib 1, OPV 2, PCV 1, RV 1*
3 Bulan	DPT-HB-Hib 2, OPV 3, PCV 2, RV 2*
4 Bulan	DPT-HB-Hib 3, OPV 4, IPV 1, RV 3*
9 Bulan	Campak Rubella 1, IPV 2***
10 Bulan	JE**
12 Bulan	PCV 3
18 Bulan	DPT-HB-Hib 4, Campak Rubella 2
Kelas 1 SD	Campak Rubella 3, DT
Kelas 2 SD	Td
Kelas 5 SD	Td, HPV 1****
Kelas 6 SD	HPV 2****

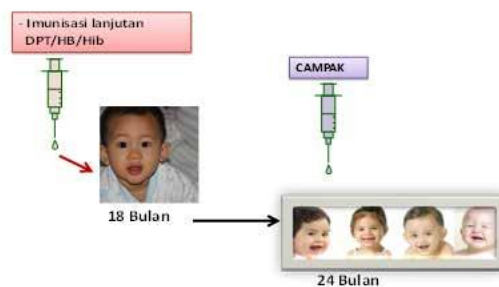
* : Dimulai di akhir tahun 2022 di wilayah introduksi, Imunisasi RV harus dilengkapi sebelum usia 6 bulan

** : Di wilayah endemis

*** : Dimulai di akhir tahun 2022 di wilayah introduksi

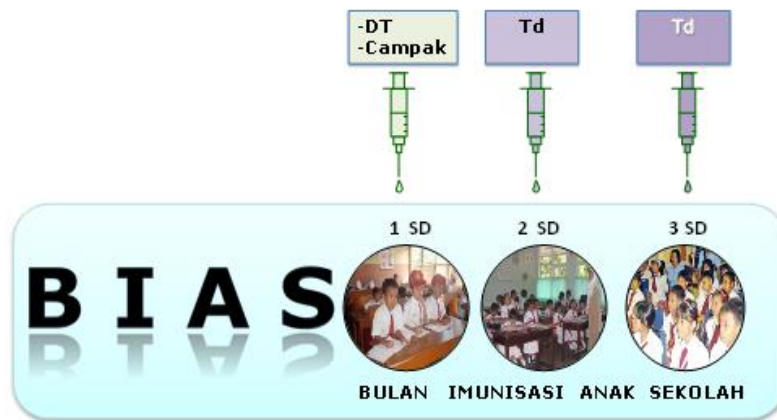
**** : Anak Perempuan di wilayah introduksi

2. Jadwal imunisasi lanjutan pada usia batita



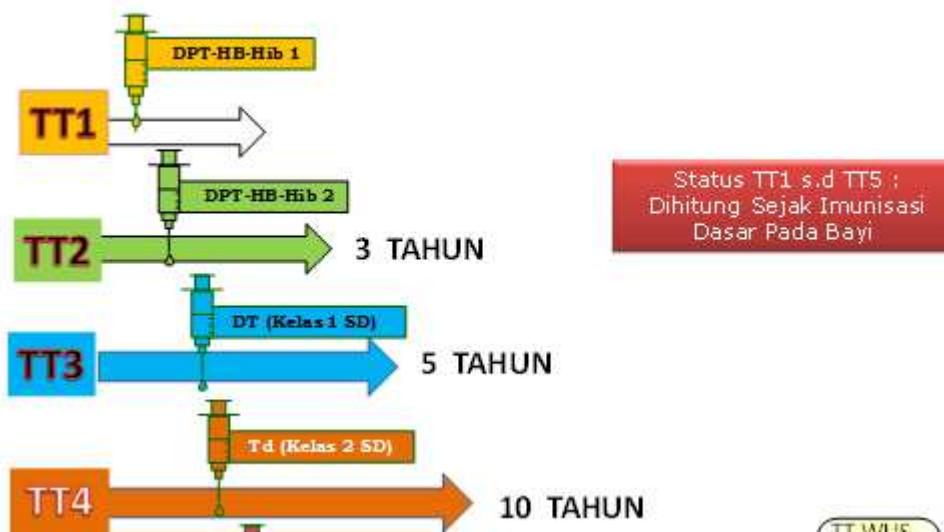
Gambar 4.1 Jadwal imunisasi lanjutan pada Batita

3. Jadwal imunisasi lanjutan pada usia Sekolah



Gambar 4.2 Jadwal imunisasi lanjutan pada Anak usia Sekolah

4. Jadwal imunisasi lanjutan tetanus toksoid (tt)



Gambar 4.3 Jadwal imunisasi lanjutan tetanus toksoid

I. Latihan

1. Bayi yang dilahirkan di dukun mengalami gejala seperti tali pusat berbau, keluar pus, anak tidak mau menetek, mulut mencucu, dan kejang setelah pulang ke rumah. Kemungkinan gejala penyakit ini adalah
 - A. a. Pertusis
 - B. Campak
 - C. Tetanus
 - D. Flu
 - E. Diphtheria
2. Seorang bayi perempuan yang baru dilahirkan di dukun tiga hari yang lalu datang ke bidan dengan mengklaim bahwa bayinya belum menerima suntikan pencegahan. Sebagai seorang perawat, imunisasi pertama yang harus diberikan adalah
 - A. Vitamin K
 - B. Hepatitis
 - C. Hepatitis B
 - D. BCG
 - E. DPT
3. Bayi perempuan usia satu bulan datang ke puskesmas bersama ibunya untuk mendapatkan imunisasi. Vaksinasi berikutnya yang diberikan adalah
 - A. Combo DPT
 - B. Campak
 - C. DPT Polio
 - D. Hepatitis 1
 - E. BCG
4. Dalam bulan November, seorang anak perempuan di kelas satu SD menerima vaksinasi. Anak tersebut akan divaksinasi dengan...
 - A. DPT
 - B. TT
 - C. Campak
 - D. Hepatitis A
 - E. DT

5. Seorang ibu datang ke Posyandu dengan keinginan untuk mengimunisasikan anaknya yang sekarang berusia sembilan bulan. Bayi sekarang berbobot 8 kg dan dalam kondisi sehat. Apa jenis vaksin yang diberikan?
- A. DPT
 - B. BCG
 - C. Polio
 - D. DT
 - E. Campak

Kunci Jawaban :

- 1. C
- 2. C
- 3. E
- 4. E
- 5. E

J. Rangkuman Materi

1. Imunisasi adalah upaya untuk secara aktif menimbulkan atau meningkatkan kekebalan seseorang terhadap suatu penyakit sehingga mereka tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan setelah terkena penyakit tersebut.
2. Sasaran imunisasi adalah bayi, batita, anak-anak usia sekolah dasar kelas 1, 2, dan 3.
3. Penyakit yang dapat dicegah dengan vaksinasi adalah diphteri, pertusis, tetanus, tuberkulosis, hepatitis B, poliomyelitis, dan campak.

K. Glosarium

- BCG : Bacillus Calmette-Guérin
DPT : Dipteri Pertusis Tetanus
DT : Diphteria Tetanus
TT : Tetanus Toksoid
BCG : Pasangan Usia Subur
DPT : Sectio Caesarea
TD : Tetanus Diphteria
BIAS : Bulan Imunisasi Anak Sekolah

- HB : hepatitis B
HB0 : vaksin hepatitis B yang diberikan saat lahir
Hib : Haemophilus influenzae type B
IPV : Inactivated Poliovirus Vaccine
ADS : Anti Difteri Serum

Daftar Pustaka

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007. Petunjuk Teknis Pencatatan dan Pelaporan Program Imunisasi. Jakarta: Dirjen PP - PL dan Direktorat Sepim- Kesda Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI. 2005. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1611/ Menkes/SK/ XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi. Jakarta: Ditjen PP & PL Depkes RI.
- Depkes RI. 2009. Imunisasi Dasar Bagi Pelaksana Imunisasi di UPK Swasta. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kemenkes RI. 2013. Modul Pelatihan Imunisasi bagi petugas Puskesmas (Basic Health Worker's training module).
- Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kemenkes RI. 2013. Petunjuk Teknis Introduksi Imunisasi DTP-HB-Hib (Pentavalen) Pada Bayi dan Pelaksanaan Imunisasi Lanjutan Pada Anak Balita.
- Ditjen PP & PL Depkes RI. 2005. Pedoman Teknis Imunisasi Tingkat Puskesmas. Jakarta: Ditjen PP & PL Depkes RI.
- Kemenkes RI. 2013. Peraturan Pemerintah Kesehatan Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Imunisasi.
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2005. Pedoman Pemantauan dan Penanggulangan Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi. Jakarta: Depkes RI.

BAB 5

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM TUBUH DAN DAMPAKNYA TERHADAP PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR

Pendahuluan

Menurut Undang-Undang Perlindungan Anak di Indonesia (UU No. 23 Tahun 2002), anak adalah setiap orang yang berusia di bawah 18 tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Pengertian ini juga didukung oleh definisi dari UNICEF, yang menyatakan bahwa anak adalah individu yang berada dalam usia di bawah 18 tahun, kecuali di negara-negara tertentu yang menetapkan batas usia dewasa yang lebih rendah.

