

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN
PADA PASIEN PERSISTENT DUCTUS ARTERIOUS
DI RUANG PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA TAHUN 2015**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



DISUSUN OLEH:

ADI IRAWAN, S.Kep

1411308250002

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA**

2015

Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Persistent Ductus Arteriosus di Ruang Pediatric Intensive Care Unit RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Samarinda Tahun 2015

Adi Irawan¹, Ni Wayan Wiwin²

ABSTRAK

Penyakit jantung kongenital atau penyakit jantung bawaan adalah sekumpulan malformasi struktur jantung atau pembuluh darah besar yang telah ada sejak lahir. Patent Duktus Arteriosus adalah tetap terbukanya duktus arteriosus setelah lahir, yang menyebabkan dialirkannya darah secara langsung dari aorta (tekanan lebih tinggi) ke dalam arteri pulmoner (tekanan lebih rendah). Karya Ilmiah Akhir Ners ini bertujuan untuk menganalisis intervensi memberikan posisi semi fowler 45 derajat pada pasien di Ruang PICU Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Hasil analisa menunjukkan bahwa pemberian tindakan posisi semi fowler 45 derajat dapat mempertahankan curah jantung sehingga sesak nafas berkurang yang pada akhirnya membuat klien tampak tenang.

Kata kunci : Penyakit jantung kongenital, Persistent Ductus Arteriosus,

Posisi semi fowler

¹ Mahasiswa Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda.

² Dosen Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda.

Analysis of Clinical Nursing Practice in patients Persistent ductus arteriosus in Space

Pediatric Intensive Care Unit RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Samarinda 2015

Adi Irawan¹, Ni Wayan Wiwin²

ABSTRACT

Congenital heart disease or congenital heart disease is a set of structural malformations of the heart or major blood vessel that has been present since birth. Patent ductus arteriosus is still open ductus arteriosus after birth, which causes blood dialirkannya directly from the aorta (higher pressure) into the pulmonary artery (lower pressure). Final Scientific nurses aims to analyze the intervention provides a 45-degree semi-Fowler's position on patients in PICU Space General Hospital Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. The analysis shows that the administration acts semi-Fowler position of 45 degrees to maintain cardiac output so that the shortness of breath is reduced, which in turn makes the client look cool.

Keywords: Congenital heart disease, Persistent ductus arteriosus,
Semi-Fowler position

¹ *Nursing Student of STIKES Muhammadiyah Samarinda.*

² *Lecturer Nursing of STIKES Muhammadiyah Samarinda.*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan fenomena yang kompleks. Seperti yang didefinisikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), kesehatan adalah “suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang komplit dan bukan semata-mata terbebas dari penyakit”. Selain definisi luas ini, kesehatan secara tradisional dinilai dengan memperhatikan *mortalitas* (kematian) dan *morbidity* (kesakitan) selama periode tertentu. Oleh karena itu, keseimbangan antara kesejahteraan fisik, mental, dan sosial serta keberadaan penyakit menjadi indikator utama kesehatan (Wong, 2008).

Kesehatan akan dapat lebih ditingkatkan lagi dengan pelayanan kesehatan yang baik pula. Tren pelayanan kesehatan masa depan adalah ke arah pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan, bukan perawatan penyakit atau ketidakmampuan. Keperawatan telah menyesuaikan perubahan ini, terutama dalam lingkungan kesehatan anak (Wong, 2008).

Anak adalah seseorang yang berusia kurang dari 18 tahun yang tumbuh kembang dengan kebutuhan khusus baik kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual (Nurhayati, 2005). Kesehatan anak bisa dipengaruhi oleh lingkungan karena seringkali anak terpapar dengan lingkungan hidup yang beresiko menjadi faktor pencetus penyakit.

Salah satunya adalah Penyakit Jantung Bawaan (PJB) merupakan penyakit yang cukup sering ditemukan, dengan angka kejadian sekitar 30% dari seluruh kelainan bawaan. Sedangkan insiden PJB adalah 6-8/1000 kelahiran hidup pada seluruh populasi dan jumlah kematian bayi karena penyakit ini adalah sekitar 3%. Menurut PERKI (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia), penyakit jantung bawaan menempati peringkat pertama diantara penyakit-penyakit lain yang menyerang bayi. Angka kejadian PJB di Indonesia cukup tinggi, namun penanganannya amat kurang. Dalam *The 2nd Internasional Pediatric Cardiology Meeting* di Cairo (2008) dr. Sukman, lebih lanjut mengungkapkan 45.000 bayi Indonesia terlahir dengan PJB tiap tahun. Dari 220 juta penduduk Indonesia, diperhitungkan bayi yang lahir mencapai 6.600.000 dan 48.800 diantaranya adalah penyandang PJB. PJB dapat diklasifikasikan menjadi 2 kelompok, yakni PJB sianotik dan asianotik (Elisabeth, 2014).

Dan dari data 10 penyakit teratas di ruang PICURSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, Penyakit Jantung Bawaan merupakan urutan ke 6 dan PJB asianotik PDA (Persistent Ductus Arteriosus) merupakan Penyakit Jantung Bawaan yang lebih sering dirawat ruang PICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda (*Medical Record Ruang PICU Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie*, 2014).

Penyakit jantung kongenital atau penyakit jantung bawaan adalah sekumpulan malformasi struktur jantung atau pembuluh darah besar yang telah ada sejak lahir. Penyakit jantung bawaan yang kompleks terutama ditemukan pada bayi dan anak. Apabila tidak dioperasi, kebanyakan akan meninggal waktu bayi. Apabila penyakit jantung bawaan ditemukan pada orang dewasa, hal ini menunjukkan bahwa pasien tersebut mampu melalui seleksi alam, atau telah mengalami tindakan operasi dini pada usia muda (IPD FKUI, 2006 ;1134).

