

Lampiran 1

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada
Mahasiswa DIII Akper Bunda Delima
Di Bandarlampung

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan di bawah ini
Nama : Yanti Wulandari
NIM : 20151050055

Saya mahasiswa program Pasca Sarjana Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta bermaksud mengadakan penelitian untuk memperoleh gambaran tentang **“Pengembangan Modul *Cooperative Learning* Mata Kuliah Keperawatan Anak untuk Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Mahasiswa Semester IV di Akademi Keperawatan Bunda Delima Bandarlampung”**.

Penelitian ini dilakukan sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar magister. Sehubungan dengan hal tersebut, maka saya mohon kesediaan saudara untuk memberikan jawaban atas pertanyaan yang diberikan dalam bentuk keikutsertaan anda dalam mengisi kuesioner yang bersifat sukarela dan tidak berpengaruh terhadap nilai apapun. Jawaban yang telah saudara berikan akan dijamin kerahasiaannya serta hanya digunakan untuk kepentingan penelitian saja.

Bandarlampung,2017
Pemohon

(Yanti Wulandari)

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN (*Inform Consent*)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Umur :
Jenis Kelamin :
Semester :
Program Studi :

Menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden penelitian mahasiswa Program Pasca Sarjana Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta atas nama Yanti Wulandari dengan judul “**Pengembangan Modul *Cooperative Learning* Mata Kuliah Keperawatan Anak untuk Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Mahasiswa Semester IV di Akademi Keperawatan Bunda Delima Bandarlampung**”.

Saya sudah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi sebagai responden pada penelitian ini secara sukarela.



UMY

UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH
YOGYAKARTA

Unggul & Islami

FAKULTAS
KEDOKTERAN DAN
ILMU KESEHATAN

Nomor : 407/EP-FKIK-UMY/VII/2017

KETERANGAN LOLOS UJI ETIK
ETHICAL APPROVAL

Komite Etik Penelitian Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan responden/subyek penelitian, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Muhammadiyah Yogyakarta, with regards of the protection of human rights and welfare in research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

“Pengembangan Modul Cooperative Learning Tipe Jigsaw Mata Kuliah Keperawatan Anak untuk Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Mahasiswa Semester IV di Akademi Keperawatan Bunda Delima Bandar Lampung”

Peneliti Utama : Yanti Wulandari
Principal Investigator

Nama Institusi : Program Studi Magister Keperawatan UMY
Name of the Institution

Negara : Indonesia
Country

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.
And approved the above-mentioned protocol.

Yogyakarta, 18 Juli 2017



Sekretaris
Secretary

Dr. Er. Titiek Hidayati, M. Kes

***Peneliti Berkewajiban :**

1. Menjaga kerahasiaan identitas subyek penelitian
2. Memberitahukan status penelitian apabila :
 - a. Setelah masa berlakunya keterangan lolos uji etik, penelitian masih belum selesai, dalam hal ini *ethical clearance* harusb. diperpanjang
 - b. Penelitian berhenti di tengah jalan
3. Melaporkan kejadian serius yang tidak diinginkan (*serious adverse events*)
4. Peneliti tidak boleh melakukan tindakan apapun pada responden/subyek sebelum penelitian lolos uji etik dan *informed consent*

ADDRESS

Kampus Terpadu UMY Gd. Siti Walidah LT.3
Jl. Brawijaya (Lingkar Selatan)
Tamantirto . Kasihan . Bantul
D.I. Yogyakarta 55183

CONTACT

Phone : (0274) 387656 ext. 213
Fax : (0274) 387658
Email : fkik@umy.ac.id
www.fkik.umy.ac.id

Lembar Validasi Modul

A. Tujuan

Penggunaan instrumen ini adalah untuk mengukur kevalidan dan isi modul dalam pelaksanaan pembelajaran mata kuliah keperawatan anak dengan model pembelajaran kooperatif tipe *jigsaw*

Petunjuk

1. Objek validasi adalah modul
2. Bapak/ibu dimohon memberi penilaian dengan memberi tanda rumput (cek) pada kolom yang tersedia

3. Makna poin validasi adalah sebagai berikut:

SB = SANGAT BAIK

B = BAIK

K = KURANG

SK = SANGAT KURANG

B. Penilaian

No	Aspek Penilaian	Poin Validitas			
		SB	B	K	SK
1	Indikator				
2.	Lembaran modul				
	a. Pengaturan ruang atau tata letak	✓			
	b. Jenis ukuran huruf	✓			
	c. Penggunaan ilustrasi pada metode pembelajaran	✓			
3	Bahasa				
	a. Penggunaan bahasa ditinjau dari kaidah bahasa Indonesia	✓			
	b. Sifat komunikatif bahasa yang digunakan	✓			
	c. Kesederhanaan struktur kalimat	✓			
3	Isi				
	a. Penyajian materi		✓		

	b. Langkah-langkah kegiatan dalam RPP	✓			
--	---------------------------------------	---	--	--	--

C. Masukan validator

Tambahkan materi pembelajaran
dalam modul

Kesimpulan

1. Layak digunakan dilapangan tanpa revisi
- ② Layak digunakan dilapangan dengan revisi
3. Tidak layak digunakan

*) lingkari salah satu

Validator



(Dr. Suryanta)

Lembar Validasi Modul

A. Tujuan

Penggunaan instrumen ini adalah untuk mengukur kevalidan dan isi modul dalam pelaksanaan pembelajaran mata kuliah keperawatan anak dengan model pembelajaran kooperatif tipe *jigsaw*

Petunjuk

1. Objek validasi adalah modul
2. Bapak/ibu dimohon memberi penilaian dengan memberi tanda rumput (cek) pada kolom yang tersedia
3. Makna poin validasi adalah sebagai berikut:

SB = SANGAT BAIK

B = BAIK

K = KURANG

SK = SANGAT KURANG

B. Penilaian

No	Aspek Penilaian	Poin Validitas			
		SB	B	K	SK
1	Indikator				
2.	Lembaran modul				
	a. Pengaturan ruang atau tata letak		✓		
	b. Jenis ukuran huruf	✓			
	c. Penggunaan ilustrasi pada metode pembelajaran		✓		
3	Bahasa				
	a. Penggunaan bahasa ditinjau dari kaidah bahasa Indonesia		✓		
	b. Sifat komunikatif bahasa yang digunakan	✓			
	c. Kesederhanaan struktur kalimat	✓			
3	Isi				
	a. Penyajian materi		✓		
	b. Langkah-langkah kegiatan dalam RPP	✓			

C. Masukan validator

ditambahkan materi minimal yg harus dicapai/
diskusikan

Kesimpulan

- ① Layak digunakan di lapangan tanpa revisi
2. Layak digunakan di lapangan dengan revisi
3. Tidak layak digunakan

*) lingkari salah satu

Validator



(Erna Rochmawati, PhD)



YAYASAN BUNDA DELIMA
AKADEMI KEPERAWATAN (AKPER)
BUNDA DELIMA

(Terakreditasi No. : HK. 06.01./IV/3/01320/2010)

Jl. Bakau No. 5 Tanjung Raya Telp /Fax. (0721) 254977, Bandar Lampung, Email : bundad5.94@gmail.com

SURAT KETERANGAN

Nomor : 07.008/ABD/XII/2017

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Agus Waluyo, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J
Jabatan : Direktur
Alamat : Jln. Bakau No.5 Tanjung Raya Kec. Kedamaian
Kota Bandar Lampung

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : **YANTI WULANDARI**
NIM : 20151050055

Adalah benar-benar melakukan penelitian di Akademi Keperawatan Bunda Delima Bandar Lampung dengan topik " Pengembangan Modul Cooperative Learning Tipe Jigsaw Mata Kuliah Keperawatan Anak Untuk Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Mahasiswa Semester IV di Akademi Keperawatan Bunda Delima Bandar Lampung' dari tanggal 21 Juli s/d 14 Agustus 2017.

Demikianlah surat keterangan ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

**DIKELUARKAN DI: BANDAR LAMPUNG
PADA TANGGAL : 28 DESEMBER 2017**



Direktur,

Ns. AGUS WALUYO, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J

NPP. 12080027

MODUL
COOPERATIVE LEARNING TIPE JIGSAW
MATA KULIAH KEPERAWATAN ANAK



Disusun Oleh:
Tim Mata Kuliah Keperawatan Anak

YAYASAN BUNDA DELIMA
AKADEMI KEPERAWATAN BUNDA DELIMA
BANDAR LAMPUNG
2017/2018

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
DAFTAR ISI	ii
RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER	1
DESKRIPSI MATA KULIAH	1
CAPAIAN PEMBELAJARAN	1
METODE PENILAIAN	2
MATRIK PEMBELAJARAN	4
MODUL <i>COOPERATIVE LEARNING</i> TIPE JIGSAW	10
RANCANGAN PEMBELAJARAN PERTEMUAN	12
MATERI PEMBELAJARAN	26
SOAL PRETEST/POSTEST	108
RUBRIK <i>PEER ASSESSMENT</i>	130

RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER (RPS)

NAMA PROGRAM STUDI : PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

Nama Mata Kuliah	Keperawatan Anak
Kode	WAT 3.02
Semester	4 (Empat)
Beban Kredit	3 SKS (T=2, P=1)
Tim Dosen	1. Ns. Ida Yatun Khomsah, S.Kep 2. Ns. Juniah, S.Kep 3. Ns. Edita Siahaan, M.Kep 4. Yanti Wulandari, S.Kep, Ns
Deskripsi Mata Kuliah	Mata kuliah ini menguraikan perspektif keperawatan anak, tumbuh kembang anak, masalah kesehatan yang lazim terjadi pada anak, penyakit-penyakit yang sering terjadi pada anak dan hubungan dengan kesehatan keluarga dan asuhan keperawatan. Proses pembelajaran memberikan pemahaman dan keterampilan dalam asuhan keperawatan anak.
Capaian Pembelajaran MK	1. Menguasai teknik, prinsip dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktek keperawatan yang dilakukan secara mandiri dan berkelompok 2. Mampu memberikan askep kepada individu, keluarga, dan kelompok baik sehat, sakit dan kegawatdaruratan dengan memperhatikan aspek biopsiko, sosial cultural dan spiritual yang menjamin keselamatan pelayanan (<i>patient safety</i>) sesuai standar askep dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang tersedia. 3. Mampu memilih dan menggunakan peralatan dalam memberikan askep sesuai dengan standar askep

	4. Mampu mengumpulkan data, menyusun, mendokumentasikan dan menyajikan informasi askep
Capaian Pembelajaran Khusus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan konsep keperawatan anak sehat dan sakit 2. Menjelaskan konsep tumbuh kembang anak 3. Menjelaskan sistem perlindungan anak Indonesia 4. Menjelaskan berbagai penyakit dan masalah-masalah kesehatan anak yang lazim 5. Menjelaskan konsep hospitalisasi 6. Menjelaskan konsep bermain 7. Menjelaskan cara pemeriksaan perkembangan anak (KTSP dan MTBS) 8. Menjelaskan aplikasi proses keperawatan pada anak sehat : tindakan keperawatan pada anak sehat, imunisasi dasar, pendidikan kesehatan anak sehat, bimbingan antisipasi (<i>anticipatory guidance</i>) 9. Menjelaskan aplikasi proses keperawatan pada anak sakit : tindakan keperawatan pada anak sakit, pendidikan kesehatan anak sakit dan orang tua, melakukan terapi bermain, perawatan bayi dalam inkubator, perawatan bayi dengan fototerapi
Metode Penilaian dan Pembobotan	<p>Metode Penilaian :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kehadiran selama proses perkuliahan 80% b. Penilaian kognitif dengan menggunakan <i>multiple choice question</i> c. Penilaian afektif dengan menggunakan <i>peer assessment</i> <p>Bobot Penilaian :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ujian Tengah Semester : 25% 2. Ujian Akhir Semester : 30% 3. Quis : 15% 4. Tugas individu/ kelompok : 30%
Daftar referensi	1. Hidayat, A., (2009), <i>Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1</i> , Jakarta: Salemba Medika

2. Hidayat, A., (2009), *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 2*, Jakarta: Salemba Medika
3. Supartini, Y., (2004), *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*, Jakarta: EGC.
4. Riyadi, Sujono dan Sukarmin, (2009), *Asuhan Keperawatan pada Anak*, Yogyakarta: Graha Ilmu.
5. Ngastiyah, (2005), *Perawatan Anak Sakit*. Edisi 2. Jakarta: EGC
6. Depkes RI, (1999), *Manajemen Terpadu Balita Sakit*, Depkes RI: Jakarta.
7. Dinkes Prov.Lampung, (2009), *Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit*, Jakarta: Depkes RI.
8. Nursalam, dkk., (2008), *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak (Untuk perawat dan bidan)*, Salemba Medika: Jakarta.
9. Mansjoer, A., (2005), *Kapita Selekta Kedokteran*, EGC: Jakarta.
10. Adriana, D, (2011), *Tumbuh Kembang dan Terapi Bermain pada Anak*, Salemba Medika: Jakarta
11. Hidayat, A., (2009), *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak (Untuk Pendidikan Kebidanan)*, Salemba Medika: Jakarta
12. Hidayat, A., (2008), *Buku Saku Praktikum Keperawatan Anak*, EGC: Jakarta.
13. Suriadi & Rita yuliani, (2006), *Asuhan Keperawatan pada Anak* Edisi 2, Sagung Seto: Jakarta
14. Sodikin, (2011), *Asuhan Keperawatan Anak Gangguan Sistem Gastrointestinal dan Hepatobilier*. Jakarta: Salemba Medika.
15. Wong, D., L.. (2004), *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik*, Jakarta: EGC.
16. Betz, Cecily. L, Sowden, (2009). *Buku Saku Keperawatan Pediatrik* Edisi 5, Jakarta: EGC
17. Dewi, V.N.L., (2013), *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*, Jakarta: Salemba Medika

A. Matrik Pembelajaran

PERTEMUAN	(2) LEARNING OUTCOME (CP)	(3) STUDY MATERIALS (Materi Ajar)	(4) LEARNING STRATEGY (Model dan metode)	(5) ASSESSMENT MODEL/METHOD	(7) EVALUATION	(9) DOSEN/ TUTOR
1	2	3	4	5	6	7
1	Menguasai teknik, prinsip dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktek keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok:	Konsep neonates esensial	Ceramah dan tanya jawab	MCQ	Quiz	
2		Konsep Keperawatan anak sehat	Ceramah dan tanya jawab	MCQ	UTS	
3	Menguasai teknik, prinsip dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktek keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau	Sistem perlindungan anak Indonesia	Ceramah dan tanya jawab	MCQ	UTS	

	berkelompok:					
4	Mampu memberikan askep kepada individu, keluarga, dan kelompok	Konsep tumbuh kembang anak	Ceramah	MCQ	UTS	
5	baik sehat, sakit, dan kegawatdaruratan dengan memperhatikan aspek bio, psiko, sosial kultural, dan spiritual yang menjamin keselamatan klien (<i>patient safety</i>), sesuai standar askep dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah tersedia	Masalah-masalah gangguan tumbuh kembang anak	Ceramah	MCQ	UTS	
6	Mampu memberikan askep kepada individu, keluarga, dan kelompok baik sehat, sakit, dan	Konsep keperawatan anak sakit	Ceramah	MCQ	UTS	

	keawatdaruratan dengan memperhatikan aspek bio, psiko, sosial kultural, dan spiritual yang menjamin keselamatan klien (<i>patient safety</i>), sesuai standar askep dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah tersedia				
7-10	Mampu mengumpulkan data, menyusun, mendokumentasikan dan menyajikan informasi askep	Ragam berbagai penyakit dan masalah-masalah kesehatan anak yang lazim : a. Diare b. Hirsprung c. Hiperbilirubin d. Nefrotik Syndrom e. Bronkopneumonia f. DBD	Jigsaw	<i>MCQ Vignette</i> Butir Soal: 1. Diare: 7,8,20,35,38,45,46 2. Hirsprung: 12,19,23,30,41,71 3. Hiperbilirubin: 2,21,25,42,68,69 4. Nefrotik syndrom: 26,29,31,31,78 5. BP: 6,15,16,22,36,	Pretest dan Postest

		g. Leukimia h. Thalasemia		45,48,70 6. DBD: 1, 9,11,27,37, 43,74 7. Leukimia: 1,3,14,24 51,63,72,79 8. Thalasemia:5,10,18, 28,55,79,80 <i>Self Assessment</i>		
11	Mampu memberikan askep kepada individu, keluarga, dan kelompok baik sehat, sakit, dan kegawatdaruratan dengan memperhatikan aspek bio, psiko, sosial kultural, dan spiritual yang menjamin keselamatan klien (<i>patient safety</i>), sesuai standar askep dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah tersedia	Konsep hospitalisasi	<i>Jigsaw</i>	<i>MCQ Vignette</i> Butir soal no 34,39,40,50,53,54,60, 62 <i>Peer Assessment</i>	Pretest dan Posttest	

12	Menguasai teknik, prinsip dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktek keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok	Konsep terapi bermain	<i>Jigsaw</i>	<i>MCQ Vignette</i> Butir soal no 4,13,33,58,61,65,66 <i>Peer Assessment</i>	Pretest dan Posttest
13	Mampu memberikan aspek kepada individu, keluarga, dan kelompok baik sehat, sakit, dan kegawatdaruratan dengan memperhatikan aspek bio, psiko, sosial kultural, dan spiritual yang menjamin	Bimbingan antisipasi (<i>Anticipatory Guidance</i>)	<i>Jigsaw</i>	<i>MCQ Vignette</i> Butir soal no 17,32,59,64,67,75,77, <i>Peer Assessment</i>	Pretest dan Posttest

	keselamatan klien <i>(patient safety)</i> , sesuai standar askep dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah tersedia					
--	--	--	--	--	--	--

Bandarlampung,

Mengetahui & menyetujui :

Wakil Direktur I

Penanggung Jawab MK

()

()

MODUL COOPERATIVE LEARNING TIPE JIGSAW

A. Deskripsi *Jigsaw*

Metode *jigsaw* adalah salah satu tipe pembelajaran aktif yang terdiri dari tim-tim belajar heterogen beranggotakan 4-5 orang (materi disajikan peserta didik dalam bentuk teks) dan setiap peserta didik bertanggung jawab atas penguasaan bagian materi belajar dan mampu mengajarkan bagian tersebut kepada anggota lain

Materi pembelajaran yang diberikan kepada siswa berupa teks dan setiap anggota bertanggung jawab atas ketuntasan bagian materi pelajaran yang harus dipelajari. Teknik ini serupa dengan pertukaran antar kelompok. Bedanya setiap siswa mengajarkan sesuatu. Ini merupakan alternatif menarik bila ada materi belajar yang bisa disegmentasikan. Tiap siswa mempelajari setiap bagian yang bila digabungkan akan membentuk pengetahuan yang padu.

B. Langkah-langkah yang dipersiapkan dalam metode *jigsaw* sebagai berikut :

1. Materi

Memilih satu atau dua bab, cerita atau unit-unit lainnya, yang masing-masing mencakup materi yang akan didiskusikan, kemudian membuat sebuah lembar ahli untuk tiap topik. Lembar ahli ini akan mengantarkan kepada siswa untuk berkonsentrasi saat membaca dan dengan kelompok ahli yang akan bekerja.

2. Membagi siswa ke dalam kelompok asal

Membagi siswa ke dalam tim heterogen yang terdiri dari empat sampai enam anggota, tim tersebut terdiri dari seorang siswa yang berprestasi tinggi, berprestasi sedang dan yang berprestasi rendah.

3. Membagi siswa ke dalam kelompok ahli

Kelompok ahli diambil dari kelompok asal yang berbeda, apabila jumlah siswa lebih dari enam maka kelompok ini dibagi menjadi dua supaya lebih maksimal.

C. Langkah-langkah pelaksanaannya sebagai berikut:

1. Persiapan

- a. Memberikan pretest terkait materi yang diberikan/diajarkan
- b. Dosen memilih materi yang bisa dipecah atau disegmentasikan dalam beberapa bagian pada materi
- c. Menjelaskan sistem belajar yang akan dipakai menggunakan metode *jigsaw*
- d. Membentuk home teams sebagai kelompok asal
- e. Membentuk kelompok ahli (*expert teams*) yang terdiri dari anggota-anggota kelompok yang mempelajari segmen yang sama dalam home teams masing-masing sesuai dengan sub topik.

2. Pelaksanaan

- a. Setelah siswa terbagi dalam beberapa kelompok, tiap segmen materi diberikan pada siswa dalam kelompok asal.
- b. Dosen menginstruksikan siswa untuk mempelajari “bagian” nya secara mendalam dengan kelompok ahli, yakni siswa yang mempelajari segmen yang sama.
- c. Dosen selalu memantau proses belajar siswa dalam tiap kelompok ahli sebagai bahan evaluasi bagi proses kelompok dalam kelas maupun untuk mengetahui sejauh mana keaktifan siswa.

- d. Setelah proses belajar dalam kelompok ahli usai, masing-masing siswa kembali ke kelompoknya masing-masing untuk mengajarkan apa yang telah didapat dari hasil belajar bersama anggota expert teams. Di dalam kelompok asal siswa saling belajar dari rekannya mengenai segmen materi yang berbeda-beda.
 - e. Dosen berfungsi sebagai fasilitator yang selalu mengawasi dan mengarahkan transisi kelompok agar suasana kelas tetap terkendali
3. Penyelesaian dosen memberikan evaluasi terhadap proses kelompok dan juga pemahaman mereka.
 4. Dosen memberikan posttest kepada setiap anggota kelompok untuk dikerjakan sendiri-sendiri tanpa bantuan siapa pun. Skor yang diperoleh setiap anggota dari hasil ujian/kuis individu ini akan menentukan skor yang diperoleh kelompok mereka.

DAFTAR PUSTAKA

- Erna, S.T., (2006), *Bahan Belajar Mandiri Model Pembelajaran*, Bandung: UPI Press.
- Slavin, R.E., (2016), *Cooperative Learning: Teori, Riset, dan Praktik*,. Bandung: Nusa Media
- Huda, M., (2015), *Cooperative Learning: Model, Struktur, dan Model Penerapannya*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Asmani, J.M., (2016), *Tips Efektif Cooperative Learning: Pembelajaran Aktif, Kreatif dan Tidak Membosankan*,. Yogyakarta: Diva Press.

RPP
Metode Cooperative Learning Tipe Jigsaw

- a. Tujuan :
1. Menguasai teknik, prinsip dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktek keperawatan yang dilakukan secara mandiri dan berkelompok
 2. Mampu memberikan askep kepada individu, keluarga, dan kelompok baik sehat, sakit dan kegawatdaruratan dengan memperhatikan aspek biopsiko, sosial cultural dan spiritual yang menjamin keselamatan pelayanan (*patient safety*) sesuai standar askep dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang tersedia.
 3. Mampu mengumpulkan data, menyusun, mendokumentasikan dan menyajikan informasi askep
- b. Materi pembelajaran :
1. Ragam berbagai penyakit dan masalah-masalah kesehatan anak yang lazim :
 - a) Diare terdiri dari pengertian, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, penatalaksanaan, komplikasi, asuhan keperawatan pada bayi dan anak dengan diare
 - b) Hirsprung terdiri dari pengertian, macam-macam, etiologi, tanda dan gejala, patofisiologi, komplikasi, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan, asuhan keperawatan pada bayi dan anak dengan hirsprung
 - c) Hiperbilirubin terdiri dari definisi, etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi, klasifikasi, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan, asuhan keperawatan pada bayi dan anak dengan hiperbilirubin
 - d) Nefrotik Syndrom terdiri dari pengertian, etiologi/faktor predisposisi, patofisiologi, klasifikasi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan, asuhan keperawatan pada bayi dan anak dengan NS
 - e) Bronkhopneumonia terdiri dari definisi, etiologi, tanda dan gejala klinis, patofisiologi, komplikasi, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan, dampak terhadap sistem tubuh, asuhan keperawatan pada bayi dan anak dengan BP
 - f) DBD terdiri dari pengertian, etiologi, tanda dan gejala, klasifikasi, patofisiologi, komplikasi, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan, pencegahan, asuhan keperawatan pada bayi dan anak dengan DBD
 - g) Leukimia terdiri dari pengertian, etiologi, tanda dan gejala, klasifikasi, patofisiologi, komplikasi, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan, asuhan keperawatan pada bayi dan anak dengan Leukimia
 - h) Thalasemia terdiri dari pengertian, etiologi, tanda dan gejala, klasifikasi, patofisiologi, komplikasi, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan, pencegahan, asuhan keperawatan pada bayi dan anak dengan thalasemia.
 2. Konsep hospitalisasi terdiri dari pengertian, macam-macam, faktor-faktor yang mempengaruhi, rentang respon hospitalisasi, manfaat dan dampak hospitalisasi, peran perawat pada hospitalisasi, asuhan keperawatan pada hospitalisasi
 3. Konsep terapi bermain terdiri dari pengertian, kategori dan fungsi bermain, ciri-ciri bermain, klasifikasi bermain, faktor-faktor yang mempengaruhi bermain, tahap perkembangan bermain, karakteristik bermain sesuai tahap perkembangan

4. Bimbingan antisipasi (*Anticipatory Guidance*) terdiri dari pengertian, tahapan usis bimbingan antisipasi, pencegahan kecelakaan dan penkes untuk orang tua, tahapan toilet training, faktor-faktor yang mempengaruhi toilet training, pengkajian masalah toilet training, dampak dan cara toilet training.

c. Metode pembelajaran : *Jigsaw*

d. Langkah-langkah proses pembelajaran

No	Kegiatan	Waktu
Pertemuan 1 materi 1		
1	Kegiatan awal a. Dosen membuka pembelajaran dengan salam dan doa b. Dosen memeriksa kehadiran mahasiswa c. Dosen melakukan motivasi dan apersepsi dengan menampilkan materi diare d. Dosen menyampaikan tujuan pembelajaran yaitu mahasiswa memahami tentang konsep dan aspek pada pasien diare	10 menit
2	Kegiatan inti a. Mahasiswa menyimak topik materi yang disampaikan oleh dosen b. Mahasiswa menyimak pengarahan mengenai langkah-langkah pembelajaran dengan model kooperative tipe <i>jigsaw</i> c. Mahasiswa membagi menjadi 7 kelompok asal yang masing-masing terdiri dari 7-8 anggota d. Setiap mahasiswa dalam kelompok mendapatkan materi dan tugas yang berbeda-beda Materi ahli 1: pengertian dan etiologi Materi ahli 2: patofisiologi Materi ahli 3: manifestasi klinis Materi ahli 4: penatalaksanaan Materi ahli 5: komplikasi Materi ahli 6: pengkajian keperawatan pada bayi dan anak dengan diare Materi ahli 7: diagnosa dan intervensi keperawatan e. Dosen membimbing mahasiswa untuk membentuk tim ahli f. Mahasiswa berdiskusi dan memahami materi di dalam tim ahli g. Dosen mengarahkan tim ahli kembali ke tim inti untuk saling mengajarkan materi yang telah dipelajarinya kepada setiap anggota kelompok h. Dosen dan mahasiswa secara bersama menyimpulkan hasil pembelajaran menggunakan model kooperatif tipe <i>jigsaw</i>	20 menit 15 menit
3	Penutup a. Dosen merefleksikan/menyampaikan makna pembelajaran tentang diare b. Dosen memberikan penugasan untuk topik	5 menit

	<ul style="list-style-type: none"> c. Dosen melakukan motivasi dan apersepsi dengan menampilkan materi sindrom nefrotik d. Dosen menyampaikan tujuan pembelajaran yaitu mahasiswa memahami tentang konsep dan aspek pada pasien sindrom nefrotik 	
2	<p>Kegiatan inti</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mahasiswa menyimak topik materi yang disampaikan oleh dosen b. Mahasiswa menyimak pengarahannya mengenai langkah-langkah pembelajaran dengan model kooperatif tipe <i>jigsaw</i> c. Mahasiswa membagi menjadi 7 kelompok asal yang masing-masing terdiri dari 7-8 anggota d. Setiap mahasiswa dalam kelompok mendapatkan materi dan tugas yang berbeda-beda <ul style="list-style-type: none"> Materi ahli 1: pengertian dan etiologi Materi ahli 2: patofisiologi Materi ahli 3: klasifikasi Materi ahli 4: manifestasi klinis Materi ahli 5: pemeriksaan diagnostik dan penatalaksanaan Materi ahli 6: pengkajian keperawatan pada bayi dan anak dengan <i>sindrom nefrotik</i> Materi ahli 7: diagnosa dan intervensi keperawatan e. Dosen membimbing mahasiswa untuk membentuk tim ahli f. Mahasiswa berdiskusi dan memahami materi di dalam tim ahli g. Dosen mengarahkan tim ahli kembali ke tim inti untuk saling mengajarkan materi yang telah dipelajarinya kepada setiap anggota kelompok h. Dosen dan mahasiswa secara bersama menyimpulkan hasil pembelajaran menggunakan model kooperatif tipe <i>jigsaw</i> 	<p>20 menit</p> <p>15 menit</p>
3.	<p>Penutup</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dosen merefleksikan/menyampaikan makna pembelajaran tentang <i>sindrom nefrotik</i> b. Dosen memberikan penugasan untuk topik berikutnya c. Doa dan salam penutup 	5 menit
Pertemuan 3 materi 1		
1.	<p>Kegiatan awal</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dosen membuka pembelajaran dengan salam dan doa b. Dosen memeriksa kehadiran mahasiswa c. Dosen melakukan motivasi dan apersepsi dengan menampilkan materi DBD d. Dosen menyampaikan tujuan pembelajaran yaitu mahasiswa memahami tentang aspek pada pasien DBD 	10 menit

2.	<p>Kegiatan inti</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mahasiswa menyimak topik materi yang disampaikan oleh dosen b. Mahasiswa menyimak pengarahan mengenai langkah-langkah pembelajaran dengan model kooperative tipe <i>jigsaw</i> c. Mahasiswa membagi menjadi 7 kelompok asal yang masing-masing terdiri dari 7-8 anggota d. Setiap mahasiswa dalam kelompok mendapatkan materi dan tugas yang berbeda-beda Materi ahli 1 : pengertian dan etiologi Materi ahli 2 : klasifikasi dan manifestasi klinis Materi ahli 3 : patofisiologi Materi ahli 4: komplikasi dan pemeriksaan diagnostik Materi ahli 5: penatalaksanaan dan pencegahan Materi ahli 6: pengkajian keperawatan pada bayi dan anak dengan DBD Materi ahli 7: diagnosa dan intervensi keperawatan e. Dosen membimbing mahasiswa untuk membentuk tim ahli f. Mahasiswa berdiskusi dan memahami materi di dalam tim ahli g. Dosen mengarahkan tim ahli kembali ke tim inti untuk saling mengajarkan materi yang telah dipelajarinya kepada setiap anggota kelompok h. Dosen dan mahasiswa secara bersama menyimpulkan hasil pembelajaran menggunakan model kooperatif tipe <i>jigsaw</i> 	<p>20 menit</p> <p>15 menit</p>
3.	<p>Penutup</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dosen merefleksikan/menyampaikan makna pembelajaran tentang DBD b. Dosen memberikan penugasan untuk topik berikutnya c. Doa dan salam penutup 	5 menit
Pertemuan 3 materi ke-2		
1.	<p>Kegiatan awal</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dosen membuka pembelajaran dengan salam dan doa b. Dosen memeriksa kehadiran mahasiswa c. Dosen melakukan motivasi dan apersepsi dengan menampilkan materi <i>bronchopneumonia</i> d. Dosen menyampaikan tujuan pembelajaran yaitu mahasiswa memahami tentang aspek pada pasien <i>bronchopneumonia</i> 	10 menit
2.	<p>Kegiatan inti</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mahasiswa menyimak topik materi yang disampaikan oleh dosen b. Mahasiswa menyimak pengarahan mengenai langkah-langkah pembelajaran dengan model 	20 menit

	<p>kooperative tipe <i>jigsaw</i></p> <p>c. Mahasiswa membagi menjadi 7 kelompok asal yang masing-masing terdiri dari 7-8 anggota</p> <p>d. Setiap mahasiswa dalam kelompok mendapatkan materi dan tugas yang berbeda-beda Materi ahli 1 : definisi dan etiologi Materi ahli 2 : patofisiologi Materi ahli 3: tanda dan gejala Materi ahli 4: pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan Materi ahli 5 : dampak terhadap sistem tubuh Materi ahli 6: pengkajian keperawatan pada bayi dan anak dengan BP Materi ahli 7: diagnosa dan intervensi keperawatan</p> <p>e. Dosen membimbing mahasiswa untuk membentuk tim ahli</p> <p>f. Mahasiswa berdiskusi dan memahami materi di dalam tim ahli</p> <p>g. Dosen mengarahkan tim ahli kembali ke tim inti untuk saling mengajarkan materi yang telah dipelajarinya kepada setiap anggota kelompok</p> <p>h. Dosen dan mahasiswa secara bersama menyimpulkan hasil pembelajaran menggunakan model kooperatif tipe <i>jigsaw</i></p>	15 menit
3.	<p>Penutup</p> <p>a. Dosen merefleksikan/menyampaikan makna pembelajaran tentang <i>Bronchopneumonia</i></p> <p>b. Dosen memberikan penugasan untuk topik berikutnya</p> <p>c. Doa dan salam penutup</p>	5 menit
Pertemuan 4 materi ke-1		
1.	<p>Kegiatan awal</p> <p>a. Dosen membuka pembelajaran dengan salam dan doa</p> <p>b. Dosen memeriksa kehadiran mahasiswa</p> <p>c. Dosen melakukan motivasi dan apersepsi dengan menampilkan materi <i>leukimia</i></p> <p>d. Dosen menyampaikan tujuan pembelajaran yaitu mahasiswa memahami tentang aspek pada pasien <i>leukimia</i></p>	10 menit
2.	<p>Kegiatan inti</p> <p>a. Mahasiswa menyimak topik materi yang disampaikan oleh dosen</p> <p>b. Mahasiswa menyimak pengarahan mengenai langkah-langkah pembelajaran dengan model kooperatif tipe <i>jigsaw</i></p> <p>c. Mahasiswa membagi menjadi 7 kelompok asal yang masing-masing terdiri dari 7-8 anggota</p> <p>d. Setiap mahasiswa dalam kelompok mendapatkan materi dan tugas yang berbeda-beda</p>	20 menit