Sakit pada anak dapat memiliki dampak yang signifikan terhadap keseharian mereka, mempengaruhi berbagai aspek kehidupan seperti aktivitas fisik, perkembangan emosional, interaksi sosial, dan proses belajar. Ketika seorang anak mengalami sakit, perubahan dalam rutinitas harian sering kali tidak dapat dihindari. Anak mungkin harus absen dari sekolah atau kegiatan bermain, yang dapat mempengaruhi perkembangan akademis dan sosialnya. Selain itu, rasa sakit dan ketidaknyamanan fisik dapat menyebabkan penurunan motivasi untuk berpartisipasi dalam aktivitas yang biasa dinikmati anak.

Keperawatan anak sakit adalah kondisi di mana seorang anak mengalami gangguan kesehatan yang memerlukan perawatan medis dan keperawatan. Ini termasuk berbagai kondisi dari ringan hingga kronis yang memerlukan perawatan intensif. Perawat anak memiliki peran penting dalam memastikan bahwa setiap aspek kebutuhan anak—baik itu kebutuhan fisik, emosional, maupun psikologis—terpenuhi selama masa sakit. Ini termasuk upaya untuk meminimalkan ketidaknyamanan, mendukung proses penyembuhan, serta memberikan edukasi kepada orang tua atau pengasuh mengenai perawatan lanjutan di rumah.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Intruksional:

Memahami konsep asuhan keperawatan kepada anak sakit dengan gangguan sistem tubuh dan pemenuhan kebutuhan dasarnya.

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu menjelaskan dan memahami konsep asuhan keperawatan kepada anak dengan gangguan sistem tubuh pernafasan: Asma Bronkial
2. Mampu menjelaskan dan memahami konsep asuhan keperawatan kepada anak dengan gangguan sistem tubuh Kardiovaskuler dan Hematologi: Talasemia
3. Mampu menjelaskan dan memahami konsep asuhan keperawatan kepada anak dengan gangguan sistem tubuh Pencernaan: Diare
4. Mampu menjelaskan dan memahami konsep asuhan keperawatan kepada anak dengan gangguan sistem tubuh Termogulasi: Kejang Demam

A. Asma Bronkial

1. Definisi

Asma adalah penyakit pernapasan kronis yang ditandai oleh peradangan saluran udara, yang dapat menyebabkan gejala seperti sesak napas, batuk, dan mengi (Nuari et al., 2018 dalam Fitrah 2023).

Asma merupakan penyakit kronis yang mengganggu jalan napas akibat adanya inflamasi dan pembengkakan dinding dalam saluran napas sehingga menjadi sangat sensitif terhadap masuknya benda asing yang menimbulkan reaksi berlebihan. Akibatnya saluran nafas menyempit dan jumlah udara yang masuk dalam paru-paru berkurang. Hal ini menyebabkan timbulnya napas berbunyi (wheezing), batuk-batuk, dada sesak, dan gangguan bernapas terutama pada malam hari dan dini hari (Soedarto. 2012).

Berdasarkan American Thoracic Society, committee on asthma (1962), asma bronkial didefinisikan sebagai suatu penyakit saluran napas bagian bawah sebagai akibat meningkatnya kepekaan trakea dan bronkus terhadap berbagai rangsangan dan ditandai dengan penyempitan yang luas pada saluran napas, bersifat reversibel baik secara spontan maupun dengan pengobatan (Harsono, 2016).

2. Patofisiologi

Asma dikaitkan dengan respons imun sel helper tipe 2 (Th2), yang khas pada kondisi atopik lainnya. Pemicu asma adalah alergi (misalnya, tungau, debu rumah, bulu binatang, jamur, dan serbuk sari) dan non-alergi (misalnya, infeksi virus, paparan terhadap asap rokok, udara dingin, olahraga) menyebabkan rangsangan yang menghasilkan ruam dan peristiwa yang menyebabkan peradangan saluran napas kronis. Peningkatan kadar sel Th2 di saluran pernapasan akan melepaskan sitokin spesifik, termasuk interleukin (IL) -4, IL-5, IL9 dan IL-13, dan mempromosikan peradangan eosinofilik dan produksi immunoglobulin E (IgE). Produksi IgE akan memicu pelepasan mediator inflamasi, seperti histamin dan sisteinil leukotrien, yang menyebabkan bronkospasme (kontraksi otot polos di saluran pernapasan), edema, dan peningkatan

sekresi mukosa, yang mengarah pada gejala khas asma (GINA, 2017; Lemanske & Busse, 2010 dalam Afgani dan Hendriani, 2020).

Asma disebabkan karena adanya keterbatasan aliran udara menuju paru yang dapat disebabkan oleh berbagai perubahan atau disfungsi jalan nafas.

a. Bronkokonstriksi

Kejadian fisiologis dominan yang mengakibatkan timbulnya gejala klinis asma adalah penyempitan saluran napas yang diikuti gangguan aliran udara. Pada asma eksaserbasi akut, kontraksi otot polos bronkus (bronkokonstriksi) terjadi secara cepat, menyebabkan penyempitan saluran napas sebagai respons terhadap paparan berbagai stimulus termasuk alergen atau iritan. Bronkokonstriksi akut yang diinduksi oleh alergen ini merupakan hasil IgE-dependent release of mediators dari sel mast, yang meliputi histamin, tryptase, leukotrien, dan prostaglandin yang secara langsung mengakibatkan kontraksi otot polos saluran napas (Yudhawati & Krisdanti, 2019).

b. Edema Jalan Nafas

Saat penyakit asma menjadi lebih persisten dengan inflamasi yang lebih progresif, akan diikuti oleh munculnya faktor lain yang lebih membatasi aliran udara. Faktorfaktor tersebut meliputi edema, inflamasi, hipersekresi mukus dan pembentukan mucous plug, serta perubahan struktural termasuk hipertrofi dan hiperplasia otot polos saluran napas (Yudhawati & Krisdanti, 2019).

c. Airway hyperresponsiveness

Mekanisme yang dapat memengaruhi airway hyperresponsiveness bersifat multiple, diantaranya termasuk inflamasi, dysfunctional neuroregulation, dan perubahan struktur, dimana inflamasi merupakan faktor utama dalam menentukan tingkat airway hyperresponsiveness. Pengobatan yang diarahkan pada inflamasi dapat mengurangi airway hyperresponsiveness serta memperbaiki tingkat kontrol asma (Yudhawati & Krisdanti, 2019).

d. Airway remodeling

Airway remodeling Keterbatasan aliran udara dapat bersifat partially reversible pada beberapa penderita asma. Perubahan struktur permanen dapat terjadi di saluran napas, terkait hilangnya fungsi paru secara progresif yang tidak dapat dicegah sepenuhnya

dengan terapi yang ada. Airway remodeling melibatkan aktivasi banyak sel yang menyebabkan perubahan permanen dalam jalan napas. Hal ini akan meningkatkan obstruksi aliran udara, airway hyperresponsiveness dan dapat membuat pasien kurang responsif terhadap terapi (Yudhawati & Krisdanti, 2019).

3. Farmakologi

Berdasarkan UKK Respirologi PP IDAI (2016), terapi asma secara farmakologi diantaranya:

- a. Steroid yang dihirup memiliki kemampuan untuk mengurangi peradangan pada sistem pernapasan dan sangat penting dalam manajemen asma jangka panjang. Steroid inhalasi pada anak-anak di atas usia lima tahun dapat mengontrol asma, menurunkan tingkat kekambuhan, menurunkan risiko rawat inap, meningkatkan kualitas hidup, meningkatkan fungsi paru-paru, dan mengurangi serangan asma yang disebabkan oleh olahraga.
- b. Agonis β_2 kerja panjang (Long acting β_2 Cagonist, LABA) Long-acting β_2 Cagonists, sering dikenal sebagai LABA, Long-acting 2 agonists selalu digunakan bersama dengan steroid inhalasi untuk mengobati asma. Long-acting 2 agonis dan steroid telah ditunjukkan untuk meningkatkan fungsi paru-paru dan menurunkan frekuensi serangan asma. Jika steroid inhalasi dosis rendah tidak menghasilkan perubahan, anak-anak penderita asma di atas usia 5 tahun diberikan formulasi kombinasi steroid 2 agonis H longacting.
- c. Antileukotrien Leukotrien cysteinyl β_3 antagonis reseptor 1 (CysLT1) seperti montelukast, pranlukast, dan zafirlukast, serta inhibitor Hlipxygenase seperti zileuton, adalah contoh antileukotrien. Menurut penelitian klinis, antileukotrien memiliki efek bronkodilatasi sederhana dan beragam yang meningkatkan fungsi paru-paru, mengurangi gejala seperti batuk, mengurangi peradangan saluran napas, dan mengurangi eksaserbasi. Pada anak-anak di bawah usia lima tahun, antileukotrien dapat membantu menghentikan serangan asma yang disebabkan oleh penyakit virus.
- d. Teofilin lepas lambat dapat diberikan sebagai persiapan tunggal atau dalam kombinasi dengan steroid inhalasi untuk anak-anak usia 5 tahun dan lebih tua sebagai obat kontrol asma. Pada anak-anak

dengan asma persisten, kombinasi steroid inhalasi dan teofilin slow release akan meningkatkan kontrol asma dan mungkin menurunkan dosis steroid inhalasi. Karena mereka memiliki kemampuan yang lebih baik untuk diserap dan lebih bioavailabilitas, formulasi teofilin slow release disarankan untuk mengendalikan asma.