Duktus Arteriosus adalah saluran yang berasal dari arkus aorta ke VI pada janin yang menghubungkan arteri pulmonalis dengan aorta desendens. Pada bayi normal duktus tersebut menutup secara fungsional 10 – 15 jam setelah lahir dan secara anatomis menjadi ligamentum arteriosum pada usia 2 – 3 minggu. Bila tidak menutup disebut Duktus Arteriosus Persisten (Persistent Ductus Arteriosus : PDA), (Buku ajar kardiologi FKUI, 2006 ; 227)

Pencegahan dan perawatan yang dapat dilakukan pada klien PDA sekarang lebih dititikberatkan untuk mengurangi terjadinya serangan. Pemberian obat-obatan harus benar dinilai untuk kepentingan tumbuh kembang anak apakah merugikan atau tidak. Diupayakan agar anak-anak yang menderita PDA dapat tumbuh kembang seperti anak lainnya. Akibat PDA terhadap tumbuh kembang anak sangat beresiko untuk menghambat pertumbuhan dan perkembangan anak contohnya, anak terlihat kurus, berat badan menurun dan mudah sakit.

Berdasarkan data yang diperoleh dari *Medical Record* Ruang PICU Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie (RSUD AWS) Samarinda

periode Januari sampai dengan Desember 2015 berjumlah 7 anak (0,93 %) yang mengalami PJB asianotik (Persistent Ductus Arteriosus : PDA) dari 108 anak yang di rawat di Ruang PICU Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie .

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien An. D yang Mengalami Persistent Ductus Arteriosus di Ruang PICU Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.”

B. Rumusan Masalah

Dengan rumusan masalah : “Bagaimana Pelaksanaan Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien An. D yang Mengalami Persistent Ductus Arteriosus di Ruang PICU Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda ?”

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir-Ners (KI-AN) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan dengan klien dengan Persistent Ductus Arteriosus di Ruang PICU Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisa kasus kelolaan dengan diagnosa medis Persistent Ductus Arteriosus
- b. Menganalisisintervensi memberikan posisi semi fowler 45 derajat yang diterapkan secara kontinyu pada klien kelolaan dengan diagnosa Persistent Ductus Arteriosus.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Aplikatif

a. Bagi Pasien

Pasien dapat menerima asuhan keperawatan yang komprehensif selama penulisan Karya Ilmiah ini berlangsung.

b. Bagi Perawat dan Tenaga Kesehatan

Dapat dijadikan sebagai dasar untuk mengembangkan ilmu pengetahuan terutama dalam memberikan informasi mengenai pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit jantung bawaan.

2. Aspek Keilmuan

a. Bagi Penulis

Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang telah diperoleh selama mengikuti masa perkuliahan dan sebagai tambahan pengalaman untuk meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien Persistent Ductus Arteriosus.

b. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan secara komprehensif khususnya tindakan memberikan posisi semi fowler 45 derajat pada pasien Persistent Ductus Arteriosus.

c. Bagi Pendidikan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat dijadikan bahan masukan dalam memperkaya bahan pustaka yang berguna bagi pembaca secara keseluruhan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dikemukakan tentang dasar teoritis dari konsep dasar penyakit jantung bawaan *Persistent Ductus Arteriosus* (PDA) yang meliputi pengertian, etiologi, patofisiologi, tanda dan gejala, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan dan komplikasi.

A. Konsep Penyakit Jantung Bawaan (*Persistent Ductus Arteriosus*)

1. Pengertian

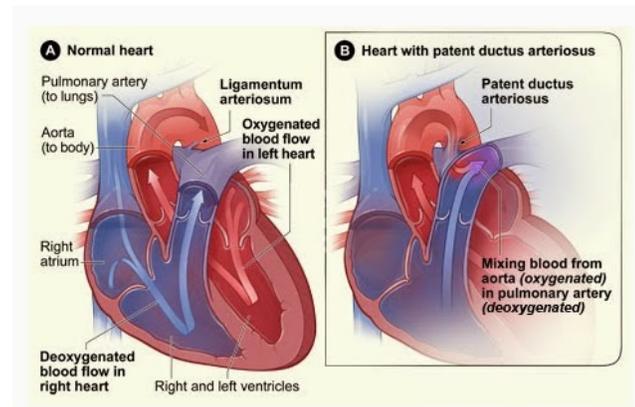
Penyakit jantung kongenital atau penyakit jantung bawaan adalah sekumpulan malformasi struktur jantung atau pembuluh darah besar yang telah ada sejak lahir. Penyakit jantung bawaan yang kompleks terutama ditemukan pada bayi dan anak. Apabila tidak dioperasi, kebanyakan akan meninggal waktu bayi. Apabila penyakit jantung bawaan ditemukan pada orang dewasa, hal ini menunjukkan bahwa pasien tersebut mampu melalui seleksi alam, atau telah mengalami tindakan operasi dini pada usia muda (IPD FKUI, 2006 ;1134)

Duktus Arteriosus adalah saluran yang berasal dari arkus aorta ke VI pada janin yang menghubungkan arteri pulmonalis dengan aorta desendens. Pada bayi normal duktus tersebut menutup secara fungsional 10 – 15 jam setelah lahir dan secara anatomis menjadi ligamentum arteriosum pada usia 2 – 3 minggu. Bila tidak menutup disebut *Duktus Arteriosus Persisten (Persistent Ductus Arteriosus : PDA)*. (Buku ajar kardiologi FKUI, 2006 ; 227).