	<p>Materi ahli 1 : pengertian dan macam-macam Materi ahli 2 : etiologi Materi ahli 3 : patofisiologi Materi ahli 4 : manifestasi klinis Materi ahli 5: pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan Materi ahli 6: pengkajian keperawatan pada bayi dan anak dengan <i>leukimia</i> Materi ahli 7: diagnosa dan intervensi keperawatan</p> <p>e. Dosen membimbing mahasiswa untuk membentuk tim ahli f. Mahasiswa berdiskusi dan memahami materi di dalam tim ahli g. Dosen mengarahkan tim ahli kembali ke tim inti untuk saling mengajarkan materi yang telah dipelajarinya kepada setiap anggota kelompok h. Dosen dan mahasiswa secara bersama menyimpulkan hasil pembelajaran menggunakan model kooperatif tipe <i>jigsaw</i></p>	15 menit
3.	<p>Penutup</p> <p>a. Dosen merefleksikan/menyampaikan makna pembelajaran tentang <i>leukimia</i> b. Dosen memberikan penugasan untuk topik berikutnya c. Doa dan salam penutup</p>	5 menit
Pertemuan 4 materi ke-2		
1.	<p>Kegiatan awal</p> <p>a. Dosen membuka pembelajaran dengan salam dan doa b. Dosen memeriksa kehadiran mahasiswa c. Dosen melakukan motivasi dan apersepsi dengan menampilkan materi <i>thalasemia</i> d. Dosen menyampaikan tujuan pembelajaran yaitu mahasiswa memahami tentang aspek pada pasien <i>thalasemia</i></p>	10 menit
2.	<p>Kegiatan inti</p> <p>a. Mahasiswa menyimak topik materi yang disampaikan oleh dosen b. Mahasiswa menyimak pengarahannya mengenai langkah-langkah pembelajaran dengan model kooperatif tipe <i>jigsaw</i> c. Mahasiswa membagi menjadi 7 kelompok asal yang masing-masing terdiri dari 7-8 anggota d. Setiap mahasiswa dalam kelompok mendapatkan materi dan tugas yang berbeda-beda Materi ahli 1 : definisi dan etiologi Materi ahli 2 : patofisiologi Materi ahli 3: manifestasi klinis Materi ahli 4 : macam-macam Materi ahli 5: pemeriksaan penunjang dan</p>	20 menit

	<p>penatalaksanaan</p> <p>Materi ahli 6: pengkajian keperawatan pada bayi dan anak dengan <i>thalasemia</i></p> <p>Materi ahli 7: diagnosa dan intervensi keperawatan</p> <p>e. Dosen membimbing mahasiswa untuk membentuk tim ahli</p> <p>f. Mahasiswa berdiskusi dan memahami materi di dalam tim ahli</p> <p>g. Dosen mengarahkan tim ahli kembali ke tim inti untuk saling mengajarkan materi yang telah dipelajarinya kepada setiap anggota kelompok</p> <p>h. Dosen dan mahasiswa secara bersama menyimpulkan hasil pembelajaran menggunakan model kooperatif tipe <i>jigsaw</i></p>	15 menit
3.	<p>Penutup</p> <p>a. Dosen merefleksikan/menyampaikan makna pembelajaran tentang <i>thalasemia</i></p> <p>b. Dosen memberikan penugasan untuk topik berikutnya</p> <p>c. Doa dan salam penutup</p>	5 menit
Pertemuan 5		
1.	<p>Kegiatan awal</p> <p>a. Dosen membuka pelajaran dengan salam dan doa</p> <p>b. Dosen memeriksa kehadiran mahasiswa</p> <p>c. Dosen melakukan motivasi dan apersepsi dengan menampilkan materi tentang konsep <i>hospitalisasi</i></p> <p>d. Dosen menyampaikan tujuan pembelajaran yaitu mahasiswa memahami tentang konsep <i>hospitalisasi</i> pada anak</p>	10 menit
2.	<p>Kegiatan inti</p> <p>a. Mahasiswa menyimak topik materi yang disampaikan oleh dosen</p> <p>b. Mahasiswa menyimak pengarahan mengenai langkah-langkah pembelajaran dengan model kooperatif tipe <i>jigsaw</i></p> <p>c. Mahasiswa membagi menjadi 7 kelompok asal yang masing-masing terdiri dari 7-8 anggota</p> <p>d. Setiap mahasiswa dalam kelompok mendapatkan materi dan tugas yang berbeda-beda</p> <p>Materi ahli 1 : pengertian dan macam-macam</p> <p>Materi ahli 2 : faktor-faktor yang mempengaruhi <i>hospitalisasi</i> pada anak dan stressor umum pada <i>hospitalisasi</i></p> <p>Materi ahli 3: rentang respon <i>hospitalisasi</i></p> <p>Materi ahli 4 : dampak <i>hospitalisasi</i></p> <p>Materi ahli 5: peran perawat terhadap <i>hospitalisasi</i></p> <p>Materi ahli 6: pengkajian keperawatan pada anak dengan <i>hospitalisasi</i></p> <p>Materi ahli 7: diagnosa dan intervensi keperawatan</p>	20 menit

	<ul style="list-style-type: none"> e. Dosen membimbing mahasiswa untuk membentuk tim ahli f. Mahasiswa berdiskusi dan memahami materi di dalam tim ahli g. Dosen mengarahkan tim ahli kembali ke tim inti untuk saling mengajarkan materi yang telah dipelajarinya kepada setiap anggota kelompok h. Dosen dan mahasiswa secara bersama menyimpulkan hasil pembelajaran menggunakan model kooperatif tipe <i>jigsaw</i> 	15 menit
3	<p>Penutup</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dosen merefleksikan/menyampaikan makna pembelajaran tentang <i>hospitalisasi</i> b. Dosen memberikan penugasan untuk topik berikutnya c. Doa dan salam penutup 	5 menit
Pertemuan ke-6		
1.	<p>Kegiatan awal</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dosen membuka pelajaran dengan salam dan doa b. Dosen memeriksa kehadiran mahasiswa c. Dosen melakukan motivasi dan apersepsi dengan menampilkan materi tentang konsep terapi bermain d. Dosen menyampaikan tujuan pembelajaran yaitu memahami tentang terapi bermain pada anak 	10 menit
2.	<p>Kegiatan inti</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mahasiswa menyimak topik materi yang disampaikan oleh dosen b. Mahasiswa menyimak pengarahan mengenai langkah-langkah pembelajaran dengan model kooperatif tipe <i>jigsaw</i> c. Mahasiswa membagi menjadi 7 kelompok asal yang masing-masing terdiri dari 7-8 anggota d. Setiap mahasiswa dalam kelompok mendapatkan materi dan tugas yang berbeda-beda Materi ahli 1 : pengertian dan kategori Materi ahli 2 : fungsi bermain Materi ahli 3: ciri-ciri bermain Materi ahli 4 : klasifikasi bermain Materi ahli 5: faktor-faktor yang mempengaruhi aktivitas bermain Materi ahli 6: tahap perkembangan bermain Materi ahli 7: karakteristik bermain sesuai tahap perkembangannya e. Dosen membimbing mahasiswa untuk membentuk tim ahli f. Mahasiswa berdiskusi dan memahami materi di dalam tim ahli g. Dosen mengarahkan tim ahli kembali ke tim inti untuk saling mengajarkan materi yang telah dipelajarinya kepada setiap anggota kelompok h. Dosen dan mahasiswa secara bersama 	<p>20 menit</p> <p>15 menit</p>

	menyimpulkan hasil pembelajaran menggunakan model kooperatif tipe <i>jigsaw</i>	
3.	<p>Penutup</p> <ol style="list-style-type: none"> Dosen merefleksikan/menyampaikan makna pembelajaran tentang terapi bermain Dosen memberikan penugasan untuk topik berikutnya Doa dan salam penutup 	5 menit
Pertemuan ke-7		
1.	<p>Kegiatan awal</p> <ol style="list-style-type: none"> Dosen membuka pelajaran dengan salam dan doa Dosen memeriksa kehadiran siswa Dosen melakukan motivasi dan apersepsi dengan menampilkan materi tentang bimbingan antisipasi Dosen menyampaikan tujuan pembelajaran yaitu mahasiswa memahami tentang bimbingan antisipasi pada anak 	10 menit
2.	<p>Kegiatan inti</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa menyimak topik materi yang disampaikan oleh dosen Mahasiswa menyimak pengarahan mengenai langkah-langkah pembelajaran dengan model kooperatif tipe <i>jigsaw</i> Mahasiswa membagi menjadi 7 kelompok asal yang masing-masing terdiri dari 7-8 anggota Setiap mahasiswa dalam kelompok mendapatkan materi dan tugas yang berbeda-beda <ul style="list-style-type: none"> Materi ahli 1 : pengertian bimbingan antisipasi dan Toilet Training Materi ahli 2 : tahapan usia bimbingan antisipasi Materi ahli 3: pencegahan kecelakaan pada anak dan pendidikan kesehatan untuk orang tua Materi ahli 4: tahapan <i>toilet training</i> dan langkah-langkahnya Materi ahli 5: faktor-faktor yang mempengaruhi <i>toilet training</i> Materi ahli 6: pengkajian masalah <i>toilet training</i> Materi ahli 7 : dampak dan cara melakukan <i>toilet training</i> Dosen membimbing mahasiswa untuk membentuk tim ahli Mahasiswa berdiskusi dan memahami materi di dalam tim ahli Dosen mengarahkan tim ahli kembali ke tim inti untuk saling mengajarkan materi yang telah dipelajarinya kepada setiap anggota kelompok Dosen dan mahasiswa secara bersama menyimpulkan hasil pembelajaran menggunakan model kooperatif tipe <i>jigsaw</i> 	<p>20 menit</p> <p>15 menit</p>
3.	Penutup	5 menit

	a. Dosen merefleksikan/menyampaikan makna pembelajaran tentang bimbingan antisipasi b. Dosen memberikan penugasan untuk topik berikutnya c. Doa dan salam penutup	
--	---	--

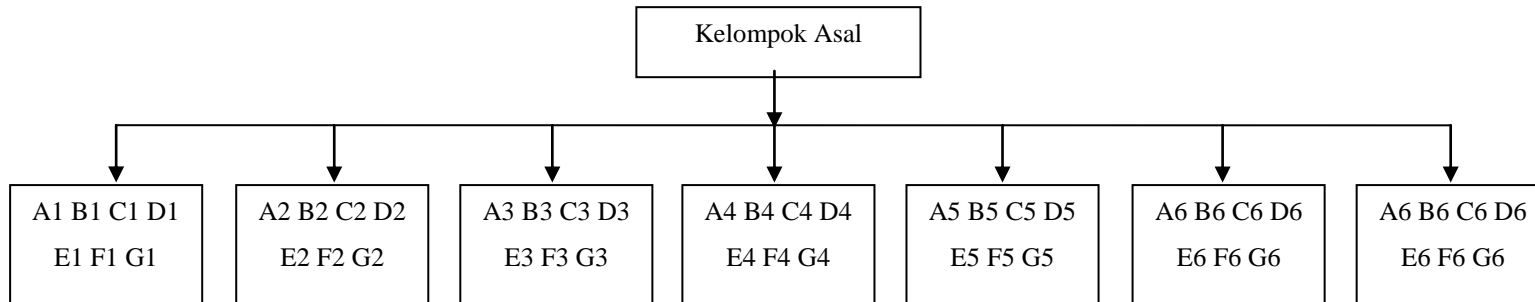
d. Media Pembelajaran : LCD, whiteboard + spidol

e. Sumber Pustaka :

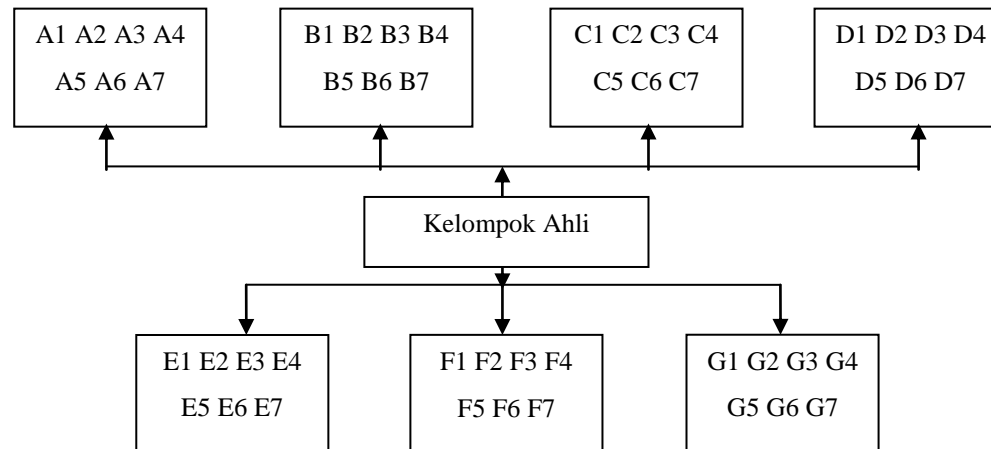
1. Doenges, M., dkk., (2000), *Rencana Asuhan Keperawatan & Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, Jakarta: EGC.
2. Hidayat, A., (2009), *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1*, Jakarta: Salemba Medika.
3. Hidayat, A., (2009), *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 2*, Jakarta: Salemba Medika.
4. Supartini, Y., (2004), *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*, Jakarta: EGC.
5. Riyadi, Sujono dan Sukarmin, (2009), *Asuhan Keperawatan pada Anak*, Yogyakarta: Graha Ilmu.
6. Ngastiyah, (2005), *Perawatan Anak Sakit*, Edisi 2, Jakarta: EGC
7. Depkes RI, (1999), *Manajemen Terpadu Balita Sakit*, Jakarta: Depkes RI.
8. Dinkes Prov.Lampung, (2009), *Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit*, Jakarta: Depkes RI.
9. Nursalam, dkk., (2008), *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak (Untuk perawat dan bidan)*, Jakarta: Salemba Medika.
10. Adriana, D., (2011), *Tumbuh Kembang dan Terapi Bermain pada Anak*, Jakarta: Salemba Medika
11. Hidayat, A., (2009), *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak (Untuk Pendidikan Kebidanan)*, Jakarta: Salemba Medika.
12. Sodikin, (2011), *Asuhan Keperawatan Anak Gangguan Sistem Gastrointestinal dan Hepatobilier*, Jakarta: Salemba Medika.
13. Dewi, V.N.L., (2013), *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*, Jakarta: Salemba Medika.
14. Wong, D.L., (2003), *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik*. Jakarta: EGC.
15. Mansjoer, A., (2005), *Kapita Selekta Kedokteran*, Jakarta: EGC
16. Suriadi & Rita yuliani, (2006), *Asuhan Keperawatan pada Anak* Edisi 2, Jakarta: Sagung Seto
17. Betz, Cecily. L, Sowden, (2009). *Buku Saku Keperawatan Pediatrik* Edisi 5, Jakarta: EGC.

Gambar Pembagian kelompok *Jigsaw*

1. Skema kelompok asal



2. Skema kelompok ahli



Tahapan Pembagian Kelompok

Tahap 1 : mahasiswa membentuk 7 kelompok asal yang heterogen terdiri dari 7 anggota

A1 B1 C1 D1 E1 F1 G1	A2 B2 C2 D2 E2 F2 G2	A3 B3 C3 D3 E3 F3 G3	A4 B4 C4 D4 E4 F4 G4	A5 B5 C5 D5 E5 F5 G5	A6 B6 C6 D6 E6 F6 G6	A7 B7 C7 D7 E7 F7 G7
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Tahap 2 : mahasiswa membentuk 7 kelompok ahli dengan sub topik yang dipelajari

A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7	B1 B2 B3 B4 B5 B6 B7	C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7	D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7	E1 E2 E3 E4 E5 E6 E7	F1 F2 F3 F4 F5 F6 F7	G1 G2 G3 G4 G5 G6 G7
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Tahap 3 : mahasiswa kembali ke tim asal dan saling mengajari sub topik yang telah dipelajari bersama dengan kelompok ahli

A1 B1 C1 D1 E1 F1 G1	A2 B2 C2 D2 E2 F2 G2	A3 B3 C3 D3 E3 F3 G3	A4 B4 C4 D4 E4 F4 G4	A5 B5 C5 D5 E5 F5 G5	A6 B6 C6 D6 E6 F6 G6	A7 B7 C7 D7 E7 F7 G7
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

MATERI PEMBELAJARAN

I. DIARE

A. PENGERTIAN DAN ETIOLOGI

Beberapa pengertian diare:

1. Diare merupakan suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya, ditandai dengan peningkatan volume, keenceran serta frekuensi lebih dari 3 kali sehari dengan atau tanpa lendir darah (Hidayat, 2010)
2. Diare adalah pengeluaran feses yang tidak normal dan cair dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya (Dewi, 2013).
3. Diare ialah keadaan frekuensi buang air besar lebih dari 4 kali pada bayi dan lebih dari 3 kali pada anak dengan konsistensi feses encer, dapat berwarna hijau atau dapat bercampur lendir dan darah atau lendir saja (Ngastiyah, 2005)

Etiologi menurut Dewi, 2013:

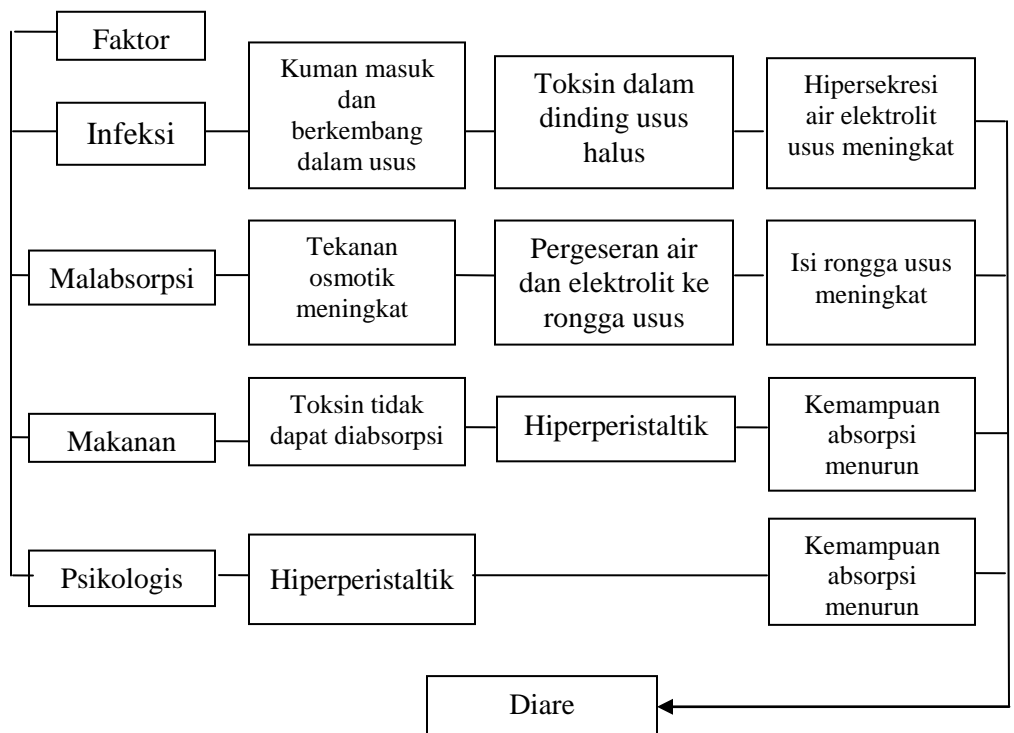
1. Infeksi :
 - a. Bakteri : *vibrio, E. Coli, Salmonella, Shigella, Yersenia* dan sebagainya
 - b. Virus : enterovirus seperti: ECHO, coxsackie, poliomyelitis, adenovirus, rotavirus
 - c. Parasit : cacing (*Ascaris, Trichiuris, Oxyuris, dan Strongyloides*); protozoa (*Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, dan Trichomonas hominis*), serta jamur (*Candida albicans*)
2. Malabsorpsi : karbohidrat, protein, lemak
3. Makanan : basi, beracun, dan alergi
4. Psikologi : rasa takut atau cemas

Klasifikasi diare menurut pedoman MTBS (2002) diare dapat dikelompokkan menjadi:

Tanda/Gejala yang tampak	Klasifikasi
Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut: <ol style="list-style-type: none"> 1. Letargis atau tidak sadar 2. Mata cekung 3. Tidak bisa minum atau malas minum 4. Cubitan kulit perut kembalinya sangat lambat 	Diare dengan dehidrasi berat
Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut:	Diare dengan dehidrasi

1. Gelisah, rewel, atau mudah marah 2. Mata cekung 3. Haus, minum dengan lahap 4. Cubitan kulit perut kembalinya lambat	ringan/sedang
Tidak cukup tanda-tanda untuk diklasifikasikan sebagai dehidrasi berat atau ringan/sedang	Diare tanpa dehidrasi
Diare selama 14 hari atau lebih disertai dengan dehidrasi	Diare persisten berat
Diare selama 14 hari atau lebih tanpa disertai tanda dehidrasi	Diare persisten
Terdapat darah dalam tinja (berak campur darah)	Disentri

B. PATOFISIOLOGI (Hidayat, 2010)



Patogenesis yang dapat menyebabkan diare, yaitu:

1. Gangguan osmotik

Adanya makanan atau zat yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam lumen usus meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektroloit ke dalam lumen usus. Isi rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.

2. Gangguan sekresi
Akibat rangsangan tertentu (misalnya toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi, air dan elektrolit ke dalam lumen usus dan selanjutnya timbul diare karena peningkatan isi lumen usus.
3. Gangguan motilitas usus
Hiperperistaltik akan menyebabkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare. Sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri tumbuh berlebihan, selanjutnya dapat timbul diare pula

C. MANIFESTASI KLINIS

1. Cengeng, rewel
2. Gelisah
3. Suhu meningkat
4. Nafsu makan menurun
5. Feses cair dan berlendir, kadang disertai darah. Kelamaan feses akan berwarna hijau dan asam
6. Anus lecet
7. Dehidrasi
8. BB menurun
9. Turgor kulit menurun
10. Mata dan ubun-ubun cekung
11. Selaput lendir dan mulut serta kulit menjadi kering

D. PENATALAKSANAAN

Prinsip perawatan diare adalah sebagai berikut:

1. Pemberian cairan (rehidrasi awal dan rumatan)
2. Dietetik (pemberian makanan)
3. Obat-obatan
 - a. Jumlah cairan yang diberikan adalah 100ml/kgBB/hari sebanyak 1 kali setiap 2 jam, jika diare tanpa dehidrasi.

Sebanyak 50% cairan ini diberikan dalam 4 jam pertama dan sisanya adlibitum.

- b. Sesuaikan dengan umur anak:
 - 1) < 2 tahun diberikan ½ gelas
 - 2) 2-6 tahun diberikan 1 gelas
 - 3) > 6 tahun diberikan 400 cc (2 gelas)
- c. Oralit
- d. Teruskan pemberian ASI karena bisa membantu meningkatkan daya tahan tubuh anak

E. KOMPLIKASI

1. Dehidrasi dibagi menjadi:
 - a. Dehidrasi ringan, apabila kehilangan cairan <5% BB
 - b. Dehidrasi sedang, apabila kehilangan cairan 5-10% BB
 - c. Dehidrasi berat, apabila kehilangan cairan >10-15% BB
2. Renjatan hipovolemik
3. Hipokalemia
4. Hipoglikemia
5. Intoleransi laktosa sekunder
6. Kejang
7. Malnutrisi energi protein

F. PENGKAJIAN KEPERAWATAN PADA BAYI DAN ANAK DENGAN DIARE

1. Identitas pasien/biodata
2. Keluhan utama

BAB > 3x sehari, BAB < 4x dan cair (diare tanpa dehidrasi), BAB 4-10x dan cair (dehidrasi ringan/sedang), atau BAB > 10x (dehidrasi berat). Apabila diare berlangsung < 14 hari maka diare tersebut adalah diare akut, apabila berlangsung selama 14 hari atau lebih adalah diare persisten.
3. Riwayat penyakit sekarang
 - a. Mula-mula bayi/anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan mungkin meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, dan kemungkinan timbul diare
 - b. Tinja makin cair, mungkin disertai lendir atau lendir dan darah. Warna tinja berubah menjadi kehijauan karena bercampur empedu

- c. Anus dan daerah sekitarnya timbul lecet karena sering defekasi dan sifatnya makin lama makin asam
 - d. Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare
 - e. Apabila pasien telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit, maka gejala dehidrasi mulai tampak
 - f. Diuresis: oliguri (< 1 ml/kg/BB), urine normal pada diare tanpa dehidrasi, urine sedikit gelap pada dehidrasi ringan atau sedang, tidak ada urine dalam waktu 6 jam (dehidrasi berat).
4. Riwayat kesehatan
 - a. Riwayat imunisasi
 - b. Riwayat alergi
 - c. Riwayat penyakit
 5. Riwayat nutrisi, riwayat pemberian makanan sebelum sakit diare:
 - a. Pemberian ASI penuh pada anak umur 4-6 bulan sangat mengurangi risiko diare dan infeksi yang serius
 - b. Pemberian susu formula. Apakah dibuat menggunakan air masak dan diberikan dengan botol atau dot, karena botol yang tidak bersih akan mudah menimbulkan pencemaran
 - c. Perasaan haus. Anak yang diare tanpa dehidrasi tidak merasa haus (minum biasa). Dehidrasi ringan/sedang anak merasa haus ingin minum banyak. Dehidrasi berat, anak malas minum atau tidak bisa minum.
 6. Pemeriksaan fisik
 - a. Keadaan umum: baik/sadar (tanpa dehidrasi); gelisah, rewel (dehidrasi ringan atau sedang); lesu, lunglai, atau tidak sadar (dehidrasi berat)
 - b. Berat badan, mengalami penurunan

Tingkat dehidrasi	% Kehilangan Berat Badan	
	Bayi	Anak Besar
Dehidrasi ringan	5% (50 ml/kg)	3% (30 ml/kg)
Dehidrasi sedang	5-10% (50-100 ml/kg)	6% (60 ml/kg)
Dehidrasi berat	10-15% (100-150 ml/kg)	9% (90 ml/kg)

c. Kulit

Pemeriksaan turgor: < 2 detik (diare tanpa dehidrasi), kembali lambat dalam 2 detik (diare dehidrasi ringan/sedang), kembali sangat lambat > 2 detik (diare dehidrasi berat)

- d. Kepala: ubun-ubun cekung
- e. Mata: diare tanpa dehidrasi bentuk kelopak normal, dehidrasi ringan/sedang bentuk kelopak matanya cekung, dehidrasi berat bentuk kelopak matanya sangat cekung.
- f. Mulut dan lidah: mulut dan lidah basah (tanpa dehidrasi), mulut dan lidah kering (dehidrasi ringan/sedang), mulut dan lidah sangat kering (dehidrasi berat)
- g. Abdomen : distensi, kram, dan bising usus meningkat
- h. Anus : iritasi pada kulitnya

G. DIAGNOSA DAN INTERVENSI KEPERAWATAN YANG SERING MUNCUL

1. Kekurangan volume cairan b.d kehilangan berlebihan melalui feses dan muntah serta intake terbatas (mual).
2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d gangguan absorpsi nutrisi dan peningkatan peristaltik usus.
3. Nyeri (akut) b.d hiperperistaltik, iritasi fisura perirektal.
4. Kurang pengetahuan keluarga tentang kondisi, prognosis dan kebutuhan terapi b.d pemaparan informasi terbatas, salah interpretasi informasi dan atau keterbatasan kognitif.
5. Kecemasan anak b.d perpisahan dengan orang tua, lingkungan yang baru

Dx.1 Kekurangan volume cairan b/d kehilangan berlebihan melalui feses dan muntah serta intake terbatas (mual)

Tujuan : Kebutuhan cairan akan terpenuhi dengan kriteria tidak ada tanda-tanda dehidrasi

Intervensi :

1. Berikan cairan oral dan parenteral sesuai dengan program rehidrasi.
2. Pantau intake dan output.
3. Kaji tanda vital, tanda/gejala dehidrasi dan hasil pemeriksaan laboratorium
4. Kolaborasi pelaksanaan terapi definitif

Dx.2 : Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d gangguan absorpsi nutrisi dan peningkatan peristaltik usus.

Tujuan : Kebutuhan nutrisi terpenuhi dengan kriteria terjadi peningkatan bera badan

Intervensi

1. Pertahankan tirah baring dan pembatasan aktivitas selama fase akut
2. Pertahankan status puasa selama fase akut (sesuai program terapi) dan segera mulai pemberian makanan per oral setelah kondisi klien mengizinkan
3. Bantu pelaksanaan pemberian makanan sesuai dengan program diet
4. Kolaborasi pemberian nutrisi parenteral sesuai indikasi

Dx.3 : Kecemasan keluarga b/d perubahan status kesehatan anaknya.

Tujuan : Keluarga mengungkapkan kecemasan berkurang.

Intervensi :

1. Dorong keluarga klien untuk membicarakan kecemasan dan berikan umpan balik tentang mekanisme koping yang tepat.
2. Tekankan bahwa kecemasan adalah masalah yang umum terjadi pada orang tua klien yang anaknya mengalami masalah yang sama
3. Ciptakan lingkungan yang tenang, tunjukkan sikap ramah tamah dan tulus dalam membantu klien.

Dx.4 : Kurang pengetahuan keluarga tentang kondisi, prognosis dan kebutuhan terapi b/d paparan informasi terbatas, salah interpretasi informasi dan atau keterbatasan kognitif.

Tujuan : Keluarga akan mengerti tentang penyakit dan pengobatan anaknya, serta mampu mendemonstrasikan perawatan anak di rumah.

Intervensi :

1. Kaji kesiapan keluarga klien mengikuti pembelajaran, termasuk pengetahuan tentang penyakit dan perawatan anaknya.
2. Jelaskan tentang proses penyakit anaknya, penyebab dan akibatnya terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan sehari-hari aktivitas sehari-hari.
3. Jelaskan tentang tujuan pemberian obat, dosis, frekuensi dan cara pemberian serta efek samping yang mungkin timbul
4. Jelaskan dan tunjukkan cara perawatan perineal setelah defekasi

Dx. 5 : Kecemasan anak b.d Perpisahan dengan orang tua, lingkungan yang baru

Tujuan : Kecemasan anak berkurang dengan kriteria memperlihatkan tanda-tanda kenyamanan

Intervensi :

1. Anjurkan pada keluarga untuk selalu mengunjungi klien dan berpartisipasi dalam perawatan yang dilakukan
2. Berikan sentuhan dan berbicara pada anak sesering mungkin
3. Lakukan stimulasi sensory atau terapi bermain sesuai dengan tingkat perkembangan klien

Implementasi

Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah direncanakan sebelumnya

Evaluasi

Evaluasi merupakan pengukuran keberhasilan sejauhmana tujuan tersebut tercapai. Bila ada yang belum tercapai maka dilakukan pengkajian ulang, kemudian disusun rencana, kemudian dilaksanakan dalam implementasi keperawatan lalu dievaluasi, bila dalam evaluasi belum teratasi maka dilakukan langkah awal lagi dan seterusnya sampai tujuan tercapai.