- e. Antibodi monoklonal yang disebut anti-imunoglobulin E (Anti-IgE), antiHIgE (omalizumab) mampu menurunkan kadar serum IgE bebas. Pasien dengan asma yang memiliki steroid inhalasi dosis tinggi dan long-acting 2 agonis tetapi masih sering mengalami eksaserbasi dan telah didiagnosis dengan asma alergi bisa mendapatkan omalizumab pada orang dewasa dan anak-anak berusia 5 tahun ke atas. Setiap dua hingga empat minggu, injeksi omalizumab subkutan diberikan.

Menurut Mustopa (2022) terapi farmakologis yang dapat diberikan pada penderita asma diantaranya:

- a. Agonis beta Aerosol bekerja sangat cepat dengan 3-4 semprotan, dengan interval 10 menit antara semprotan pertama dan kedua. Obat ini mengandung Metaproterenol (Alupent, Metrapel).
- b. Metil Xantin Metilxantin adalah aminofilin dan teofilin, dan obat ini diberikan bila golongan beta agonis tidak memberikan hasil yang memuaskan. Untuk orang dewasa, berikan 125-200 mg 4 kali sehari. Kortikosteroid. Jika agonis beta tidak merespon dengan baik terhadap metilxantin, kortikosteroid harus diberikan. Aerosol bentuk steroid (dipropionate beclomethasone) dengan dosis 800 empat kali sehari. Steroid jangka panjang memiliki efek samping, sehingga efek samping steroid jangka panjang harus dipantau dengan cermat.
- c. Ketotifen Efeknya sama dengan dosis harian 2 x 1 mg chromolin. Efeknya dapat diberikan secara oral.
- d. Ipletropium bromida (Atroben) Atroven adalah obat antikolinergik yang diberikan dalam bentuk aerosol dan bersifat bronkodilator.

4. Konsep Asuhan Keperawatan

- a. Pengkajian Keperawatan
 - 1) Biodata Identitas pasien berisikan nama pasien, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, tanggal masuk sakit, rekam medis
 - 2) Keluhan utama yang muncul pada klien dengan asma adalah dispnea atau sesak napas (sampai bisa sehari-hari atau

berbulan-bulan), batuk, dan mengi atau wheezing (pada beberapa kasus lebih banyak paroksimal)

- 3) Riwayat kesehatan dahulu terdapat data yang menyatakan adanya faktor prediposisi timbulnya penyakit ini, di antaranya adalah riwayat alergi dan riwayat penyakit saluran nafas bagian bawah (rhinitis, utikaria, dan eskrim).
- 4) Riwayat kesehatan keluarga klien dengan asma sering kali ditemukan adanya riwayat penyakit turunan, tetapi pada beberapa klien lainnya tidak didapatkan adanya penyakit yang sama pada anggota keluarganya.
- 5) Pemeriksaan Fisik

- a) Inspeksi

- Pemeriksaan dada dimulai dari bagian torak posterior dengan posisi duduk
- Dada diobservasi
- Tindakan dilakukan dari atas (apeks) sampai kebawah
- Inspeksi torak posterior, meliputi warna kulit dan kondisinya, skar, lesi, massa, dan gangguan tulang belakang, seperti kifosis, skoliosis, dan lordosis.
- Catat jumlah, irama, kedalaman pernapasan, dan kesimetrisan pergerakan dada.
- Observasi tipe pernapasan, seperti pernapasan hidung pernapasan diafragma, dan penggunaan otot bantu pernapasan.
- Saat mengobservasi respirasi, catat durasi dari fase inspirasi dan ekspirasi. Rasio pada fase ini normalnya 1:2. Fase ekspirasi yang memanjang menunjukkan adanya obstruksi atau sumbatan pada jalan napas dan sering ditemukan pada klien *chronic airflow limitation* (CAL) / *chornic obstructive pulmonary diseases* (COPD)
- Kelainan pada bentuk dada
- Observasi kesimetrisan pergerakan dada. Adanya gangguan pergerakan atau tidak adekuatnya ekspansi dada mengindikasikan penyakit pada paru atau pleura
- Observasi trakea abnormal ruang interkostal selama inspirasi, yang dapat mengindikasikan obstruksi jalan nafas.

- b) Palpasi
- Dilakukan untuk mengkaji kesimetrisan pergerakan dada dan mengobservasi abnormalitas, mengidentifikasi keadaan kulit, dan mengetahui vokal/ taktil premitus (vibrasi).
 - Palpasi toraks untuk mengetahui abnormalitas yang terkaji saat inspeksi seperti : massa, lesi, bengkak.
 - Vokal premitus, yaitu gerakan dinding dada yang dihasilkan ketika berbicara apakah hasilnya simetris atau tidak.
- c) Perkusi
- Resonan (sonor) : bergaung, nada rendah. Dihasilkan pada jaringan paru normal.
 - Dullnes : bunyi yang pendek serta lemah, ditemukan diatas bagian jantung, mamae, dan hati.
 - Timpani : musical, bernada tinggi dihasilkan di atas perut yang berisi udara.
 - Hipersonan (hipersonor) : bergaung lebih rendah dibandingkan dengan resonan dan timbul pada bagian paru yang berisi darah.
 - Flatness : sangat dullnes. Oleh karena itu, nadanya lebih tinggi. Dapat terdengar pada perkusi daerah hati, di mana areanya seluruhnya berisi jaringan.
- d) Auskultasi
- Merupakan pengkajian yang sangat penting, mencakup mendengarkan bunyi nafas normal, bunyi nafas tambahan (abnormal)
 - Suara nafas abnormal dihasilkan oleh getaran udara ketika melalui jalan nafas dari laring ke alveoli, dengan suara napas bersih.
 - Suara nafas normal yaitu bronkial, bronkovesikular dan vesikular
 - Suara nafas tambahan meliputi wheezing : Pleural friction rub, dan crackles (Huda & Hardi, 2015).

b. Diagnosa Keperawatan

- 1) Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d peningkatan produksi mukus.
- 2) Pola Nafas tidak efektif b.d penyempitan jalan nafas.
- 3) Gangguan rasa nyaman b.d kesulitan bernafas, kurang tidur.
- 4) Defisit pengetahuan b.d kurangnya pengetahuan mengenai faktor-faktor pencetus asma.
- 5) Intoleransi aktivitas b.d batuk panjang dan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh.
- 6) Gangguan pola tidur b.d kesulitan bernafas, lingkungan yang kurang nyaman.

B. Thalasemia

1. Definisi

Thalasemia adalah penyakit keturunan atau kelainan genetik akibat kelainan sel darah merah yang mengakibatkan penderita harus melakukan transfusi darah sepanjang hidupnya (Paloma, 2023).

Thalasemia merupakan penyakit hemolitik herediter yang disebabkan oleh gangguan sintesis hemoglobin di dalam sel darah merah (Rujito, 2019).

Thalasemia merupakan penyakit kelainan genetik yang disebabkan oleh kelainan hemoglobin pada sel darah merah, yang mana penyakit ini diturunkan secara herediter dari orang tua ke keturunannya.

2. Patofisiologi

Talasemia terjadi karena mutasi atau delesi rantai globin alfa maupun beta pada haemoglobin sehingga sintesis rantai globin menjadi tidak seimbang. Dalam keadaan normal, rantai globin alfa dan beta yang disintesis seimbang yaitu 2 rantai alfa dan 2 rantai beta. Ketika terjadi talasemia beta zero, maka rantai globin beta tidak disintesis sama sekali sehingga rantai globin alfa diproduksi secara berlebihan (4 alfa). Sedangkan pada talasemia alfa zero, rantai globin alfa tidak disintesis sama sekali sehingga rantai globin beta diproduksi secara berlebihan (4 beta) (Suhendro et al., 2014 dalam Paloma, 2023).

Secara umum patofisiologi talasemia alfa sama dengan yang terjadi pada talasemia beta. Namun, terdapat perbedaan antara patofisiologi kedua jenis talasemia ini. Daintarannya pada talasemia alfa karena rantai

globin alfa ada pada HbA maupun HbF, maka talasemia alfa dapat bermanifestasi pada masa fetus (Suhendro et al., 2014 dalam Paloma, 2023).