Patent Duktus Arteriosus adalah kegagalan menutupnya ductus arteriosus (arteri yang menghubungkan aorta dan arteri pulmonal) pada minggu pertama kehidupan, yang menyebabkan mengalirnya darah dari aorta yang bertekanan tinggi ke arteri pulmonal yang bertekanan rendah. (Suriadi, Rita Yuliani, 2004; 235).

Patent Duktus Arteriosus (PDA) adalah tetap terbukanya duktus arteriosus setelah lahir, yang menyebabkan dialirkannya darah secara langsung dari aorta (tekanan lebih tinggi) ke dalam arteri pulmoner (tekanan lebih rendah). (Betz & Sowden, 2009 ; 375)

2. Anatomi



Duktus arteriosus adalah pembuluh darah yang menghubungkan aliran darah pulmonal (arteri pulmonalis) ke aliran darah sistemik (aorta) dalam masa kehamilan (fetus). Hubungan ini (*shunt*) diperlukan oleh karena sistem respirasi fetus yang belum bekerja di dalam masa kehamilan tersebut. Aliran darah balik fetus akan bercampur dengan aliran darah bersih dari ibu (melalui

vena umbilikalis) kemudian masuk ke dalam atrium kanan dan kemudian dipompa oleh ventrikel kanan kembali ke aliran sistemik melalui duktus arteriosus, dan hanya sebagian yang diteruskan ke paru.

Duktus Arteriosus adalah saluran yang berasal dari arkus aorta ke VI pada janin yang menghubungkan arteri pulmonalis dengan aorta desendens. Pada bayi normal duktus tersebut menutup secara fungsional 10 – 15 jam setelah lahir dan secara anatomis menjadi ligamentum arteriosum pada usia 2 – 3 minggu. (Buku ajar kardiologi FKUI, 2006 ; 227)

Dinding duktus arteriosus terutama terdiri dari lapisan otot polos (tunika media) yang tersusun spiral. Diantara sel-sel otot polos terdapat serat-serat elastin yang membentuk lapisan yang berfragmen, berbeda dengan aorta yang memiliki lapisan elastin yang tebal dan tersusun rapat (*unfragmented*). Sel-sel otot polos pada duktus arteriosus sensitif terhadap mediator vasodilator prostaglandin dan vasokonstriktor (pO₂). Setelah persalinan terjadi perubahan sirkulasi dan fisiologis yang dimulai segera setelah eliminasi plasenta dari neonatus. Adanya perubahan tekanan, sirkulasi dan meningkatnya pO₂ akan menyebabkan penutupan spontan duktus arteriosus dalam waktu 2 minggu.

3. Etiologi

Penyebab terjadinya penyakit jantung bawaan belum dapat diketahui secara pasti, tetapi ada beberapa faktor yang diduga mempunyai pengaruh pada peningkatan angka kejadian penyakit jantung bawaan.

a. Faktor Prenatal

- 1) Ibu menderita penyakit infeksi : Rubella.
- 2) Ibu alkoholisme.
- 3) Umur ibu lebih dari 40 tahun.
- 4) Ibu menderita penyakit Diabetes Mellitus (DM) yang memerlukan insulin.
- 5) Ibu meminum obat-obatan penenang atau jamu.

b. Faktor Genetik

- 1) Anak yang lahir sebelumnya menderita penyakit jantung bawaan.
- 2) Ayah / Ibu menderita penyakit jantung bawaan.
- 3) Kelainan kromosom seperti Sindrom Down.
- 4) Lahir dengan kelainan bawaan yang lain.

(Buku Ajar Keperawatan Kardiovaskuler, Pusat Kesehatan Jantung dan Pembuluh Darah Nasional Harapan Kita, 2008 ; 109)

4. Patofisiologi

Apabila terjadi hubungan antara rongga-rongga jantung yang bertekanan tinggi dengan rongga-rongga jantung yang bertekanan rendah akan terjadi aliran darah dari rongga jantung yang bertekanan tinggi ke rongga jantung yang bertekanan rendah. Sebagai contoh adanya defek pada sekat ventrikel, maka akan terjadi aliran darah dari ventrikel kiri ke ventrikel kanan.

Kejadian ini disebut pirau (shunt) kiri ke kanan. Sebaliknya pada obstruksi arteri pulmonalis dan defek septum ventrikel tekanan rongga jantung

kanan akan lebih tinggi dari tekanan rongga jantung kiri sehingga darah dari ventrikel kanan yang miskin akan oksigen mengalir melalui defek tersebut ke ventrikel kiri yang kaya akan oksigen, keadaan ini disebut dengan pirau (shunt) kanan ke kiri yang dapat berakibat kurangnya kadar oksigen pada sirkulasi sistemik. Kadar oksigen yang terlalu rendah akan menyebabkan sianosis.

Kelainan jantung bawaan pada umumnya dapat menyebabkan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Peningkatan kerja jantung, dengan gejala: kardiomegali, hipertrofi, takhikardia
- 2) Curah jantung yang rendah, dengan gejala: gangguan pertumbuhan, intoleransi terhadap aktivitas.
- 3) Hipertensi pulmonal, dengan gejala: dispnea, takhipnea.
- 4) Penurunan saturasi oksigen arteri, dengan gejala: polisitemia, asidosis, sianosis.

(Rumah Sakit Jantung Harapan Kita, 2008).