II. HIRSBRUNG

A. PENGERTIAN DAN ETIOLOGI

1. Penyakit *Hisprung* disebut juga kongenital aganglionik megakolon. Penyakit ini merupakan keadaan usus besar (kolon) yang tidak mempunyai persarafan (aganglionik). Jadi, karena ada bagian dari usus besar (mulai dari anus kearah atas) yang tidak mempunyai persarafan (ganglion), maka terjadi “kelumpuhan” usus besar dalam menjalankan fungsinya sehingga usus menjadi membesar (megakolon). Panjang usus besar yang terkena berbeda-beda untuk setiap individu.
2. Penyakit hirschsprung adalah suatu kelainan tidak adanya sel ganglion parasimpatis pada usus, dapat dari kolon sampai pada usus halus. (Ngastiyah, 1997).
3. Penyakit hirschsprung adalah anomali kongenital yang mengakibatkan obstruksi mekanik karena ketidak adekuatan motilitas sebagian dari usus. (Wong, 2003)

Etiologi:

1. Mungkin karena adanya kegagalan sel-sel "Neural Crest" embrional yang bermigrasi ke dalam dinding usus atau kegagalan plexus menterikus dan submukosa untuk berkembang ke arah kranio kaudal di dalam dinding usus.
2. Disebabkan oleh tidak adanya sel ganglion para simpatis dari plexus Auerbach di kolon.
3. Sebagian besar segmen yang aganglionik mengenai rectum dan bagian bawah kolon sigmoid dan terjadi hipertrofi serta distensi yang berlebihan pada kolon (Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak FKUI, 1985)
4. Sering terjadi pada anak dengan "Down Syndrome".
5. Kegagalan sel neural pada masa embrio dalam dinding usus, gagal eksistensi kraniokaudal pada nyenterik dan submukosa dinding plexus (Suriadi, 2001)

B. PATOFISIOLOGI

1. Istilah congenital aganglionic Mega Colon menggambarkan adanya kerusakan primer dengan tidak adanya sel ganglion pada dinding sub mukosa kolon distal. Segmen aganglionic hampir selalu ada dalam rectum dan bagian proksimal pada usus besar. Ketidakadaan ini menimbulkan keabnormalan atau tidak adanya gerakan tenaga pendorong (peristaltik) dan tidak adanya evakuasi usus spontan serta spinkter rectum tidak dapat berelaksasi sehingga mencegah keluarnya feces secara normal yang menyebabkan adanya akumulasi pada usus dan distensi pada saluran cerna. Bagian proksimal sampai pada bagian yang rusak pada Mega Colon (Betz, Cecily & Sowden).
2. Semua ganglion pada intramural plexus dalam usus berguna untuk kontrol kontraksi dan relaksasi peristaltik secara normal. Isi usus mendorong ke segmen aganglionik dan feces terkumpul didaerah tersebut, menyebabkan terdilatasinya bagian usus yang proksimal terhadap daerah itu karena terjadi obstruksi dan menyebabkan dibagian Colon tersebut melebar (Price, S & Wilson)

C. MANIFESTASI KLINIS

Menurut Suriadi, 2006:

1. Kegagalan lewatnya mekonium dalam 24 jam pertama kehidupan.
2. Konstipasi kronik mulai dari bulan pertama kehidupan dengan terlihat tinja seperti pita.
3. Obstruksi usus dalam periode neonatal.
4. Nyeri abdomen dan distensi.
5. Gangguan pertumbuhan

Manurut Mansjoer, 2005:

1. Obstruksi total saat lahir dengan muntah, distensi abdomen dan ketiadaan evaluasi mekonium.
2. Keterlambatan evaluasi mekonium diikuti obstruksi periodik yang membaik secara spontan maupun dengan edema.
3. Gejala ringan berupa konstipasi selama beberapa minggu atau bulan yang diikuti dengan obstruksi usus akut.
4. Konstipasi ringan, enterokolitis dengan diare, distensi abdomen dan demam. Diare berbau busuk dapat menjadi satu-satunya gejala.
5. Gejala hanya konstipasi ringan

D. PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK DAN PENATALAKSANAAN

Menurut Ngastiyah, 1997, :

1. Biopsi isap, yakni mengambil mukosa dan submukosa dengan alat penghisap and mencari sel ganglion pada daerah submukosa.
2. Biopsy otot rectum, yakni pengambilan lapisan otot rectum, dilakukan dibawah narkos. Pemeriksaan ini bersifat traumatic.
3. Pemeriksaan aktivitas enzim asetilkolin dari hasil biopsy isap. Pada penyakit ini khas terdapat peningkatan aktivitas enzim asetilkolin enterase.
4. Pemeriksaan aktivitas norepinefrin dari jaringan biopsy usus.

Menurut Betz, 2002, :

1. Foto abdomen ; untuk mengetahui adanya penyumbatan pada kolon.
2. Enema barium ; untuk mengetahui adanya penyumbatan pada kolon.
3. Biopsi rectal ; untuk mendeteksi ada tidaknya sel ganglion.
4. Manometri anorektal ; untuk mencatat respons refleksi sfingter interna dan eksterna.

Penatalaksanaan

Pembedahan hirschsprung dilakukan dalam 2 tahap, yaitu dilakukan kolostomi loop atau double-barrel sehingga tonus dan ukuran usus yang dilatasi dan hipertropi dapat kembali normal (memerlukan waktu 3-4 bulan), lalu dilanjutkan dengan 1 dari 3 prosedur berikut :

1. Prosedur Duhamel : Penarikan kolon normal ke arah bawah dan menganastomosiskannya dibelakang usus aganglionik.
2. Prosedur Swenson : Dilakukan anastomosis end to end pada kolon berganglion dengan saluran anal yang dibatasi.
3. Prosedur saave : Dinding otot dari segmen rektum dibiarkan tetap utuh. Kolon yang bersaraf normal ditarik sampai ke anus.
4. Intervensi bedah

E. KOMPLIKASI

1. Gawat pernapasan (akut)
2. Enterokolitis (akut)
3. Striktura ani (pasca bedah)
4. Inkontinensia (jangka panjang) (Betz, 2002)

F. PENGKAJIAN KEPERAWATAN PADA BAYI DAN ANAK DENGAN HIRSPRUNG

1. Pengkajian
 - a. Informasi identitas/data dasar meliputi, nama, umur, jenis kelamin, agama, alamat, tanggal pengkajian, pemberi informasi.
 - b. Keluhan utama : Masalah yang dirasakan klien yang sangat mengganggu pada saat dilakukan pengkajian, pada klien Hirschsprung misalnya, sulit BAB, distensi abdomen, kembung, muntah.
2. Riwayat kesehatan sekarang.
Yang diperhatikan adanya keluhan mekonium keluar setelah 24 jam setelah lahir, distensi abdomen dan muntah hijau atau fekal. Tanyakan sudah berapa lama gejala dirasakan pasien dan tanyakan bagaimana upaya klien mengatasi masalah tersebut.
3. Riwayat kesehatan masa lalu
Apakah sebelumnya klien pernah melakukan operasi, riwayat kehamilan, persalinan dan kelahiran, riwayat alergi, imunisasi.
4. Riwayat Nutrisi meliputi : masukan diet anak dan pola makan anak.
5. Riwayat psikologis

Bagaimana perasaan klien terhadap kelainan yang diderita apakah ada perasaan rendah diri atau bagaimana cara klien mengekspresikannya.

6. Riwayat kesehatan keluarga
Tanyakan pada orang tua apakah ada anggota keluarga yang lain yang menderita Hirschsprung.
7. Riwayat sosial
Apakah ada penolakan secara verbal atau tidak adekuatnya dalam mempertahankan hubungan dengan orang lain.
8. Riwayat tumbuh kembang
Tanyakan sejak kapan, berapa lama klien merasakan sudah BAB.
9. Riwayat kebiasaan sehari-hari
Meliputi – kebutuhan nutrisi, istirahat dan aktifitas.

Pemeriksaan Fisik

1. Sistem integumen
Kebersihan kulit mulai dari kepala maupun tubuh, pada palpasi dapat dilihat capillary refill, warna kulit, edema kulit.
2. Sistem respirasi
Kaji apakah ada kesulitan bernapas, frekuensi pernapasan
3. Sistem kardiovaskuler
Kaji adanya kelainan bunyi jantung (mur-mur, gallop), irama denyut nadi apikal, frekuensi denyut nadi / apikal.
4. Sistem penglihatan
Kaji adanya konjungtivitis, rinitis pada mata
5. Sistem Gastrointestinal
Kaji pada bagian abdomen palpasi adanya nyeri, auskultasi bising usus, adanya kembung pada abdomen, adanya distensi abdomen, muntah (frekuensi dan karakteristik muntah) adanya kram, tendernes.

G. DIAGNOSA DAN INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa/masalah keperawatan yang sering muncul pada pre operasi :

1. Gangguan eliminasi BAB : obstipasi berhubungan dengan spastis usus dan tidak adanya daya dorong.
2. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang inadkuat.
3. Kekurangan cairan tubuh berhubungan muntah dan diare.

Diagnosa/masalah keperawatan yang sering muncul pada post operasi :

1. Gangguan integritas kulit b.d kolostomi dan perbaikan pembedahan
2. Nyeri b.d insisi pembedahan
3. Kurangnya pengetahuan b.d kebutuhan irigasi, pembedahan dan perawatan kolostomi

Intervensi Keperawatan

Dx. 1. Gangguan eliminasi BAB : obstipasi berhubungan dengan spastis usus dan tidak adanya daya dorong

Tujuan : klien tidak mengalami gangguan eliminasi dengan kriteria defekasi normal, tidak distensi abdomen.

Intervensi :

1. Monitor cairan yang keluar dari kolostomi.
2. Pantau jumlah cairan kolostomi.
3. Pantau pengaruh diet terhadap pola defekasi.

Dx. 2. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang inadkuat

Tujuan : Kebutuhan nutrisi terpenuhi dengan kriteria dapat mentoleransi diet sesuai kebutuhan secara parenteral atau per oral.

Intervensi :

1. Berikan nutrisi parenteral sesuai kebutuhan.
2. Pantau pemasukan makanan selama perawatan.
3. Pantau atau timbang berat badan.

Dx. 3. Kekurangan cairan tubuh berhubungan dengan muntah dan diare

Tujuan : Kebutuhan cairan tubuh terpenuhi dengan kriteria tidak mengalami dehidrasi, turgor kulit normal.

Intervensi :

1. Monitor tanda-tanda dehidrasi.
2. Monitor cairan yang masuk dan keluar.
3. Berikan cairan sesuai kebutuhan dan yang diprogramkan.

Dx. 4. Gangguan integritas kulit b.d kolostomi dan perbaikan pembedahan

Tujuan : memberikan perawatan perbaikan kulit setelah dilakukan operasi

1. kaji insisi pembedahan, bengkak dan drainage.
2. Berikan perawatan kulit untuk mencegah kerusakan kulit.
3. Oleskan krim jika perlu

Dx. 5. Nyeri b.d insisi pembedahan

Tujuan :Kebutuhan rasa nyaman terpenuhi dengan kriteria tenang, tidak menangis, tidak mengalami gangguan pola tidur.

1. Observasi dan monitoring tanda skala nyeri.
2. Lakukan teknik pengurangan nyeri seperti teknik pijat punggung dan sentuhan.
3. Kolaborasi dalam pemberian analgetik apabila dimungkinkan.

Dx. 6. Kurangnya pengetahuan b.d kebutuhan irigasi, pembedahan dan perawatan kolostomi

Tujuan : pengetahuan keluarga pasien tentang cara menangani kebutuhan irigasi, pembedahan dan perawatan kolostomi tambah adekuat.

Intervensi :

1. Kaji tingkat pengetahuan tentang kondisi yang dialami perawatan di rumah dan pengobatan.
2. Ajarkan pada orang tua untuk mengekspresikan perasaan, kecemasan dan perhatian tentang irigasi rectal dan perawatan ostomi.
3. Jelaskan perbaikan pembedahan dan proses kesembuhan.
4. Ajarkan pada anak dengan membuat gambar-gambar sebagai ilustrasi misalnya bagaimana dilakukan irigasi dan kolostomi.
5. Ajarkan perawatan ostomi segera setelah pembedahan dan lakukan supervisi saat orang tua melakukan perawatan kolostomi

III. HIPERBILIRUBIN

A. DEFINISI DAN ETIOLOGI

1. Hiperbilirubin merupakan suatu keadaan pada bayi baru lahir dimana kadar bilirubin serum total lebih dari 10 mg% pada minggu pertama dengan ditandai adanya ikterus, terjadinya peningkatan bilirubin di dalam jaringan ekstra vaskuler sehingga konjungtiva, kulit dan mukosa akan berwarna kuning. Keadaan tersebut juga berpotensi besar terjadi kern ikterus yang merupakan kerusakan otak akibat perlengketen bilirubin indirek pada otak (Hidayat, 2008).
2. Hiperbilirubin adalah suatu keadaan dimana kadar bilirubin dalam darah melebihi batas atas nilai normal bilirubin serum.
3. Hiperbilirubin adalah peningkatan kadar bilirubin serum (hiperbilirubinemia) yang disebabkan oleh kelainan bawaan, juga dapat menimbulkan ikterus. (Smeltzer, 2002)

Etiologi:

1. Pembentukan bilirubin yang berlebihan.
2. Gangguan pengambilan (uptake) dan transportasi bilirubin dalam hati.
3. Gangguan konjugasi bilirubin.
4. Penyakit Hemolitik, yaitu meningkatnya kecepatan pemecahan sel darah merah. Disebut juga ikterus hemolitik. Hemolisis dapat pula timbul karena adanya perdarahan tertutup.
5. Gangguan transportasi akibat penurunan kapasitas pengangkutan, misalnya Hipoalbuminemia atau karena pengaruh obat-obatan tertentu.
6. Gangguan fungsi hati yang disebabkan oleh beberapa mikroorganisme atau toksin yang dapat langsung merusak sel hati dan sel darah merah seperti : infeksi toxoplasma. Siphilis.

B. PATOFISIOLOGI

Peningkatan kadar bilirubin tubuh dapat terjadi pada beberapa keadaan. Kejadian yang sering ditemukan adalah apabila terdapat beban bilirubin pada sel hepar yang berlebihan. Hal ini dapat ditemukan bila terdapat peningkatan penghancuran eritrosit, polisitemia.

Gangguan pemecahan bilirubin plasma juga dapat menimbulkan peningkatan kadar bilirubin tubuh. Hal ini dapat terjadi apabila kadar protein berkurang, atau pada bayi hipoksia, asidosis. Keadaan lain yang memperlihatkan peningkatan kadar bilirubin adalah apabila ditemukan gangguan konjugasi hepar atau neonatus yang mengalami gangguan ekskresi misalnya sumbatan saluran empedu.

Pada derajat tertentu bilirubin akan bersifat toksik dan merusak jaringan tubuh. Toksisitas terutama ditemukan pada bilirubin indirek yang bersifat sukar larut dalam air tapi mudah larut dalam lemak. Sifat ini memungkinkan terjadinya efek patologis pada sel otak apabila bilirubin tadi dapat menembus sawar darah otak. Kelainan yang terjadi di otak disebut kernikterus. Pada umumnya dianggap bahwa kadar bilirubin indirek lebih dari 20mg/dl.

Mudah tidaknya kadar bilirubin melewati sawar darah otak ternyata tidak hanya tergantung pada keadaan neonatus. Bilirubin indirek akan mudah melalui sawar darah otak apabila bayi terdapat keadaan berat badan lahir rendah, hipoksia, dan hipoglikemia

C. KLASIFIKASI

1. Ikterus prehepatik
Disebabkan oleh produksi bilirubin yang berlebihan akibat hemolisis sel darah merah. Kemampuan hati untuk melaksanakan konjugasi terbatas terutama pada disfungsi hati sehingga menyebabkan kenaikan bilirubin yang tidak terkonjugasi.
2. Ikterus hepatic
Disebabkan karena adanya kerusakan sel parenkim hati. Akibat kerusakan hati maka terjadi gangguan bilirubin tidak terkonjugasi masuk ke dalam hati serta gangguan akibat konjugasi bilirubin yang tidak sempurna dikeluarkan ke dalam doktus hepatikus karena terjadi retensi dan regurgitasi.
3. Ikterus kolestatik
Disebabkan oleh bendungan dalam saluran empedu sehingga empedu dan bilirubin terkonjugasi tidak dapat dialirkan ke dalam usus halus. Akibatnya adalah peningkatan bilirubin terkonjugasi dalam serum dan bilirubin dalam urin, tetapi tidak didapatkan urobilirubin dalam tinja dan urin.
2. Ikterus neonatus fisiologi
Terjadi pada 2-4 hari setelah bayi baru lahir dan akan sembuh pada hari ke-7. penyebabnya organ hati yang belum matang dalam memproses bilirubin.
3. Ikterus neonatus patologis
Terjadi karena faktor penyakit atau infeksi. Biasanya disertai suhu badan yang tinggi dan berat badan tidak bertambah

D. MANIFESTASI KLINIS

1. Kulit berwarna kuning sampe jingga
2. Pasien tampak lemah
3. Nafsu makan berkurang
4. Reflek hisap kurang
5. Urine pekat
6. Perut buncit
7. Pembesaran lien dan hati
8. Gangguan neurologic
9. Feses seperti dempul
10. Kadar bilirubin total mencapai 29 mg/dl.
11. Terdapat ikterus pada sklera, kuku/kulit dan membran mukosa.
 - a. Jaundice yang tampak 24 jam pertama disebabkan penyakit hemolitik pada bayi baru lahir, sepsis atau ibu dengan diabetik atau infeksi.

- b. Jaundice yang tampak pada hari ke 2 atau 3 dan mencapai puncak pada hari ke 3-4 dan menurun hari ke 5-7 yang biasanya merupakan jaundice fisiologi

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG DAN PENATALAKSANAAN

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan antara lain:

1. Pemeriksaan bilirubin serum
 - a. Pada bayi cukup bulan, bilirubin mencapai kurang lebih 6mg/dl antara 2-4 hari setelah lahir. Apabila nilainya lebih dari 10mg/dl tidak fisiologis.
 - b. Pada bayi premature, kadar bilirubin mencapai puncak 10-12 mg/dl antara 5-7 hari setelah lahir. Kadar bilirubin yang lebih dari 14mg/dl tidak fisiologis.
2. Pemeriksaan radiology
Diperlukan untuk melihat adanya metastasis di paru atau peningkatan diafragma kanan pada pembesaran hati, seperti abses hati atau hepatoma
3. Ultrasonografi
Digunakan untuk membedakan antara kolestatis intra hepatic dengan ekstra hepatic.
4. Biopsy hati
Digunakan untuk memastikan diagnosa terutama pada kasus yang sukar seperti untuk membedakan obstruksi ekstra hepatic dengan intra hepatic selain itu juga untuk memastikan keadaan seperti hepatitis, serosis hati, hepatoma.
5. Laparatomi
Dilakukan untuk memastikan diagnosis dan dapat dibuat foto dokumentasi untuk perbandingan pada pemeriksaan ulangan pada penderita penyakit ini.

Penatalaksanaan yang dapat diberikan yaitu:

1. Tindakan umum
Memeriksa golongan darah ibu (Rh, ABO) pada waktu hamil, Mencegah truma lahir, pemberian obat pada ibu hamil atau bayi baru lahir yang dapat menimbulkan ikhterus, infeksi dan dehidrasi, Pemberian makanan dini dengan jumlah cairan dan kalori yang sesuai dengan kebutuhan bayi baru lahir, Imunisasi yang cukup baik di tempat bayi dirawat.
2. Tindakan khusus
 - a. *Fototerapi*
Dilakukan apabila telah ditegakkan hiperbilirubin patologis dan berfungsi untuk menurunkan bilirubin dalam kulit melalui tinja dan urine dengan oksidasi foto.

- b. Pemberian fenobarbital
Mempercepat konjugasi dan mempermudah ekskresi. Namun pemberian ini tidak efektif karena dapat menyebabkan gangguan metabolic dan pernafasan baik pada ibu dan bayi.
 - c. *Memberi substrat yang kurang untuk transportasi/konjugasi* misalnya pemberian albumin karena akan mempercepat keluarnya bilirubin dari ekstrasvaskuler ke vaskuler sehingga bilirubin lebih mudah dikeluarkan dengan transfuse tukar.
 - d. *Melakukan dekomposisi bilirubin dengan fototerapi* untuk mencegah efek cahaya berlebihan dari sinar yang ditimbulkan dan dikhawatirkan akan merusak retina. Terapi ini juga digunakan untuk menurunkan kadar bilirubin serum pada neonatus dengan hiperbilirubin jinak hingga moderat.
 - e. *Terapi transfuse* digunakan untuk menurunkan kadar bilirubin yang tinggi.
 - f. *Terapi obat-obatan* misalnya obat phenorbarbital/luminal untuk meningkatkan bilirubin di sel hati yang menyebabkan sifat indirect menjadi direct, selain itu juga berguna untuk mengurangi timbulnya bilirubin dan mengangkut bilirubin bebas ke organ hari.
 - g. *Menyusui bayi dengan ASI*
 - h. *Terapi sinar matahari*
3. Tindak lanjut
Tindak lanjut terhadap semua bayi yang menderita hiperbilirubin dengan evaluasi berkala terhadap pertumbuhan, perkembangan dan pendengaran serta fisioterapi dengan rehabilitasi terhadap gejala sisa.

F. ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI DAN ANAK DENGAN HIPERBILIRUBIN

Pengkajian pada anak dengan gangguan hiperbilirubin adalah sebagai berikut:

1. Pemeriksaan umum
2. Aktivitas/istirahat : letargi, malas
3. Sirkulasi : mungkin pucat, menandakan anemia
4. Eliminasi : Bising usus hipoaktif, vasase meconium mungkin lambat, feces mungkin lunak atau coklat kehijauan selama pengeluaran billirubin. Urine berwarna gelap.
5. Makanan cairan : Riwayat pelambatan (makanan oral buruk).

6. Palpasi abdomen : dapat menunjukkan pembesaran limpa, hepar.
7. Neurosensori;
 - a. *Chepalohaematoma* besar mungkin terlihat pada satu atau kedua tulang parietal yang berhubungan dengan trauma kelahiran.
 - b. Oedema umum, hepatosplenomegali atau hidrops fetalis, mungkin ada dengan inkompathabilitas Rh.
 - c. Kehilangan refleks moro, mungkin terlihat.
 - d. Opistotonus, dengan kekakuan lengkung punggung, menangis lirih, aktivitas kejang.
8. Pernafasan : krekels (oedema pleura), bercak merah muda.
9. Keamanan : Riwayat positif infeksi atau sepsis neonatus, akimosis berlebihan, pteque, perdarahan intrakranial, dapat tampak ikterik pada awalnya pada wajah dan berlanjut pada bagian distal tubuh.
10. Seksualitas : mungkin praterm, bayi kecil usia untuk gestasi (SGA), bayi dengan letardasio pertumbuhan intra uterus (IUGR), bayi besar untuk usia gestasi (LGA) seperti bayi dengan ibu diabetes. Terjadi lebih sering pada bayi pria daripada bayi wanita.
11. Pemeriksaan fokus
12. Pemeriksaan fisik, Inspeksi; warna sklera, konjungtiva, membran mukosa mulut, kulit, urine dan tinja.
13. Pemeriksaan bilirubin menunjukkan adanya peningkatan
14. Tanyakan berapa lama jaundice muncul dan sejak kapan
15. apakah bayi ada demam
16. Bagaimana kebutuhan pola minum
17. Tanyakan tentang riwayat keluarga
18. Apakah anak sudah mendapat imunisasi hepatitis B (Suriadi, 2001).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul antara lain:

1. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan peningkatan kadar bilirubin indirek dalam darah, ikterus pada sclera leher dan badan.
2. Risiko tinggi kekurangan volume cairan akibat efek samping fototerapi berhubungan dengan pemaparan sinar dengan intensitas tinggi.
3. Risiko terjadi gangguan suhu tubuh akibat efek samping fototerapi berhubungan dengan efek mekanisme regulasi tubuh.
4. Risiko tinggi cedera akibat komplikasi tindakan transfusi tukar berhubungan dengan prosedur invasif, profil darah abnormal.

5. Kurang pengetahuan keluarga mengenai kondisi, prognosis dan kebutuhan tindakan berhubungan dengan kurangnya paparan informasi

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan:

Dx. 1

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama proses keperawatan diharapkan integritas kulit kembali baik/ normal.

Kriteria Hasil

1. Kadar bilirubin dalam batas normal (0,2 – 1,0 mg/dl)
2. Kulit tidak berwarna kuning/ warna kuning mulai berkurang
3. Tidak timbul lecet akibat penekanan kulit yang terlalu lama

Intervensi

- a. Monitor warna dan keadaan kulit setiap 4-8 jam
- b. Monitor keadaan bilirubin direk dan indirek (kolaborasi dengan dokter dan analisis)
- c. Ubah posisi miring atau tengkurap. Perubahkan posisi setiap 2 jam berbarengan dengan perubahan posisi lakukan massage dan monitor keadaan kulit
- d. Jaga kebersihan kulit dan kelembaban kulit/ Memandikan dan pemijatan bayi

Dx. 2

Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan cairan tubuh neonatus adekuat.

Kriteria Hasil :

1. Tugor kulit baik
2. Membran mukosa lembab
3. Intake dan output cairan seimbang
4. Nadi, respirasi dalam batas normal (N: 120-160 x/menit, RR :
35 x/menit)
suhu (36,5-37,5 C)

Intervensi

- a. Pantau masukan dan haluan cairan, timbang berat badan bayi 2 kali sehari.
- b. Perhatikan tanda- tanda dehidrasi (mis: penurunan haluaran urine, fontanel tertekan, kulit hangat atau kering dengan turgor buruk, dan mata cekung).
- c. Perhatikan warna dan frekuensi defekasi dan urine.
- d. Tingkatkan masukan cairan per oral sedikitnya 25%. Beri air diantaranya menyusui atau memberi susu botol.
- e. Pantau turgor kulit
- f. Berikan cairan per parenteral sesuai indikasi

Dx. 3

Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan tidak terjadi gangguan suhu tubuh.

Kriteria Hasil :

1. Suhu tubuh dalam rentang normal ($36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C)
2. Nadi dan respirasi dalam batas normal (N : 120-160 x/menit, RR : 35 x/menit)
3. Membran mukosa lembab

Intervensi :

Mandiri

- a. Pantau kulit neonatus dan suhu inti setiap 2 jam atau lebih sering sampai stabil (misal : suhu aksila). Atur suhu incubator dengan tepat.
- b. Monitor nadi, dan respirasi
- c. Monitor intake dan output
- d. Pertahankan suhu tubuh $36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C , jika demam lakukan kompres/ axilia
- e. Cek tanda-tanda vital setiap 2-4 jam sesuai yang dibutuhkan
- f. Kolaborasi pemberian antipiretik jika demam.

Dx. 4

Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan, diharapkan tidak terjadi komplikasi dari transfusi tukar.

Kriteria Hasil :

1. Menyelesaikan transfusi tukar tanpa komplikasi
2. Menunjukkan penurunan kadar bilirubin serum.

Intervensi :

Mandiri

- a. Perhatikan kondisi tali pusat bayi sebelum transfuse bila vena umbilical digunakan. Bila tali pusat kering, berikan pencucian salin selama 30-60 menit sebelum prosedur.
- b. Pertahankan puasa selama 4 jam sebelum prosedur atau aspirasi isi lambung.
- c. Jamin ketersediaan alat resusitatif.
- d. Pertahankan suhu tubuh sebelum, selama dan setelah prosedur. Tempatkan bayi di bawah penyebar hangat dengan servomekanisme. Hangatkan darah sebelum penginfusan dengan menempatkan di dalam incubator, hangatkan baskom berisi air atau penghangat darah.
- e. Pastikan golongan darah serta faktor Rh bayi dan ibu. Perhatikan golongan darah dan factor Rh darah untuk ditukar.

- f. Jamin kesegaran darah. Darah yang diberi heparin lebih disukai.
- g. Pantau nadi, warna dan frekuensi pernapasan/kemudahan sebelum, selama dan setelah transfuse. Lakukan pengisapan jika diperlukan.
- h. Catat tanda-tanda atau kejadian selama transfuse, pencatatan jumlah darah yang diambil dan diinjeksikan.
- i. Pantau tanda-tanda keseimbangan elektrolit (mis; gugup, aktivitas kejang, dan apnea; hiperefleksia,; bradikardia; atau diare).
- j. Kaji bayi terhadap perdarahan berlebihan dari lokasi IV setelah transfuse.

Kolaborasi

- k. Pantau pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi :
 - 1) Kadar Hb/Ht sebelum dan setelah transfuse.
 - 2) Kadar bilirubin serum segera setelah prosedur, kemudian setiap 4 jam.
 - 3) Protein serum total
 - 4) Kalsium dan kalium serum
 - 5) Glukosa
 - 6) Kadar pH serum
 - 7) Berikan albumin sebelum transfuse bila diindikasikan
 - 8) Berikan obat-obatan sesuai indikasi :
Kalsium glukonat 5 %

IV. SYNDROME NEFROTIK

A. PENGERTIAN DAN ETIOLOGI

1. Sindrom Nefrotik adalah Status klinis yang ditandai dengan peningkatan permeabilitas membran glomerulus terhadap protein, yang mengakibatkan kehilangan protein urinaris yang massif (Wong, 2004).
2. Sindrom Nefrotik merupakan kumpulan gejala yang disebabkan oleh injuri glomerular yang terjadi pada anak dengan karakteristik; proteinuria, hipoproteinuria, hypoalbuminemia, hiperlipidemia, dan edema (Suriadi dan Rita Yuliani, 2001).

B. PATOFISIOLOGI

Manifestasi primer sindrom nefrotik adalah hilangnya plasma protein, terutama albumin, ke dalam urine. Meskipun hati mampu meningkatkan produksi albumin, namun organ ini tidak mampu untuk

terus mempertahankannya jika albumin terus menerus hilang melalui ginjal dan akhirnya terjadi hipoalbuminemia.

Hipoalbuminemia disebabkan oleh hilangnya albumin melalui urin dan peningkatan katabolisme albumin di ginjal menyebabkan edema. Sintesis protein di hati biasanya meningkat (namun tidak memadai untuk mengganti kehilangan albumin dalam urin). Hipotesis menunjukkan kehilangan albumin mengakibatkan penurunan tekanan onkotik dalam saluran darah. Ini mengakibatkan kebocoran cairan dari dalam darah ke interstitium. Isi dari cairan yang berkurang dalam saluran darah seterusnya akan mengaktifkan renin-angiotensin-aldosteron sistem. Hormon vasopressin (ADH) akan dirembes untuk menstabilkan kandungan cairan dalam saluran darah seperti sediakala.

Pengumpulan cairan ini menyebabkan kehilangan cairan yang terus-menerus ke interstitium karena protein terus-menerus hilang ke dalam urin diikuti dengan kerusakan pada membran basal glomerulus. Ini menyebabkan penumpukan cairan secara berlebihan dalam jaringan dan mengakibatkan edema. Hilangnya protein dalam serum menstimulasi sintesis lipoprotein di hati dan peningkatan konsentrasi lemak dalam darah (hiperlipidemia), hal ini menyebabkan intake nutrisi berkurang sehingga menyebabkan terjadinya malnutrisi. Menurunnya respon imun karena sel imun tertekan, kemungkinan disebabkan oleh karena hipoalbuminemia, hiperlipidemia.

C. KLASIFIKASI

Wong (2003) membagi tipe-tipe sindrom nefrotik:

- a. Sindrom Nefrotik Lesi Minimal (MCNS : minimal change nephrotic syndrome).

Kondisi yang sering menyebabkan sindrom nefrotik pada anak usia sekolah. Anak dengan sindrom nefrotik ini, pada biopsi ginjalnya terlihat hampir normal bila dilihat dengan mikroskop cahaya.

- b. Sindrom Nefrotik Sekunder

Terjadi selama perjalanan penyakit vaskuler seperti lupus eritematosus sistemik, purpura anafilaktik, glomerulonefritis, infeksi system endokarditis, bakterialis dan neoplasma limfoproliferatif

- c. Sindrom Nefrotik Kongenital

Faktor herediter sindrom nefrotik disebabkan oleh gen resesif autosomal. Bayi yang terkena sindrom nefrotik, usia gestasinya pendek dan gejala awalnya adalah edema dan proteinuria. Penyakit ini resisten terhadap semua pengobatan dan kematian dapat terjadi pada tahun-yahun pertama kehidupan bayi jika tidak dilakukan dialysis

D. MANIFESTASI KLINIS

1. Proteinuria > 3,5 g/hari pada dewasa atau 0,05 g/kg BB/hari pada anak-anak
2. Hipoalbuminemia < 30 g/l
3. Edema anasarka. Edema terutama jelas pada kaki, di sekitar mata (periorbital), asites, dan efusi pleura.
4. Hiperlipidemia
5. Hiperkoagulabilitas, yang akan meningkatkan risiko trombosis arteri dan vena

E. PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK DAN PENATALAKSANAAN

1. Urinalisa (protein, eritrosit, silinder)
 - a. Protein urin – meningkat
 - b. Urinalisis – cast hialin dan granular, hematuria
 - c. Dipstick urin – positif untuk protein dan darah
 - d. Berat jenis urin – meningkat
2. Clearance kreatinin (BUN / SC)
3. Uji darah
 - a. Albumin serum – menurun
 - b. Kolesterol serum – meningkat
 - c. Hemoglobin dan hematokrit – meningkat (hemokonsetrasi)
 - d. Laju endap darah (LED) – meningkat
 - e. Elektrolit serum – bervariasi dengan keadaan penyakit perorangan
4. Biopsi ginjal
Biopsi ginjal merupakan uji diagnostik yang tidak dilakukan secara rutin (Betz, Cecily L, 2002).

Penatalaksanaan yang dilakukan antara lain:

1. Sindrom nefrotik serangan pertama.
Perbaiki keadaan umum penderita :

- a. Diet tinggi kalori, tinggi protein, rendah garam, rendah lemak. Rujukan ke bagian gizi diperlukan untuk pengaturan diet terutama pada pasien dengan penurunan fungsi ginjal.
 - b. Tingkatkan kadar albumin serum, kalau perlu dengan transfusi plasma atau albumin konsentrat.
 - c. Berantas infeksi.
 - d. Lakukan work-up untuk diagnostik dan untuk mencari komplikasi.
 - e. Berikan terapi suportif yang diperlukan: Tirah baring bila ada edema anasarka. Diuretik diberikan bila ada edema anasarka atau mengganggu aktivitas. Jika ada hipertensi, dapat ditambahkan obat antihipertensi.
 - f. Terapi prednison sebaiknya baru diberikan selambat-lambatnya 14 hari setelah diagnosis sindrom nefrotik ditegakkan untuk memastikan apakah penderita mengalami remisi spontan atau tidak. Bila dalam waktu 14 hari terjadi remisi spontan, prednison tidak perlu diberikan, tetapi bila dalam waktu 14 hari atau kurang terjadi pemburukan keadaan, segera berikan prednison tanpa menunggu waktu 14 hari.
2. Sindrom nefrotik kambuh (relapse)
 - a. Berikan prednison sesuai protokol relapse, segera setelah diagnosis relapse ditegakkan.
 - b. Perbaiki keadaan umum penderita.
 3. Sindrom nefrotik kambuh tidak sering

Adalah sindrom nefrotik yang kambuh < 2 kali dalam masa 6 bulan atau < 4 kali dalam masa 12 bulan.