3. Farmakologi

Sampai saat ini belum ada ditemukan pengobatan yang menyembuhkan penyakit ini secara keseluruhan. Sejauh ini upaya yang dilakukan dalam penyembuhan thalasemia hanya bertujuan untuk menghambat perkembangannya dan mengobati gejala yang ditimbulkan dari thalasemia.

a. Transfusi Darah

Transfusi wajib diberikan jika Hb < 7 mg/dL setelah pemeriksaan 2 kali dengan jeda lebih dari 2 minggu, tanpa penyebab lain seperti infeksi, trauma, penyakit kronis lainnya. Volume darah yang ditransfusikan bergantung dari nilai Hb. Bila kadar Hb pratransfusi > 6 gr/dL, volume darah yang ditransfusikan berkisar 10-15 mL/kg/kali dengan kecepatan 5 mL/kg/jam. Jika nilai Hb < 6 gr/dL, dan atau kadar Hb berapapun tetapi dijumpai klinis gagal jantung maka volume darah yang ditransfusikan dikurangi menjadi 2-5 ml/kg/kali dan kecepatan transfusi dikurangi hingga 2 mL/kg per jam untuk menghindari kelebihan cairan. Pemberian diuretik dapat diindikasikan jika pasien memiliki penyakit jantung. Target Hb setelah transfusi adalah di atas 10 mg/dL namun jangan lebih dari 14 mg/dL (Rujito, 2019).

b. Pemberian Kelasi Besi

Kelasi besi adalah kebutuhan utama kedua yang mengiringi transfusi darah yang dilakukan. Pemberian transfusi rutin setiap bulan selama hidup dapat menyebabkan penumpukan besi dalam tubuh. Sifat besi yang tidak bisa dikeluarkan secara alami oleh tubuh harus dibantu dengan kelator agar bisa diekskresikan ke luar tubuh. Indikator penumpukan besi dalam tubuh dapat dinilai melalui jumlah kantong darah yang ditransfusikan, kadar serum feritin, transferin, biopsi hati untuk mengukur kadar besi, mengukur besi melalui MRI, dan feritometer. Jika transfusi darah sudah dilakukan sebanyak > 10 kali, maka kadar besi secara umum sudah meningkat diambang normal, zat kelator dapat diadministrasikan. Parameter lain adalah

kadar serum feritin di atas 1000 ng/mL, dan atau saturasi transferin \geq 70 % (Rujito, 2019).

c. Suplement Nutrisi

Suplementasi nutrisi Pasien Talasemia mengalami berbagai kondisi metablisme akibat gangguan anemia dan bisa mengakibatkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Nutrisi pasien Talasemia harus diperhatikan mengingat kondisi iron overload akibat transfusi. Pemberian nutrisi antioksidan diindikasikan untuk semua pasien seperti asupan yang mengandung kalsium, vitamin D, folat, trace mineral (kuprum/ tembaga, zink, dan selenium), dan antioksidan (vitamin C dan E) (Rujito, 2019).

d. Splenektomi

Splenektomi adalah tindakan insisif untuk memotong splen atau limpa dari tubuh. Splenektomi tidak akan menjadi alternatif ketika transfusi rutin dapat dilakukan sejak usia dini dan berlangsung secara adekuat. Tindakan splenektomi dapat diindikasikan untuk keadaan seperti kebutuhan transfusi meningkat hingga lebih dari 200-250 mL PRC /kg/tahun atau 1,5 kali lipat dibanding kebutuhan biasanya, hipersplenisme, leukopenia dan trombositopenia (Rujito, 2019).

e. Transplantasi Sumsum Tulang

BMT atau cangkok sumsum tulang adalah terapi yang memungkinkan penyandang Talasemia tidak memerlukan transfusi rutin. Pada teknik ini dilakukan dengan melakukan penggantian sumsum tulang dari pendonor kepada pasien Talasemia. Seleksi donor sangat penting karena transplantasi mungkin gagal atau mematikan akibat komplikasi imunologis. Hasil terbaik adalah dengan saudara kandung yang cocok dengan HLA. Allogeneic hematopoietic stem cell transplantation (allo-SCT), saat ini merupakan satu-satunya terapi transplantasi sumsum tulang yang paling memungkinkan. Donor dapat berasal dari anggota keluarga atau seseorang yang tidak terkait pasien dengan HLA yang cocok (Rujito, 2019).

f. Terapi Gen

Terapi gen dimaksudkan sebagai terapi yang dapat mengubah susunan mutasi gen yang dikandung di dalam sel hematopoiesis. Pendekatan terapi gen pada Talasemia adalah dengan melakukan

harvesting sumsum tulang dari pasien, kemudian sel-sel tersebut dilakukan kultur dan pemeliharaan. Tahap selanjutnya adalah dengan melakukan insersi gen yang normal ke kultur sel tersebut dengan menggunakan perantara virus (umumnya adalah lentivirus). Hasil insersi gen normal tersebut kemudian dilakukan transfusi kembali melalui jalur Intra Vena kepada pasien. Pada pasien sebelum dilakukan transfusi kembali dilakukan terapi untuk mengontrol efek imunologi yang dapat terjadi (Rujito, 2019).

4. Konsep Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

- 1) Apakah terjadi the hallmark pada pasien, adalah pucat kronik atau berlangsung lama; Umumnya awitan terjadi pada awal usia pertumbuhan yaitu 6 bulan sampai usia 2 tahunan.
- 2) Pada Talasemia mayor dengan tipe mutasi β yang moderat atau ringan, pada mutasi β /HbE, dan campuran mutasi tipe beratringan, usia awitan pucat umumnya didapatkan pada usia yang lebih dewasa seperti usia 3-10 tahunan.
- 3) Riwayat transfusi berulang; anemia yang berulang, memerlukan transfusi berkala. Fasilitas kesehatan perifer yang tidak lengkap, terkadang melewatkan diagnosis utama Talasemia mayor.
- 4) Riwayat keluarga dengan Talasemia dan transfusi berulang. Satu saudara lain yang terdiagnosis Talasemia dapat menjadi catatan penting rekam medis.
- 5) Perut buncit; perut tampak buncit karena adanya hepatosplenomegali, terutama pada kasus anemia lama yang tidak mendapatkan transfusi.
- 6) Etnis dan suku tertentu; angka kejadian Talasemia lebih tinggi pada ras Mediterania, Timur Tengah, India, dan Asia Tenggara.
- 7) Riwayat tumbuh kembang dan pubertas terlambat. Hal ini akibat disturbansi hormon-hormon yang dibutuhkan untuk pertumbuhan.
- 8) Pemeriksaan Fisik
 - a) Pucat; dokter harus memeriksa bagian konjungtiva bagian bawah.

- b) Sklera tampak ikterik kekuningan akibat bilirubin yang meningkat.
 - c) facies Cooley seperti dahi menonjol, mata menyipit, jarak kedua mata melebar, maksila hipertrofi, maloklusi gigi.
 - d) hepatosplenomegali, akibat proses eritropoiesis yang berlebih dan destruksi sel darah merah pada sistem retikuloendotelial (RES)
 - e) gagal tumbuh, periksa dengan mengukur TB dan BB kemudian bandingkan dengan persentil anak normal lainnya
 - f) gizi kurang, perawakan pendek,
 - g) pubertas terlambat akibat gangguan hormon pertumbuhan karena deposit besi pada jaringan.
 - h) Hiperpigmentasi kulit, akibat timbunan besi yang berlebih (Rujito, 2019).
- b. Diagnosa Keperawatan
- 1) Pola nafas tidak efektif b.d ketidakadekuatannya pengedaran oksigen ke seluruh tubuh.
 - 2) Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan kadar hemoglobin dalam darah
 - 3) Intoleransi aktifitas b.d kelelahan, kurang energi, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen
 - 4) Gangguan tumbuh kembang b.d ketidakmampuan fisik.
 - 5) Resiko infeksi b.d ketidakadekuatannya fungsi pertahanan tubuh.

C. Diare

1. Definisi

Diare merupakan defekasi dari tiga atau lebih tinja lembek atau cair per hari, atau frekuensi lebih dari normal (Juffrie dkk, 2010 dalam Indriyani & Putra, 2020).

Diare didefinisikan sebagai suatu keadaan dimana terjadi peningkatan jumlah buang air besar yang terjadi akibat adanya suatu infeksi. Seorang anak bisa dikatakan telah mengalami diare apabila volume buang air besarnya terukur lebih besar dari 10 ml / kg per hari (Anggraini & Kumala, 2022).

Klasifikasi diare, diantaranya:

- a. Diare akut, yaitu buang air besar dengan frekuensi yang meningkat dan konsistensi tinja yang lembek atau cair dan bersifat mendadak datangnya dan berlangsung dalam waktu kurang dari 2 minggu. Diare akut berlangsung kurang dari 14 hari tanpa diselang-seling berhenti lebih dari 2 hari. Berdasarkan banyaknya cairan yang hilang dari tubuh penderita, gradasi penyakit diare dapat dibedakan dalam empat kategori, yaitu:
 - 1) Diare tanpa dehidrasi
 - 2) Diare dengan dehidrasi ringan, apabila cairan yang hilang 2-5% dari berat badan
 - 3) Diare dengan dehidrasi sedang, apabila cairan yang hilang berkisar 5-8% dari berat badan
 - 4) Diare dengan dehidrasi berat, apabila cairan yang hilang lebih dari 8-10% dari berat badan (Hidayat, 2008).
- b. Diare persisten, yaitu diare yang berlangsung 15-30 hari, merupakan kelanjutan dari diare akut atau peralihan antara diare akut dan kronik (Hidayat, 2008).
- c. Diare kronik, yaitu diare hilang-timbul, atau berlangsung lama dengan penyebab non-infeksi, seperti penyakit sensitive terhadap gluten atau gangguan metabolisme yang menurun. Lama diare kronik lebih dari 30 hari. Diare kronik adalah diare yang bersifat menahun atau persisten dan berlangsung 2 minggu lebih (Hidayat, 2008).

2. Patofisiologi

- a. Gangguan Osmotik

Makanan atau zat yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi, sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan ini akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare (Anggraini & Kumala, 2022).

- b. Gangguan Sekresi

Rangsangan tertentu (misal oleh toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi air dan elektrolit ke dalam rongga usus dan selanjutnya diare timbul karena terdapat peningkatan isi rongga usus (Anggraini & Kumala, 2022).

c. Gangguan Motilitas Usus

Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan, sehingga timbul diare. Sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri tumbuh berlebihan yang selanjutnya dapat menimbulkan diare pula (Anggraini & Kumala, 2022).