5. Tanda dan Gejala

Manifestasi klinis PDA pada bayi prematur sering disamarkan oleh masalah-masalah lain yang berhubungan dengan prematur (misalnya sindrom gawat nafas). Tanda-tanda kelebihan beban ventrikel tidak terlihat selama 4 – 6 jam sesudah lahir. Bayi dengan PDA kecil mungkin asimptomatik, bayi dengan PDA lebih besar dapat menunjukkan tanda-tanda gagal jantung kongestif (CHF)

Kadang-kadang terdapat tanda-tanda gagal jantung

- a. Terdengar bunyi mur-mur persisten (sistolik, kemudian menetap, paling nyata terdengar di tepi sternum kiri atas)
 - b. Tekanan nadi besar (water hammer pulses) / Nadi menonjol dan meloncat-loncat, Tekanan nadi yang lebar (lebih dari 25 mm Hg)
 - c. Takhikardia (denyut apeks lebih dari 170), ujung jari hiperemik
 - d. Resiko endokarditis dan obstruksi pembuluh darah pulmonal.
 - e. Infeksi saluran nafas berulang, mudah lelah
 - f. Apnea, Tachypnea
 - g. Nasal flaring
 - h. Retraksi dada
 - i. Hipoksemia
 - j. Peningkatan kebutuhan ventilator (sehubungan dengan masalah paru)
- (Suriadi, Rita Yuliani, 2001 ; 236, Betz & Sowden, 2009 ; 376).

6. Pemeriksaan Penunjang

- a. Radiologi: foto rontgen dada hampir selalu terdapat kardiomegali.
- b. Elektrokardiografi/EKG, menunjukkan adanya gangguan konduksi pada ventrikel kanan dengan aksis QRS bidang frontal lebih dari 90°.
- c. Pemeriksaan dengan Doppler berwarna : digunakan untuk mengevaluasi aliran darah dan arahnya.
- d. Ekokardiografi, bervariasi sesuai tingkat keparahan, pada PDA kecil tidak ada abnormalitas, hipertrofi ventrikel kiri pada PDA yang lebih besar. sangat menentukan dalam diagnosis anatomik.

- e. Kateterisasi jantung untuk menentukan resistensi vaskuler paru

(Betz & Sowden, 2009;377)

7. Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan Konservatif : Restriksi cairan dan pemberian obat-obatan : Furosemid (lasix) diberikan bersama restriksi cairan untuk meningkatkan diuresis dan mengurangi efek kelebihan beban kardiovaskular, Pemberian indomethacin (inhibitor prostaglandin) untuk mempermudah penutupan duktus, pemberian antibiotik profilaktik untuk mencegah endokarditis bakterial.
- b. Pembedahan : Pematangan atau pengikatan duktus.
- c. Non pembedahan : Penutupan dengan alat penutup dilakukan pada waktu kateterisasi jantung.

(Betz & Sowden, 2009 ; 377-378, Suriadi, Rita Yuliani, 2001 ; 236)

8. Komplikasi

- a. Endokarditis
- b. Obstruksi pembuluh darah pulmonal
- c. CHF
- d. Hepatomegali (jarang terjadi pada bayi prematur)
- e. Enterokolitis nekrosis
- f. Gangguan paru yang terjadi bersamaan (misalnya sindrom gawat nafas atau displasia bronkopulmoner)
- g. Perdarahan gastrointestinal (GI), penurunan jumlah trombosit
- h. Hiperkalemia (penurunan keluaran urin).

- i. Aritmia
- j. Gagal tumbuh

(Betz & Sowden, 2009 ; 376-377, Suriadi, Rita Yuliani, 2001 ; 236)

B. Konsep Dasar Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok, dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya (Wartolah, 2006). Dalam proses keperawatan ada lima tahap, dimana tahap-tahap tersebut tidak dapat dipisahkan, dan saling berhubungan. Tahap-tahap dalam proses keperawatan tersebut adalah sebagai berikut.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dari proses keperawatan. Tujuan pengkajian adalah memberikan suatu gambaran yang terus menerus mengenai kesehatan klien. Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisasi yang meliputi tiga aktivitas dasar yaitu: Pertama, mengumpulkan data secara sistematis; kedua, memilah dan mengatur data yang dikumpulkan; dan ketiga, mendokumentasikan data dalam format yang dapat dibuka kembali (Asmadi, 2008).

Dalam melakukan pengkajian diperlukan keahlian-keahlian (skill) seperti wawancara, pemeriksaan fisik, dan observasi. Hasil pengumpulan

data kemudian diklasifikasikan dalam data subjektif dan objektif. Data subjektif merupakan ungkapan atau persepsi yang dikemukakan oleh pasien. Data objektif merupakan data yang didapat dari hasil observasi, pengukuran, dan pemeriksaan fisik.

Ada beberapa cara pengelompokan data, yaitu berdasarkan sistem tubuh, berdasarkan kebutuhan dasar (Maslow), berdasarkan teori keperawatan, berdasarkan pola kesehatan fungsional. Pengumpulan data bisa digunakan dengan menggunakan metode observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, dokumentasi dari catatan medis, status klien, dan hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium dan radiologi.