 - a. Induksi

Prednison dengan dosis $60 \text{ mg/m}^2/\text{hari}$ (2 mg/kg BB/hari) maksimal 80 mg/hari , diberikan dalam 3 dosis terbagi setiap hari selama 3 minggu.
 - b. Rumatan

Setelah 3 minggu, prednison dengan dosis $40 \text{ mg/m}^2/48 \text{ jam}$, diberikan selang sehari dengan dosis tunggal pagi hari selama 4 minggu. Setelah 4 minggu, prednison dihentikan.
 4. Sindrom nefrotik kambuh sering

Adalah sindrom nefrotik yang kambuh ≥ 2 kali dalam masa 6 bulan atau ≥ 4 kali dalam masa 12 bulan.

 - a. Induksi

Prednison dengan dosis $60 \text{ mg/m}^2/\text{hari}$ (2 mg/kg BB/hari) maksimal 80 mg/hari , diberikan dalam 3 dosis terbagi setiap hari selama 3 minggu.

b. Rumatan

Setelah 3 minggu, prednison dengan dosis $60 \text{ mg/m}^2/48 \text{ jam}$, diberikan selang sehari dengan dosis tunggal pagi hari selama 4 minggu. Setelah 4 minggu, dosis prednison diturunkan menjadi $40 \text{ mg/m}^2/48 \text{ jam}$ diberikan selama 1 minggu, kemudian $30 \text{ mg/m}^2/48 \text{ jam}$ selama 1 minggu, kemudian $20 \text{ mg/m}^2/48 \text{ jam}$ selama 1 minggu, akhirnya $10 \text{ mg/m}^2/48 \text{ jam}$ selama 6 minggu, kemudian prednison dihentikan.

Pada saat prednison mulai diberikan selang sehari, siklofosamid oral $2-3 \text{ mg/kg/hari}$ diberikan setiap pagi hari selama 8 minggu. Setelah 8 minggu siklofosamid dihentikan. Indikasi untuk merujuk ke dokter spesialis nefrologi anak adalah bila pasien tidak respons terhadap pengobatan awal, relapse frekuen, terdapat komplikasi, terdapat indikasi kontra steroid, atau untuk biopsi ginjal.

F. ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI DAN ANAK DENGAN SYNDROM NEFROTIK

1. Dasar data pengkajian pasien:

a. Aktivitas / Istirahat

Gejala : Keletihan, kelemahan, malaise

Tanda : Kelemahan otot, kehilangan tonus

b. Sirkulasi

Tanda : Hipotensi/hipertensi (termasuk hipertensi malignan, hipertensi akibat kehamilan/eklampsia), Disritmia jantung, Nadi lemah/halus, hipotensi ortostatik (hipovolemia), Nadi kuat (hipervolemia), Edema jaringan umum (termasuk area periorbital, mata kaki, sakrum), Pucat, kecenderungan perdarahan

c. Eliminasi

Gejala : Perubahan pola berkemih biasanya : peningkatan frekuensi, polyuria (kegagalan dini), atau penurunan frekuensi/oliguria (fase akhir), Disuria, ragu- ragu, dorongan, dan retensi (inflamasi, obstruksi, infeksi), Abdomen kembung, diare, atau konstipasi

- Tanda : Perubahan warna urine contoh kuning pekat, merah, coklat, berawan, Oliguria (biasanya 12-21 hari); poliuria (2-6 L/hari)
- d. Makanan/ Cairan
 Gejala : Peningkatan berat badan (edema), penurunan berat badan (dehidrasi), mual, muntah, anoreksia, nyeri ulu hati.
 Tanda : Perubahan turgor kulit/kelembaban, Edema (umum, bagian bawah)
- e. Neurosensori
 Gejala : Sakit kepala, penglihatan kabur, Kram otot/kejang; sindrom” kaki gelisah”
 Tanda : Gangguan status mental, contoh penurunan lapang perhatian, ketidakmampuan berkonsentrasi, hilang memori, kacau, penurunan tingkat kesadaran (azotemia, ketidakseimbangan elektrolit/asam/basa), Kejang, aktivitas kejang, faskikulasi otot.
- f. Nyeri/ kenyamanan
 Gejala : Nyeri tubuh, sakit kepala.
 Tanda : Perilaku berhati- hati, gelisah
- g. Pernafasan
 Gejala : Nafas pendek
 Tanda : Takipnea, dispnea, peningkatan frekuensi, kedalaman (pernafasan Kussmaul), nafas amonia.
 Batuk produktif dengan sputum kental merah muda (edema paru).
- h. Keamanan
 Gejala : Adanya reaksi transfuse
 Tanda : Demam (sepsis, dehidrasi), Pretekie, area kulit ekimosis, Pruritus, kulit kering
- i. Penyuluhan/ Pembelajaran
 Gejala : Riwayat penyakit polikistik keluarga, nefritis herediter, batu urinarius, malignansi.

G. DIAGNOSA DAN INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa/masalah keperawatan yang lazim muncul dan intervensi keperawatan:

1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kehilangan protein sekunder akibat peningkatan permeabilitas glomerulus ditandai dengan pasien mengalami edema

Tujuan: Menunjukkan keseimbangan cairan adekuat

Kriteria hasil:

- a. Menunjukkan haluaran urine tepat dengan berat jenis/ hasil laboratorium mendekati normal
- b. Berat badan stabil
- c. TTV dalam batas normal
- d. Tidak ada edema

Intervensi :

- a. Awasi denyut jantung, TD, dan CVP
- b. Catat pemasukan dan pengeluaran akurat. Termasuk cairan” tersembunyi” seperti aditif antibiotik. Ukur kehilangan GI dan perkirakan kehilangan tak kasat mata, contoh berkeringat. Awasi berat jenis urine
- c. Rencanakan penggantian cairan pada pasien, dalam pembatasan multipel. Berikan minuman yang disukai sepanjang 24 jam. Berikan bervariasi panas, dingin, beku
- d. Kaji kulit, wajah, area tergantung untuk edema. Evaluasi derajat edema(pada skala +1 sampai +4)
- e. Kolaborasi: siapkan untuk dialisis sesuai indikasi
- f. Kolaborasi dalam pemberian obat sesuai indikasi(msl diuretik, antihipertensif)

2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan malnutrisi sekunder terhadap kehilangan protein dan kurangnya intake nutrisi

Tujuan: Nutrisi pasien terpenuhi

Kriteria hasil: Mempertahankan/ meningkatkan berat badan seperti yang diindikasikan oleh situasi individu, bebas edema.

Intervensi :

- a. Berikan makanan sedikit tapi sering
- b. Timbang berat badan tiap hari
- c. Berikan pasien/ orang terdekat daftar makanan/ cairan yang diizinkan dan dorong terlibat pada pilihan menu
- d. Kaji / catat pemasukan diet

- e. Kolaborasi: Konsul dengan ahli gizi/ tim pendukung nutrisi
 - f. Kolaborasi: Berikan kalori tinggi, diet rendah/ sedang protein. Termasuk kompleks karbohidrat dan sumber lemak untuk memenuhi kebutuhan kalori(hindari sumber gula pekat)
3. Kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik.
 Tujuan : Menunjukkan kemampuan untuk mempertahankan aktivitas yang biasa/ normal
 Kriteria hasil:
- a. Melaporkan perbaikan rasa berenergi
 - b. Berpartisipasi pada aktivitas yang diinginkan
- Intervensi :
- a. Kaji kemampuan untuk berpartisipasi pada aktivitas yang diinginkan/ dibutuhkan
 - b. Rencanakan periode istirahat adekuat
 - c. Berikan bantuan dalam aktivitas sehari – hari dan ambulasi
 - d. Tingkatkan tingkat partisipasi sesuai toleransi pasien
 - e. Kolaborasi: awasi kadar elektroli termasuk kalsium, magnesium, dan kalium
4. Kurang pengetahuan kondisi, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurangnya sumber informasi.
 Tujuan: Pasien mengetahui tentang penyakit dan pengobatannya
 Kriteria hasil:
- a. Menyatakan pemahaman kondisi/ proses penyakit, prognosis, dan pengobatannya
 - b. Mengidentifikasi hubungan tanda/ gejala proses penyakit dan gejala yang berhubungan dengan faktor penyebab
 - c. Melakukan perubahan perilaku yang perlu dan berpartisipasi pada program pengobatan.
- Intervensi :
- a. Kaji ulang rencana diet/ pembatasan. Termasuk lembar daftar makanan yang dibatas

- b. Dorong pasien untuk mengobservasi karakteristik urine dan jumlah/ frekuensi pengeluaran
 - c. Diskusikan/ kaji ulang penggunaan obat. Dorong pasien untuk mendiskusikan semua obat(termasuk obat dijual bebas) dengan dokter
 - d. Tekankan perlunya perawatan evaluasi, pemeriksaan laboratorium
5. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan imunitas tubuh yang menurun
 Tujuan: Daya imunitas tubuh normal, tidak terjadi tanda/ gejala infeksi
 Kriteria : Tidak mengalami tanda/ gejala infeksi
 Intervensi :
- a. Tingkatkan cuci tangan yang baik pada pasien dan staf
 - b. Hindari prosedur invasif, instrumen, dan manipulasi kateter tak menetap, kapanpun mungkin, gunakan teknik aseptik bila merawat/memanipulasi IV / area invasif. Ubah sisi/balutan protokol. Perhatikan edema, drainase purulen
 - c. Dorong nafas dalam, batuk dan perubahan posisi sering
 - d. Awasi TTV
 - e. Kolaborasi: Awasi pemeriksaan laboratorium, contoh SDP dengan diferensial

V. DEMAM BERDARAH DENGUE

A. PENGERTIAN

Penyakit dengue adalah infeksi akut yang disebabkan oleh arbovirus dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes* (Ngastiyah, 2005).

DBD adalah penyakit infeksi oleh virus dengue yang sering menyerang anak-anak mengakibatkan perembesan plasma yang ditandai dengan peningkatan kadar hematokrit atau penumpukan cairan di rongga tubuh. Gejala yang ditimbulkan dengan manifestasi perdarahan dan bertendensi menimbulkan shock yang dapat menimbulkan kematian (Depkes, 2006).

ETIOLOGI

Virus dengue termasuk group B *anthropod-borne virus* (arboviruses) dan sekarang dikenal sebagai genus flavivirus, famili *Flaviviridae*, yang mempunyai 4 jenis serotipe yaitu DEN-

1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4. Serotipe utama selama beberapa tahun terakhir adalah DEN-2 dan DEN-3. Infeksi dari satu serotipe memberikan imunitas seumur hidup terhadap serotipe tertentu tapi hanya beberapa bulan imunitas terhadap serotipe lain.

B. KLASIFIKASI DAN MANIFESTASI KLINIS

Klasifikasi dari DBD diantaranya:

DD/DBD	DERAJAT	TANDA DAN GEJALA	HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM
DD		Demam disertai 2 atau lebih tanda : mialgia, sakit kepala, nyeri retroorbital, artralgia.	Leukopenia Trombositopenia Tidak ada kebocoran plasma
DBD	I	Gejala diatas ditambah uji bendung positif	Trombositopenia (<100.000/ul) bukti ada kebocoran plasma
DBD	II	Gejala diatas ditambah dengan perdarahan spontan	
DBD	III	Gejala diatas ditambah kegagalan sirkulasi (kulit dingin dan lembab serta gelisah)	
DBD	IV	Syok berat disertai dengan tekanan darah dan nadi tidak terukur	

MANIFESTASI KLINIS:

Gejala penyakit demam berdarah sangat bervariasi mulai dari yang tanpa gejala, demam, demam yang disertai perdarahan yang disebabkan virus dengue sampai shock. Biasanya ditandai dengan demam tinggi, perdarahan, pembesaran hati dan kegagalan sirkulasi. Demam dengue pada bayi dan anak berupa demam ringan disertai timbulnya ruam makulopapular yaitu ruam berbentuk bintik-bintik merah yang datar dan menonjol. Pada anak besar dan dewasa dikenal sindrom trias dengue berupa panas tinggi mendadak, nyeri pada anggota badan (kepala, bola

mata, punggung dan sendi), dan timbul ruam makulopapular (Ayu & Zulfito, 2010)

1. Demam tinggi selama 5-7 hari.
2. Mual, muntah, tidak nafsu makan, dan konstipasi.
3. Perdarahan terutama perdarahan bawah kulit, petechie, echymosis, dan hematoma.
4. Epistaksis, hematemesis, melena, dan hematuri.
5. Nyeri otot, tulang sendi, abdomen, dan ulu hati.
6. Sakit kepala.
7. Pembesaran hati, limpa, dan kelenjar getah bening.
8. Tanda-tanda renjatan (sianosis, kulit lembab dan dingin, tekanan darah menurun, gelisah, capillary refill lebih dari 2 detik, nadi cepat dan lemah).

Manifestasi Klinis menurut NANDA, 2015:

1. Demam atau riwayat demam akut antara 2-7 hari biasanya bersifat bifasik.
2. Manifestasi perdarahan yang biasanya terjadi : Uji Torniquet positif, Ptechie, ekimosis, atau purpura, perdarahan mukosa, saluran cerna, tempat bekas suntikan, hematemesis atau melena.
3. Trombositopenia <100.000/ul
4. Kebocoran plasma yang ditandai dengan : peningkatan nilai hematokrit >20% dibandingkan dengan usia dan jenis kelamin, penurunan nilai hematokrit >20% setelah pemberian cairan yang adekuat.
5. Tanda kebocoran plasma seperti : hipoproteinemi, asites, dan efusi pleura

C. PATOFISIOLOGI

Arbovirus (melalui nyamuk *Aedes Aegypti*) masuk kedalam peredaran darah manusia menyebabkan infeksi virus dengue (viremia). Infeksi dari virus ini mengaktifkan sistem komplemen tubuh sehingga membentuk dan melepaskan zat C3a dan C5a, aktifnya zat C3a dan C5a menstimulus PGE² di hipotalamus yang menyebabkan Hipertermi. Hipertermi yang terjadi akan meningkatkan reabsorpsi Na⁺ dan H₂O menyebabkan peningkatan permeabilitas membran.

Peningkatan permeabilitas membran akan menyebabkan 3 hal : agregasi trombosit, kerusakan endotel pembuluh darah, dan resiko syok hipovolemik. Pertama, agregasi trombosit akan menyebabkan trombositopenia atau penurunan jumlah trombosit dalam darah, kurangnya trombosit ini akan memicu resiko

perdarahan dan perdarahan. Kedua, kerusakan endotel pembuluh darah akan merangsang dan mengaktifasi faktor pembekuan darah yang menyebabkan terjadi Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) yang memicu adanya perdarahan.

Perdarahan yang terjadi akan menjadikan perfusi jaringan tidak efektif sehingga terjadilah hipoksia jaringan dan asidosis metabolik. Asidosis inilah yang menjadikan pasien mengalami resiko syok (hipovolemik). Ketiga, resiko syok hipovolemik mengakibatkan munculnya renjatan hipovolemik dan hipotensi sehingga terjadi kebocoran plasma. Kebocoran plasma berpengaruh ke ekstrasvaskuler pasien dan mengakibatkan pasien kekurangan volume cairan.

Organ ekstrasvaskuler yang terkena akibat dari kebocoran plasma adalah paru-paru, hepar, dan abdomen. Pada paru-paru kebocoran plasma akan memicu terjadinya efusi pleura yang mengakibatkan pola nafas pasien tidak efektif. Pada hepar kebocoran plasma akan menjadikan hepatomegali yang kemudian terjadi penekanan intraabdomen sehingga timbul nyeri dan mual, muntah. Pada abdomen kebocoran plasma akan mengakibatkan acites sehingga terjadi mual dan muntah yang sangat berpengaruh pada kurangnya asupan nutrisi pada pasien (NANDA, 2015).

D. KOMPLIKASI DAN PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Komplikasi akibat DBD:

1. Kehilangan cairan dan elektrolit.
2. Hiperpireksia.
3. Kejang demam
4. Efusi pleura.
5. Hepatomegali.
6. Ascites (NANDA, 2015).

Pemeriksaan Diagnostik:

1. Pemeriksaan uji Tourniquet/*Rumple leed*
Dinyatakan positif jika terdapat lebih dari 10 *ptechiae* dalam diameter 2,8 cm di lengan bawah bagian depan termasuk lipatan siku.
2. Pemeriksaan Hemoglobin
Kenaikan kadar hemoglobin >14 gr/100 ml. Pemeriksaan kadar hemoglobin dapat dilakukan dengan metode sahli dan fotoelektrik (cianmeth hemoglobin)
3. Pemeriksaan Hematokrit

Peningkatan nilai hematokrit menggambarkan terjadinya hemokonsentrasi, yang merupakan indikator terjadinya pembesaran plasma. Nilai peningkatan ini lebih dari 20%.

4. Pemeriksaan Trombosit
Pemeriksaan jumlah trombosit ini dilakukan pertama kali pada saat pasien didiagnosa sebagai pasien DHF, Pemeriksaan trombosit perlu di lakukan pengulangan sampai terbukti bahwa jumlah trombosit tersebut normal atau menurun. Terjadi penurunan jumlah trombosit $< 100.000 /\mu l$.
5. Pemeriksaan Leukosit
Kasus DHF ditemukan jumlah bervariasi mulai dari leukositosis ringan sampai lekopenia ringan
6. Pemeriksaan Bleding time (BT)
Waktu perdarahan adalah waktu dimana terjadinya perdarahan setelah dilakukan penusukan pada kulit cuping telinga dan berhentinya perdarahan tersebut secara spontan.
7. Pemeriksaan SGOT/SGPT
Bila terdapat DHF maka kadarnya akan meningkat

E. PENATALAKSANAAN DAN PENCEGAHAN

Penatalaksanaan keperawatan yang dapat dilakukan adalah:

1. Perawatan pasien DBD derajat I
Jika uji turniket positif, pasien perlu istirahat mutlak, observasi tanda vital tiap 3 jam, periksa Ht, Hb dan trombosit secara periodik (tiap 4 jam), berikan minum 11/2-2 liter per 24 jam, diberi makan cair/lunak, kompres dingin/hangat jika pasien demam.
2. Perawatan pasien DBD derajat II
Pasien biasanya sudah dalam keadaan lemah, malas minum ditambah perdarahan spontan, pasien segera dipasang infus, jika keadaan sangat lemah infus lebih baik dipasang pada dua tempat. Pengawasan tanda vital, pemeriksaan Ht, Hb dan trombosit. Perhatikan gejala renjatan : nadi kecil dan cepat, tekanan darah menurun, anuria atau anak mengeluh sakit perut sekali.
3. Perawatan pasien DBD derajat III
Pasien gawat jika tidak mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat akan menjadi fatal sehingga memerlukan penanganan yang intensif. Pemberian cairan dan elektrolit berupa Ringer Laktat dengan cara diguyur. Pengawasan tanda vital, pemeriksaan Ht, Hb dan trombosit secara periodik. Pemberian makan dan minum seperti biasa.

Penatalaksanaan lain:

1. Pertolongan pertama pada anak dengan demam berdarah, pada saat anak demam berikan tindakan pertolongan pertama seperti pada anak demam biasanya. Apabila demam tak kunjung turun hingga hari ke-3 maka bawa anak ke dokter
2. Pengobatan untuk anak yang menderita DBD pada dasarnya bersifat suportif yaitu mengatasi kehilangan cairan plasma sebagai akibat penningkatan permeabilitas kapiler dan sebagai akibat perdarahan. Pasien DBD dianjurkan untuk dirawat di ruang perawatan biasa, tetapi pada kasus DBD dengan komplikasi diperlukan perawatan intensif.
3. Rasa haus dan dehidrasi dapat timbul karena demam tinggi, tidak nafsu makan dan muntah. Maka anak perlu diberikan minum banyak, bisa berupa air teh dengan gula, sirup, susu, atau sari buah. Apabila muntah terus-menerus, maka segera bawa ke rumah sakit untuk menapat cairan infus dan perawatan (Ayu & Zulfito, 2010).

Pencegahan yang dapat dilakukan yaitu:

1. Meningkatkan daya tahan tubuh anak dengan mengonsumsi makanan bergizi seimbang, menjaga kebersihan diri, dan lingkungan.
2. Memutus rantai perkembang biakan nyamuk dengan cara melakukan 3M yaitu mengurangi bak mandi, mengubur kaleng dan sampah, serta menutup penampungan air bersih. Juga perlu untuk dilakukan penaburan serbuk abate di tempat-tempat penampungan air dan melakukan fogging (pengasapan) (Ayu & Zulfito, 2010).

F. PENGKAJIAN KEPERAWATAN PADA BAYI DAN ANAK

1. Identitas pasien : Nama, umur (pada DHF paling sering menyerang anak-anak dengan usia kurang dari 15 tahun), jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama orang tua, pendidikan orang tua, dan pekerjaan orang tua.
2. Keluhan Utama: Alasan atau keluhan yang menonjol pada pasien DHF datang ke rumah sakit adalah panas tinggi dan pasien lemah.
3. *Riwayat penyakit sekarang* : adanya keluhan panas mendadak dengan disertai menggigil dan saat demam kesadaran kompos mentis. Panas turun terjadi antara hari ke-3 dan ke-7, dan anak semakin lemah. Kadang-kadang disertai keluhan batuk pilek,

nyeri telan, mual, muntah, anoreksia, diare atau konstipasi, sakit kepala, nyeri otot dan persendian, nyeri ulu hati dan pergerakan bola mata terasa pegal, serta adanya manifestasi perdarahan pada kulit, gusi (grade III, IV), melena atau hematemesis.

4. *Riwayat penyakit yang pernah diderita* : Penyakit apa saja yang pernah diderita. Pada DHF, anak biasanya mengalami serangan ulangan DHF dengan type virus yang lain
5. *Riwayat imunisasi* : Apabila anak mempunyai kekebalan yang baik, maka kemungkinan akan timbulnya komplikasi dapat dihindarkan
6. *Riwayat gizi* : Status gizi anak yang menderita DHF dapat bervariasi. Semua anak dengan status gizi baik maupun buruk dapat berisiko, apabila ada faktor predisposisinya. Anak yang menderita DHF sering mengalami keluhan mual, muntah, dan nafsu akan menurun. Apabila kondisi ini berlanjut dan tidak disertai pemenuhan nutrisi yang mencukupi, maka anak dapat mengalami penurunan berat badan sehingga status gizinya menjadi kurang.
7. *Kondisi lingkungan* : sering terjadi pada daerah yang padat penduduknya dan lingkungan yang kurang bersih (seperti yang mengencing dan gantungan baju yang di kamar)
8. *Pola kebiasaan*:
 - a. *Nutrisi dan metabolisme* : frekuensi, jenis, pantangan, nafsu makan berkurang, dan nafsu makan menurun.
 - b. *Eliminasi BAB*: kadang-kadang anak mengalami diare atau konstipasi.
 - c. *Sementara DHF grade III-IV bisa terjadi melena*.
 - d. *Eliminasi BAK* : perlu dikaji apakah sering kencing, sedikit atau banyak, sakit atau tidak. Pada DHF grade IV sering terjadi hematuria.
 - e. *Tidur dan istirahat* : anak sering mengalami kurang tidur karena mengalami sakit atau nyeri otot dan persendian sehingga kualitas dan kuantitas tidur maupun istirahatnya kurang.
 - f. *Kebersihan* : upaya keluarga untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan cenderung kurang terutama untuk membersihkan tempat sarang nyamuk aedes aegypti

G. DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN INTERVENSI

Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul:

1. *Kekurangan volume cairan berhubungan dengan berpindahnya cairan intraseluler ke ekstraseluler (kebocoran plasma dari endotel)*

2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan cairan di rongga paru (effusi pleura)
3. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus dengue
4. Nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis (penekanan intra abdomen)
5. Resiko perdarahan berhubungan dengan penurunan kadar trombosit dalam darah

Intervensi Keperawatan untuk diagnosa keperawatan yang sering muncul:

Dx. 1 Kekurangan volume cairan berhubungan dengan berpindahnya cairan intraseluler ke ekstraseluler (kebocoran plasma dari endotel)

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan defisit volume cairan dapat terpenuhi

KH :

1. Menyatakan pemahaman faktor penyebab dan perilaku yang perlu untuk memperbaiki defisit cairan
2. Menunjukkan perubahan keseimbangan cairan, dibuktikan oleh haluaran urine adekuat, tanda-tanda vital stabil, membran mukosa lembab, turgor kulit baik.
3. Volume cairan cukup, input cukup, output tidak berlebih

Intervensi:

1. Kaji keadaan umum pasien (lemah pucat, tachicardi) serta tanda-tanda vital.
2. Observasi adanya tanda-tanda syok.
3. Berikan cairan intravaskuler sesuai program dokter.
4. Anjurkan pasien untuk banyak minum
5. Kaji tanda dan gejala dehidrasi atau hipovolemik (riwayat muntah diare, kehausan turgor jelek).
6. Kaji perubahan haluaran urine dan monitor asupan haluaran

Dx. 2 Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan cairan di rongga paru (effusi pleura)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan pola nafas menjadi efektif atau normal

KH: Menunjukkan pola nafas efektif dan paru jelas dan bersih.

Intervensi:

1. Kaji frekuensi kedalaman pernafasan dan ekspansi dada.
2. Auskultasi bunyi nafas dan catat adanya bunyi nafas tambahan

3. Tinggikan kepala dan bantu mengubah posisi.
4. Bantu pasien mengatasi takut atau ansietas.
5. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan
6. Lakukan fisioterapi dada jika perlu.

Dx. 3 Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus dengue

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan temperatur suhu dalam batas normal (36° - 37° C).

KH :

1. Klien tidak menunjukkan kenaikan suhu tubuh.
2. Suhu tubuh dalam batas normal

Intervensi:

- a. Kaji saat timbulnya demam
- b. Observasi tanda-tanda vital
- c. Tingkatkan intake cairan.
- d. Catat asupan dan keluaran
- e. Berikan terapi cairan intravena dan obat-obatan sesuai program dokter

Dx. 4 Resiko perdarahan berhubungan dengan penurunan kadar trombosit dalam darah

Tujuan : Tidak terjadi perdarahan

KH : pulsasi kuat, Tidak ada tanda perdarahan lebih lanjut, trombosit meningkat

Intervensi :

1. Monitor tanda-tanda penurunan trombosit yang disertai tanda klinis.
2. Monitor trombosit setiap hari
3. Berikan penjelasan kepada klien dan keluarga untuk melaporkan jika ada tanda perdarahan spt : hematemesis, melena, epistaksis.
4. Antisipasi adanya perdarahan : gunakan sikat gigi yang lunak, pelihara kebersihan mulut, berikan tekanan 5-10 menit setiap selesai ambil darah.

VI. BRONCHOPNEUMONIA

A. DEFINISI DAN ETIOLOGI

Bronchopneumonia adalah peradangan pada parenkim paru yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, ataupun benda asing (Hidayat, 2008). Bronkhopneumoni adalah suatu peradangan paru yang biasanya menyerang di bronkeoli terminal.

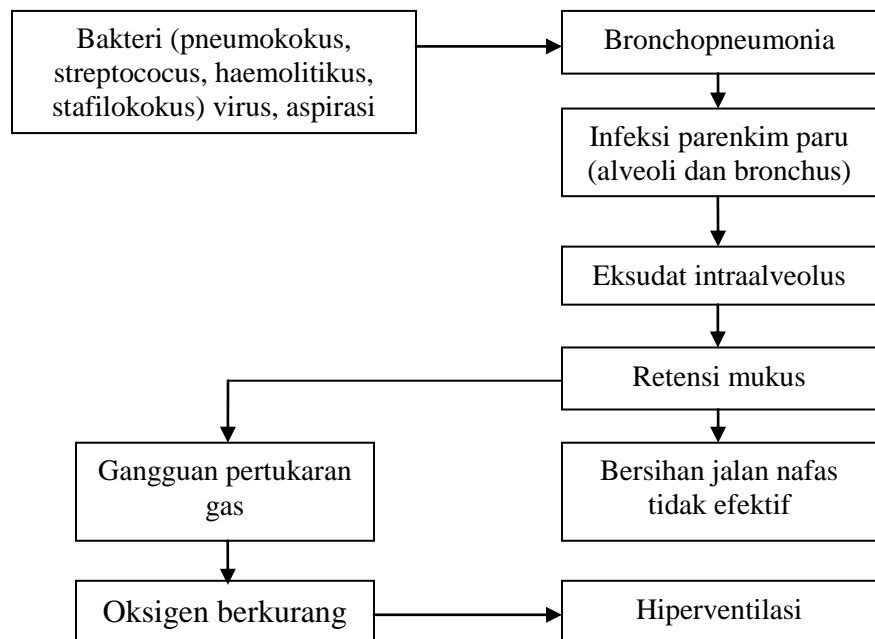
Bronkhopneumoni adalah salah satu jenis pneumonia yang mempunyai pola penyebaran berbercak, teratur dalam satu atau lebih area terlokalisasi di dalam bronkhi dan meluas ke parenkim paru yang berdekatan di sekitarnya.

Secara umum bronkhopneumoni diakibatkan penurunan mekanisme pertahanan tubuh terhadap virulensi organisme patogen. Orang normal dan sehat mempunyai mekanisme pertahanan tubuh terhadap organ pernafasan yang terdiri atas : reflek glotis dan batuk, adanya lapisan mukus, gerakan silia yang menggerakkan kuman keluar dari organ, dan sekresi humoral setempat.

Timbulnya bronkhopneumoni disebabkan oleh virus, bakteri, jamur, protozoa, mikobakteri, mikoplasma, dan riketsia. Antara lain :

1. Bakteri : streptococcus, Staphylococcus, H. Influenzae, Klebsiella.
2. Virus : legionella pneumoniae
3. Jamur : aspergillus spesies, candida albicans, hitoplasma
4. Aspirasi makanan, sekresi orofaringeal atau isi lambung ke dalam pari-paru
5. Terjadi karena kongesti paru yang lama

B. PATOFISIOLOGI



C. TANDA DAN GEJALA

Pada tahap awal, penderita bronkhopneumonia mengalami tanda dan gejala yang khas seperti menggigil, demam, nyeri dada pleuritis, batuk produktif, hidung kemerahan, saat bernafas menggunakan otot aksesorius dan bisa timbul sianosis. Terdengar adanya krekels di atas paru yang sakit dan terdengar ketika terjadi konsolidasi (pengisian rongga udara oleh eksudat).

1. Kesulitan dan sakit pada saat pernafasan
 - a. Nyeri pleuritik
 - b. Nafas dangkal dan mendengkur
 - c. Takipnea
2. Bunyi nafas di atas area yang mengalami konsolidasi
 - a. Mengecil, kemudian menjadi hilang
 - b. Krekels, ronki,
3. Gerakan dada tidak simetris
4. Menggigil dan demam 38,8 ° C sampai 41,1 °C, delirium
5. Diafoesis
6. Anoreksia
7. Malaise
8. Batuk kental, produktif sputum kuning kehijauan kemudian berubah menjadi kemerahan atau berkarat
9. Gelisah
10. Sianosis Area sirkumoral, dasar kuku kebiruan

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG DAN PENATALAKSANAAN

1. Pemeriksaan Laboratorium
 - a. Pemeriksaan darah
 - b. Pemeriksaan sputum
 - c. Analisa gas darah untuk mengevaluasi status oksigenasi dan status asam basa.
 - d. Kultur darah untuk mendeteksi bakteremia
 - e. sputum, dan urin untuk tes imunologi untuk mendeteksi antigen mikroba
2. Pemeriksaan Radiologi
 - a. Rontgenogram Thoraks
 - b. Laringoskopi/ bronkoskopi untuk menentukan apakah jalan nafas tersumbat oleh benda padat

Penatalaksanaan Keperawatan yang dapat diberikan pada klien bronkopneumonia adalah:

1. Menjaga kelancaran pernapasan
2. Kebutuhan istirahat
3. Kebutuhan nutrisi dan cairan
4. Mengontrol suhu tubuh

5. Mencegah komplikasi atau gangguan rasa nyaman dan nyaman

Sementara Penatalaksanaan medis yang dapat diberikan adalah:

1. Oksigen 2 liter/menit (sesuai kebutuhan klien)
2. Jika sesak tidak terlalu hebat, dapat dimulai makan eksternal bertahap melalui selang nasogastrik dengan feeding drip
3. Jika sekresi lendir berlebihan dapat diberikan inhalasi dengan salin normal dan beta agonis untuk transpor mukusilier

E. DAMPAK TERHADAP SISTEM TUBUH

1. Sistem Pernapasan
Adanya peradangan / infeksi menyebabkan terjadinya edema yang disertai dengan produksi mukus yang berlebihan. Hal ini mengakibatkan saluran pernapasan menyempit dan terjadi gangguan pertukaran gas. Sehingga terjadi dipneu, pernapasan cuping hidung, retraksi interkostalis, hipoksia, dan adanya suara napas ronkhi.
2. Sistem Kardiovaskuler
Konsentrasi oksigen yang rendah menyebabkan dilepaskannya sejumlah zat vasokonstriktor dari jaringan paru – paru, kemudian zat ini mengakibatkan vasokonstriksi arteri. Akibatnya terjadi peningkatan cardiac output yang menyebabkan terjadinya nadi kuat dan cepat serta tekanan darah meningkat.
3. Sistem Integumen
Suhu tubuh pada bronkopneumoni kadang meningkat menjadi 39 - 40°. Hal ini menyebabkan pori – pori kulit membesar dan pembuluh darah melebar sehingga tubuh akan mengeluarkan keringat.
4. Sistem Perkemihan
Bronkopneumoni dapat menyebabkan pengeluaran ADH yang tidak tepat, Produksi ADH yang berlebihan ini mengakibatkan ekskresi natrium dalam jumlah yang sangat banyak kedalam urin, oleh karena itu konsentrasi natrium menjadi sangat berkurang.
5. Sistem Persyarafan
Adanya lesi pada pleura menyebabkan nyeri pada abdomen bagian atas yang terjadi akibat adanya gesekan ketika bernapas.
6. Sistem Muskuloskeletal
Oksigen diperlukan untuk metabolisme sel. Suplay oksigen yang kurang menyebabkan penurunan metabolisme sehingga

energi yang dihasilkan rendah. Hal ini mengakibatkan terjadinya kelemahan.