3. Farmakologi

a. Rehidrasi Adekuat

a. Oral Rehydration Therapy (ORT)

Pada pasien diare yang tanpa ada tanda gejala dehidrasi dapat diberikan terapi pemberian oralit dengan osmolaritas rendah, Oralit untuk pasien diare tanpa dehidrasi diberikan sebanyak 10ml/kgbb tiap BAB ,atau bisa juga diberikan dengan ketentuan sebagai berikut :

- a) Beri ibu 2 bungkus oralit formula baru
- b) Larutkan 1 bungkus oralit dalam 1 liter air matang, untuk persediaan 24 jam.
- c) Berikan larutan oralit pada anak setiap kali buang air besar, dengan ketentuan sebagai berikut:
 - Untuk anak berumur <2 tahun: berikan 50-100 ml tiap kali BAB
 - Untuk anak 2 tahun atau lebih: berikan 100-200 ml tiap BAB
- d) Jika dalam waktu 24 jam persediaan larutan oralit masih tersisa, maka sisa larutan harus dibuang (Anggraini & Kumala, 2022).

Rehidrasi pada pasien diare akut dengan dehidrasi ringan-sedang dapat diberikan sesuai dengan berat badan penderita. Volume oralit yang disarankan adalah sebanyak 75 ml/KgBB. Buang Air Besar (BAB) berikutnya diberikan oralit sebanyak 10 ml/KgBB. Pada bayi yang masih mengkonsumsi Air Susu Ibu (ASI), ASI dapat diberikan (Indriyani & Putra, 2020).

b. Parenteral

Kasus diare dengan dehidrasi berat dengan atau tanpa tanda-tanda syok, diperlukan rehidrasii tambahan dengan cairan parenteral. Pemberian Ringer Laktat 30ml/kgbb pada satu jam

pertama untuk bayi <12 bulan dan setengah sampai satu jam pada anak >1 tahun sampai nadi teraba adekuat, lalu dilanjutkan pemberian Ringer Laktat 70ml/kgbb selama 5 jam pada bayi <12 bulan dan dua setengah hingga 3 jam pada anak >1 tahun (Indriyani & Putra, 2020).

b. Pemberian Suplement Zinc

Pemberian suplemen zinc pada anak diare terbukti dapat mengurangi diare pada anak serta dapat meningkatkan nafsu makan. Hal ini berpengaruh besar dalam menjaga nutrisi anak dan mengurangi dehidrasi selama diare. Zink juga berperan dalam sistem kekebalan tubuh dan merupakan mediator potensial pertahanan tubuh terhadap infeksi (Anggraini & Kumala, 2022).

Dosis zink untuk anak-anak dan cara pemberian yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Anak <6 bulan : 10 mg (1/2 tablet) per hari
- 2) Anak >6 bulan : 20 mg (1 tablet) per hari Zink diberikan selama 10-14 hari berturut-turut meskipun anak telah sembuh dari diare.
- 3) Untuk bayi, tablet zink dapat dilarutkan dengan air matang, ASI, atau oralit.
- 4) Untuk anak-anak yang lebih besar, zink dapat dikunyah atau dilarutkan dalam air matang atau oralit (Anggraini & Kumala, 2022).

c. Lanjut Pemberian ASI

Pemberian ASI pada anak diare bertujuan agar kebutuhan nutrisi anak tetap terpenuhi, serta mengganti cairan dan nutrisi yang hilang akibat BAB berlebih.

Makanan sesuai gizi seimbang dan atau ASI dapat diberikan sesegera mungkin apabila pasien sudah mengalami perbaikan. Pemberian nutrisi ini dapat mencegah terjadinya gangguan gizi, menstimulasi perbaikan usus, dan mengurangi derajat penyakit (Soenarto, 2011 dalam Indriyani & Putra, 2020).

d. Pemberian Antibiotik

Pemberian antibiotik hanya diberikan jika ada indikasi BAB berdarah atau kolera. Pemberian antibiotik tanpa alasan yang diperlukan jelas, justru berdampak buruk pada proses penyembuhan anak terhadap diare. Antibiotik justru dapat memperpanjang lamanya

diare karena akan mengganggu keseimbangan dan pertumbuhan bakteri usus yang membantu penyembuhan diare, juga dapat mempercepat resistensi kuman terhadap antibiotik, serta menambah biaya pengobatan yang tidak perlu (Anggraini & Kumala, 2022).

Pemberian antibiotik dilakukan terhadap kondisi-kondisi seperti:

- 1) Patogen sumber merupakan kelompok bakteri
- 2) Diare berlangsung sangat lama (>10 hari) dengan kecurigaan Enteropathogenic E coli sebagai penyebab.
- 3) Apabila patogen dicurigai adalah Enteroinvasive E coli.
- 4) Agen penyebab adalah Yersinia ditambah penderita memiliki tambahan diagnosis berupa penyakit sickle cell.
- 5) Infeksi Salmonella pada anak usia yang sangat muda, terjadi peningkatan temperatur tubuh (>37,5 C) atau ditemukan kultur darah positif bakteri (Indriyani & Putra, 2020).

4. Konsep Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Menurut Kyle (2014) dalam Abdillah & Purnamawati (2018) :

- 1) Riwayat kesehatan.
 - a) Keluhan utama yang ditemukan : jumlah dan frekuensi defekasi, lama gejala, volume feses, gejala terkait (nyeri abdomen, kram, mual, muntah, demam), adanya darah atau mucus di feses.
 - b) Riwayat medis saat ini dan sebelumnya untuk faktor risiko seperti: kemungkinan pajanan terhadap agens infeksius (air sumur, binatang ternak, kehadiran ditempat penitipan anak), riwayat diet, riwayat keluarga dengan gejala serupa, perjalanan baru-baru ini, usia anak (untuk mengidentifikasi etiologic umum untuk kelompok usia tersebut).
- 2) Pemeriksaan fisik.
 - a) Inspeksi
 - Kaji dehidrasi anak yang mengalami diare dengan mengobservasi penampilan umum dan warna kulit anak.
 - Pada dehidrasi ringan, anak dapat tampak normal. Pada dehidrasi sedang, mata mengalami penurunan produksi air mata atau lingkaran mata cekung.

- Membrane mukosa juga dapat kering.
 - Status mental dapat diperburuk dengan dehidrasi sedang hingga berat, yang dibuktikan dengan lesu atau letargi.
- b) Auskultasi
- Auskultasi bising usus untuk mengkaji adanya bising usus hipoaktif atau hiperaktif. Bising usus hipoaktif untuk mengindikasikan obstruksi atau peritonitis. Bising usus hiperaktif dapat mengindikasikan diare/gastroenteritis.
- c) Perkusi
- Perhatikan adanya abnormalitas pada pemeriksaan untuk diagnosis diare akut atau kronik dapat mengindikasikan proses patologis.
- d) Palpasi
- Nyeri pada abdomen kuadran bawah dapat berkaitan dengan gastroenteritis.
 - Nyeri pantul atau nyeri tidak ditemukan saat palpasi, jika ditemukan, hal ini dapat mengindikasikan apendisitis atau peritonitis.
- b. Diagnosa Keperawatan
- 1) Kekurangan volume cairan b.d kehilangan Cairan yang berlebihan.
 - 2) Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh b.d kehilangan cairan berlebih, pemenuhan nutrisi tidak adekuat.
 - 3) Risiko penularan infeksi b.d penyebaran mikroorganisme penular melalui fekal-oral.
 - 4) Risiko kerusakan integritas kulit b.d frekuensi defekasi yang sering.
 - 5) Ansietas b.d terpisah dari orang tuanya, perubahan lingkungan, prosedur perawatan yang menimbulkan distress.
 - 6) Defisit Pengetahuan b.d kurangnya terpapar informasi pencegahan diare dan penanganan pertama diare pada anak.

D. Kejang Demam

1. Definisi

Dari beberapa pengertian di atas peneliti menyimpulkan, kejang demam/febrile convulsion ialah gangguan pada tubuh diakibatkan oleh tingginya suhu tubuh ($>38^{\circ}\text{C}$ suhu rektal) pada anak berusia di bawah 5 tahun yang dikarenakan proses ektrakranial (Kusyani dkk, 2022).

Kejang demam adalah kejang yang terkait dengan gejala demam dan usia, serta tidak didapatkan infeksi intrakranial ataupun kelainan lain di otak (Fuadi dkk, 2010). Menurut American Academy of Pediatrics suhu normal rektal pada anak berumur <3 tahun sampai 38⁰C, suhu normal oral sampai 37,5⁰C. Pada anak berumur >3 tahun suhu oral normal sampai 37,2⁰C, suhu rektal normal sampai 37,8⁰C. Kejang adalah manifestasi klinis intermiten yang khas dapat berupa gangguan kesadaran, tingkah laku, emosi, motorik, sensorik dan atau otonom yang disebabkan oleh lepasnya muatan listrik di neuron otak (Ismet 2017).

Unit Kerja Koordinasi Neurologi IDAI 2016

Membentuk pembagian terstruktur mengenai kejang demam dalam anak sebagai:

- a. Kejang Demam Simpleks, berjalan cepat (kurang dari 15 menit), wujud kejang general (tonik serta atau klonik), dan tidak kembali terjadi kurun waktu 24 jam.
- b. Kejang Demam Kompleks, berjalan lamban (15 menit lebih), kejang parsial satu sisi atau fokal, atau kejang general dilampaui kejang parsial, berlanjut lebih dari sekali kurun waktu 24 jam (Perdana, 2022).