Pemeriksaan fisik adalah cara pengumpulan data melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Inspeksi didefinisikan sebagai kegiatan melihat atau memperhatikan secara seksama status kesehatan klien seperti inspeksi kesimetrisan pergerakan dinding dada, penggunaan otot bantu napas, inspeksi adanya lesi pada kulit dan sebagainya. Palpasi adalah jenis pemeriksaan dengan cara meraba atau merasakan kulit klien. Auskultasi adalah cara pemeriksaan fisik dengan menggunakan stetoskop yang memungkinkan pemeriksa mendengar bunyi yang keluar dari rongga tubuh klien. Perkusi adalah pemeriksaan fisik dengan cara mengetuk secara pelan jari tengah menggunakan jari yang lain untuk menentukan posisi, ukuran, dan konsistensi struktur suatu organ tubuh (Asmadi, 2008).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin dan berkompeten untuk mengatasinya. Respon aktual dan potensial klien didapatkan dari data dasar pengkajian, tinjauan literatur yang berkaitan, catatan medis klien masa lalu, dan konsultasi dengan profesional lain, yang kesemuanya dikumpulkan selama pengkajian (Potter & Perry, 2005).

a. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut (Alif, 2007) pada pasien penyakit jantung bawaan sebagai berikut:

1. Penurunan curah jantung b.d. malformasi jantung

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung normal.

NOC: Pompa jantung efektif

Kriteria Hasil:

- a) Nadi dalam batas normal
- b) Ukuran jantung normal
- c) Tidak ada suara jantung yang abnormal
- d) Tidak terjadi disritmia

NIC: Cardiac Care

- 1) Evaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, dan durasi)
- 2) Catat adanya disritmia jantung
- 3) Monitor adanya perubahan tekanan darah
- 4) Monitor status pernapasan yang menandakan gagal jantung
- 5) Monitor toleransi aktivitas pasien

2. Gangguan pertukaran gas b.d. Hipoventilasi

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas kembali normal.

NOC: Status pernapasan: pertukaran gas

Kriteria Hasil:

- a) Menunjukkan perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan
- b) Tidak ada gejala distensi pernapasan
- c) GDA dalam rentang normal

NIC: Terapi Oksigen

- 1) Observasi warna kulit dan kelembapan mukosa yang merupakan tanda sianosis.
- 2) Kaji status pernapasan
- 3) Awasi suhu tubuh
- 4) Pertahankan istirahat tidur
- 5) Monitor GDA

6) Kolaborasi pemberian oksigen

3. Intoleransi aktivitas b.d. kelemahan fisik

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan pola aktivitas normal.

NOC: Penghematan Energi

Kriteria Hasil:

- a) Melaporkan peningkatan toleransi terhadap aktivitas
- b) Tanda-tanda vital dalam rentang normal

NIC: Pengelolaan Energi

- 1) Evaluasi respon pasien terhadap aktivitas
- 2) Berikan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung
- 3) Bantu pasien memilih posisi nyaman untuk istirahat
- 4) Bantu aktivitas perawatan diri yang diperlukan
- 5) Jelaskan pentingnya istirahat dan perlunya antara istirahat dan aktivitas.

4. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d. intake yang kurang

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi terenuhi.

NOC: Status Nutrisi

Kriteria Hasil:

- a) Mempertahankan status nutrisi
- b) Mempertahankan berat badan
- c) Melaporkan keadekuatan tingkat energi

NIC: Manajemen Nutrisi

- 1) Kaji Status nutrisi pasien
 - 2) Timbang berat badan interval yang tepat
 - 3) Pantau asupan nutrisi parenteral yang adekuat
 - 4) Berikan informasi yang tepat tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya.
 - 5) Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit yang sesuai.
5. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan b.d. tidak adekuatnya

masuk nutrisi

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan peningkatan ukuran tubuh dan berat badan normal dan perkembangan normal.

NOC: Pertumbuhan

Kriteria Hasil:

- a) Anak mencapai tahapan pertumbuhan normal yang diharapkan sesuai dengan berat badan dan usia.

- b) Anak mencapai tahapan yang penting mengenai perubahan fisik, kognitif dan kemajuan psikososial dengan pencapaian sesuai usia tanpa keterlambatan dari rentang yang diharapkan.
- c) Pasien akan mencapai tingkat kesejahteraan yang tertinggi kemandirian pertumbuhan.

NIC:

- 1) Pemantauan Nutrisi
 - a) Kaji keadekuatan masukan nutrisi
 - b) Kembangkan rencana untuk pengelolaan makanan
 - c) Timbang berat badan dalam interval yang sesuai
- 2) Peningkatan Perkembangan
 - a) Bantu Pasien dalam mencapai pertumbuhan dan perkembangan
 - b) Beri makan dan benda-benda yang sesuai dengan usia
 - c) Berikan aktivitas untuk meningkatkan interaksi diantara anak-anak.

6. Resiko infeksi b.d. Malnutrisi.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi infeksi

NOC: Pengendalian Resiko

Kriteria Hasil:

- a) Mengindikasikan status gastrointestinal, pernapasan, genitaurinaria, dan imun dalam batas normal
- b) Terbebas dari tanda dan gejala infeksi
- c) Mendapatkan imunisasi yang tepat

NIC: Pengendalian Infeksi

- 1) Pantau tanda/gejala infeksi (suhu, kulit, suhu tubuh, lesi, kulit, kelelahan, malaise)
- 2) Kaji faktor yang meningkatkan serangan infeksi (usia, tingkat imun rendah, malnutrisi)
- 3) Instruksikan pada keluarga pasien untuk menjaga hygiene anaknya untuk melindungi tubuh terhadap infeksi.
- 4) Pantau hasil laboratorium (protein serum dan albumin)
- 5) Kolaborasi: pemberian antibiotik

(Nanda. 2005-2006)

C. Konsep Posisi Semi Fowler

1. Pengertian

Posisi semi fowler adalah posisi setengah duduk dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan setinggi 300–450. Posisi semi fowler adalah posisi setengah duduk dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan (Yulia Suparmi, 2010:25).

2. Tujuan

Tujuan pemberian posisi fowler adalah :

- a. Membantu mengatasi masalah kesulitan pernapasan dan kardiovaskular
- b. Membantu melakukan aktivitas tertentu
- c. Memberikan kenyamanan.