7. Sistem Pencernaan

Produksi sekret yang berlebihan menyebabkan terjadinya mual dan tidak nafsu makan sehingga asupan makanan kurang.

F. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. Identitas.

Umumnya anak dengan daya tahan terganggu akan menderita pneumonia berulang atau tidak dapat mengatasi penyakit ini dengan sempurna. Selain itu daya tahan tubuh yang menurun akibat KEP, penyakit menahun, trauma pada paru, anesthesia, aspirasi dan pengobatan antibiotik yang tidak sempurna.

2. Riwayat Keperawatan.

a. Keluhan utama.

Anak sangat gelisah, dispnea, pernapasan cepat dan dangkal, disertai pernapasan cuping hidung, serta sianosis sekitar hidung dan mulut. Kadang disertai muntah dan diare. atau diare, tinja berdarah dengan atau tanpa lendir, anoreksia dan muntah.

b. Riwayat penyakit sekarang.

Bronkopneumonia biasanya didahului oleh infeksi saluran pernapasan bagian atas selama beberapa hari. Suhu tubuh dapat naik sangat mendadak sampai 39-40°C dan kadang disertai kejang karena demam yang tinggi.

c. Riwayat penyakit dahulu.

Pernah menderita penyakit infeksi yang menyebabkan sistem imun menurun.

d. Riwayat kesehatan keluarga.

Anggota keluarga lain yang menderita penyakit infeksi saluran pernapasan dapat menularkan kepada anggota keluarga yang lainnya.

3. Riwayat kesehatan lingkungan.

Pemeliharaan kesehatan dan kebersihan lingkungan yang kurang juga bisa menyebabkan anak menderita sakit. Lingkungan pabrik atau banyak asap dan debu ataupun lingkungan dengan anggota keluarga perokok.

4. Imunisasi.

Anak yang tidak mendapatkan imunisasi beresiko tinggi untuk mendapat penyakit infeksi saluran pernapasan atas atau bawah karena system pertahanan tubuh yang tidak cukup kuat untuk melawan infeksi sekunder.

5. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan.
6. Nutrisi.
Riwayat gizi buruk atau meteorismus (malnutrisi energi protein = MEP).
7. Pemeriksaan persistem.
 - a. Sistem kardiovaskuler : Takikardi, irritability
 - b. Sistem pernapasan : Sesak napas, retraksi dada, melaporkan anak sulit bernapas, pernapasan cuping hidung, ronki, wheezing, takipnea, batuk produktif atau non produktif, pergerakan dada asimetris, pernapasan tidak teratur/ireguler, kemungkinan friction rub, perkusi redup pada daerah terjadinya konsolidasi, ada sputum/sekret. Orang tua cemas dengan keadaan anaknya yang bertambah sesak dan pilek.
 - c. Sistem pencernaan : Anak malas minum atau makan, muntah, berat badan menurun, lemah. Pada orang tua yang dengan tipe keluarga anak pertama, mungkin belum memahami tentang tujuan dan cara pemberian makanan/cairan peronde.
 - d. Sistem eliminasi : Anak atau bayi menderita diare, atau dehidrasi, orang tua mungkin belum memahami alasan anak menderita diare sampai terjadi dehidrasi (ringan sampai berat).
 - e. Sistem saraf : Demam, kejang, sakit kepala yang ditandai dengan menangis terus pada anak-anak atau malas minum, ubun-ubun cekung.
 - f. Sistem lokomotor/muskuloskeletal : Tonus otot menurun, lemah secara umum,
 - g. Sistem integument : Turgor kulit menurun, membran mukosa kering, sianosis, pucat, akral hangat, kulit kering.

G. DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN INTERVENSI

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Proses inflamasi
2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Akumulasi Sekret
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antarasuplay dan Kebutuhan oksigen
4. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan adanya organisme inefektif

Intervensi keperawatan

Dx. 1 Pola nafas tidak efektif

Tujuan : mengembalikan fungsi pernafasan secara normal

Intervensi :

1. Aturilah posisi dengan semifowler atau kepala agak tinggi
2. Hindari pakaian anak yang terlalu ketat
3. Berikan bantal atau sokongan agar jalan nafas memungkinkan tetap terbuka
4. Berikan oksigenisasi sesuai kebutuhan anak
5. Berikan atau tingkatkan istirahat tidur sesuai kebutuhan anak
6. Berikan pelembab untuk melancarkan pernafasan
7. Ajarkan teknik relaksasi untuk anak yang sudah memahami, sudah bisa
8. Monitor pernafasan, irama, kedalaman atau gunakan oksimetri nadi untuk memantau saturasi oksigen

Dx. 2 Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Akumulasi Sekret

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien menunjukkan ungsi pernapasan normal

Kriteria Hasil :

Menunjukkan pembersihan jalan nafas yang efektif

Menunjukkan status pernafasan yg di buktikan oleh indikator gangguan sebagai berikut:

1. Kemudahan bernafas
2. Pergerakan sputum keluar dari jalan nafas
3. Suara nafas jernih
4. Irama frekuensi pernafasan dalam rentan normal

Intervensi :

- a. Lakukan Auskultasi Suara 2 – 4 Jam
- b. Berikan posisi kepala lebih tinggi dari posisi badan dan kaki.
- c. Latih dan anjurkan klien untuk lebih efektif
- d. Ubah posisi klien sesering mungkin tiap 2 jam
- e. Lakukan suction bila perlu
- f. Monitor tanda vital tiap 4 jam
- g. Lakukan kolaborasi pemberian O₂
- h. Lakukan pemijatan dinding dada dan perut serta pemberian nebulizer hati-hati pada anak yang sesak dan suhu tubuh yang tinggi.
- i. Berikan obat ekspektoran, broncodilator, mukolitik dan pemeriksaan penunjang.

Dx. 3 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen

Tujuan : a. Mempertahankan tingkat energi yang adekuat

b. Memperoleh istirahat yang optimal

Intervensi:

1. Bantu anak dalam melakukan aktivitas yang sesuai dan berikan aktivitas yang menyenangkan sesuai dengan kemampuan dan minat anak
2. Anjurkan anak untuk beristirahat yang sesuai kondisi
3. Berikan lingkungan yang tenang
4. Atur aktivitas yang sesuai agar tidur dapat maksimum
5. Anjurkan orang tua tetap bersama anak

Dx. 4 Resiko infeksi berhubungan dengan adanya organisme inefektif

Tujuan : menurunkan gejala infeksi sekunder

Intervensi:

1. Isolasi anak untuk mencegah penyebaran infeksi nosokomial
2. Pertahankan lingkungan yang aseptik
3. Berikan antibiotik yang sesuai untuk mencegah infeksi lanjut
4. Berikan diet yang seimbang
5. Anjurkan fisioterapi dada
6. Batasi pengunjung
7. Berikan antimikroba bila ditemukan kuman

VII. LEUKIMIA

A. PENGERTIAN DAN MACAM-MACAM

1. Leukimia merupakan proliferasi patologis dari sel pembuat darah yang bersifat sistemik dan biasanya. Leukimia dikatakan penyakit darah yang disebabkan terjadinya kerusakan pada pabrik pembuat sel darah yaitu pada sumsum tulang.
2. Leukimia adalah proliferasi sel darah putih yang masih imatur dalam jaringan pembentuk darah. (Suriadi, & Rita yuliani, 2001)
3. Leukimia adalah suatu keganasan pada alat pembuat sel darah berupa proliferasi patologis sel hemopoetik muda yang ditandai oleh adanya kegagalan sum-sum tulang dalam membentuk sel darah normal dan adanya infiltrasi ke jaringan tubuh yang lain (Mansjoer, dkk, 2002).

Lima golongan besar leukimia :

1. Leukimia sistem eritropoietik : mielosis eritremika
2. Leukimia sistem granulopoietik : leukimia granulositik atau mielositik
3. Leukimia sistem trombopoietik : leukimia megakariositik

4. Leukimia sistem limfopoietik : leukimia limfositik
5. Leukimia RES : leukimia monositik, leukimia plasmositik

Leukimia juga sering diklasifikasikan sesuai galur sel yang terkena:

1. Leukemia mielogenus akut (AML)
2. Leukemia mielogenus kronis (CML)
3. Leukemia limfositik akut (ALL)
4. Leukimia limfosit kronis (CLL)

B. ETIOLOGI

Penyebab LLA sampai sekarang belum jelas, diduga kemungkinan besar karena virus (virus onkogenik). Faktor lain yang turut berperan yaitu:

1. Faktor eksogen seperti sinar-x, sinar radioaktif, hormon, bahan kimia (benzol, arsen dll), infeksi (virus, bakteri)
2. Faktor endogen seperti ras (orang yahudi mudah menderita LLK. Faktor konstutusi seperti kelainan kromosom, herediter (kadang-kadang dijumpai kasus leukimia pada kakak beradik atau kembar satu telur)

Beberapa faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya leukemia, yaitu:

1. Genetik
2. Saudara kandung
3. Lingkungan : radiasi, bahan kimia, dan obat-obatan
4. Virus : Human T-Cell Leukemia
5. Paparan kromis dari bahan kimia : produk-produk minyak, cat, ethylene oxide, herbisida, pestisida, dan ladang elektromagnetik
6. Obat-obatan anti neoplastik (misal : alkilator dan inhibitor topoisomere II)

C. PATOFISIOLOGI

Leukemia akut dan kronis merupakan suatu bentuk keganasan atau maligna yang muncul dari perbanyakan klonal sel-sel pembentuk sel darah yang tidak terkontrol mekanisme kontrol seluler normal mungkin tidak bekerja dengan baik akibat adanya perubahan pada kode genetik yang seharusnya bertanggung jawab atas pengaturan pertumbuhan sel dan diferensiasi.

Sel-sel leukemia menjalani waktu daur ulang yang lebih lambat dibandingkan sel normal. Proses pematangan atau maturasi berjalan tidak lengkap dan lambat serta bertahan hidup lebih lama dibandingkan sel normal.

D. MANIFESTASI KLINIS

Manifestasi klinik yang sering dijumpai pada penyakit leukemia adalah sebagai berikut:

1. Pilek tidak sembuh-sembuh & sakit kepala.
2. Pucat, lesu, mudah terstimulasi, Merasa lemah atau letih.
3. Demam, keringat malam dan anorexia
4. Berat badan menurun
5. Petechiae, memar tanpa sebab, Mudah berdarah dan lebam (gusi berdarah, bercak keunguan di kulit, atau bintik-bintik merah kecil di bawah kulit)
6. Nyeri pada tulang dan persendian
7. Nyeri abdomen, Pembengkakan atau rasa tidak nyaman di perut (akibat pembesaran limpa)

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG DAN PENATALAKSANAAN

Pemeriksaan penunjang pada penderita Leukimia:

1. Hitung darah lengkap : menunjukkan normositik, anemia normositik
2. Hemoglobulin : dapat kurang dari 10 gr/100ml
3. Retikulosit : jumlah biasanya rendah
4. Trombosit : sangat rendah ($< 50000/\text{mm}$)
5. SDP : mungkin lebih dari 50000/cm dengan peningkatan SDP immature
6. PTT : memanjang
7. LDH : mungkin meningkat
8. Asam urat serum : mungkin meningkat
9. Muramidase serum : pengikatan pada leukemia monositik akut dan mielomonositik
10. Copper serum : meningkat
11. Zink serum : menurun
12. Foto dada dan biopsi nodus limfe : dapat mengindikasikan derajat keterlibatan

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan antara lain:

1. Transfusi darah diberikan jika kadar Hb $< 6\text{g}\%$, pada trombositopenis dan perdarahan masif diberikan transfusi trombosit dan bila terdapat tanda-tanda DIC diberikan heparin
2. Kortikosteroid (prednison, kortison, deksametason dll)
3. Sitostatika
4. Infeksi sekunder dihindari (lebih baik pasien dirawat di kamar suci hama)
5. Imunoterapi

Penatalaksanaan lain :

1. Kemoterapi
 - Prinsip-prinsip dasar :
 - a. Induksi
 - b. Konsolidasi
 - c. Rumat
 - d. Reinduksi
 - e. Mencegah terjadinya leukimia pada susunan saraf pusat
 - f. Pengobatan imunologik
2. Terapi biologi berupa antibodi monoklonal, interferon
3. Terapi radiasi
4. Transplantasi Sel Induk (Stem Cell)

Penatalaksanaan keperawatan :

1. Adanya pendekatan psikososial harus diutamakan
2. Ruangan yang aseptik dan tindakan yang aseptik
3. Komunikasi terapeutik pada anak dan keluarganya

F. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. Riwayat penyakit
2. Kaji adanya tanda-tanda anemia : Pucat, Kelemahan, Sesak, Nafas cepat
3. Kaji adanya tanda-tanda leucopenia : Demam, Infeksi
4. Kaji adanya tanda-tanda trombositopenia : Ptechieae, Purpura, Perdarahan membran mukosa
5. Kaji adanya tanda-tanda invasi ekstra medulola : Limfadenopati, Hepatomegali, Splenomegali
6. Kaji adanya pembesaran testis
7. Kaji adanya : Hematuri, Hipertensi, Gagal ginjal, Inflamasi disekitar rectal, Nyeri

G. DIAGNOSA DAN INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan yang sering muncul:

1. Resiko infeksi berhubungan dengan menurunnya sistem pertahanan tubuh.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan akibat anemia.
3. Resiko terhadap cedera : perdarahan yang berhubungan dengan penurunan jumlah trombosit.
4. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan pemberian agens kemoterapi, radioterapi, imobilitas.
5. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan alopesia atau perubahan cepat pada penampilan

Intervensi keperawatan :

Dx. 1 Resiko infeksi berhubungan dengan menurunnya sistem pertahanan tubuh

Tujuan : Anak tidak mengalami gejala-gejala infeksi.

Intervensi :

1. Pantau suhu dengan teliti
2. Tempatkan Px dalam ruangan khusus
3. Anjurkan semua pengunjung dan staff rumah sakit untuk menggunakan teknik mencuci tangan dengan baik.
4. Gunakan teknik aseptik yang cermat untuk semua prosedur invasive
Evaluasi keadaan anak terhadap tempat-tempat munculnya infeksi seperti tempat penusukan jarum, ulserasi mukosa, dan masalah gigi.
5. Inspeksi membran mukosa mulut. Bersihkan mulut dengan baik
6. Berikan periode istirahat tanpa gangguan
7. Berikan diet lengkap nutrisi sesuai usia.
8. Berikan antibiotik sesuai ketentuan

Dx. 2 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan akibat anemia

Tujuan : terjadi peningkatan toleransi aktifitas

Intervensi :

1. Evaluasi laporan kelemahan, perhatikan ketidakmampuan untuk berpartisipasi dalam aktifitas sehari-hari.
2. Berikan lingkungan tenang dan perlu istirahat tanpa gangguan
Kaji kemampuan untuk berpartisipasi pada aktifitas yang diinginkan atau dibutuhkan.
3. Berikan bantuan dalam aktifitas sehari-hari dan ambulasi

Dx. 3 Resiko terhadap cedera/perdarahan yang berhubungan dengan penurunan jumlah trombosit

Tujuan : klien tidak menunjukkan bukti-bukti perdarahan

Intervensi :

1. Gunakan semua tindakan untuk mencegah perdarahan khususnya pada daerah ekimosis.
2. Cegah ulserasi oral dan rectal.
3. Gunakan jarum yang kecil pada saat melakukan injeksi.
4. Menggunakan sikat gigi yang lunak dan lembut
5. Laporkan setiap tanda-tanda perdarahan (tekanan darah menurun, denyut nadi cepat, dan pucat).
6. Hindari obat-obat yang mengandung aspirin.

7. Ajarkan orang tua dan anak yang lebih besar ntuk mengontrol perdarahan hidung.

Dx. 4 Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan pemberian agens kemoterapi, radioterapi, imobilitas.

Tujuan : pasien mempertahankan integritas kulit

Intervensi :

1. Berikan perawatan kulit yang cemat, terutama di dalam mulut dan daerah perianal
2. Ubah posisi dengan sering
3. Mandikan dengan air hangat dan sabun ringan
4. Kaji kulit yang kering terhadap efek samping terapi kanker
5. Anjurkan pasien untuk tidak menggaruk dan menepuk kulit yang kering.
6. Dorong masukan kalori protein yang adekuat
7. Pilih pakaian yang longgar dan lembut diatas area yang teradiasi

Dx. 5 Gangguan citra tubuh berhubungan dengan alopecia atau perubahan cepat pada penampilan

Tujuan : pasien atau keluarga menunjukkan perilaku coping positif

Intervensi :

1. Dorong anak untuk memilih wig (anak perempuan) yang serupa gaya dan warna rambut anak sebelum rambut mulai rontok
2. Berikan penutup kepala yang adekuat selama pemajanan pada sinar matahari, angin atau dingin
3. Anjurkan untuk menjaga agar rambut yang tipis itu tetap bersih, pendek dan halus
4. Jelaskan bahwa rambut mulai tumbuh dalam 3 hingga 6 bulan dan mungkin warna atau teksturnya agak berbeda.
5. Dorong hygiene, berdan, dan alat alat yang sesuai dengan jenis kelamin , misalnya wig, skarf, topi, tata rias, dan pakaian yang menarik

VIII. THALASEMIA

A. DEFINISI DAN ETIOLOGI

1. Thalasia adalah suatu gangguan darah yang diturunkan yang ditandai oleh defisiensi produksi rantai globin pada hemoglobin.
2. Thalasia merupakan penyakit anemia hemolitikdimana terjadi kerusakan sel darah merah didalam pembuluh darah

sehingga umur erosit menjadi pendek (kurang dari 100 hari) (Ngastiyah, 1997).

3. Thalasia merupakan penyakit anemia hemolitik hereditas yang diturunkan secara resesif, secara molekuler dibedakan menjadi thalasia alfa dan beta, sedangkan secara klinis dibedakan menjadi thalasia mayor dan minor (Mansjoer, 2000)

B. PATOFISIOLOGI

Hemoglobin paska kelahiran yang normal terdiri dari dua rantai alfa dan beta polipeptid. Dalam beta thalasia ada penurunan sebagian atau keseluruhan dalam proses sintesis molekul hemoglobin rantai beta. Konsekuensinya adanya peningkatan kompensatori dalam proses pensintesis rantai alfa dan produksi rantai gamma tetap aktif, dan menyebabkan ketidaksempurnaan formasi hemoglobin. Polipeptid yang tidak seimbang ini sangat tidak stabil, mudah terpisah dan merusak sel darah merah yang dapat menyebabkan anemia yang parah. Untuk menanggulangi proses hemolitik, sel darah merah dibentuk dalam jumlah yang banyak, atau setidaknya bone marrow ditekan dengan terapi transfusi. Kelebihan fe dari penambahan RBCs dalam transfusi serta kerusakan yang cepat dari sel defectif, disimpan dalam berbagai organ (hemosiderosis)

C. MANIFESTASI KLINIS

Bayi baru lahir dengan thalasia beta mayor tidak anemis. Gejala awal pucat mulanya tidak jelas, biasanya menjadi lebih berat dalam tahun pertama kehidupan dan pada kasus yang berat terjadi beberapa minggu pada setelah lahir. Bila penyakit ini tidak ditangani dengan baik, tumbuh kembang masa kehidupan anak akan terhambat. Anak tidak nafsu makan, diare, kehilangan lemak tubuh dan dapat disertai demam berulang akibat infeksi. Anemia berat dan lama biasanya menyebabkan pembesaran jantung.

Terdapat hepatosplenomegali. Ikterus ringan mungkin ada. Terjadi perubahan pada tulang yang menetap, yaitu terjadinya bentuk muka mongoloid akibat system eritropoesis yang hiperaktif. Adanya penipisan korteks tulang panjang, tangan dan kaki dapat menimbulkan fraktur patologis. Penyimpangan pertumbuhan akibat anemia dan kekurangan gizi menyebabkan perawakan pendek. Kadang-kadang ditemukan epistaksis, pigmentasi kulit, koreng pada tungkai, dan batu empedu. Pasien menjadi peka terhadap infeksi terutama bila limpanya telah diangkat sebelum usia 5 tahun dan mudah mengalami septicemia

yang dapat mengakibatkan kematian. Dapat timbul pensitopenia akibat hipersplenisme.

Hemosiderosis terjadi pada kelenjar endokrin (keterlambatan dan gangguan perkembangan sifat seks sekunder), pancreas (diabetes), hati (sirosis), otot jantung (aritmia, gangguan hantaran, gagal jantung), dan pericardium (perikarditis)

Tanda dan gejala secara umum yang dapat dilihat antara lain :

1. Letargi
2. Pucat
3. Kelemahan
4. Anoreksia
5. Sesak nafas
6. Tebalnya tulang cranial
7. Pembesaran limpa
8. Menipisnya tulang kartilago

D. MACAM-MACAM

1. **Thalasemia beta**
 - a. **Thalasemia beta mayor** : Bentuk homozigot merupakan anemia hipokrom mikrositik yang berat dengan hemolisis di dalam sumsum tulang dimulai pada tahun pertama kehidupan. Kedua orang tua merupakan pembawa “ciri”
 - b. **Thalasemia Intermediet dan minor** : pada bentuk heterozigot
2. **Thalasemia alfa** : Merupakan thalasemia dengan defisiensi pada rantai a

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG DAN PENATALAKSANAAN

Studi hematologi : terdapat perubahan – perubahan pada sel darah merah, yaitu mikrositosis, hipokromia, anositosis, poikilositosis, sel target, eritrosit yang immature, penurunan hemoglobin dan hematokrit. Elektroforesis hemoglobin : peningkatan hemoglobin. Pada thalasemia beta mayor ditemukan sumsum tulang hiperaktif terutama seri eritrosit. Hasil foto rontgen meliputi perubahan pada tulang akibat hiperplasia sumsum yang berlebihan. Perubahan meliputi pelebaran medulla, penipisan korteks, dan trabekulasi yang lebih kasar. Analisis DNA, DNA probing, gone blotting dan pemeriksaan PCR (Polymerase Chain Reaction) merupakan jenis pemeriksaan yang lebih maju.

Pentalaksanaan medis :

1. Transfusi sel darah merah (SDM) sampai kadar Hb sekitar 11 g/dl. Pemberian sel darah merah sebaiknya 10 – 20 ml/kg berat badan.
2. Pemberian *chelating agents* (*Desferal*) secara intravena atau subkutan. *Desferiprone* merupakan sediaan dalam bentuk peroral. Namun manfaatnya lebih rendah dari *desferal* dan memberikan bahaya fibrosis hati.
3. Tindakan *splenektomi* perlu dipertimbangkan terutama bila ada tanda – tanda *hipersplenisme* atau kebutuhan transfusi meningkat atau karena sangat besarnya limpa.
4. Transplantasi sumsum tulang biasa dilakukan pada thalasemia beta mayor

Penatalaksanaan keperawatan :

1. Pemberian makanan per oral yang cukup gizi tapi tidak boleh makanan mengandung zat besi
2. Bantu aktivitas pasien
3. Pemberian penkes

F. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. Asal Keturunan / Kewarganegaraan
Thalasemia banyak dijumpai pada bangsa di sekitar laut Tengah (Mediterranean) seperti Turki, Yunani, dll. Di Indonesia sendiri, thalasemia cukup banyak dijumpai pada anak, bahkan merupakan penyakit darah yang paling banyak diderita.
2. Umur
Pada penderita thalasemia mayor yang gejala klinisnya jelas, gejala telah terlihat sejak anak berumur kurang dari 1 tahun, sedangkan pada thalasemia minor biasanya anak akan dibawa ke RS setelah usia 4 tahun.
3. Riwayat Kesehatan Anak
Anak cenderung mudah terkena infeksi saluran pernapasan atas atau infeksi lainnya. Ini dikarenakan rendahnya Hb yang berfungsi sebagai alat transport.
4. Pertumbuhan dan Perkembangan
Adanya kecenderungan gangguan terhadap tumbuh sejak masih bayi. Terutama untuk thalasemia mayor, pertumbuhan fisik anak, adalah kecil untuk umurnya dan adanya keterlambatan dalam kematangan seksual, seperti tidak ada pertumbuhan rambut pubis dan ketiak, kecerdasan anak juga mengalami penurunan. Namun pada jenis thalasemia minor, sering terlihat pertumbuhan dan perkembangan anak normal.

5. Pola Makan
Terjadi anoreksia sehingga anak sering susah makan, sehingga BB rendah dan tidak sesuai usia.
6. Pola Aktivitas
Anak terlihat lemah dan tidak selincah anak seusianya. Anak lebih banyak tidur/istirahat karena anak mudah lelah.
7. Riwayat Kesehatan Keluarga
Thalasemia merupakan penyakit kongenital, jadi perlu diperiksa apakah orang tua juga mempunyai gen thalasemia. Jika iya, maka anak beresiko terkena talasemia mayor.
8. Riwayat Ibu Saat Hamil (Ante natal Core – ANC)
Selama masa kehamilan, hendaknya perlu dikaji secara mendalam adanya faktor resiko talasemia. Apabila diduga ada faktor resiko, maka ibu perlu diberitahukan resiko yang mungkin sering dialami oleh anak setelah lahir.
9. Data Keadaan Fisik Anak Thalasemia
 - a. KU = lemah dan kurang bergairah, tidak selincah anak lain yang seusia.
 - b. Kepala dan bentuk muka. Anak yang belum mendapatkan pengobatan mempunyai bentuk khas, yaitu kepala membesar dan muka mongoloid (hidung pesek tanpa pangkal hidung), jarak mata lebar, tulang dahi terlihat lebar.
 - c. Mata dan konjungtiva pucat dan kekuningan
 - d. Mulut dan bibir terlihat kehitaman
 - e. Dada, Pada inspeksi terlihat dada kiri menonjol karena adanya pembesaran jantung dan disebabkan oleh anemia kronik.
 - f. Perut, Terlihat pucat, dipalpasi ada pembesaran limpa dan hati (hepatospek nomegali).
 - g. Pertumbuhan fisiknya lebih kecil daripada normal sesuai usia, BB di bawah normal
 - h. Pertumbuhan organ seks sekunder untuk anak pada usia pubertas tidak tercapai dengan baik. Misal tidak tumbuh rambut ketiak, pubis ataupun kumis bahkan mungkin anak tidak dapat mencapai tapa odolense karena adanya anemia kronik.
 - i. Kulit, Warna kulit pucat kekuningan, jika anak telah sering mendapat transfusi warna kulit akan menjadi kelabu seperti besi. Hal ini terjadi karena adanya penumpukan zat besi dalam jaringan kulit (hemosiderosis).

G. DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN INTERVENSI

Diagnosa keperawatan yang sering muncul adalah:

1. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler yang diperlukan untuk pengiriman O₂ ke sel.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai O₂ dan kebutuhan.
3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kegagalan untuk mencerna atau ketidakmampuan mencerna makanan/absorpsi nutrisi yang diperlukan untuk pembentukan sel darah merah normal.
4. Resiko terjadi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan sirkulasi dan neurologis.

Intervensi keperawatan :

Dx. 1 Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler yang diperlukan untuk pengiriman O₂ ke sel

Kriteria hasil :

- a. Tidak terjadi palpitasi
- b. Kulit tidak pucat
- c. Membran mukosa lembab
- d. Keluaran urine adekuat
- e. Tidak terjadi mual/muntah dan distensi abdomen
- f. Tidak terjadi perubahan tekanan darah
- g. Orientasi klien baik.

Intervensi :

1. Awasi tanda-tanda vital, kaji pengisian kapiler, warna kulit/ membran mukosa, dasar kuku.
2. Tinggikan kepala tempat tidur sesuai toleransi (kontra indikasi pada pasien dengan hipotensi).
3. Selidiki keluhan nyeri dada, palpitasi.
4. Kaji respon verbal melambat, mudah terangsang, agitasi, gangguan memori, bingung.
5. Catat keluhan rasa dingin, pertahankan suhu lingkungan, dan tubuh hangat sesuai indikasi.
6. Kolaborasi pemeriksaan laboratorium, Hb, Hmt, AGD, dll.
7. Kolaborasi dalam pemberian transfusi.
8. Awasi ketat untuk terjadinya komplikasi transfusi

Dx. 2 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai O₂ dan kebutuhan.

Kriteria hasil : Menunjukkan penurunan tanda fisiologis intoleransi, misalnya nadi, pernapasan dan T_b masih dalam rentang normal pasien.

Intervensi :

1. Kaji kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas, catat kelelahan dan kesulitan dalam beraktivitas.
2. Awasi tanda-tanda vital selama dan sesudah aktivitas.
3. Catat respon terhadap tingkat aktivitas.
4. Berikan lingkungan yang tenang.
5. Pertahankan tirah baring jika diindikasikan.
6. Ubah posisi pasien dengan perlahan dan pantau terhadap pusing.
7. Prioritaskan jadwal asuhan keperawatan untuk meningkatkan istirahat.
8. Pilih periode istirahat dengan periode aktivitas.
9. Beri bantuan dalam beraktivitas bila diperlukan.
10. Rencanakan kemajuan aktivitas dengan pasien, tingkatkan aktivitas sesuai toleransi
11. Gerakan teknik penghematan energi, misalnya mandi dengan duduk

Dx. 3 Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kegagalan untuk mencerna atau ketidakmampuan mencerna makanan/absorpsi nutrisi yang diperlukan untuk pembentukan sel darah merah normal

Kriteria hasil :

1. Menunjukkan peningkatan berat badan/ BB stabil.
2. Tidak ada malnutrisi.

Intervensi :

1. Kaji riwayat nutrisi termasuk makanan yang disukai.
2. Observasi dan catat masukan makanan pasien.
3. Timbang BB tiap hari.
4. Beri makanan sedikit tapi sering.
5. Observasi dan catat kejadian mual, muntah, platus, dan gejala lain yang berhubungan.
6. Pertahankan higiene mulut yang baik.
7. Kolaborasi dengan ahli gizi.
8. Kolaborasi pemeriksaan laboratorium Hb, Hmt, BUN, Albumin, Transferin, Protein, dll.
9. Berikan obat sesuai indikasi yaitu vitamin dan suplai mineral, pemberian Fe tidak dianjurkan

IX. HOSPITALISASI

A. PENGERTIAN DAN MACAM-MACAM

Hospitalisasi merupakan suatu proses yang karena suatu alasan yang berencana atau darurat, mengharuskan klien untuk tinggal dirumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangnya kembali kerumah. Selama proses tersebut anak dan orang tua dapat mengalami berbagai kejadian yang menurut beberapa penelitian ditunjukkan dengan pengalaman yang sangat traumatic dan penuh dengan stress, (Supartini, 2004).

Berbagai perasaan yang sering muncul pada anak, yaitu : cemas, marah, sedih, takut, dan rasa bersalah (Wong, 2000 dalam Supartini, 2004). hospitalisasi ini merupakan perawatan yang dilakukan selama dirumah sakit dimana terdapat rasa penekanan akan sesuatu yang baru dan belum bisa menerima keadaan dan hospitalisasi juga dapat menimbulkan rasa tidak nyaman serta stress yang bisa dialami oleh klien maupun keluarga

Macam-macam hospitalisasi :

1. Hospitalisasi Informal
Perawatan dan pemulangan dapat diminta secara lisan, dan pasien dapat meninggalkan tempat pada tiap waktu, bahkan jika menentang dengan nasehat medis.
2. Hospitalisasi Volunter
Hospitalisasi volunter memerlukan permintaan tertulis untuk perawatan dan untuk pemulangan. Setelah pasien meminta pulang, dokter dapat mengubah hospitalisasi volunter menjadi hospitalisasi involuter.
3. Hospitalisasi Involunter
Hospitalisasi Involunter adalah sangat membatasi otonomi dan hak pasien. Keadaan ini tidak memerlukan persetujuan pasien dan seringkali digunakan untuk pasien yang berbahaya bagi dirinya sendiri dan orang lain. Hospitalisasi Involunter memerlukan pengesahan (sertifikasi) oleh sekurang-kurangnya dua dokter; pengesahan dapat berlaku sampai 60 hari dan dapat diperbaharui. Keadaan ini mungkin diminta oleh pengadilan sebagai jawaban atas permohonan dari rumah sakit atau anggota keluarga.
4. Hospitalisasi Gawat Darurat
Hospitalisasi Gawat Darurat (sementara atau persetujuan satu orang dokter) adalah bentuk yang mirip dengan komitmen involunter yang memerlukan pengesahan atau sertifikasi hanya oleh satu orang dokter; pengesahan berlaku selama 15 hari. Pasien harus diperiksa oleh dokter kedua

dalam 48 jam untuk menegakkan perlunya perawatan gawat darurat. Setelah 15 hari, pasien harus dipulangkan, diubah menjadi status involunter, atau diubah menjadi status volunter.

B. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI HOSPITALISASI

1. Berpisah dengan orang tua dan sparing.
2. Fantasi-fantasi dan unrealistic anxieties tentang kegelapan, monster, pembunuhan dan binatang buas diawali dengan yang asing.
3. Gangguan kontak social jika pengunjung tidak diizinkan
4. Nyeri dan komplikasi akibat pembedahan atau penyakit.
5. Prosedur yang menyakitkan dan takut akan cacat dan kematian

C. RENTANG RESPON HOSPITALISASI

Berbagai macam perilaku yang dapat ditunjukkan klien dan keluarga sebagai respon terhadap perawatannya dirumah sakit, sebagai berikut :

1. Reaksi anak terhadap hospitalisasi

a. Masa bayi (0 – 1 tahun)

Masalah utama terjadi adalah karena dampak dari perpisahan dengan orang tua sehingga ada gangguan pembentukan rasa percaya dan kasih sayang. Pada anak usia lebih dari 6 bulan terjadi stranger anxiety atau cemas atau cemas apabila berhadapan dengan orang yang tidak dikenalnya dan cemas karena perpisahan. Reaksi yang sering muncul pada anak ini adalah menangis, marah, dan banyak melakukan gerakan sebagai sikap stranger anxiety.

b. Masa toddler (1-3 tahun)

Respon perilaku anak akibat perpisahn dibagi dalam 3 tahap, yaitu :

1) Tahap Protes (Protest)

Dimanifestasikan dengan menangis kuat, menjerit dan memanggil ibunya atau menggunakan tingkah laku agresif agar orang lain tahu bahwa ia tidak ingin ditinggalkan orang tuanya serta menolak perhatian orang lain.

2) Tahap Putus Asa (Despair)

Anak tampak tenang, menangis berkurang, tidak aktif, kurang minat untuk bermain, tidak nafsu makan, menarik diri, sedih dan apatis.

3) Tahap menolak (Denial/Detachment)

Secara samar-samar anak menerima perpisahan, membina hubungan dangkal dengan orang lain serta kelihatan mulai menyukai lingkungan.

Anak akan kehilangan kebebasan dan pandangan egosentrisnya dalam mengembangkan otonominya sehingga menimbulkan regresi. Ketergantungan merupakan karakteristik dari peran sakit. Anak akan bereaksi terhadap ketergantungan dengan negatifistik dan agresif. Jika terjadi ketergantungan dalam jangka waktu lama (karena penyakit kronik) maka anak akan berespon dengan menarik diri dari hubungan interpersonal.

c. Masa prasekolah (3-6 tahun)

Akibat perpisahan akan menimbulkan reaksi seperti : menolak makan, menangis pelan-pelan, sering bertanya misalnya : kapan orang tuanya berkunjung, tidak kooperatif terhadap aktifitas sehari-hari. Kehilangan kontrol terjadi karena adanya pembatasan aktifitas sehari-hari dan karena kehilangan kekuatan diri. Anak pra sekolah membayangkan bahwa dirawat di rumah sakit merupakan suatu hukuman, dipisahkan, merasa tidak aman dan kemandiriannya dihambat. Anak akan berespon dengan perasaan malu, bersalah dan takut.

Anak merasa takut bila mengalami perlukaan, anak menganggap bahwa tindakan dan prosedur mengancam integritas tubuhnya. Anak akan bereaksi dengan agresif, ekspresif verbal dan depandensi.

d. Masa sekolah (6-12 tahun)

Anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit akan merasa khawatir akan perpisahan dengan sekolah dan teman sebayanya, takut kehilangan ketrampilan, merasa kesepian dan sendiri. Anak membutuhkan rasa aman dan perlindungan dari orang tua namun tidak memerlukan selalu ditemani oleh orang tuanya.

Perasaan kehilangan kontrol dan kekuatan terjadi karena adanya perubahan dalam peran, kelemahan fisik, takut mati dan kehilangan kegiatan dalam kelompok. Anak telah dapat mengekspresikan perasaannya dan mampu bertoleransi terhadap rasa

nyeri. Anak akan berusaha mengontrol tingkah laku pada waktu merasa nyeri atau sakit dengan cara menggigit bibir atau menggengam sesuatu dengan erat. Anak ingin tahu alasan tindakan yang dilakukan padanya, sehingga ia selalu mengamati apa yang dikatakan perawat.

e. Masa remaja (12 – 18 tahun)

Kecemasan yang timbul pada anak remaja yang dirawat di rumah sakit adalah akibat perpisahan dengan teman-teman sebaya dan kelompok. Anak tidak merasa takut berpisah dengan orang tua akan tetapi takut kehilangan status dan hubungan dengan teman sekelompok.

Reaksi yang timbul bila anak remaja dirawat, ia akan merasa kebebasannya terancam sehingga anak tidak kooperatif, menarik diri, marah atau frustrasi. Adanya perubahan dalam body image akibat penyakit atau pembedahan dapat menimbulkan stress atau perasaan tidak aman. Remaja akan berespon dengan banyak bertanya, menarik diri dan menolak orang lain

2. Reaksi keluarga terhadap hospitalisasi
 - a. Perasaan cemas dan takut
 - b. Perasaan sedih
 - c. Perasaan frustrasi

D. DAMPAK HOSPITALISASI

Hospitalisasi menimbulkan dampak pada lima aspek, yaitu :

1. Privasi

Refleksi perasaan nyaman pada diri seseorang dan bersifat pribadi. Bisa dikatakan, privasi adalah suatu hal yang sifatnya pribadi. Sewaktu dirawat di rumah sakit klien kehilangan sebagian privasinya.
2. Gaya Hidup

Perubahan gaya hidup disebabkan oleh perubahan situasi antara rumah sakit dan rumah tempat tinggal klien serta perubahan kondisi kesehatan klien. Aktifitas hidup yang klien jalani sewaktu sehat tentu berbeda aktifitas yang dijalankannya di rumah sakit.
3. Otonomi

Individu yang sakit dan dirawat di rumah sakit berada dalam posisi ketergantungan. Artinya ia akan “pasrah” terhadap tindakan apa pun, yang dilakukan oleh petugas kesehatan

demikian mencapai keadaan sehat. Ini menunjukkan bahwa klien yang dirawat di rumah sakit akan mengalami perubahan otonomi.

4. Peran

Peran dapat diartikan sebagai seperangkat perilaku yang diharapkan oleh individu sesuai dengan status sosialnya. Perubahan terjadi akibat hospitalisasi ini tidak hanya berpengaruh pada individu, tetapi juga pada keluarga. Perubahan yang terjadi antara lain: perubahan peran, masalah keuangan, kesepian, perubahan kebiasaan sosial.

E. PERAN PERAWAT TERHADAP HOSPITALISASI

Fokus dari intervensi keperawatan adalah meminimalkan stressor perpisahan, kehilangan kontrol dan perlukaan tubuh atau rasa nyeri pada anak serta memberi support kepada keluarga seperti membantu perkembangan hubungan dalam keluarga dan memberikan informasi :

1. Mencegah atau meminimalkan dampak dari perpisahan, terutama pada anak usia kurang dari 5 tahun:
 - a. Rooming In
 - b. Partisipasi Orang tua
 - c. Perawat berperan sebagai Health Educator terhadap keluarga.
 - d. Membuat ruang perawatan seperti situasi di rumah dengan mendekorasi dinding memakai poster atau kartu bergambar sehingga anak merasa aman jika berada di ruang tersebut.
 - e. Membantu anak mempertahankan kontak dengan kegiatan sekolah dengan mendatangkan tutor khusus atau melalui kunjungan teman-teman sekolah, surat menyurat atau melalui telpon
2. Mencegah perasaan kehilangan kontrol
 - a. Physical Restriction (Pembatasan Fisik)
 - b. Gangguan dalam memenuhi kegiatan sehari-hari
3. Meminimalkan rasa takut terhadap perlakuan tubuh dan rasa nyeri, perawat menjelaskan apa yang akan dilakukan, siapa yang dapat ditemui oleh anak jika dia merasa takut, dll.
4. Memaksimalkan manfaat dari hospitalisasi membantu memfasilitasi perubahan kearah positif antara anak dan anggota keluarga :
 - a. Membantu perkembangan hubungan orang tua – anak
 - b. Memberi kesempatan untuk pendidikan
 - c. Meningkatkan Self – Mastery
 - d. Memberi kesempatan untuk sosialisasi

5. Memberi support pada anggota keluarga : Memberi Informasi, melibatkan sibling.

F. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. Pada pengkajian biodata atau identitas klien dapat kita kaji meliputi: Nama, Umur, Jenis kelamin (L/P), Nomor CM, Ruang rawat, Tanggal masuk MRS.
2. Penanggung Jawab klien meliputi: Orag tua, Wali, atau,Orang lain
3. Faktor predisposisi
 - a. Tanyakan riwayat penyakit masa lalu klien yang pernah diderita dan trauma yang pernah dialami seperti aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga, tindakan kriminal, dan lain-lain, sehingga menyebabkan dia harus masuk rumah sakit atau hospitalisasi dan juga tanyakan pengobatan seperti apa yang pernah dilakukan klien.
 - b. Tanyakan pada klien apakah didalam anggota keluarganya ada yang mengalami gangguan jiwa
 - c. Kaji juga pengalaman yang tidak menyenangkan yang pernah dialami oleh klien.
4. Pemeriksaan fisik
 - a. Tanda Vital meliputi: tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi.
 - b. Ukur berat badan dan tinggi badan.
 - c. Perkembangan : untuk mengidentifikasi tingkat perkembangan saat ini dan keterampilan yang dicapai
5. Observasi respon terhadap hospitalisasi : untuk mengidentifikasi perilaku koping saat ini dan intesitas mereka.
6. Riwayat penyakit, hospitalisasi dan perpisahan sebelumnya untuk mengidentifikasi pola koping sebelumnya dan pengaruh koping tersebut.
7. Riwayat pengobatan : untuk mengidentifikasi keseriusan masalah dan pengaruhnya pada perkembangan kemampuan.
8. Persepsi tentang penyakit : untuk mengidentifikasi pemahaman pasien saat ini tentang penyakit dan alasan hospitalisasi.
9. Sistem pendukung yang tersedia : untuk mengidentifikasi tersedianya dan kesediaan keluarga untuk berpartisipasi dalam perawatan dan pemberian dukungan.
10. Koping keluarga : untuk menggambarkan kemampuan keluarga apakah memperlihatkan perilaku destruktif yang

jasas atau terselubung atau juga menunjukkan adaptasi merusak terhadap stressor.

11. Ketakutan, kecemasan dan kesedihan keluarga : untuk mengidentifikasi apakah keluarga mengalami suatu perasaan gangguan fisiologis ataupun emosional yang berhubungan dengan suatu sumber yang dapat diidentifikasi yang dirasakan membahayakan pasien saat dirawat dihospitalisasi

G. DIAGNOSA DAN INTERVENSI KEPERAWATAN

1. Ketakutan berhubungan dengan lingkungan rumah sakit yang menakutkan dan perpisahan dengan keluarga.
2. Ketidakefektifan coping individu berhubungan dengan sistem pendukung yang tidak adekuat
3. Ansietas berhubungan dengan kehilangan orang terdekat aktual atau yang dirasakan sekunder terhadap; perpisahan sementara.
4. Kurang aktivitas berhubungan dengan perawatan di rumah sakit dalam waktu lama

Intervensi Keperawatan:

Dx. 1 Ketakutan berhubungan dengan lingkungan rumah sakit yang menakutkan dan perpisahan dengan keluarga.

Tujuan : Pasien akan mengatasi secara efektif rasa takut yang dihubungkan dengan hospitalisasi.

Kriteria Hasil :

1. Salah satu dari keluarga tetap tinggal bersama pasien
2. Keluarga ikut berpartisipasi dalam pemberian makan, kebersihan dan kegiatan pasien sehari-hari.

Intervensi :

1. Beri dorongan kepada keluarga untuk menetap kedalam ruangan dengan pasien atau meminta anggota keluarga lain untuk bersama pasien.
2. Tanyakan kepada keluarga bagaimana mereka berharap untuk berpartisipasi dalam perawatan pasien
3. Orientasikan keluarga pada divisi, suplai dan lingkungan keperawatan

Dx. 2 Ketidakefektifan coping individu berhubungan dengan sistem pendukung yang tidak adekuat.

Tujuan dan Kriteria Hasil :

1. Mengidentifikasi respons-respons yang membahayakan atau mengabaikan

2. Mengungkapkan kebutuhan akan bantuan dalam mengatasi situasi
3. Menghubungi sumber-sumber komunitas yang tersedia.

Intervensi :

1. Terima perilaku agresif
2. Jelaskan kepada keluarga bahwa perilaku ini normal
3. Berikan kesempatan kepada pasien untuk keluar menghilangkan rasa takut dan perasaannya.

Dx. 3 Ansietas berhubungan dengan kehilangan orang terdekat aktual atau yang dirasakan sekunder terhadap; perpisahan sementara.

Tujuan dan Kriteria Hasil

1. Menggambarkan ansietas dan pola kopingnya
2. Menghubungkan peningkatan psikologi dan kenyamanan fisiologis
3. Menggunakan mekanisme koping yang efektif dalam menangani ansietas, seperti yang ditunjukkan.

Intervensi :

1. Kaji ansietas : ringan, sedang, berat, panik
2. Memberikan kenyamanan dan ketentraman hati
3. Singkirkan stimulasi yang berlebihan, batasi kontak dengan orang lain atau keluarga yang juga mengalami cemas
4. Bantu klien yang sedang marah: identifikasi adanya marah.
5. Bila berkenan, berikan aktivitas yang dapat mengurangi ketegangan

Dx. 4 Kurang aktivitas berhubungan dengan perawatan dirumah sakit dalam waktu lama.

Tujuan dan Kriteria Hasil :

1. Menceritakan perasaan bosan dan mendiskusikan metode tentang cara menemukan aktivitas yang dapat menghibur
2. Menceritakan metode koping dengan perasaan marah atau defresi yang disebabkan oleh kebosanan
3. Melaporkan adanya suatu peningkatan dalam aktivitas yang menyenangkan

Intervensi :

1. Rangsang motivasi dengan memperlihatkan minat dan mendorong untuk dapat saling berbagi perasaan-perasaan dan pengalaman-pengalaman
2. Bantu individu untuk mengatasi perasaan-perasaan marah dan berduka
3. Libatkan individu dalam merencanakan rutinitas sehari-hari
4. Rencanakan waktu untuk para pengunjung

X. BERMAIN

A. PENGERTIAN DAN KATEGORI

Bermain adalah suatu kegiatan yang dilakukan sesuai dengan keinginan untuk memperoleh kesenangan. Bermain adalah kegiatan yang dilakukan untuk kesenangan yang ditimbulkan tanpa mempertimbangkan hasil akhir

Kategori bermain diantaranya:

1. Bermain aktif

Anak banyak menggunakan energi inisiatif dari anak sendiri. Contoh : bermain sepak bola.

2. Bermain pasif

Energi yang dikeluarkan sedikit, anak tidak perlu melakukan aktivitas (hanya melihat). Contoh : memberikan support

B. FUNGSI BERMAIN

1. Perkembangan Sensori Motorik

Membantu perkembangan gerak dengan memainkan obyek tertentu, misalnya meraih pensil.

2. Perkembangan Kognitif

Membantu mengenal benda sekitar(warna,bentuk kegunaan)

3. Kreatifitas

Mengembangkan kreatifitas mencoba ide baru misalnya menyusun balok.

4. Perkembangan Sosial

Diperoleh dengan belajar berinteraksi dengan orang lain dan mempelajari belajar dalam kelompok.

5. Kesadaran Diri(Self Awareness)

Bermain belajar memahami kemampuan diri kelemahan dan tingkah laku terhadap orang lain.

6. Perkembangan Moral

Interaksi dengan orang lain bertingkah laku sesuai harapan teman menyesuaikan dengan aturan kelompok. Contoh : dapat menerapkan kejujuran.

7. Terapi

Bermain kesempatan pada anak untuk mengekspresikan perasaan yang tidak enak misalnya : marah,takut,benci.

8. Komunikasi

Bermain sebagai alat komunikasi terutama bagi anak yang belum dapat mengatakan secara verbal, misalnya : melukis, menggambar, bermain peran.

C. CIRI-CIRI BERMAIN

1. Selalu bermain dengan sesuatu atau benda
2. Selalu ada timbal balik interaksi
3. Selalu dinamis
4. Ada aturan tertentu
5. Menuntut ruangan tertentu

Hal-hal yang perlu diperhatikan agar aktivitas bermain menjadi stimulus yang efektif:

1. Perlu energi ekstra
2. Waktu yang cukup
3. Alat permainan
4. Ruang untuk bermain
5. Pengetahuan cara bermain
6. Teman bermain

D. KLASIFIKASI BERMAIN

1. Social affective play
Anak belajar memberi respon terhadap respon yang diberikan oleh lingkungan dalam bentuk permainan, misalnya orang tua berbicara memanjakan anak tertawa senang, dengan bermain anak diharapkan dapat bersosialisasi dengan lingkungan.
2. Sense of pleasure play
Anak memperoleh kesenangan dari satu obyek yang ada disekitarnya, dengan bermain dapat merangsang perabaan alat, misalnya bermain air atau pasir.
3. Skill play
Memberikan kesempatan bagi anak untuk memperoleh ketrampilan tertentu dan anak akan melakukan secara berulang-ulang misalnya mengendarai sepeda.
4. Dramatika play role play
Anak berfantasi menjalankan peran tertentu misalnya menjadi ayah atau ibu

Menurut Karakteristik Sosial

1. Solitary play
Jenis permainan dimana anak bermain sendiri walaupun ada beberapa orang lain yang bermain disekitarnya. Biasa dilakukan oleh anak balita Todler
2. Paralel play
Permainan sejenis dilakukan oleh suatu kelompok anak masing-masing mempunyai mainan yang sama tetapi yang satu dengan yang lainnya tidak ada interaksi dan tidak saling tergantung, biasanya dilakukan oleh anak pre school
Contoh : bermain balok

3. Asosiatif play
Permainan dimana anak bermain dalam keluarga dengan aktifitas yang sama tetapi belum terorganisasi dengan baik, belum ada pembagian tugas, anak bermain sesukanya.
4. Kooperatif play
Anak bermain bersama dengan sejenisnya permainan yang terorganisasi dan terencana dan ada aturan tertentu. Biasanya dilakukan oleh anak usia sekolah Adolesen

E. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI AKTIVITAS BERMAIN

1. Tahap perkembangan, tiap tahap mempunyai potensi/keterbatasan
2. Status kesehatan, anak sakit → perkembangan psikomotor kognitif terganggu
3. Jenis kelamin
4. Lingkungan → lokasi, negara, kultur.
5. Alat permainan → senang dapat menggunakan
6. Intelegensia dan status sosial ekonomi

BERMAIN DI RUMAH SAKIT

1. TUJUAN
 - a. Melanjutkan tugas kembang selama perawatan
 - b. Mengembangkan kreativitas melalui pengalaman permainan yang tepat
 - c. Beradaptasi lebih efektif terhadap stress karena sakit atau dirawat
2. PRINSIP
 - a. Tidak banyak energi, singkat dan sederhana
 - b. Mempertimbangkan keamanan dan infeksi silang
 - c. Kelompok umur sama
 - d. Melibatkan keluarga/orang tua.
3. UPAYA PERAWATAN DLM PELAKSANAAN BERMAIN
 - a. Lakukan saat tindakan keperawatan
 - b. Sengaja mencari kesempatan khusus
4. BEBERAPA HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN
 - a. Alat bermain
 - b. Tempat bermain
5. PELAKSANAAN BERMAIN DI RS DIPENGARUHI OLEH :
 - a. Faktor pendukung : Pengetahuan perawat, fasilitas kebijakan RS, kerjasama Tim dan keluarga

- b. Faktor penghambat : Tidak semua RS mempunyai fasilitas bermain

F. TAHAP PERKEMBANGAN BERMAIN

1. Tahap eksplorasi
Merupakan tahapan menggali dengan melihat cara bermain
2. Tahap permainan
Setelah tahu cara bermain, anak mulai masuk dalam tahap permainan.
3. Tahap bermain sungguhan
Anak sudah ikut dalam permainan.
4. Tahap melamun
Merupakan tahapan terakhir anak membayangkan permainan berikutnya.

G. KARAKTERISTIK BERMAIN SESUAI TAHAP PERKEMBANGANNYA

1. 1 BULAN
 VISUAL : Lihat dengan jarak dekat, gantungkan benda yang terang dan menyolok
 AUDITORI : Bicara dengan bayi, menyanyi, musik, radio, detik jam
 TAKTIL : Memeluk, menggendong, memberi kesenangan
 KINETIK : Mengayun, naik kereta dorong
2. 2-3 BULAN
 VISUAL : Buat ruangan menjadi tenang, gambar, cermin ditembok, bawa bayi ke ruangan lain, letakkan bayi agar dapat memandang disekitar
 AUDITORI : Bicara dengan bayi, beri mainan bunyi, ikut sertakan dalam pertemuan keluarga.
 TAKTIL : Memandikan , mengganti popok, menyisir rambut dengan lembut, gosok dengan lotion/bedak
 KINETIK : Jalan dengan kereta, gerakan berenang, bermain air
3. 4-6 BULAN
 VISUAL : Bermain cermin, anak nonton TV, beri mainan dengan warna terang
 AUDITORI : Anak bicara, ulangi suara yang dibuat, panggil nama, remas kertas didekat telinga, pegang mainan bunyi.

TAKTIL : Beri mainan lembut/kasar, mandi
cemplung/cebur

KINETIK : Bantu tengkurap, sokong waktu duduk

4. 6-9 BULAN

VISUAL : Mainan berwarna, bermain depan cermin,
”cilukba”, beri kertas untuk dirobek-robek.

AUDITORI : Panggil nama “Mama ...Papa, dapat menyebutkan bagian tubuh, beri tahu yang anda lakukan, ajarkan tepuk tangan dan beri perintah sederhana.

TAKTIL : Meraba bahan bermacam-macam tekstur, ukuran, main air mengalir, berenang

KINETIK : Letakkan mainan agak jauh lalu suruh untuk mengambilnya.

5. 9-12 BULAN

VISUAL : Perlihatkan gambar dalam buku, ajak pergi ke berbagai tempat, bermain bola, tunjukkan bangunan agak jauh.

AUDITORI : Tunjukkan bagian tubuh dan sebutkan, kenalkan dengan suara binatang

TAKTIL : Beri makanan yang dapat dipegang, kenalkan dingin, panas dan hangat.

KINETIK : Beri mainan

Mainan yang dianjurkan untuk Bayi 6-12 bulan :

- a. Blockies warna-warni jumlah, ukuran.
- b. Buku dengan gambar menarik
- c. Balon, cangkir dan sendok
- d. Boneka bayi
- e. Mainan yang dapat didorong dan ditarik

6. TODLER (2-3 TAHUN)

- a. Mulai berjalan, memanjat, lari
- b. Dapat memainkan sesuatu dengan tangannya
- c. Senang melempar, mendorong, mengambil sesuatu
- d. Perhatiannya singkat
- e. Mulai mengerti memiliki “ Ini milikku”
- f. Karakteristik bermain “Paralel Play”
- g. Toddler selalu bertengkar saling memperebutkan mainan/sesuatu
- h. Senang musik/irama

Mainan Untuk Toddler

- a. Mainan yang dapat ditarik dan didorong
- b. Alat masak
- c. Malam, lilin, boneka, Blockies, Telepon, gambar dalam buku, bola, dram yang dapat dipukul, krayon, kertas.

7. PRE-SCHOOL

- a. Cross motor and fine motors
- b. Dapat melompat, bermain dan bersepeda.
- c. Sangat energik dan imaginative
- d. Mulai terbentuk perkembangan moral
- e. Mulai bermain dengan jenis kelamin dan bermain dgn kelompok
- f. Karakteristik bermain Associative play, Dramatic play, Skill play
- g. Laki-laki aktif bermain di luar
- h. Perempuan didalam rumah

Mainan untuk Pre-school

- a. Peralatan rumah tangga
- b. Sepeda roda Tiga
- c. Papan tulis/kapur, Lilin, boneka, kertas, Drum, buku dengan kata simple, kapal terbang, mobil, truk

8. USIA SEKOLAH

- a. Bermain dengan kelompok dan sama dengan jenis kelamin
- b. Dapat belajar dengan aturan kelompok
- c. Belajar Independent, cooperative, bersaing, menerima orang lain.
- d. Karakteristik "Cooperative Play"
- e. Laki-laki : Mechanical
- f. Perempuan : Mother Role

Mainan untuk Usia Sekolah

- a. 6-8 TAHUN : Kartu, boneka, robot, buku, alat olah raga, alat untuk melukis, mencatat, sepeda.
- b. 8-12 TAHUN : Buku, mengumpulkan perangko, uang logam, pekerjaan tangan, kartu, olah raga bersama, sepeda, sepatu roda.

XI. BIMBINGAN ANTISIPASI DAN TOILET TRAINING

A. PENGERTIAN

Bimbingan antisipasi adalah petunjuk-petunjuk yang perlu diketahui lebih dahulu agar orang tua bisa mengarahkan dan membimbingnya secara bijaksana, sehingga anak dapat bertumbuh dan berkembang secara normal. Memberitahukan/upaya bimbingan kepada orang tua tentang tahapan perkembangan sehingga orang tua sadar akan apa yang terjadi dan dapat memenuhi kebutuhan sesuai dengan usia anak.

Toilet Training adalah suatu usaha untuk melatih anak agar mampu mengontrol dalam melakukan buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB). *Toilet Training* merupakan latihan kebersihan, dimana diperlukan kemampuan fisik untuk mengontrol sphincter ani dan uretra dan tercapai kadang – kadang setelah anak bisa berjalan.

B. TAHAPAN USIA BIMBINGAN ANTISIPASI

1. Anticipatory Guidance Pada Masa Bayi (0-12 Bulan)

a. Usia 6 (enam) bulan pertama

- ✓ Memahami adanya proses penyesuaian antara orang tua dengan bayinya, terutama pada ibu yang membutuhkan bimbingan/asuhan pada masa setelah melahirkan.
- ✓ Membantu orang tua untuk memahami bayinya sebagai individu yang mempunyai kebutuhan dan untuk memahami bagaimana bayi mengekspresikan apa yang diinginkan melalui tangisan.
- ✓ Menganjurkan orang tua untuk membuat jadwal kebutuhan bayi dan orang tuanya.
- ✓ Menyiapkan orang tua untuk memenuhi kebutuhan rasa aman dan kesehatan bagi bayi misalnya imunisasi.
- ✓ Menyiapkan orang tua untuk mengenalkan dan memberikan makanan padat.

b. Usia 6 (enam) bulan kedua

- ✓ Menyiapkan orang tua akan adanya ketakutan bayi terhadap orang yang belum dikenal (*stranger anxiety*).
- ✓ Menganjurkan orang tua untuk mengizinkan anaknya dekat dengan ayah dan ibunya serta menghindarkan perpisahan yang terlalu lama dengan anak tersebut.
- ✓ Menganjurkan untuk menggunakan suara yang negative dan kontak mata daripada hukuman badan sebagai suatu disiplin.

- ✓ Mengajarkan orang tua untuk memberikan lebih banyak perhatian ketika bayinya berkelakuan baik dari pada ketika ia menangis.
- ✓ Mengajarkan mengenai pencegahan kecelakaan karena ketrampilan motorik dan rasa ingin tahu bayi meningkat.
- ✓ Mengajarkan orang tua untuk meninggalkan bayinya beberapa saat dengan pengganti ibu yang menyusui.
- ✓ Mendiskusikan mengenai kesiapan untuk penyapihan.

2. Anticipatory Guidance Pada Masa Toddler (1-3 Tahun)

a. Usia 12-18 bulan

- ✓ Menyiapkan orang tua untukantisipasi adanya perubahan tingkah laku terutama negativism.
- ✓ Mengkaji kebiasaan makan dan secara bertahap penyapihan dari botol serta peningkatan asupan makanan padat.
- ✓ Menyediakan makanan selingan antara 2 waktu makan dengan rasa yang disukai.
- ✓ Mengkaji pola tidur malam, kebiasaan memakai botol yang merupakan penyebab utama gigi berlubang.
- ✓ Perlu ketentuan-ketentuan/disiplin dengan lembut untuk meminimalkan negativism, tempertantrum dan disiplin yang sesuai.
- ✓ Perlunya mainan yang dapat meningkatkan berbagai aspek perkembangan anak.

b. Usia 18-24 bulan

- ✓ Menekankan pentingnya persahabatan dalam bermain.
- ✓ Menggali kebutuhan untuk menyiapkan kehadiran adik baru.
- ✓ Menekankan kebutuhan akan pengawasan terhadap kesehatan gigi dan kebiasaan-kebiasaan pencetus gigi berlubang.
- ✓ Mendiskusikan metode disiplin yang ada.
- ✓ Mendiskusikan kesiapan psikis dan fisik anak untuk toilet training.
- ✓ Mendiskusikan berkembangnya rasa takut anak.
- ✓ Mengkaji kemampuan anak untuk berpisah dengan orang tua.

c. Usia 24-36 bulan

- ✓ Mendiskusikan pentingnya meniru dan kebutuhan anak untuk dilibatkan dalam kegiatan.

- ✓ Mendiskusikan pendekatan yang dilakukan dalam toilet training.
 - ✓ Menekankan disiplin harus tetap terstruktur dengan benar dan nyata, hindari kebingungan dan salah pengertian.
 - ✓ Mendiskusikan adanya taman kanak-kanak atau play group.
3. Anticipatory Guidance Pada Masa Preschool (3-5 Tahun)
- a. Usia 3 tahun
- ✓ Menganjurkan orang tua untuk meningkatkan minat anak dalam hubungan yang luas.
 - ✓ Menekankan pentingnya batas-batas / peraturan-peraturan.
 - ✓ Mengantisipasi perubahan perilaku agresif.
 - ✓ Menganjurkan orang tua menawarkan anaknya alternatif-alternatif pilihan pada saat anak bimbang.
- b. Usia 4 tahun
- ✓ Menyiapkan orang tua terhadap perilaku anak yang agresif, termasuk aktifitas motorik dan bahasa yang mengejutkan.
 - ✓ Menyiapkan orang tua menghadapi perlawanan anak terhadap kekuasaan orang tua.
 - ✓ Menganjurkan beberapa macam istirahat dari pengasuh utama, seperti menempatkan anak pada TK selama setengah hari.
 - ✓ Menyiapkan orang tua untuk menghadapi meningkatnya rasa ingin tahu seksual pada anak.
 - ✓ Menekankan pentingnya batas-batas yang realistis dari tingkah laku.
 - ✓ Mendiskusikan disiplin.
 - ✓ Menyiapkan orang tua untuk meningkatkan imajinasi di usia 4 tahun, dimana anak mengikuti kata hatinya dalam “ketinggian bicaranya” (bedakan dengan kebohongan) dan kemahiran anak dalam permainan yang membutuhkan imajinasi.
 - ✓ Menyarankan pelajaran berenang.
 - ✓ Menjelaskan perasaan-perasaan Oedipus dan reaksi-reaksinya. Anak laki-laki biasanya lebih dekat dengan ibunya dan anak perempuan dengan ayahnya. Oleh karena itu, anak perlu dibiasakan tidur terpisah dengan orang tuanya.

- ✓ Menyiapkan orang tua untuk mengantisipasi mimpi buruk anak dan menganjurkan mereka agar tidak lupa untuk membangunkan anak dari mimpi yang menakutkan.
 - c. Usia 5 tahun
 - ✓ Menyiapkan dan membantu anak memasuki lingkungan sekolah.
 - ✓ Mengingatnkan imunisasi yang lengkap sebelum masuk sekolah.
 - ✓ Meyakinkan bahwa usia tersebut adalah periode tenang pada anak
4. Anticipatory Guidance Pada Masa Usia Sekolah (6-12 Tahun)
- a. Usia 6 tahun
 - ✓ Bantu orang tua memahami kebutuhan mendorong anak berinteraksi dengan teman.
 - ✓ Ajarkan pencegahan kecelakaan dan keamanan terutama naik sepeda.
 - ✓ Siapkan orang tua akan peningkatan interst anak ke luar rumah.
 - ✓ Dorong orang tua untuk respek terhadap kebutuhan anak akan privacy dan menyiapkan kamar tidur yang berbeda.
 - b. Usia 7-10 tahun
 - ✓ Menekankan untuk mendorong kebutuhan akan kemandirian.
 - ✓ Tertarik beraktifitas di luar rumah.
 - ✓ Siapkan orang tua untuk perubahan pada wanita pubertas.
 - c. Usia 11-12 tahun
 - ✓ Bantu orang tua untuk menyiapkan anak tentang perubahan tubuh pubertas, anak wanita pertumbuhan cepat.
 - ✓ Sex education yang adekuat dan informasi yang adekuat
- C. PENCEGAHAN KECELAKAAN PADA ANAK DAN PENDIDIKAN KESEHATAN UNTUK ORANG TUA
1. Pencegahan Terhadap Kecelakaan
- a. *Masa Bayi*
 - 1) Jenis kecelakaan : Aspirasi benda, jatuh, luka baker, keracunan, kurang O2.
 - 2) Pencegahan
 - Aspirasi : bedak, kancing, permen (hati-hati).