2. Patofisiologi

Peningkatan temperatur dalam otak berpengaruh terhadap perubahan letupan aktivitas neuronal. Perubahan temperatur tersebut menghasilkan sitokin yang merupakan pirogen endogen, jumlah sitokin akan meningkat seiring kejadian demam dan respons inflamasi akut. Respons terhadap demam biasanya dihubungkan dengan interleukin-1 (IL-1) yang merupakan pirogen endogen atau lipopolisakarida (LPS) dinding bakteri gram negatif sebagai pirogen eksogen. LPS menstimulus makrofag yang akan memproduksi pro- dan anti-inflamasi sitokin tumor necrosis factor-alpha (TNF- α), IL-6, interleukin-1 receptor antagonist (IL1ra), dan prostaglandin E2 (PGE2). Reaksi sitokin ini mungkin melalui sel endotelial circumventricular akan menstimulus enzim cyclooxygenase-2 (COX-2) yang akan mengkatalis konversi asam arakidonat menjadi PGE2 yang kemudian menstimulus pusat termoregulasi di hipotalamus, sehingga terjadi kenaikan suhu tubuh. Demam juga akan meningkatkan sintesis sitokin di hipokampus. Pirogen endogen, yakni interleukin 1 β , akan meningkatkan eksitabilitas neuronal (glutamatergic) dan

menghambat GABA-ergic, peningkatan eksitabilitas neuronal ini yang menimbulkan kejang (Arief, 2015).

3. Farmakologi

a. Diazepam Intravena

Obat yang paling cepat menghentikan kejang adalah diazepam intravena 0,3-0,5 mg/kgBB, dengan cara pemberian secara perlahan dengan kecepatan 1-2 mg/menit atau dalam 3-5 menit, dan dosis maksimal yang dapat diberikan adalah 20 mg. Jika kejang tetap belum berhenti, maka diberikan phenytoin intravena dengan dosis awal 10- 20 mg/kgBB/kali dengan kecepatan 1 mg/ kgBB/menit atau kurang dari 50 mg/menit. Jika kejang berhenti, maka dosis selanjutnya adalah 4-8 mg/kgBB/hari, dimulai 12 jam setelah dosis awal. (Arief, 2015).

b. Diazepam Rektal

Obat yang praktis dan dapat diberikan oleh orang tua atau jika kejang terjadi di rumah adalah diazepam rektal 0,5-0,75 mg/kgBB, atau diazepam rektal 5 mg untuk anak dengan berat badan kurang dari 10 kg dan diazepam rektal 10 mg untuk berat badan lebih dari 10 kg. Jika anak di bawah usia 3 tahun dapat diberi diazepam rektal 5 mg dan untuk anak di atas usia 3 tahun diberi diazepam rektal 7,5 mg (Arief, 2015).

c. Antipiretik

Antipiretik tidak terbukti mengurangi risiko kejang demam, namun para ahli di Indonesia sepakat bahwa antipiretik tetap dapat diberikan. Dosis paracetamol adalah 10-15 mg/kgBB/kali diberikan 4 kali sehari dan tidak boleh lebih dari 5 kali. Dosis ibuprofen 5-10 mg/kgBB/kali, 3-4 kali sehari (Arief, 2015).

d. Antikovulsan

Diazepam oral dosis 0,3 mg/kgBB tiap 8 jam saat demam menurunkan risiko berulangnya kejang pada 30-60% kasus, juga dengan diazepam rektal dosis 0,5 mg/kgBB tiap 8 jam pada suhu $>38,5^{\circ}\text{C}$ (Arief, 2015).

e. Obat Rumatan

Phenobarbital atau valproic acid efektif menurunkan risiko berulangnya kejang. Obat pilihan saat ini adalah valproic acid. Dosis

valproic acid 15-40 mg/ kgBB/hari dalam 2-3 dosis, dan phenobarbital 3-4 mg/kgBB/hari dalam 1-2 dosis.

Obat rumatan diberikan hanya jika kejang demam menunjukkan salah satu ciri sebagai berikut:

- 1) Kejang lama dengan durasi >15 menit.
- 2) Ada kelainan neurologis nyata sebelum atau sesudah kejang, misalnya hemiparesis, paresis Todd, cerebral palsy, retardasi mental, dan hidrosefalus.
- 3) Kejang fokal.

Pengobatan rumat dipertimbangkan bila:

- 1) Kejang berulang dua kali atau lebih dalam kurun waktu 24 jam.
- 2) Kejang demam terjadi pada bayi usia kurang dari 12 bulan.
- 3) Kejang demam dengan frekuensi >4 kali per tahun (Arief, 2015).

4. Konsep Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

1) Anamnesa

- a) Lama dan sifat demam
- b) Ruam kemerahan pada kulit
- c) Kaku kuduk atau nyeri leher
- d) Nyeri kepala (hebat)
- e) Nyeri saat buang air kecil atau gangguan berkemih lainnya (frekuensi lebih sering) 158
- f) Nyeri telinga
- g) Tempat tinggal atau riwayat bepergian dalam 2 minggu terakhir ke daerah endemis malaria.

2) Pemeriksaan Fisik

- a) Keadaan umum dan tanda vital
- b) Napas cepat
- c) Kuduk kaku ruam kulit: makulopapular
- d) Manifestasi perdarahan pada kulit: purpura, petekie
- e) Selulitis atau pustul kulit
- f) Cairan keluar dari telinga atau gendang telinga merah pada pemeriksaan otoskopi
- g) Pucat pada telapak tangan, bibir, konjungtiva
- h) Nyeri sendi atau anggota gerak

- i) Nyeri tekan lokal (TAI, 2009).
- b. Diagnosa Keperawatan
 - 1) Hipertermia b.d proses penyakit
 - 2) Resiko cedera b.d kurang mengetahui mengenai resiko cedera anak kejang.
 - 3) Gangguan rasa nyaman b.d proses penyakit, tingginya suhu tubuh
 - 4) Defisit pengetahuan b.d kurang terpaparnya informasi mengenai penanganan kejang demam
 - 5) Pola nafas tidak efektif b.d proses penyakit (kejang)
 - 6) Ansietas orang tua b.d kurangnya pengetahuan terhadap penyakit yang diderita anak.

E. Latihan

1. Seorang anak laki-laki usia 3 tahun di bawa ibunya ke UGD dengan keluhan demam dari 2 jam yang lalu, ibu mengatakan anak sempat kejang kurang lebih setengah jam yang lalu. Perawat yang bertugas melakukan pemeriksaan fisik dan didapatkan hasil suhu badan anak $40,1^{\circ}\text{C}$, RR = 24x/menit, TD = 90/70mmHg. Anak tampak lemas, kulit tampak kemerahan dan terasa panas saat disentuh. Berdasarkan kasus diatas, masalah keperawatan utama nya adalah ?
 - A. Nyeri akut
 - B. Hipovolemia
 - C. Pola nafas tidak efektif
 - D. Hipertermia
 - E. Hipotermia

2. Seorang anak laki-laki usia 3 tahun di bawa ibunya ke UGD dengan keluhan demam dari 2 jam yang lalu, ibu mengatakan anak sempat kejang kurang lebih setengah jam yang lalu. Perawat yang bertugas melakukan pemeriksaan fisik dan didapatkan hasil suhu badan anak $40,1^{\circ}\text{C}$, RR = 24x/menit, TD = 90/70mmHg. Anak tampak lemas, kulit tampak kemerahan dan terasa panas saat disentuh. Berdasarkan kasus diatas, pernyataan "Anak sempat kejang kurang lebih setengah jam yang lalu" termasuk ke dalam data?
 - A. Data subjektif
 - B. Data objektif

- C. Data penunjang
 - D. Data tambahan
 - E. Data hasil pemeriksaan
3. Anak perempuan 15 bulan dibawa ibu ke IGD RS dengan keluhan BAB cair 10 kali. Anak tampak lemas, ubun-ubun teraba cekung, turgor kulit jelek hasil TTV didapatkan HR : 120x/menit, RR: 37x/menit, dan suhu: 37,5°C. Apakah tindakan keperawatan utama pada anak tersebut?
- A. Kaji kebutuhan kalori anak per hari
 - B. Beri cairan via intravena
 - C. Beri minum per oral sedikit tapi sering
 - D. Hitung balance cairan
 - E. Kaji kemungkinan dehidrasi
4. Anak laki-laki usia 11 tahun dibawa oleh ayahnya ke UGD dengan keluhan sesak nafas dan gelisah. Saat ini cuaca diluar sedang hujan, ayah dari anak tersebut mengatakan jika sang anak memiliki riwayat penyakit asma dan sering kali kambuh saat cuaca dingin atau hujan. Hasil pengkajian terdengar suara wheezing, retraksi dinding dada dan RR 37x/menit, saturasi oksigen 92%. Apakah masalah utama keperawatan pada anak tersebut?
- A. Pola nafas tidak efektif
 - B. Jalan nafas tidak efektif
 - C. Gangguan perfusi jaringan
 - D. Gangguan keseimbangan suhu tubuh: hipertermi
 - E. Gangguan pemenuhan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh
5. Seorang anak perempuan 12 tahun dirawat di rumah sakit rujukan dari poli, dengan keluhan lemas, tidak nafsu makan, pusing. Orang tua mengatakan anak memiliki riwayat penyakit thalasemia. Anak tampak lemas dan pucat, dan tampak enggan untuk makan. Hasil pengkajian anak tampak lemas, konjungtiva anemis, terpasang infus NaCl 0,9 % hasil observasi T = 36,5°C, P = 90 x/menit, RR = 24x/menit, hasil pemeriksaan lab Hb 6,8 gr/dl. Berdasarkan data objektif dan subjektif yang didapatkan perawat, diagnosa keperawatan utama yang dapat diangkat adalah?
- A. Pola nafas tidak efektif