(Yulia Suparmi, 2010:24).

3. Persiapan alat dan bahan

- a. Tempat tidur
- b. Bantal kecil
- c. Gulungan handuk
- d. Footboard (Bantalan kaki)
- e. Sarung tangan (bila diperlukan).

(A. Azis Alimul Hidayat, 2012:122).

4. Prosedur kerja

- a. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan, mengurangi kecemasan pasien.
- b. Cuci tangan dan gunakan sarung tangan bila perlu, menurunkan transmisi mikroorganisme.
- c. Siapkan semua alat dan bahan yang dibutuhkan di samping pasien
- d. Tinggikan kepala tempat tidur dengan sudut 300 – 450 sesuai kebutuhan
- e. Topangkan kepala diatas tempat tidur atau bantal kecil

- f. Gunakan bantal untuk menyokong lengan dan tangan bila pasien tidak dapat mengontrolnya secara sadar atau tidak dapat menggunakan tangan dan lengan
- g. Tempatkan bantal tipis di punggung bawah
- h. Tempatkan bantal kecil atau gulungan handuk di bawah paha
- i. Tempatkan bantal kecil atau gulungan handuk di bawah pergelangan kaki
- j. Tempatkan papan kaki di dasar telapak kaki pasien
- k. Turunkan tempat tidur
- l. Observasi posisi kesejajaran tubuh, tingkat kenyamanan dan titik potensi tekanan
- m. Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan
- n. Rapikan pasien dan bereskan alat-alat

Catat prosedur termasuk : posisi yang ditetapkan, kondisi kulit, gerakan sendi, kemampuan pasien membantu bergerak dan kenyamanan pasien.(Yulia Suparmi, 2010:25).

- 5. Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemberian posisi semi fowler
 - a. Kasur pas untuk postur tubuh, tidak terlalu keras lembut dan dapat menyokong postural body curvature
 - b. Menjamin postur tubuh tetap baik, cegah stress pada otot dan persendian
 - c. Perubahan posisi perlu diperhatikan dalam 24 jam

- d. Memberi sokongan pada daerah-daerah yang tertekan
- e. Pastikan dasar tempat tidur bersih, kering dan tidak licin
- f. Pastikan ekstremitas dapat bergerak bebas
- g. Usahakan siku, lutut, panggul sedikit fleksi untuk mempertahankan postur tubuh yang baik
- h. Sokongan terhadap natural curva tubuh yang baik Hindari penekanan yang berlebihan pada permukaan poplitea, untuk mencegah gangguan pada nervus dan pembuluh darah disekitar area tersebut.(A. Azis Alimul Hidayat, 2012:122-123).

D. Konsep Dasar Teori Asi Eksklusif

1. Pengertian Asi Eksklusif

ASI eksklusif adalah bayi yang hanya diberi ASI saja tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih, dan tanpa tambahan makanan padat, seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi, dan tim mulai lahir sampai usia 6 bulan (Roesli, 2000).

2. Manfaat ASI Eksklusif

Bagi bayi, tidak ada pemberian yang lebih berharga dari ASI. Hanya seorang ibu yang dapat memberikan makanan terbaik bagi bayinya. ASI tidak ternilai harganya, selain meningkatkan kesehatan dan kepandaian secara optimal, ASI juga membuat anak potensial memiliki perkembangan sosial yang baik. Keuntungan ini tidak saja diperoleh bayi, tetapi juga dirasakan oleh ibu, keluarga, masyarakat, negara, bahkan lingkungan (Roesli, 2000).

Menurut Kristiansari (2009) ada beberapa manfaat ASI eksklusif antara lain adalah sebagai berikut:

a. Bagi Bayi

- 1) Dapat membantu memulai kehidupannya dengan baik. Bayi yang mendapatkan ASI mempunyai kenaikan berat badan yang baik setelah lahir, pertumbuhan setelah periode perinatal baik, dan mengurangi kemungkinan obesitas. Mengandung antibody.
- 2) ASI mengandung komposisi yang tepat.
- 3) Mengandung antibodi.
- 4) Memberi rasa nyaman dan aman pada bayi dan adanya ikatan antara ibu dan bayi.
- 5) Terhindar dari alergi.
- 6) ASI baik bagi pertumbuhan otak yang optimal dan ASI dapat meningkatkan kecerdasan bagi bayi.
- 7) Membantu perkembangan rahang dan merangsang pertumbuhan gigi karena gerakan penghisap mulut bayi pada payudara.

Menurut Khasanah (2011) Manfaat asli eksklusif antara lain adalah sebagai berikut:

- 1) Bayi dapat memperoleh nutrisi terbaik.
- 2) ASI meringankan pencernaan bayi.
- 3) ASI mudah dicerna oleh bayi.

ASI memiliki unsur yang istimewa karena ASI merupakan makanan yang paling mudah dicerna bayi. Meskipun sangat kaya akan zat gizi, ASI sangat mudah dicerna oleh system pencernaan bayi yang masih rentan.

4) ASI tidak mudah tercemar

ASI steril dan tidak mudah tercemar karena ASI langsung dikeluarkan oleh mulut bayi ketika menyusui dan tidak ada ruang untuk bakteri masuk ke dalam ASI.