- Kurang O2 : plastic, sarung bantal
- Jatuh : tempat tidur ditutup, pengaman (restraint), tidak pakai kursi tinggi.
- Luka bakar : cek air mandi sebelum dipakai
- Keracunan : simpan bahan toxic dilemari.

b. *Masa Toddler*

- 1) Jenis kecelakaan : Jatuh/luka akibat mengendarai sepeda., tenggelam, keracunan atau terbakar, tertabrak karena lari mengejar bola/balon, aspirasi dan asfiksia.
- 2) Pencegahan :
 - Awasi jika dekat sumber air.
 - Ajarkan berenang.
 - Simpan korek api, hati-hati terhadap kompor masak dan setrika.
 - Tempatkan bahan kimia/toxic di lemari.
 - Jangan biarkan anak main tanpa pengawasan.
 - Tempatkan barang-barang berbahaya ditempat yang aman.
 - Jangan biarkan kabel listrik menggantung atau mudah ditarik.
 - Hindari makan ikan yang ada tulang dan makan permen yang keras.
 - Awasi pada saat memanjat, lari, lompat karena sense of balance.

c. *Pra Sekolah*

- 1) Kecelakaan terjadi karena anak kurang menyadari potensial bahaya : obyek panas, benda tajam, akibat naik sepeda misalnya main di jalan, lari mengambil bola/layangan, menyeberang jalan.
- 2) Pencegahan ada 2 cara ;
 - Mengontrol lingkungan.
 - Mendidik anak terhadap keamanan dan potensial bahaya :
 - ✓ Jauhkan korek api dari jangkauan.
 - ✓ Mengamankan tempat-tempat yang secara potensial dapat membahayakan anak.
 - ✓ Cara menyeberang jalan, arti rambu-rambu lalulintas, cara mengendarai, perlu belajar mengontrol sepeda yang aman lingkungan.

d. *Usia Sekolah*

- 1) Anak sudah berpikir sebelum bertindak.
- 2) Aktif dalam kegiatan : mengendarai sepeda, mendaki gunung, berenang.

- 3) Perawat mengajarkan keamanan:
 - Aturan lalu-lintas bagi pengendara sepeda.
 - Aturan yang aman dalam berenang
 - Mengawasi pada saat anak menggunakan alat berbahaya : gergaji, alat listrik.
 - Mengajarkan agar tidak menggunakan alat yang bisa meledak/terbakar.
- e. Remaja
 - 1) Penggunaan kendaraan bermotor bila jatuh dapat : fraktur, luka pada kepala.
 - 2) Kecelakaan karena olah raga.
 - 3) Pencegahan:
 - Perlu petunjuk dalam penggunaan kendaraan bermotor sebelumnya ada negosiasi antara orang tua dengan remaja.
 - Menggunakan alat pengaman yang sesuai.
 - Melakukan latihan fisik yang sesuai sebelum melakukan olah raga.

D. TAHAPAN TOILET TRAINING DAN LANGKAH-LANGKAHNYA

1. Tahap Pengendalian Kandung Kemih

- a. Kurun waktu anak tidak memakai popok semakin lama. Ini artinya kandung kemihnya semakin berkembang dan kapasitas menyimpan lebih besar.
- b. Anak sadar kalau air seninya akan keluar dan memberitahukan kita apabila celananya basah.
- c. Anak bisa melapor tepat pada waktunya, sehingga orang tua bisa mengantarkannya ke toilet.
- d. Anak bisa pergi ke kamar kecil sendiri.
- e. Tidak mengompol di siang dan malam hari.

Prinsip dalam melakukan toilet training ada 3 langkah yaitu melihat kesiapan anak, persiapan dan perencanaan serta toilet training itu sendiri :

a. Melihat Kesiapan Anak

Kapan waktu yang tepat bagi orang tua untuk melatih toilet training. Tidak ada patokan umur anak yang tepat dan baku untuk toilet training, karena setiap anak mempunyai perbedaan dalam hal fisik dan proses biologisnya. Orang tua harus mengetahui kapan waktu yang tepat bagi anak untuk dilatih buang air dengan benar. Bukan orang tua yang menentukan kapan anak harus memulai proses toilet training akan tetapi anak

harus memperlihatkan tanda kesiapan toilet training, hal ini untuk mencegah terjadinya beberapa hal yang tidak diinginkan seperti pemaksaan dari orang tua atau anak trauma melihat toilet.

b. Persiapan dan Perencanaan

Ada 4 aspek dalam tahap persiapan dan perencanaan. Hal yang perlu diperhatikan sebagai berikut gunakan istilah yang mudah dimengerti oleh anak yang menunjukkan perilaku buang air besar (BAB)/buang air kecil (BAK). Orang tua memperlihatkan penggunaan toilet pada anak sebab pada usia anak ini cepat meniru tingkah laku orang tua. Orang tua hendaknya segera mungkin mengganti celana anak bila basah karena enkopresis (mengompol) atau terkena kotoran, sehingga anak akan merasa risih bila memakai celana yang basah dan kotor. Meminta pada anak untuk memberitahu atau menunjukkan bahasa tubuhnya apabila ia ingin buang air kecil (BAK) atau buang air besar (BAB) dan bila anak mampu mengendalikan dorongan buang air maka jangan lupa berikan pujian pada anak.

Ada juga persiapan dan perencanaan yang lain :

- 1) Mendiskusikan tentang toilet training dengan anak
Orang tua bisa menunjukkan dan menekankan bahwa pada anak kecil memakai popok dan pada anak besar memakai celana dalam. Orang tua juga bisa membacakan cerita tentang cara yang benar dan tepat ketika buang air.
- 2) Menunjukkan penggunaan toilet
Orang tua harus melakukan sesuai dengan jenis kelamin anak (ayah dengan anak laki-laki dan ibu dengan anak perempuan). Orang tua juga bisa meminta kakaknya untuk menunjukkan pada adiknya bagaimana menggunakan toilet dengan benar (d disesuaikan juga dengan jenis kelamin).
- 3) Membeli pispot sesuai dengan kenyamanan anak
Pispot digunakan untuk melatih anak sebelum ia bisa dan terbiasa untuk duduk di toilet. Anak bisa langsung menggunakan toilet orang dewasa, kemungkinan anak akan takut karena lebar dan terlalu tinggi untuk anak atau tidak merasa nyaman. Pispot disesuaikan dengan kebutuhan anak, diharapkan dia akan terbiasa dulu buang air di pispotnya baru kemudian diarahkan ke toilet sebenarnya.

- 4) Pilih dan rencanakan metode reward untuk anak
Dibutuhkan suatu bentuk reward atau reinforcement yang bisa menunjukkan kalau ada kemajuan yang dilakukan anak dengan sistem reward yang tepat. Anak juga bisa melihat sendiri kalau dirinya bisa melakukan kemajuan dan bisa mengerjakan apa yang sudah menjadi tugasnya sehingga hal ini akan menambah rasa mandiri dan percaya dirinya. Orang tua bisa memilih metode peluk cinta serta pujian di depan anggota keluarga yang lain ketika dia berhasil melakukan sesuatu atau mungkin orang tua bisa menggunakan sistem stiker/bintang yang ditempelkan di bagian “keberhasilan” anak.
- c. Toilet Training
- Proses toilet training ada beberapa hal yang perlu dilakukan, yaitu :
- 1) Membuat jadwal untuk anak
Orang tua bisa menyusun jadwal dengan mudah ketika orang tua tahu dengan tepat kapan anaknya bisa buang air besar (BAB) atau buang air kecil (BAK). Orang tua bisa memilih waktu selama 4 kali dalam sehari untuk melatih anak yaitu pagi, siang, sore, dan malam bila orang tua tidak mengetahui jadwal yang pasti BAK atau BAB pada anak.
 - 2) Melatih anak untuk duduk di pispotnya
Awalnya anak akan dibiasakan dulu duduk di pispotnya dan ceritakan padanya bahwa pispot itu digunakan sebagai tempat membuang kotoran. Orang tua bisa memulai memberikan rewardnya ketika anak bisa duduk dipisotnya selama 2 - 3 menit.
 - 3) Orang tua menyesuaikan jadwal yang dibuat dengan kemajuan yang diperlihatkan oleh anak
Misalnya hari ini pukul 09.00 pagi anak BAK di popoknya, maka esok harinya orang tua sebaiknya membawa anak ke pispotnya pada pukul 08.30 atau bila orang tua melihat bahwa beberapa jam setelah BAK yang terakhir anak tetap kering, bawalah dia ke pispot untuk BAK. Orang tua harus menjadi pihak yang pro aktif membawa anak ke pispotnya.
 - 4) Buatlah bagan anak supaya dia bisa melihat sejauh mana kemajuan yang bisa dicapainya dengan stiker lucu dan warna-warni, orang tua bisa meminta anaknya untuk menempelkan stiker tersebut di

bagian itu. Anak akan tahu sudah banyak kemajuan yang dia buat dan orang tua bisa mengatakan padanya orang tua bangga dengan usaha yang dilakukan anak.

E. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TOILET TRAINING

1. Faktor Yang Mempengaruhi Kesiapan Toilet Training

a. Minat

Minat tumbuh dari tiga jenis pengalaman belajar. Pertama, ketika anak-anak menemukan sesuatu yang menarik perhatian mereka. Kedua, mereka belajar melalui identifikasi dengan orang yang dicintai atau di kagumi. Ketiga, mungkin berkembang melalui bimbingan dan pengarahan seseorang yang mahir menilai kemampuan anak. Perkembangan kemampuan intelektual memungkinkan anak menangkap perubahan-peubahan pada tubuhnya sendiri dan perbedaan antara tubunya dengan tubuh temannya sebaya dengan orang dewasa, sehingga dengan adanya bimbingan atau pengarahan dari orang tua sangatlah mungkin seorang anak dapat melakukan toilet training sesuai apa yang diharapkan.

b. Pengalaman

Pengalaman merupakan sumber pengetahuan atau suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang telah diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa lalu.

c. Lingkungan

Lingkungan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terhadap pembentukan dan perkembangan perilaku individu baik lingkungan fisik maupun lingkungan sosio-psikologis termasuk di dalamnya adalah belajar.

2. Faktor Yang Mendukung Toilet Training

a. Kesiapan Fisik

- 1) Usia telah mencapai 18-24 bulan.
- 2) Dapat jongkok kurang dari 2 jam.
- 3) Mempunyai kemampuan motorik kasar seperti duduk dan berjalan.
- 4) Mempunyai kemampuan motorik halus seperti membuka celana dan pakaian.

- b. Kesiapan Mental
 - 1) Mengenal rasa ingin berkemih dan devekasi.
 - 2) Komunikasi secara verbal dan nonverbal jika merasa ingin berkemih.
 - 3) Keterampilan kognitif untuk mengikuti perintah dan meniru perilaku orang lain.
- c. Kesiapan Psikologis
 - 1) Dapat jongkok dan berdiri dit toilet selama 5-10 menit tanpa berdiri dulu.
 - 2) Mempunyai rasa ingin tahu dan penasarasan terhadap kebiasaan orang dewasa dalam BAK dan BAB.
 - 3) Merasa tidak betah dengan kondisi basah dan adanya benda padat dicelana dan ingin segera diganti.
- d. Kesiapan Anak
 - 1) Mengenal tingkat kesiapan anak untuk berkemih dan devekasi.
 - 2) Ada keinginan untuk meluangkan waktu untuk latihan berkemih dan devekasi pada anaknya.
 - 3) Tidak mengalami koflik tertentu atau stress keluarga yang berarti (Perceraian)

F. PENGKAJIAN MASALAH TOILET TRAINING

1. Pengkajian Fisik

Pengkajian fisik yang harus diperhatikan meliputi kemampuan motorik kasar, seperti : duduk, berjalan, meloncat, dan kemampuan motorik halus seperti : mampu melepas celana sendiri. Kemampuan motorik halus ini harus mendapat perhatian karena kemampuan untuk buang air besar ini lancar dan tidak ditunjang dari kemampuan fisik sehingga ketika anak berkeinginan buang air kecil atau besar sudah mampu dan siap melaksanakannya. Selain itu yang harus dikaji adalah pola buang air besar yang sudah teratur, tidak mengompol setelah tidur, dan lain-lain.

2. Pengkajian Psikologis

Pengkajian Psikologis yang dapat dilakukan adalah gambaran psikologis pada anak ketika akan melakukan buang air besar dan kecil, seperti : Anak tidak rewel ketika buang air besar, anak tidak menangis ketika buang air besar, Ekspresi wajah menunjukkan kegembiraan dan ingin melakukan secara sendiri, anak sabar dan mau tetap tinggal di toilet selama 5-10 menit tanpa rewel atau meninggalkannya, adanya keingintahuan kebiasaan toilet

training pada orang dewasa atau saudaranya, adanya ekspresi untuk menyenangkan orang tuanya.

3. Pengkajian Intelektual
 - a) Kemampuan anak untuk mengerti buang air besar dan buang air kecil
 - b) Kemampuan mengkomunikasikan buang air besar dan buang air kecil
 - c) Anak menyadari timbulnya buang air besar dan buang air kecil
 - d) Mempunyai kemampuan kognitif untuk meniru perilaku yang tepat seperti buang air kecil dan buang air besar pada tempatnya serta etika dalam buang air besar dan buang air kecil.

G. DAMPAK DAN CARA MELAKUKAN TOILET TRAINING

Dampak paling umum dalam kegagalan toilet training seperti adanya perlakuan atau aturan yang ketat bagi orang tua kepada anaknya yang dapat mengganggu kepribadian anak atau cenderung bersifat retentif dimana anak cenderung bersikap keras kepala bahkan kikir. Hal ini dapat dilakukan orang tua apabila sering memarahi anak pada saat buang air besar atau kecil, atau melarang anak saat berpergian.

Bila orang tua santai dalam memberikan aturan dalam toilet training maka anak akan dapat mengalami kepribadian ekspresif dimana anak lebih tega, cenderung ceroboh, suka membuat gara-gara, emosional dan seenaknya dalam melakukan kegiatan sehari-hari.

Yang boleh dan tidak boleh dalam melakukan tindakan toilet training adalah:

1. Tidak boleh membiarkan anak memilih sendiri dudukan toiletnya karena akan berbahaya bagi anak.
2. Membiarkan anak menyiram toilet, jika anak mau.
3. Memastikan anak mencuci tangan dengan baik setelah buang air.
4. Membandingkan kemajuan dengan anak lain

Cara – Cara Melakukan Toilet Training

1. Teknik Lisan

Usaha untuk melatih anak dengan cara memberikan intruksi pada anak dengan kata-kata sebelum dan sesudah buang air kecil dan buang air besar. Cara ini benar dilakukan oleh orang tua dan mempunyai nilai yang cukup besar dalam memberikan rangsangan untuk buang air kecil dan buang air besar. Dimana kesiapan psikologis anak akan semakin

matang sehingga anak mampu melakukan buang air kecil dan buang air besar.

2. Teknik Modeling

Usaha untuk melatih anak dalam melakukan buang air kecil dan buang air besar dengan cara memberikan contoh dan anak menirukannya. Cara ini juga dapat dilakukan dengan membiasakan anak buang air kecil dan buang air besar dengan cara mengajaknya ke toilet dan memberikan pispot dalam keadaan yang aman. Namun dalam memberikan contoh orang tua harus melakukannya secara benar dan mengobservasi waktu memberikan contoh toilet training dan memberikan pujian saat anak berhasil dan tidak memarahi saat anak gagal dalam melakukan toilet training.

Hal-hal yang perlu diperhatikan selama Toilet Training

1. Hindari pemakaian popok sekali pakai.
2. Ajari anak mengucapkan kata-kata yang berhubungan dengan buang air kecil dan buang air besar.
3. Motivasi anak untuk melakukan rutinitas ke kamar mandi seperti cuci tangan dan kaki sebelum tidur dan cuci muka disaat bangun tidur.
4. Jangan marah bila anak dalam melakukan toilet training

SOAL PRETEST/POSTEST

1. Seorang anak perempuan umur 5 th, BB: 10 kg, TB: 90 cm. Menurut keterangan ibunya anaknya sering mengalami demam, cepat letih, tidak ada nafsu makan, nyeri sendi dan tulang, nyeri abdomen, BB menurun. Hasil pemeriksaan fisik: hati bengkak teraba 1 jari, limpa: bengkak teraba 1 jari, wajah pucat
Apa diagnosa keperawatan utama pada kasus di atas?
 - a. Gangguan rasa nyaman nyeri
 - b. Gangguan pemenuhan nutrisi
 - c. Gangguan perfusi jaringan
 - d. Resiko komplikasi
 - e. Resiko injuri

2. Seorang bayi, usia 5 hari, usia gestasi 32 minggu dengan berat badan 2200 gram. Bayi tampak ikterus pada seluruh tubuhnya. Bayi mendapat fototerapi.
Apakah tindakan keperawatan yang menjadi prioritas untuk mencegah kerusakan integritas kulit pada kasus diatas ?
 - a. Mengkaji tanda-tanda dehidrasi
 - b. Monitor intake dan output cairan
 - c. Monitor kadar bilirubin 4 – 8 jam
 - d. Monitor temperatur bayi tiap 2 jam
 - e. Merubah posisi bayi secara berkala

3. Seorang anak laki-laki, usia 6 tahun, didiagnosa menderita leukemia, dan sekarang sedang menjalani kemoterapi, dia mengalami muntah-muntah, tidak selera makan, diare dan mukositis.
Apakah prioritas tindakan keperawatan yang harus diberikan pada anak tersebut?
 - a. Hindari pemajanan sinar matahari
 - b. Dorong peningkatan masukan cairan
 - c. Tekankan pentingnya kebersihan kulit
 - d. Dorong perawatan gigi menggunakan flourida
 - e. Beri cairan dan makanan yang sedikit tapi sering

4. Sekelompok anak usia 4 tahun, bermain di suatu ruangan, mereka masing-masing bermain dengan saling meminjam barang mainan yang satu dengan yang lain, tetapi mereka tidak bekerjasama.
Apakah klasifikasi bermain pada kasus tersebut ?
 - a. Parallel play
 - b. Solitary play

- c. Assosiatif play
 - d. Cooperatif play
 - e. Dramatic role play
5. Seorang anak laki-laki usia 6 tahun, penderita thalassemia β , mengeluh cepat lelah dan pusing, kulit tampak menghitam, perut buncit, saat dilakukan palpasi teraba keras di perut kiri atas. Anak masuk rumah sakit setiap bulan untuk mendapatkan transfusi darah sejak usia 1 tahun. Anak juga selalu mengkonsumsi obat untuk khelasi besi.
Apakah komplikasi yang ditemukan pada kasus tersebut ?
- a. Ikterik
 - b. Cepat lelah
 - c. Splenomegali
 - d. Facies Cooley
 - e. Deformitas tulang
6. Seorang bayi berusia 8 bulan mengalami gangguan proses pernapasan yang ditandai dengan adanya tacypnea, retraksi sternal, krekels inspirasi, pernapasan cuping hidung dan sianosis.
Apakah prioritas masalah keperawatan pada bayi tersebut ?
- a. Pola nafas tidak efektif
 - b. Gangguan pertukaran gas
 - c. Gangguan perfusi jaringan periper
 - d. Gangguan perfusi jaringan serebral
 - e. Tidak efektif kebersihan jalan napas
7. Anak berusia 3 tahun sedang mengalami diare. Klien buang air besar lebih dari 6 kali sehari, cair tanpa ampas. Keluarga tidak memperdulikan hal tersebut. Keluarga berpendapat bahwa diare pada anak adalah pertanda kemampuan anak akan bertambah
Apakah pendidikan kesehatan yang harus diberikan pada kasus tersebut ?
- a. Mengajarkan tentang diare
 - b. Memenuhi keinginan anak agar tidak rewel
 - c. Mengajarkan cara cuci tangan yang baik dan benar
 - d. Menganjurkan tetap memberikan makan dan minum
 - e. Menganjurkan keluarga mencatat banyaknya cairan yang keluar
8. Ibu dari seorang pasien anak umur 7 tahun mengeluh kepada perawat tentang keadaan anaknya yang tidak mau makan, BAB cair sebanyak 8x sejak pagi dan muntah-muntah sebanyak 5x. Anak tampak rewel dan lemah, mata tampak cekung, turgor kulit kembali >2 detik, dan mukosa bibir tampak kering
Apakah prioritas masalah keperawatan pada kasus tersebut ?

- a. Hipertermi
 - b. Cemas pada orangtua
 - c. Gangguan rasa nyaman
 - d. Kekurangan volume cairan
 - e. Nutrisi kurang dari kebutuhan
9. Seorang anak perempuan berusia 9 tahun dibawa keluarga ke RS dengan keluhan tidak sadarkan diri, hasil pemeriksaan didapatkan tampak bintik kemerahan di daerah ekstremitas atas dan bawah, timbul mimisan. Dari hasil pemeriksaan laboratorium hasil trombosit 70.000 g/ dl.
Apakah kondisi yang dialami oleh anak tersebut?
- a. DSS
 - b. Suspect DHF
 - c. DHFderajat I
 - d. DHFderajat II
 - e. DHF derajat III
10. Seorang anak laki-laki umur 8 tahun, menurut keterangan ibunya anak sering mengeluh pusing, badan lemas, mudah letih saat bermain, anoreksia, nyeri pada persendian dan nyeri pada abdomen. Hasil pemeriksaan fisik: BB 17 kg, Tb 105 cm, kulit pucat dan tampak lesu.
Apakah spesimen yang harus disiapkan perawat untuk mengetahui penyebab kasus tersebut?
- a. Urine
 - b. Darah
 - c. Faeces
 - d. Sputum
 - e. Apusan kulit
11. Seorang anak laki-laki umur 4 th dibawa ke UGD RS dengan keluhan demam. Hasil pengkajian ditemukan anak panas sudah 4 hari yang lalu, badan panas suhu 39,50 c, bibir kering, ada perdarahan hidung, mual muntah, anak tidak mau makan dan minum.
Pengkajian kulit apa yang perlu di kaji pada kasus diatas ?
- a. Lesi
 - b. Bula
 - c. Ruam
 - d. Petekhie
 - e. Vesikula

12. An I usia 3 bulan dirawat di RS dengan keluhan tidak ada pengeluaran mekonium setelah lahir, muntah berwarna hijau, tinja seperti pita. Hasil pemeriksaan fisik terdapat distensi abdomen, perut besar dan membuncit, BB menurun.
Apakah masalah utama pada kasus di atas?
- Gangguan rasa nyaman
 - Gangguan integritas kulit
 - Gangguan eliminasi BAB
 - Kekurangan volume cairan
 - Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan
13. Sepasang suami istri memberikan hadiah ulang tahun putrinya genap berusia 4 tahun berupa balok warna untuk bermain. Indah, demikian nama sang anak sangat gembira dan langsung menyusun berbagai macam balok membentuk bangun segiempat dan segitiga sambil menyebut warna balok yang dipegangnya
Apakah yang dapat distimulasi melalui permainan tersebut ?
- Bahasa
 - Kognitif
 - Motorik kasar
 - Motorik Halus
 - Tingkah laku sosial
14. Seorang anak laki-laki usia 10 tahun dirawat di RS dengan keluhan pucat, tidak nafsu makan dan perut membesar. Hasil pengkajian didapatkan pasien lemah, mempunyai riwayat tranfusi dan pernah dirawat sebelumnya dengan kasus yang sama.
Apakah pemeriksaan yang perlu dilakukan untuk menegakkan masalah kasus di atas?
- Palpasi edema
 - Palpasi turgor kulit
 - Palpasi kapilary refill
 - Palpasi lien dan hepar
 - Palpasi kelembaban kulit
15. Seorang anak perempuan berusia 13 bulan diantar ayahnya ke RS dengan keluhan sesak napas dan pucat, hasil pengkajian didapatkan kesadaran somnolen, takipnea, terdapat retraksi intercostal, suara napas terdengar mengi.
Apakah tindakan utama yang harus dilakukan perawat?
- Pemberian oksigen bila $SaO_2 \leq 90$
 - Pemberian kortikosteroid
 - Pemberian ondansentron

- d. Pemberian nebulizer
 - e. Pemberian antibiotik
16. Seorang anak perempuan berusia 3 tahun dirawat di RS dengan keluhan batuk produktif, hasil pengakajian didapatkan dahak sulit dikeluarkan, tampak anak di lakukan pemberian nebulizer. Apakah masalah keperawatan utama kasus di atas?
- a. Resti infeksi
 - b. Pola napas tidak efektif
 - c. Kerusakan pertukaran gas
 - d. Inefektif bersihan jalan napas
 - e. Resti perubahan perfusi jaringan
17. Seorang anak laki-laki berusia 4 tahun sangat aktif bergerak, seperti berjalan, memanjat, bahkan menggunakan benda-benda disekelilingnya (selain mainannya) untuk keperluan bermain, terkadang benda-benda yang menjadi pilihannya tergolong berbahaya. Ibu sangat cemas melihat perilaku anaknya tersebut. Apakah tindakan yang tepat disarankan oleh perawat kepada Ibu tersebut ?
- a. Menyarankan Ibu untuk menyediakan ruangan khusus untuk bermain anak
 - b. Menyarankan Ibu untuk melarang jika anak melakukan sesuatu yang dianggap berbahaya
 - c. Menyarankan Ibu untuk membimbing & mengontrol perilaku anak dengan bahasa yang dimengerti
 - d. Menyarankan Ibu untuk memberitahukan anak & mengingatkannya tentang hal-hal yang boleh dan tidak boleh dilakukan
 - e. Menyarankan Ibu untuk membiarkan saja apa yang dilakukan anak, karena anak pasti akan berhenti apabila sudah merasa bosan atau sakit
18. Seorang anak laki-laki yang berusia 11 bulan dibawa oleh ibunya ke Poli Thalasemia dengan keluhan mudah sakit, wajah yang pucat, sklera anemis. Hasil pemeriksaan Laboratorium 3 gr/dl, diagnosa medis Thalasemia. Apakah implementasi utama yang dilakukan?
- a. Memberikan cairan infus
 - b. Memberikan transfusi darah
 - c. Memberikan nutrisi yang adekuat
 - d. Memberikan informasi yang benar
 - e. Memberikan penkes tentang penyakit Thalasemia

19. Bayi baru lahir akan mengeluarkan tinja pertamanya (mekonium) dalam 24 jam pertama, namun pada bayi yang menderita penyakit Hisprung (akibat dari kelumpuhan usus besar dalam menjalankan fungsinya), maka tinja tidak dapat keluar, tinja akan keluar terlambat atau bahkan tidak dapat keluar sama sekali. Selain itu perut bayi juga akan terlihat mengembung, disertai muntah. Jika dibiarkan lebih lama, berat badan bayi tidak akan bertambah dan akan terjadi gangguan pertumbuhan. Apakah tindakan bedah sementara pada Bayi tersebut ?
- Kolostomi
 - Laparotomi
 - Colok dubur
 - Histeroskopi
 - Operasi besar
20. An. C laki-laki, berumur 2 tahun mengalami diare sejak 2 hari yang lalu, dibawa ke rumah sakit dalam kondisi dehidrasi dengan penurunan kesadaran.
Apa penyebab utama penurunan kesadaran An.C?
- Penurunan fungsi hemodinamik dan kelelahan jantung
 - Mekanisme diuresis pada kerusakan jaringan ginjal
 - Penekanan pada pusat vital dan kesadaran di otak
 - Hipoperfusi volume vaskuler ke jaringan serebral
 - Kondisi anak yang mengalami dehidrasi
21. Seorang bayi perempuan usia 5 hari, lahir aterm spontan dengan BB 3 kg dan panjang badan 55 cm dibawa ibunya ke poli anak dengan keluhan kulit bayi terlihat kuning. Ibu mengatakan ASI belum keluar dengan lancar. Hasil pengkajian diperoleh data bayi terlihat malas menyusui, dan hasil pemeriksaan darah menunjukkan kadar bilirubin indirek 10 mg/dl. Apakah tindakan yang diperlukan untuk mengatasi masalah diatas?
- Bayi dipuaskan sampai dengan kuningnya hilang
 - Beri minum yang cukup sesuai dengan kebutuhan
 - Anjurkan menjemur bayi di bawah matahari pagi
 - Berikan lampu penghangat di tempat tidur bayi
 - Lakukan perawatan pada payudara ibu
22. Seorang anak perempuan berusia 6 bulan dirawat di RS dengan keluhan batuk berdahak dan tidak bisa dikeluarkan, anak juga tidak mau menetek. Hasil pengkajian diperoleh data frekuensi nafas 40x/ menit, suhu 38,6 C, terdengar suara nafas ronchi, terdapat retraksi intercosta, pernapasan cuping hidung, dan membrane mukosa kering.
Apakah tindakan keperawatan yang utama untuk kasus diatas?
- Ajari ibu cara menyusui yang benar
 - Kolaborasi pemberian nebulizer

- c. Kolaborasi pemberian oksigen
 - d. Pemberian kompres hangat
 - e. Ajarkan batuk efektif
23. An I usia 3 bulan dirawat di RS dengan keluhan tidak ada pengeluaran mekonium setelah lahir, muntah berwarna hijau, tinja seperti pita. Hasil pemeriksaan fisik terdapat distensi abdomen, perut besar dan membuncit, BB menurun
Apakah intervensi keperawatan yang tepat dilakukan berdasarkan masalah di atas adalah?
- a. Beri intake yang adekuat
 - b. Bowel management
 - c. Perawatan kolostomi
 - d. Manajemen cairan
 - e. Manajemen nyeri
24. Seorang anak umur 6 tahun dirawat di RS ditemani oleh ibunya. Dalam pemeriksaan anak tersebut mengalami anemia dan demam berkepanjangan.
Apakah diagnosa medis yang diderita oleh anak tersebut?
- a. Leukimia Limfoblastik Akut (LLA)
 - b. Leukimia Limfositik Kronik (LLK)
 - c. Leukimia mielositik
 - d. Talasemia
 - e. Hemofilia
25. Seorang bayi usia 1 hari dirawat diRS, bayi diletakkan dalam inkubator, kondisi bayi letargi, demam dengan suhu $37,8^{\circ}$ C, reflek hisap lemah, kadar bilirubin tinggi > 15 mg, ikterik terlihat pada seluruh kulit tubuh dan sclera. Ibu mengatakan cemas dengan kondisi bayinya dan sedih tidak bersama bayinya.
Apakah masalah keperawatan utama pada kasus di atas?
- a. Gangguan integritas kulit
 - b. Kurang volume cairan
 - c. Gangguan parenting
 - d. Kecemasan
 - e. Hipertermi
26. Seorang anak laki-laki usia 3 tahun dirawat RS dengan keluhan bengkak diarea wajah: kelopak mata. Dokter menyatakan bahwa anak mengalami nefrotik syndrom. Pada saat pengkajian, perawat menemukan mata anak tertutup karena edema kelopak mata dan alis mata yang melekat. Apakah tindakan prioritas yang dapat dilakukan pada anak tersebut?