- B. Jalan nafas tidak efektif
- C. Perfusi jaringan tidak efektif
- D. Gangguan keseimbangan suhu tubuh: hipertermi
- E. Gangguan pemenuhan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh

Kunci Jawaban

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

F. Rangkuman Materi

Asma bronkial adalah kondisi pernapasan kronis karena peradangan saluran udara, menyebabkan gejala seperti sesak napas, batuk, dan mengi. Hal ini disebabkan oleh inflamasi dan pembengkakan saluran napas yang membuatnya sensitif terhadap benda asing, menyebabkan penyempitan saluran napas dan pengurangan udara ke paru-paru. Gejala termasuk napas berbunyi, batuk, dada sesak, terutama pada malam dan dini hari.

Thalasemia merupakan gangguan genetik pada sel darah merah yang membutuhkan transfusi darah seumur hidup karena kelainan hemoglobin turun temurun.

Diare adalah kondisi meningkatnya frekuensi buang air besar dengan tinja lembek, dapat diklasifikasikan menjadi akut, persisten, dan kronis. Pengobatan diare meliputi rehidrasi melalui ORT, pemberian oralit, suplemen zinc, dan penggunaan antibiotik hanya pada kondisi khusus.

Kejang demam adalah gangguan pada tubuh yang disebabkan oleh tingginya suhu tubuh pada anak di bawah 5 tahun, bisa dihentikan dengan diazepam intravena, antipiretik, dan antikonvulsan kemudian rumatan jika diperlukan.

G. Glosarium

Wheezing	: Suara siulan bernada tinggi yang muncul saat bernapas.
Abnormal	: lain dari keadaan normal/tidak normal
Mukus	: cairan kental, licin, dan melekit yang dihasilkan oleh sel-sel dalam tubuh.
Mengi	: suara bernada tinggi yang terdengar seperti siulan saat bernapas.
Pleural friction rub	: suara napas adventif yang terdengar saat auskultasi paru-paru, suara gesekan pleura.
Crackles	: bunyi klik, gemerincing, atau berderak pada pernapasan
Oralit	: larutan untuk menyembuhkan diare. Oralit merupakan larutan pengganti cairan dan elektrolit yang ada di dalam tubuh karena diare.
Patogen	: mikroorganisme atau organisme yang dapat menyebabkan penyakit pada organisme lain.
HLA	: <i>Human Leukocyte Antigen</i> (Antigen Leukosit Manusia)
Mutasi	: perubahan yang terjadi pada urutan DNA suatu organisme yang bersifat menurun dan dapat diwariskan kepada keturunannya.
Delesi	: kelainan kromosom yang terjadi ketika sebagian dari salah satu lengan kromosom berkurang, sehingga mengakibatkan hilangnya materi genetik.
Herediter	: pewarisan sifat-sifat atau ciri-ciri dari orang tua kepada anaknya, dikenal juga dengan istilah bawaan lahir.
Fetus	: tahap perkembangan organisme sebelum dilahirkan sebagai bayi.
Akut	: suatu penyakit yang mendadak atau baru saja terjadi.
Kronis/kronik	: kondisi atau sifat yang berlangsung terus-menerus, tahan lama, atau menahun.

Daftar Pustaka

- Abdillah, Z. S., Purnamawati, I. D., Rebo, A. K. P., & No, J. T. M. (2018). Asuhan keperawatan pada anak dengan diare. *E-Journal*, 118â, 136.
- Afgani, A. Q., & Hendriani, R. I. N. I. (2020). Review Artikel: Diagnosis dan Manajemen Terapi Asma. <https://doi.org/10.24198/farmaka.v18i2.26222>
- Anggraini, D., & Kumala, O. (2022). Diare Pada Anak. *Scientific Journal*, 1(4), 309-317.
- Arief, R. F. (2015). Penatalaksanaan kejang demam. *Cermin Dunia Kedokteran*-232, 42(9), 658-659.
- Fitrah, N. (2023). Studi Literatur Tentang Penanganan Serangan Asma Pada Anak Dalam Pendekatan Kedokteran Keluarga. *Jurnal Cahaya Mandalika ISSN 2721-4796* (online), 3(2), 1061-1073. <https://doi.org/10.36312/jcm.v3i2.2175>
- Fuadi, F., Bahtera, T., & Wijayahadi, N. (2016). Faktor risiko bangkitan kejang demam pada anak. *Sari Pediatri*, 12(3), 142-9.
- Gage, H., & Williams, P. (2011). Children and their families: The impact of chronic illness on daily life and the role of community care. *Journal of Advanced Nursing*.
- Harsono, A. (2016). ASMA BRONKIAL. *Kumpulan Makalah Penyakit Tropis dan Infeksi di Indonesia Jilid 3*, 3, 37.
- Hidayat, A. A. (2005). Pengantar ilmu keperawatan anak. *Jakarta: salemba medika*, 50-55.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2018). Wong's Nursing Care of Infants and Children. Elsevier.
- Huda, N. A., & Hardhi, K. (2015). Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC Jilid 1. *Yogyakarta: Edisi Revisi*.
- Indonesia, I. D. A. (2016). Pedoman Nasional Asma Anak Edisi ke-2. *Jakarta: UKK Respirologi PP IDAI*.
- Irianto, K. A., & Yazid, H. (2019). Congenital Scoliosis: An Article Review. *Journal Orthopaedi and Traumatology Surabaya*, 8(1), 47-58.
- Ismet, I. (2017). Kejang Demam. *Jurnal Kesehatan Melayu*, 1(1), 41-44.
- KMK RI Nomor HK.01.07/MENKES/1/2018 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Talasemia.
- Kusyani, A., Robiyah, A., & Nisa, D. K. (2022). *Asuhan Keperawatan Anak dengan Kejang Demam dan Diare*. Penerbit NEM.

- Mustopa, A. H. (2022). Pendampingan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernafasan (Asma) di Ruang Mawar RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya. *Kolaborasi: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 2(1), 6-26.
- Paloma, I. D. A. N. C. (2023). Talasemia: sebuah Tinjauan Pustaka. *Biocity Journal of Pharmacy Bioscience and Clinical Community*, 1(2), 89-100.
- Pelealu, J., Angliadi, L. S., & Angliadi, E. (2014). Rehabilitasi medik pada skoliosis. *Jurnal Biomedik: JBM*, 6(1).
- Perdana, S. W. (2022). Penanganan Kejang Demam Pada Anak. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 4(2), 699-706.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2016). *Fundamentals of Nursing*. Elsevier.
- Rachmat, N. (2019). Gambaran Kepercayaan Diri Penderita Skoliosis Dengan Penggunaan Scoliosis Brace. *Jurnal Skala Kesehatan*, 10(2), 62-73.
- Rujito, L. (2019). *Buku Referensi Talasemia: Genetik Dasar dan Pengelolaan Terkini*. UNIVERSITAS JENDERAL SOEDIRMAN.
- Soedarto. 2012. *Alergi dan Penyakit Sistem Imun*. Jakarta: Sagung Seto.
- Tim Adaptasi Indonesia, T. A. I. (2009). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Anak Di Rumah Sakit*.
- Wong, D.L., Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2018). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. Elsevier.
- Yudhawati, R., & Krisdanti, D. P. A. (2019). Imunopatogenesis Asma. *Jurnal Respirasi*, 3(1), 26.

PROFIL PENULIS



Shinta Maharani, Ns., M.Kep

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Siti Khadijah Palembang

Penulis lahir di Palembang tanggal 16 Mei 1978. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Siti Khadijah Palembang. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Ners di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan melanjutkan S2 Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penulis menekuni bidang menulis dimulai dari publikasi hasil penelitian dan pengabdian kepada masyarakat yang diterbitkan oleh beberapa jurnal nasional terakreditasi Dikti. Adapun artikel-artikel penulis yang telah terbit antara lain: Faktor risiko frekuensi kunjungan balita pada kasus pneumonia di Puskesmas, Faktor yang berhubungan dengan kejadian obesitas pada anak usia sekolah, Pencegahan gangguan tidur pada anak melalui penyuluhan tentang manfaat tidur yang berkualitas pada anak usia sekolah di Panti Asuhan Darussalam Palembang, Pendidikan Kesehatan pencegahan serangan stroke terhadap pengetahuan warga RT 40 Plaju Ilir, Pengaruh penkes terhadap kecemasan ibu pada balita yang dilakukan pemasangan infus di RS Siloam Sriwijaya, Implementasi terapi murrotal dan relaksasi napas dalam untuk mengatasi masalah nyeri akut, perilaku hidup bersih dan sehat pada tatanan rumah tangga masa adaptasi kebiasaan baru. Penulis juga menulis buku dengan judul Falsafah dan Teori Keperawatan pada subjudul Teori dan Ilmu Keperawatan, Prosedur Keperawatan Anak dengan subjudul Konsep Dasar Keperawatan Anak, dan Keperawatan Pediatri dengan subjudul Perawatan Anak dengan Penyakit Kronis. Penulis merupakan pengampu mata kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan, Keperawatan Anak dan Keperawatan Maternitas di STIK Siti Khadijah Palembang sejak tahun 2014. Sebelumnya penulis aktif mengajar di Akademi Kesehatan Swakarsa Jakarta.