5) ASI mengurangi resiko obesitas dikemudian hari

Pemberian ASI memiliki peran awal dalam mengurangi obesitas pada anak. Anak-anak yang diberi ASI memiliki resiko berat badan berlebih lebih rendah daripada anak yang diberi susu formula

b. Bagi Ibu dan Keluarga

Menurut Kristiansari (2009) Manfaat pemberian ASI Eksklusif bagi ibu antara lain :

1) Sebagai alat kontrasepsi alamiah

Hisapan mulut bayi pada puting susu merangsang ujung syaraf sensorik sehingga post anterior hipofise mengeluarkan prolaktin. Prolaktin masuk ke indung telur, menekan produksi estrogen akibatnya tidak ada ovulasi. Menjarangkan kehamilan, pemberian ASI memberikan 98% metode kontrasepsi yang efisien selama enam bulan pertama sesudah kelahiran bila diberikan hanya ASI saja (eksklusif) dan belum terjadi menstruasi kembali.

2) Untuk menghentikan perdarahan pasca persalinan

Isapan bayi pada payudara akan merangsang terbentuknya oksitosin oleh kelenjar hipofisis. Oksitosin membantu involusi uterus dan mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan.

3) Untuk penurunan berat badan

Ibu menyusui ASI eksklusif ternyata lebih mudah dan lebih cepat kembali berat badan semula seperti sebelum hamil.

4) Aspek psikologi

Keunangan menyusui bukan hanya bermanfaat untuk bayi, tetapi juga untuk ibu. Ibu akan merasa bangga dan diperlukan, rasa yang dibutuhkan oleh semua manusia

5) Dapat menguntungkan secara ekonomis

Dengan menyusui secara eksklusif, ibu tidak perlu mengeluarkan biaya untuk makanan bayi sampai bayi berumur 4 atau 6 bulan. Dengan demikian, menyusui akan menghemat pengeluaran rumah tangga untuk membeli susu formula.

6) Praktis dan tidak merepotkan

Bila bayi diberi ASI, ibu tidak perlu repot mempersiapkan alat-alat dan membuat minum bayi dan ibu tidak perlu pergi ke toko untuk membeli susu.

7) Mengurangi resiko kanker payudara

Diperkirakan zat innate immune system yang terdapat dalam ASI bisa memberikan perlindungan terhadap jaringan payudara ibu sehingga bisa terhindar dari ancaman kanker payudara.

8) Mengurangi stres dan kegelisahan ibu

Hormon oksitosin akan keluar saat ibu menyusui bayinya, hormon ini berguna untuk mengurangi stres yang alami sehingga ibu yang menyusui akan memiliki perasaan yang positif dan dapat melakukan lebih banyak hal-hal positif lainnya.

9) Mengurangi resiko osteoporosis

Osteoporosis banyak terjadi pada wanita lanjut usia. Untuk mengurangi resiko osteoporosis pada masa lanjut usia, perlu memiliki tulang yang padat. Menyusui ternyata akan meningkatkan kepadatan tulang sehingga mengurangi resiko osteoporosis dan patah tulang pada usia lanjut

c. Bagi Negara

Menurut Kristiansari (2009) Manfaat pemberian ASI Eksklusif bagi negara antara lain :

1) Menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi.

2) Menghemat devisa Negara

ASI dapat dianggap sebagai kekayaan nasional. Jika semua ibu menyusui diperkirakan dapat menghemat devisa sebesar Rp. 8,6 miliar yang seharusnya dipakai untuk membiayai susu formula.

3) Mengurangi subsidi untuk Rumah Sakit

Subsidi Rumah Sakit berkurang, karena rawat gabung akan memperpendek lama rawat ibu dan bayi, mengurangi komplikasi persalinan dan infeksi nosokomial serta mengurangi biaya yang diperlukan untuk perawatan anak sakit. Anak yang mendapat ASI lebih jarang dirawat di Rumah Sakit dibandingkan anak yang mendapatkan susu formula.

4) Peningkatan kualitas generasi penerus

Anak yang mendapat ASI dapat tumbuh kembang secara optimal sehingga kualitas generasi penerus bangsa akan terjamin.

3. Macam-macam Zat Kekebalan Dalam ASI Eksklusif

Menurut Khasanah (2011) Pemberian ASI sampai bayi mencapai usia 4-6 bulan, akan memberikan kekebalan terhadap berbagai macam penyakit karena ASI adalah cairan yang mengandung zat kekebalan tubuh yang dapat melindungi dirinya dari berbagai penyakit infeksi, bakteri, virus, jamur, maupun parasit. Dengan adanya zat anti infeksi dalam ASI maka bayi dapat terhindar dari berbagai macam infeksi. ASI mengandung faktor-faktor kekebalan seperti :

a. Faktor Bifidus

Hal ini merupakan suatu karbohidrat yang diperlukan untuk pertumbuhan bakteri menguntungkan, yaitu bakteri *Lactobacillus bifidus*. Dalam usus bayi yang diberi ASI, bakteri tersebut mendominasi flora bakteri dan

memproduksi asam laktat dari laktosa. Asam laktat akan menghambat pertumbuhan bakteri yang berbahaya, dan parasit lainnya.

b. Faktor laktoferin

Laktoferin adalah suatu protein yang mengikat zat besi yang terdapat dalam ASI. Zat besi yang terikat tidak dapat digunakan oleh bakteri-bakteri usus yang berbahaya, yang membutuhkannya untuk pertumbuhan sehingga bakteri berbahaya tidak dapat tumbuh.

c. Faktor laktospirosidase

Laktospirosidase merupakan enzim yang terdapat dalam ASI yang membantu membunuh bakteri berbahaya.

d. Faktor sel-sel fagosit

Sel-sel fagosit berfungsi sebagai pemakan bakteri yang berbahaya bagi tubuh bayi.

e. Faktor sel limfosit dan makrofag

Sel limfosit dan makrofag mampu mengeluarkan zat antibodi untuk meningkatkan imunitas terhadap penyakit pada tubuh bayi.

f. Faktor lisozim

Lisozim merupakan salah satu enzim yang terdapat dalam ASI. Enzim tersebut memiliki fungsi membunuh berbagai macam bakteri dan kuman, serta berperan sebagai pelindung terhadap berbagai macam virus.

g. Faktor interferon

Interferon berfungsi menghambat pertumbuhan virus sehingga tubuh bayi dapat terhindar dari beragam penyakit yang disebabkan oleh virus.