- a. Mengkaji kadar albumin dalam darah anak
 - b. Mengusapkan mata dengan air hangat
 - c. Mengoleskan salep mata sesuai program
 - d. Memberikan tetes mata
 - e. Berikan lotion
27. Seorang anak D usia 5 tahun datang ke Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Umum, sudah 6 hari mengalami demam, ditambah dengan keluhan ekstermitas teraba dingin nadi lemah tak teraba, muntah bercampur darah seperti kopi, berak berwarna hitam, ada perdarahan dari hidung dan gusi yang berat, bintik perdarahan dikulit disertai sering muntah.
Apakah tindakan pertama yang harus dilakukan pada anak D?
- a. Nasihati ibu untuk memberikan anaknya lebih banyak minum
 - b. Beri tambahan cairan atau oralit sebanyak mungkin
 - c. Cegah kadar gula darah agar tidak turun
 - d. Beri dosis pertama paracetamol
 - e. Segera beri cairan intravena
28. Seorang ibu membawa anak S usia 5 tahun ke RS Umum Daerah, dengan keluhan tidak nafsu makan, pucat dan lemah. Setelah dilakukan pengkajian oleh perawat didapatkan data bentuk muka yang mongoloid, hisung pesek tanpa pangkal hidung, jarak anatar kedua mata lebar, tulang dahi lebar, konjungtiva pucat, mulut dan bibir pucat, Hb 6 gr%.
Apakah intervensi yang pertama dilakukan pada An.S?
- a. Hindari pemberian makan yang mengandung es
 - b. Berikan makanan dalam porsi kecil tapi sering
 - c. Beri diet tinggi kalori tinggi protein (TKTP)
 - d. Penuhi kebutuhan nutrisi secara mencukupi
 - e. Lakukan transfuse darah sesuai protocol
29. Seorang anak D usia 7 tahun, dibawa ke Unit Gawat Darurat (UGD) RS Umum Daerah, dengan keluhan bengkak seluruh tubuh. Dari hasil pengkajian perawat ditemukan data BB sebelum sakit 22 kg, BB sekarang 31 kg, edema, BAK sedikit, sesak nafas dengan frekuensi 30x/menit, hasil laboratorium ditemukan proteinuria.
Dari penuturan diatas apakah yang menjadi prioritas utama dalam pelaksanaan keperawatan pada kasus anak D?
- a. Timbang berat badan anak
 - b. Baringkan pasien setengah duduk
 - c. Istirahat sampai edema tinggal sedikit
 - d. Berikan diet protein tinggi 2-3 gr/kg BB/hari
 - e. Berikan alas bantal pada kedua kakinya sampai tumit

30. Seorang bayi H baru lahir di RSUD daerah, dalam 24 jam ditemukan data tidak keluar mekonium, dua hari kemudian perut kembung, muntah berwarna hijau. Kemudian perawat melakukan pemeriksaan colok anus dan hasilnya keluar udara dan mekonium atau tinja yang menyemprot. Apakah implementasi keperawatan yang dilakukan pada bayi H?
- Mencegah terjadinya infeksi
 - Melakukan pemeriksaan biopsi
 - Kolaborasi tindakan bedah colostomy
 - Memberikan penjelasan kepada orangtua tentang penyakit
 - Melakukan spuling dengan air garam fisiologis hangat setiap hari
31. Perawatan yang dilakukan pada pasien anak seorang laki-laki berumur 5 tahun dirawat di rumah sakit. Pada saat dilakukan anamnesa ibunya mengatakan badan anaknya bengkak sejak 4 bulan. Pada hasil pemeriksaan fisik didapat adanya edema pada wajah, pada abdomen, dan pada ekstermitas bagian bawah, serta tekanan darah 150/80 mmHg, nadi 87x/menit, pernafasan 28x/menit, suhu 37,8°C. Dari penuturan diatas pada hasil pemeriksaan ditemukan penyebabnya adalah?
- Eksresi air dan Natrium
 - Penurunan tekanan osmotik koloid
 - Hipoalbuminemia akibat proteinuria
 - Peningkatan sekresi ADH dan Aldosteron
 - Peningkatan permeabilitas membran glomerulus
32. Seorang ibu mempunyai anak usia 2,5 tahun dan saat ini ibu tersebut sedang mengandung anak keduanya. Usia kehamilan adalah 8 bulan. Perawat akan memberikan bimbingan antisipasi pada ibu. Apakah yang dapat perawat sampaikan kepada ibu anak tersebut?
- Menyiapkan untuk proses penyapihan
 - Mengikutsertakan anak dalam proses perawatan bayi
 - Mempersiapkan anak untuk tidur terpisah dengan ibunya
 - Mengurangi kecemasan pada anak terhadap stress yang dialami
 - Menyiapkan orangtua bahwa anaknya akan segera diberikan makanan padat
33. Seorang anak laki-laki berumur 4 tahun, sudah 6 hari dirawat di ruangan anak karena mengalami demam. Saat ini kondisi anak sudah mulai membaik, tetapi masih dipasang infuse. Sehari-hari aktifitas anak berbaring dan menonton TV. Apakah permainan tepat yang dapat perawat berikan pada anak tersebut?
- Bermain di luar ruangan
 - Permainan yang aktif dan energik
 - Memerlukan teman dalam bermain
 - Dapat digabungkan dengan berbagai usia

- e. Beri permainan sesuai usia tanpa aktivitas berlebihan
34. Seorang anak laki-laki berusia 3 tahun, sudah 2 hari dirawat di ruang anak dengan keluhan demam. Saat perawat akan melakukan pemeriksaan fisik, anak menangis dan berteriak serta menolak kehadiran perawat. Apa tindakan yang dapat perawat lakukan pada anak tersebut?
- Memberikan anak mainan sesuai keinginan anak
 - Memberitahukan apa yang terjadi pada diri anak saat ini
 - Menggunakan nada suara yang lembut dan bicara lambat
 - Memberikan kesempatan anak untuk mengekspresikan kecemasannya
 - Memberikan kesempatan pada anak untuk menyentuh alat pemeriksaan
35. Seorang anak perempuan berusia 2 tahun, BAB cair, mencret sering, popok terpasang, anak rewel, turgor kulit baik, intake cairan adekuat, infus terpasang. Apakah tindakan perawatan yang paling tepat yang diberikan pada kasus tersebut?
- Pemberian rasa nyaman
 - Pencegahan iritasi perianal
 - Pencegahan komplikasi diare
 - Pemenuhan kebutuhan bermain
 - Pemenuhan cairan dan elektrolit
36. Seorang bayi perempuan An. I usia 8 bulan dibawa ibunya ke RS dengan keluhan batuk berdahak dan pilek yang sudah berlangsung 2 hari. Saat diperiksa oleh perawat terdengar suara ronchi, frekuensi nafas 50x/menit. Saat bernafas ada tarikan ke dalam epigastrium, nafsu makan menurun, suhu 37,5° C. Apakah masalah keperawatan utama pada anak I?
- Hipertermi
 - Defisit volume cairan
 - Ketidakefektifan pola nafas
 - Bersihan jalan nafas tidak efektif
 - Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
37. Seorang anak laki-laki yang berusia 5 tahun dibawa ke RS oleh ibunya dengan keluhan bahwa anak demam sudah 5 hari dan panasnya naik turun, disertai nyeri kepala. Ibu juga menyatakan bahwa bab encer dan berlendir. Dari hasil pemeriksaan saat ini tubuhnya 38,5 C dan uji torniquet (+) Apa pemeriksaan penunjang untuk memastikan penyakit anak tersebut?
- Pemeriksaan feses
 - Pemeriksaan widal

- c. Pemeriksaan kultur
 - d. Pemeriksaan elektrolit
 - e. Pemeriksaan trombosit
38. Seorang bayi perempuan usia 10 bulan dibawa ibunya ke Puskesmas dengan keluhan BAB cair 5x sehari. Ibu mengatakan bayinya rewel, haus tetapi minum masih lahap. Hasil pengkajian perawat: bayi gelisah, mata cekung, cubitan kulit perut kembali lambat, nadi 110x/mnt, suhu: 37,5° C Apakah klasifikasi masalah kesehatan bayi tersebut berdasarkan tanda-tanda di atas?
- a. Diare dehidrasi ringan sedang
 - b. Diare tanpa dehidrasi
 - c. Diare dehidrasi berat
 - d. Diare persisten berat
 - e. Diare persisten
39. Seorang anak Y usia 5 tahun sedang dirawat di rumah sakit sudah 2 hari karena penyakit demam berdarah. Y sangat ketakutan jika perawat datang untuk memantau keadaannya dan selalu tidak kooperatif terhadap prosedur yang dilakukan. Terlihat Y memeluk ibunya sangat erat. Anak Y juga tidak mau makan atau minum dan sering menangis
- Intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan di atas adalah:
- a. Beri penjelasan sesuai usia tentang prosedur tindakan yang mungkin dilihat
 - b. Jaga penghalang tempat tidur agar tetap terpasang dengan aman
 - c. Minimalkan lingkungan seperti rumah sakit seoptimal mungkin
 - d. Anjurkan pemberian cairan yang adekuat
 - e. Berikan asupan nutrisi yang adekuat
40. Anak I usia 3,5 tahun di rawat di rumah sakit karena menderita typhoid. An I menolak makan, menangis pelan-pelan, sering bertanya kapan ayahnya berkunjung, tidak kooperatif terhadap aktifitas sehari-hari, merasa ketakutan bila akan dilakukan tindakan perawatan Reaksi anak usia ini pada hospitalisasi adalah:
- a. Reaksi agresif
 - b. Terjadi stranger anxiety
 - c. Terpengaruh kelompok sebayanya
 - d. Gangguan peran orang tua dan keluarga
 - e. Regresi terhadap keterampilan yang lama

41. Seorang bayi berusia 8 bulan diantar oleh orang tuanya ke UGD dengan keluhan sesak nafas sejak kemarin. Hasil pengkajian diperoleh data frekuensi nafas 60x/ menit, terdapat pernapasan cuping hidung, tarikan dinding dada ke dalam dan terdengar suara nafas stridor. Apakah rencana keperawatan yang tepat pada kasus diatas?
 - a. Kolaborasi pemberian terapi inhalasi
 - b. Berikan oksigen sesuai program
 - c. Kaji tanda-tanda sianosis
 - d. Atur posisi semi fowler
 - e. Kaji dan catat TTV

42. Seorang bayi perempuan usia 5 hari, lahir aterm spontan dengan BB 3kg dan panjang badan 55 cm dibawa ibunya ke poli anak dengan keluhan kulit bayi terlihat kuning. Ibu mengatakan ASI belum keluar dengan lancar. Hasil pengkajian diperoleh data bayi terlihat malas menyusui, dan hasil pemeriksaan darah menunjukkan kadar bilirubin indirek 10 mg/dl. Apakah tindakan yang diperlukan untuk mengatasi masalah diatas?
 - a. Bayi dipuaskan sampai dengan kuningnya hilang
 - b. Beri minum yang cukup sesuai dengan kebutuhan
 - c. Anjurkan menjemur bayi di bawah matahari pagi
 - d. Berikan lampu penghangat di tempat tidur bayi
 - e. Lakukan perawatan payudara ibu

43. Seorang anak laki-laki berusia 6 tahun di rawat di rumah sakit dengan keluhan mual, muntah disertai nyeri ulu hati, ibu mengatakan anaknya hanya dapat menghabiskan ½ porsi makan. Hasil pengkajian diperoleh dan frekuensi nafas 20x/ menit, frekuensi nadi 81x/ menit suhu 38, 6 C, dan terdapat hepatomegaly. Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus di atas?
 - a. Resiko kekurangan volume cairan
 - b. Nutrisi kurang dari kebutuhan
 - c. Intoleransi aktivitas
 - d. Hipertermi
 - e. Nyeri

44. Seorang anak perempuan berusia 5 tahun di rawat di rumah sakit dengan keluhan buang air besar encer, nyeri perut dan anak tampak lemas. Hasil pemeriksaan diperoleh data suhu 37,5 C, frekuensi nadi 98x/ menit, frekuensi nafas 30x/ menit, muntah 2 kali, mata tidak cekung, bising usus hiperaktif dan turgor kulit menurun. Hasil pemeriksaan laboratorium

- didapatkan natrium 131 mmol/L, kalium 8,3 mmol/L, chloride mmpl/L. Apakah rencana keperawatan yang paling tepat pada kasus di atas?
- Kaji tingkat skala nyeri
 - Berikan kompres hangat
 - Kaji tingkat aktivitas anak
 - Berikan cairan dan elektrolit
 - Berikan nutrisi sedikit tapi sering
45. Seorang anak perempuan berusia 4 bulan dirawat di RS dengan keluhan batuk berdahak. Hasil pengkajian diperoleh data frekuensi nadi 140x/ menit, frekuensi nafas 30x/ menit, suhu 38,6 C, terdengar suara nafas ronchi, terdapat retraksi intercosta, pernapasan cuping hidung, dan membrane mukosa kering. Manakah masalah keperawatan yang utama pada kasus diatas?
- Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan
 - Bersihkan jalan nafas tidak efektif
 - Kurangnya volume cairan
 - Pola nafas tidak efektif
 - Hipertermi
46. Seorang anak laki-laki usia 2 tahun dibawa ibunya ke poli anak dengan keluhan BAB cair dengan frekuensi 5x/ hari disertai muntah, nafsu makan berkurang dan sulit tidur. Hasil pengkajian didapatkan suhu 38,7 C, cubitan kulit perut lambat kembali, dan mukosa bibir kering. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- Gangguan cairan
 - Gangguan nutrisi
 - Gangguan istirahat
 - Gangguan rasa nyaman\
 - Resiko gangguan integritas kulit
47. Seorang bayi laki-laki usia 1 minggu dibawa ke RS dengan keluhan sesak dan tidak mau mentee. Hasil pengkajian diperoleh data, frekuensi pernafasan 80x/ menit, frekuensi nadi 100x/ menit, suhu 36,5 C, BB 3200 gr, bayi tampak sianosis terdapat pernafasan cuping hidung dan terlihat penggunaan otot pernafasan tambahan. Apakah prioritas keperawatan pada kasus diatas?
- Gangguan nutrisi
 - Gangguan pola nafas
 - Resiko tinggi hipotermi

- d. Gangguan pertukaran gas
 - e. Gangguan transportasi oksigen
48. Bayi laki-laki usia 9 bulan dirawat di RS. Hasil pengkajian didapatkan data frekuensi nafas 53x/ menit, frekuensi nadi 92x/ menit, suhu 39 C, tampak tarikan dinding dada dan pernapasan cuping hidung. Apakah tindakan keperawatan yang utama pada kasus diatas?
- a. Beri oksigen 2 liter/menit
 - b. Lakukan personal hygiene
 - c. Posisikan bayi semi fowler
 - d. Lakukan physioterapi dada
 - e. Berikan terapi inhalasi sesuai program
49. Seorang anak perempuan berusia 2,5 tahun dirawat di ruang anak dengan keluhan demam. Ketika perawat melakukan wawancara dengan ibunya, anak terus menangis dan mengganggu ibunya walaupun berkali-kali ibu menyuruh anak untuk diam. Karena merasa terganggu, ibu membentak dan mengatakan “jika kamu tidak diam, perawat akan memberimu suntik”. Saat itu anak langsung menangis pelan dan memeluk kaki ibunya. Bagaimana cara perawat mengatasi permasalahan komunikasi tersebut?
- a. Tidak melakukan tindakan karena saat itu anak sudah diam
 - b. Mengatakan pada ibu untuk tidak menakut-nakuti anaknya
 - c. Memeluk anak dan memberikan kertas dan krayon untuk menggambar
 - d. Mengatakan pada anak bahwa dia tidak menyuntik karena anak tidak mau diam
 - e. Memberikan krayon dan kertas pada anak sementara dia melakukan wawancara dengan ibunya
50. Seorang anak laki-laki, usia 6 tahun, didiagnosa menderita leukemia, dan sekarang sedang menjalani kemoterapi, dia mengalami muntah-muntah, tidak selera makan, diare dan mukositis. Apakah prioritas tindakan keperawatan yang harus diberikan pada anak tersebut?
- a. Hindari pemajanan sinar matahari
 - b. Dorong peningkatan masukan cairan
 - c. Tekankan pentingnya kebersihan kulit
 - d. Dorong perawatan gigi menggunakan flourida
 - e. Dorong cairan dan makanan yang dapat ditoleransi anak, sedikit tapi sering

51. Seorang anak perempuan berumur 5 tahun 1 bulan dirawat di bangsal perawatan anak karena demam. Anak merengek minta pulang dan menangis setiap kali didekati oleh perawat. Saat ini perawat akan mengukur suhu badan anak. Apakah tindakan pertama yang tepat dilakukan oleh perawat?.
- Menganjurkan orang tua untuk mengukur suhu anak
 - Merayu anak untuk dipasang thermometer
 - Mengkaji siapa orang terdekat anak.
 - Mengajarkan orang tua cara mengukur suhu tubuh anak
 - Meminta anak untuk menyentuh thermometer
52. Seorang anak laki-laki usia berumur 5 tahun dibawa ke UGD karena demam sudah 3 hari tidak turun-turun. Anak akan diambil darahnya untuk pemeriksaan laboratorium. Setelah diberitahukan diambil darahnya anak menolak dan mengatakan takut. Bagaimana perawat melakukan komunikasi kepada anak tersebut ?.
- “Cuma diambil darah aja kok Andi takut. Itu namanya penakut.”
 - “Apa yang membuat Andi takut diambil darahnya? sini ceritakan pada suster”
 - “Makanya Andi kalau takut diambil darahnya. Jaga kesehatan supaya nggak sakit”.
 - Anak laki-laki nggak boleh takut diambil darahnya”
 - Teman sebelah andi juga diambil darahnya tapi nggak takut, masak Andi takut, berarti Andi kalah dong sama temannya di sebelah
53. Seorang anak laki-laki yang berusia 11 bulan dibawa oleh ibunya ke Poli Thalasemia dengan keluhan mudah sakit, wajah yang pucat, sklera anemis. Hasil pemeriksaan laboratorium 3 gr/dl, diagnosa medis Thalasemia. Apakah implementasi utama yang dilakukan.
- Memberikan cairan infus.
 - Memberikan transfusi darah.
 - Memberikan nutrisi yang adekuat.
 - Memberikan informasi yang benar.
 - Memberikan penyuluhan kesehatan
54. Seorang anak mengalami kekurangan cairan. Data apakah yang ditemukan perawat saat pengkajian dan memutuskan bahwa kondisi anak mengalami peningkatan serta kekurangan cairan teratasi ?
- Anak lemah
 - Berat jenis urine 1.030

- c. Anak tidak mengeluarkan air mata
 - d. Pengeluaran urine kurang dari 1 mL/kg/jam
 - e. Capillary refill time (CRT) kurang dari 2 detik
55. Sekelompok anak usia 5 tahun, bermain dengan melakukan pembagian peran sebagai guru dan murid, dengan saling berinteraksi antara satu dengan lainnya. Apakah fungsi bermain yang tepat pada kasus tersebut ?
- a. Sosial
 - b. Moral
 - c. Sensorik
 - d. Kreativitas
 - e. Kesadaran diri
56. Seorang anak perempuan berusia 6 tahun dirawat di ruang anak dengan keluhan demam. Ketika perawat melakukan wawancara dengan ibunya, anak terus merengek ingin cepat pulang dan bermain dengan teman-temannya, ibu mengatakan khawatir karena anaknya lebih suka main di luar rumah. Apakah saran perawat mengenai hal tersebut?
- a. Mendinginkan anak tersebut
 - b. Melarang anak untuk bermain di luar rumah
 - c. Mengatakan pada ibu untuk menasehati anaknya
 - d. Meminta orang tua untuk menyiapkan pengasuh di rumah
 - e. Membantu orang tua memahami kebutuhan mendorong anak berinteraksi
57. Orangtua dari seorang klien berumur 2 tahun tiba di rumah sakit untuk menengok anaknya. Anaknya sedang berada di ruang bermain dan mengabaikan orangtuanya selama kunjungan tersebut. Perawat memberitahu orangtua terkait perilaku anaknya tersebut. Apakah perilaku yang ditunjukkan oleh anak tersebut?
- a. Anak menarik diri
 - b. Anak memperlihatkan pola normal
 - c. Anak sedang kesal kepada orang tua
 - d. Anak sedang marah kepada orang tua
 - e. Anak telah menyesuaikan diri dengan kondisi rumah sakit
58. Seorang perawat sedang merawat seorang anak berusia 5 tahun yang telah dipasang traksi setelah mengalami fraktur pada femur. Apakah aktivitas bermain yang paling tepat untuk anak tersebut?
- a. Biblioterapi
 - b. Bermain balok
 - c. Bermain *puzzle*

- d. Melihat video musik
 - e. Melihat buku bergambar ukuran besar
59. Orangtua seorang anak berusia 4 tahun memperlihatkan kekhawatirannya ketika melihat anaknya yang sedang dirawat mulai mengisap ibu jarinya. Ibunya mengatakan bahwa perilaku tersebut terjadi setelah 2 hari dirawat. Apakah masalah keperawatan/diagnosa yang tepat pada kondisi anak tersebut?
- a. Cemas
 - b. Regresi
 - c. Ketergantungan
 - d. Koping tidak efektif
 - e. Perilaku menyimpang
60. Seorang perawat sedang merawat anak yang menderita leukimia dan ia mencatat bahwa anak tersebut memiliki turgor kulit yang buruk, leher yang rata dan pembuluh darah vena di tangan (*hand veins*) yang buruk. Perawat menduga anak mengalami hiponatremia. Tanda/gejala tambahan apakah yang mungkin didapatkan perawat jika hiponatremia benar terjadi?
- a. Nadi lambat
 - b. Kelemahan otot
 - c. Haus yang sangat
 - d. Membran mukosa kering
 - e. Perubahan tekanan darah postural
61. Orangtua dari seorang anak berusia 3 tahun memberitahu perawat bahwa anaknya sering memberontak dan mengamuk (*temper tantrum*). Apakah yang harus dianjurkan perawat kepada orangtua tersebut?
- a. Berikan batasan pada perilaku anak
 - b. Abaikan anak ketika perilaku itu terjadi
 - c. Lakukan isolasi untuk mencegah terjadinya cedera
 - d. Biarkan perilaku karena ini adalah normal pada periode usia ini
 - e. Menghukum anak setiap kali anak mengatakan “tidak” untuk mengubah perilaku
62. Seorang bayi usia 8 bulan dirawat di bangsal perawatan anak karena demam. Selama perawatan untuk mengurangi respon kecemasan perawat memainkan alat kerincingan ketika berinteraksi dengan si bayi. Apakah arti dari stimulasi bayi dengan menggunakan permainan suara tersebut?

- a. Membantu perkembangan sensorik dan motorik
 - b. Membantu perkembangan kognitif
 - c. Meningkatkan sosialisasi anak
 - d. Meningkatkan kreativitas
 - e. Memberi kesenangan
63. Sekelompok anak usia 3-6 tahun, bermain bersama-sama dengan saling berinteraksi antara satu dengan lainnya. Bermain yang menunjukkan perasaan senang dalam berhubungan dengan orang lain ini disebut?
- a. Bermain afektif sosial
 - b. Bersenang-senang
 - c. Keterampilan
 - d. Soliter
 - e. Drama
64. Seorang ibu menceritakan bahwa anaknya yang berusia 7 tahun sampai saat ini masih BAB di celana karena tidak mau ke kamar mandi dan si ibu sering memarahi anak tersebut. Apakah dampak yang mungkin muncul dalam kegagalan toilet training ini?
- a. Dapat memiliki kepribadian yang pasif
 - b. Anak lebih ekspresif
 - c. Anak menjadi malu
 - d. Bersifat retentif
 - e. Bersifat aktif
65. Seorang bayi berusia 3 hari menderita hiperbilirubin akan dilakukan tindakan fototerapi. Apakah salah satu tindakan yang benar pada prosedur pelaksanaan fototerapi tersebut?
- a. Periksa kadar bilirubin tiap 8 jam atau 1 x dalam 24 jam
 - b. Buka pakaian bayi pada bagian dada
 - c. Biarkan kedua mata tetap terbuka
 - d. Jarak bayi dengan lampu 20 cm
 - e. Posisi bayi tidak diubah-ubah
66. Seorang bayi berusia 3 hari lahir dengan kurang bulan dan berat badan lahir rendah, kondisi bayi letargi, tidak mau minum dan reflek menghisap lemah, bayi dirawat dalam inkubator dan dilakukan fototerapi. Ibu merasa sedih karena tidak bisa bertemu dan menyusui bayinya setiap waktu. Apakah diagnosa/masalah keperawatan yang mungkin muncul pada kondisi tersebut di atas?

- a. Resiko injury
 - b. Kurang pengetahuan
 - c. Gangguan integritas kulit
 - d. Kurangnya volume cairan
 - e. Resiko tinggi perubahan menjadi orang tua
67. Balita laki-laki berusia 4 tahun dirawat di RS dengan keluhan sesak nafas. Hasil pengkajian didapatkan data: frekuensi nafas 50x/menit, nadi 90x/menit, sianosis, cepat lelah, lemas. Diagnosis dokter bronchopneumia. Apakah masalah keperawatan utama di atas?
- a. Kelelahan
 - b. Gangguan aktivitas
 - c. Gangguan pertukaran gas
 - d. Ketidakefektifan pola nafas
 - e. Bersihan jalan nafas tidak efektif
68. Seorang bayi usia 1 bulan sedang dirawat karena hirsprung di ruang bedah anak. Pada pemeriksaan didapatkan data perut besar dan membuncit, feses bentuk cair seperti pita, bila minum ASI muntah dan anak rewel. Apakah prioritas masalah keperawatan anak tersebut?
- a. Risiko gangguan integritas kulit
 - b. Gangguan eliminasi fekal: konstipasi
 - c. Risiko gangguan rasa nyaman: kembung
 - d. Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan
 - e. Risiko gangguan pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit
69. Seorang anak usia 12 tahun menjalani prosedur kemoterapi untuk mengobati penyakit Leukimia yang menyerangnya. Ibunya mengatakan bahwa anak malu pergi ke sekolah karena rambutnya yang rontok akibat kemoterapi tersebut?
- a. Ansietas
 - b. Isolasi diri
 - c. Mual muntah
 - d. Gangguan citra tubuh
 - e. Resiko tinggi kerusakan kulit
70. Seorang anak dirawat di rumah sakit dan menunjukkan rasa tidak senang dengan menolak kehadiran saudaranya dan menarik diri saat diajak oleh perawat untuk bermain. Pada tahap tumbuh kembang apakah reaksi hospitalisasi yang ditunjukkan anak tersebut?

- a. Bayi
 - b. Toddler
 - c. Sekolah
 - d. Remaja
 - e. Pra sekolah
71. Seorang anak laki-laki usia 11 tahun dirawat di RS dengan keluhan nyeri otot, tulang dan sendi, sakit kepala serta mual dan ada muntah. Hasil pengkajian : suhu $37,5^{\circ}\text{C}$, nadi : 86x/menit, nafas : 28x/menit, RL tes positif dan trombosit $100.000/\text{mm}^3$. Apakah tindakan keperawatan yang tepat pada kasus di atas?
- a. Monitor tanda-tanda vital, capillary refill, dan sirkulasi ekstremitas
 - b. Monitor tanda-tanda meningkatnya kekurangan cairan
 - c. Pertahankan intake dan output yang adekuat
 - d. Monitor pemberian cairan intravena
 - e. Monitor nilai laboratorium
72. Seorang ibu datang ke poli tumbang untuk berkonsultasi terkait dengan kondisi anaknya yang saat ini sudah berusia 3 tahun. Ibu menanyakan apa saja yang harus dipersiapkan ibu untuk menghadapi perilaku anaknya. Apa saja petunjuk-petunjuk yang perlu diketahui terlebih dahulu agar orang tua dapat mengarahkan dan membimbing anaknya secara bijaksana?
- a. Siapkan orang tua akan peningkatan interst anak ke luar rumah
 - b. Menganjurkan orangtua untuk membuat jadwal kebutuhan anaknya
 - c. Bantu orang tua untuk menyiapkan anak tentang perubahan tubuh pubertas
 - d. Mendiskusikan metode disiplin untuk meminimalkan negativism, temper tantrum
 - e. Menyiapkan orang tua untuk menghadapi meningkatnya rasa ingin tahu seksual pada anak
73. Seorang anak usia 5 tahun dirawat di RS karena demam tinggi, anak hanya didampingi oleh neneknya di ruang perawatan. Respon hospitalisasi apa yang mungkin muncul pada anak usia tersebut?
- a. Menolak makan, menangis pelan dan tidak kooperatif terhadap aktivitas sehari-hari
 - b. Anak selalu ingin tahu alasan tindakan yang dilakukan oleh perawat
 - c. Anak stress karena adanya perubahan body image
 - d. Anak menangis kuat dan menjerit

- e. Stranger anxiety
74. Seorang ibu datang ke poli tumbang untuk melakukan konsultasi terkait hal-hal apa saja yang harus dipersiapkan untuk melatih toilet training pada anak. Apakah pendidikan kesehatan tentang kesiapan fisik anak yang dapat disampaikan oleh perawat mengenai hal tersebut?
- Mengenai rasa ingin berkemih dan devekasi
 - Komunikasi secara verbal ketika ingin berkemih
 - Merasa tidak betah dengan kondisi basah dan ingin segera ganti
 - Mempunyai kemampuan motorik halus seperti membuka celana sendiri
 - Mempunyai rasa ingin tahu tentang kebiasaan berkemih pada orang dewasa
75. Seorang anak laki-laki usia 4 tahun dirawat dengan diagnosis medis Sindrom Nefrotik. Anak mengatakan sesak nafas, mual dan muntah serta mengalami anuria dalam 24 jam, kemudian dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil AGD menunjukkan adanya asidosis metabolik. Apa hasil analisis gas darah pada kasus tersebut?
- $\text{pH} = 7,13$, $\text{HCO}_3 = 24$ mEq/L
 - $\text{pH} = 7,15$, $\text{HCO}_3 = 20$ mEq/L
 - $\text{pH} = 7,20$, $\text{HCO}_3 = 29$ mEq/L
 - $\text{pH} = 7,24$, $\text{HCO}_3 = 30$ mEq/L
 - $\text{pH} = 7,35$, $\text{HCO}_3 = 28$ mEq/L
76. Seorang anak usia 4 tahun didiagnosis Leukimia 1 bulan yang lalu. Anak harus menjalani kemoterapi dalam waktu yang cukup panjang (2 tahun). Apa tahapan kemoterapi yang akan diberikan pada anak tersebut?
- Radiasi, induksi, konsolidasi
 - Induksi, maintenance, radiasi
 - Radiasi, radioterapi, konsolidasi
 - Induksi, maintenance, radioterapi
 - Induksi, konsolidasi, maintenance
77. Anak A usia 5 tahun saat ini sedang dirawat di ruang perawatan anak dengan diagnosa sindrom nefrotik. Anak tampak gemuk terutama di bagian pipinya. Apakah yang termasuk dalam trias sindrom nefrotik?
- Edema, albuminemia, lipidemia
 - Proteinuria, hematuria, lipidemia
 - Proteinuria, edema, hipoalbuminemia
 - Proteinuria, edema, hiperalbuminemia

- e. Edema, hiperalbuminemia, hiperlipidemia
78. An. A usia 12 tahun datang ke UGD dengan keluhan BAK berwarna merah seperti darah, lalu BAK nya hanya sedikit, saat dilakukan pemeriksaan keadaan umum lemah, edema pada periorbita, hasil lab urinalisis didapatkan proteinuria 4,0 gr/dL. Masalah keperawatan yang mungkin bisa terjadi pada kasus tersebut?
- a. Kelemahan
 - b. Gangguan body image
 - c. Perubahan eliminasi alvi
 - d. Perubahan eliminasi urin
 - e. Resiko kekurangan volume cairan
79. Seorang anak perempuan usia 9 tahun di rawat di ruang perawatan anak dengan keluhan pucat. Hasil pemeriksaan didapatkan keadaan lemah, sklera anemis. Apakah tujuan utama perawatan anak dengan Thalasemia?
- a. Memberikan rasa nyaman
 - b. Mencegah fraktur fisiologis
 - c. Mempertahankan kebutuhan nutrisi
 - d. Mempertahankan Hb minimal 10 gr%
 - e. Memaksimalkan tugas perkembangan
80. Seorang anak perempuan usia 9 tahun di rawat di ruang perawatan anak dengan keluhan pucat, tidak nafsu makan. Hasil pengkajian didapatkan pasien lemah dan mempunyai riwayat transfusi yang rutin. Komplikasi yang perlu diperhatikan pada anak dengan Thalasemia sebagai akibat dari pemberian transfusi yang sering adalah..
- a. Hemolisis
 - b. Hemosiderosis
 - c. Hemokonsentrasi
 - d. Risiko syok hipovolemik
 - e. Risiko tinggi infeksi sekunder

RUBRIK
INSTRUMEN PENILAIAN KERJASAMA TIM
(PEER ASSESSMENT)

Kelompok :

Kelas/ semester :

Topik :

Petunjuk pengisian penilaian afektif:

1. Tulislah nama siswa dalam satu kelompok pada tempat yang disediakan
2. Setiap siswa memberikan nilai kepada setiap teman kelompoknya masing-masing
3. Penilaian dilakukan seobjektif mungkin sesuai dengan kejadian saat proses diskusi berlangsung
4. Berikanlah skor pada masing-masing aspek dengan rentang 0 - 3, dengan berpedoman pada indikator penilaian di rubrik penilaian dengan kriteria penilaian sebagai berikut:

Tidak ada indikator yang muncul = skor 0

Ada 1 indikator yang muncul = skor 1

Ada 2 indikator yang muncul = skor 2

Ada 3 indikator yang muncul = skor 3

Nama Anggota Kelompok

NO	NAMA MAHASISWA	NIM

NO	ASPEK PENILAIAN	INDIKATOR PENILAIAN	NOMOR ABSEN SUBJEK						
ASPEK SIKAP			SKOR PENILAIAN						
1	Percaya diri siswa dalam kelompok	a. Siswa berani mengemukakan pendapatnya di dalam kelompok b. Siswa berani menanggapi pertanyaan/pendapat teman kelompoknya c. Siswa menyelesaikan tugasnya tidak tergantung pada teman satu kelompoknya							

2	Kerjasama siswa dalam kelompok	<ul style="list-style-type: none"> a. Siswa membagi tugas dalam kelompoknya b. Siswa meminta bantuan kepada teman satu kelompok ketika mengalami kesulitan c. Siswa membantu teman dalam kelompok ketika mengalami kesulitan 							
3	Rasa ingin tahu siswa dalam kelompok	<ul style="list-style-type: none"> a. Siswa menanyakan materi yang belum jelas kepada teman satu kelompok b. Siswa mencari materi yang belum jelas dari buku referensi lain c. Siswa menanyakan sejauh mana teman menyelesaikan tugasnya 							
4	Komunikasi antar siswa dalam kelompok	<ul style="list-style-type: none"> a. Siswa menyampaikan informasi /pendapat dengan suara yang jelas b. Siswa menyampaikan informasi/pendapat dengan bahasa yang mudah dipahami c. Siswa menyampaikan informasi/pendapat dengan runtut dan jelas 							

ASPEK NILAI									
1	Kedisiplinan siswa	<ul style="list-style-type: none"> a. Siswa hadir tepat wktu b. Siswa mengikuti diskusi dengan tertib c. Siswa menyelesaikan tugas tepat waktu 							
2	Tanggung jawab siswa	<ul style="list-style-type: none"> a. Siswa mengerjakan tugasnya sesuai dengan pembagian tugasnya b. Siswa mengerjakan tugas secara tuntas c. Siswa serius saat mengerjakan tugas 							
3	Kesopanan siswa	<ul style="list-style-type: none"> a. Siswa menyampaikan pendapatnya dengan bahasa yang baik b. Siswa menggunakan suara yang bisa didengar oleh teman satu kelompok (tidak berteriak-teriak) c. Siswa mengacungkan tangan saat akan menyampaikan pen 							
4	Kejujuran siswa	<ul style="list-style-type: none"> a. Siswa tidak berdiskusi saat mengerjakan kuis 							

		b. Siswa tidak memberikan jawaban kepada siswa lain saat mengerjakan kuis c. Siswa tidak meminta jawaban kepada siswa lain saat mengerjakan kuis								
Jumlah skor										
Persentase										

$$\text{Persentase} = \frac{\text{Jumlah skor yang diperoleh}}{\text{Jumlah skor total}} \times 100$$