PROFIL PENULIS



Ayuda Nia Agustina Lahir di Pringsewu, 19 September 1988. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia tahun 2006. Kemudian melanjutkan pendidikan Ners Spesialis Keperawatan Anak pada Universitas Indonesia dan lulus tahun 2016. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2011, yaitu menjadi asisten dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati. Saat ini penulis bekerja di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati mengampu mata kuliah Keperawatan Anak, Keperawatan Dasar. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, menjadi penyuluh kesehatan pada kegiatan pengabdian kepada masyarakat. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: ayudania.agustina@gmail.com



Risa Nurhayati, S.Kep., Ns., M.Kes. Lahir di Blitar, 25 Juni 1989. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh kami yaitu jenjang S1 pada Program Studi S1 Keperawatan, STIKes Satria Bhakti Nganjuk 2012. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada STIKes Surya Mitra Husada Kediri dan lulus tahun 2017. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2014 di STIKes Satria Bhakti Nganjuk di *Home Base* Prodi Pendidikan Profesi Ners sebagai Koordinator Akademik dan Evaluasi. Saat ini saya masih bekerja di STIKes Satria Bhakti Nganjuk mengampu mata kuliah Keperawatan Anak Sehat dan Sakit, Keperawatan Anak Sakit Kronis dan Terminal, Keperawatan Menjelang Ajal dan Paliatif, Konsep Dasar Keperawatan, Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis. Kami aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai salah satu tim penulis Buku Asuhan Keperawatan Pada Bayi dengan resiko Tinggi, Buku Sukses UKOM Keperawatan dll, Publikasi Jurnal Nasional Terindeks SINTA, dan Pengabdian Masyarakat, kami dapat dihubungi melalui e-mail: ners.risa@gmail.com

Motto: "Hal besar dimulai dari langkah-langkah kecil."

PROFIL PENULIS



Dr. Ruslan Hasani, S.Sit., S.Kep., Ns., M.Kes. Lahir di Gowa, 04 Januari 1968. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi S1 Keperawatan, Universitas Gadjah Mada tahun 2003. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 di Universitas Hasanuddin Makassar dan lulus tahun 2010. Selanjutnya melanjutkan Pendidikan S3 di Universitas Hasanuddin Makassar dan lulus tahun 2015. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1989 sebagai guru di SPK Depkes Ujung Pandang. Saat ini penulis bekerja di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Makassar mengampu mata kuliah Keperawatan Anak, Ilmu Biomedik Dasar, Keperawatan Dasar (KDM) dan Metodologi Penelitian. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: hasani.ruslan@gmail.com

Motto: "Dengan pendidikan kamu bisa mengubah dunia"



Ns. Nita Theresia, S.Kep., M.Kes. Lahir di Muara Montallat, 25 September 1981. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2005. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Lambung Mangkurat dan lulus tahun pada tahun 2017. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2006 diterima sebagai Dosen Prodi DIII Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya. Saat ini penulis bekerja di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Palangka Raya mengampu mata kuliah Keperawatan Anak dan Maternitas. Dengan lebih dari 17 tahun pengalaman mengajar, penulis telah berkontribusi secara signifikan dalam bidang pendidikan, penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat. Hasil penelitiannya telah dipublikasikan di berbagai jurnal nasional. Semoga buku ini mampu memberikan nilai tambah, memperkaya pemikiran, dan menginspirasi tindakan yang positif. Jangan ragu untuk terus mengeksplorasi dan memperdalam pengetahuan, karena pembelajaran adalah perjalanan yang tiada henti. Terima kasih telah memilih buku ini sebagai salah satu sumber pengetahuan. Penulis berharap, apa yang telah dituangkan di sini dapat memberikan manfaat yang nyata bagi kita semua pembaca.

Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: nitathere@gmail.com,
nitathere@polkesraya.ac.id

Motto: "Keberanian untuk memulai adalah langkah pertama menuju keberhasilan."

SINOPSIS BUKU

Buku Ajar Keperawatan Anak Sehat dan Sakit Akut ini merinci materi mulai dari Konsep Imunisasi, Perkembangan, Peran Bermain dalam Perkembangan, Perspektif Keperawatan Anak dalam Konteks Keluarga serta Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Gangguan Sistem Tubuh Dan Dampaknya Terhadap Pemenuhan Kebutuhan Dasar. Konsep Imunisasi menekankan pentingnya pemberian imunisasi untuk memastikan kesehatan dan kesejahteraan anak-anak. Terkait perkembangan anak, setiap aspek perkembangan saling berhubungan dan saling bergantung, yang menjadi dasar bagi pertumbuhan dan kemajuan anak-anak. Proses ini bersifat dinamis, dengan setiap tahap perkembangan membawa tantangan dan tonggak baru bagi anak-anak dan orang-orang di sekitar mereka untuk diatasi. Setiap tonggak, seperti belajar berjalan, berbicara, atau berinteraksi dengan orang lain, merupakan pencapaian yang menandai kemajuan anak menuju kemandirian dan kedewasaan. Namun, perkembangan anak tidak selalu berjalan mulus. Ketika seorang anak mengalami penyakit akut, yang sering kali terjadi secara tiba-tiba, proses perkembangan alami dapat terganggu. Penyakit akut, seperti infeksi, demam tinggi, atau kondisi medis lain yang memerlukan perhatian segera, dapat menghambat kemampuan anak untuk mencapai tonggak perkembangan yang penting. Hal yang tidak kalah penting dari aspek perkembangan anak bermain, peran bermain dalam tumbuh kembang anak, yang merupakan bahasa universal bagi anak-anak karena merupakan cara yang efektif untuk menghubungkan mereka. Meskipun definisi bermain masih sulit dipahami, American Academy of Pediatrics (AAP) menyatakan bahwa bermain adalah kegiatan yang dilakukan secara bebas, disertai dengan motivasi diri, dan membutuhkan keterlibatan aktif, sehingga menghasilkan kegiatan yang menyenangkan. Perspektif keperawatan anak tidak dapat dipisahkan dari konteks keluarga, mengingat keluarga merupakan lingkungan utama tempat anak tumbuh dan berkembang. Perspektif ini menekankan pentingnya peran keluarga dalam mendukung kesejahteraan fisik, emosional, dan sosial anak.

Buku Ajar Keperawatan Anak Sehat dan Sakit Akut ini merinci materi mulai dari Konsep Imunisasi, Perkembangan, Peran Bermain dalam Perkembangan, Perspektif Keperawatan Anak dalam Konteks Keluarga serta Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Gangguan Sistem Tubuh Dan Dampaknya Terhadap Pemenuhan Kebutuhan Dasar. Konsep Imunisasi menekankan pentingnya pemberian imunisasi untuk memastikan kesehatan dan kesejahteraan anak-anak. Terkait perkembangan anak, setiap aspek perkembangan saling berhubungan dan saling bergantung, yang menjadi dasar bagi pertumbuhan dan kemajuan anak-anak. Proses ini bersifat dinamis, dengan setiap tahap perkembangan membawa tantangan dan tonggak baru bagi anak-anak dan orang-orang di sekitar mereka untuk diatasi. Setiap tonggak, seperti belajar berjalan, berbicara, atau berinteraksi dengan orang lain, merupakan pencapaian yang menandai kemajuan anak menuju kemandirian dan kedewasaan. Namun, perkembangan anak tidak selalu berjalan mulus. Ketika seorang anak mengalami penyakit akut, yang sering kali terjadi secara tiba-tiba, proses perkembangan alami dapat terganggu. Penyakit akut, seperti infeksi, demam tinggi, atau kondisi medis lain yang memerlukan perhatian segera, dapat menghambat kemampuan anak untuk mencapai tonggak perkembangan yang penting. Hal yang tidak kalah penting dari aspek perkembangan anak bermain, peran bermain dalam tumbuh kembang anak, yang merupakan bahasa universal bagi anak-anak karena merupakan cara yang efektif untuk menghubungkan mereka. Meskipun definisi bermain masih sulit dipahami, American Academy of Pediatrics (AAP) menyatakan bahwa bermain adalah kegiatan yang dilakukan secara bebas, disertai dengan motivasi diri, dan membutuhkan keterlibatan aktif, sehingga menghasilkan kegiatan yang menyenangkan. Perspektif keperawatan anak tidak dapat dipisahkan dari konteks keluarga, mengingat keluarga merupakan lingkungan utama tempat anak tumbuh dan berkembang. Perspektif ini menekankan pentingnya peran keluarga dalam mendukung kesejahteraan fisik, emosional, dan sosial anak.

ISBN 978-623-8775-45-3



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



Nuansa
Fajar
Cemerlang



Optimal



IKAPI
IKATAN PENERBIT INDONESIA