4. Jenis ASI

Menurut Khasanah (2010) Berdasarkan Waktu Produksi Berdasarkan waktu di produksi, ASI dapat dibagi menjadi 3 (tiga) jenis. Antara lain :

a. Kolostrum

ASI yang dihasilkan pada hari pertama sampai hari ketiga setelah bayi lahir. Kolostrum merupakan cairan yang agak kental berwarna kekuning-kuningan, lebih kuning dibanding dengan ASI mature, bentuknya agak kasar karena mengandung butiran lemak dan sel epitel, dengan kasiat kolostrum sebagai berikut :

- 1) Kaya antibodi yang berguna untuk melindungi bayi terhadap infeksi dan alergi
- 2) Banyak sel darah putih yang berguna untuk melindungi bayi terhadap infeksi
- 3) Pencakar yang berguna untuk membersihkan air ketuban, dan membantu mencegah bayi kuning (ikterus)
- 4) Faktor pertumbuhan yang membantu usus bayi berkembang lebih matang, mencegah alergi dan keadaan tidak tahan
- 5) Kaya vitamin A yang berguna untuk mengurangi keparah infeksi, mencegah penyakit mata pada bayi.

b. ASI masa transisi

ASI yang dihasilkan mulai hari keempat sampai hari kesepuluh. Merupakan peralihan dari ASI kolostrum sampai menjadi ASI mature.

Pada masa ini, kadar protein berkurang, sedangkan karbohidrat dan lemak serta volumenya semakin meningkat.

c. ASI mature

ASI yang dihasilkan mulai hari kesepuluh sampai seterusnya. ASI mature merupakan nutrisi bayi yang terus berubah di sesuaikan dengan perkembangan bayi sampai usia 6 bulan. Setelah 6 bulan, ASI tidak dapat lagi memenuhi kebutuhan gizi bayi sehingga mulai dikenalkan dengan MP-ASI (Makanan Pendamping ASI).

5. Kandungan Gizi Dalam ASI Eksklusif

Menurut Khasanah (2011) ASI (Air susu Ibu) selalu merupakan bahan makanan terbaik untuk bayi, walaupun ibu sedang sakit, hamil, haid atau kurang gizi. ASI mengandung semua zat gizi yang diperlukan bayi dalam 4-6 bulan kehidupan sehingga dianjurkan agar pada masa ini hanya diberikan ASI. Komposisi ASI sesuai dengan kebutuhan bayi. Kandungan gizi dalam ASI antara lain:

a. Karbohidrat

Laktosa (gula susu) merupakan satu-satunya karbohidrat yang terdapat dalam ASI paling tinggi dibandingkan dengan susu sapi. Kelebihan laktosa adalah mudah terurai menjadi glukosa, lalu galaktosa. Laktosa juga berfungsi mempertinggi penyerapan kalsium. Selain terdapat sebagai sumber energi, laktosa juga terdapat di dalam usus sehingga sebagian laktosa akan diubah menjadi asam laktat yang berfungsi mencegah pertumbuhan bakteri

yang tidak diinginkan dan membantu penyerapan kalsium serta mineral-mineral lainnya di dalam usus.

b. Protein

Protein dalam susu adalah kasein dan whey. Protein whey sangat mudah dicerna dibandingkan kasein. Protein dalam ASI adalah lebih banyak whey (60%) daripada kasein sehingga tidak memberatkan pencernaan bayi. ASI juga mengandung asam amino sistin dan taurin yang diperlukan untuk pertumbuhan otak bayi dan tidak terdapat dalam susu sapi.

c. Lemak

Lemak dalam ASI lebih mudah dicerna dan diserap oleh bayi dibandingkan dengan lemak susu sapi karena ASI mengandung lebih banyak enzim pemecah lemak. Lemak ASI lebih banyak mengandung asam lemak tak jenuh, sedangkan lemak susu sapi lebih banyak mengandung asam jenuh dan rantai panjang. Penyerapan asam lemak tak jenuh lebih cepat dibandingkan dengan asam lemak jenuh oleh bayi. ASI yang pertama keluar mengandung sekitar 1-2% lemak dan terlihat encer. ASI berikutnya mengandung 3-4 kali lebih banyak mengandung lemak.

d. Vitamin dan Mineral

Vitamin merupakan nutrisi yang diperoleh tubuh dari luar. Hanya sedikit terdapat vitamin D dalam ASI. Vitamin D yang terlarut dalam air telah ditemukan didalam ASI, meskipun fungsi vitamin merupakan tambahan terhadap vitamin D yang terlarut lemak.

Sementara itu, Kadar mineral yang terdapat pada susu sapi 4 kali lebih banyak dibandingkan dengan ASI. Kadar mineral yang tinggi dapat menyebabkan cairan tubuh bayi lebih pekat dan memberi beban yang berlebihan pada ginjalnya yang masih belum sempurna fungsinya.

e. Zat kekebalan tubuh

Selain mengandung zat gizi, ASI juga mengandung zat kekebalan yang membantu tubuh bayi melawan infeksi. Kandungan zat kekebalan dalam ASI telah disesuaikan dengan kebutuhan bayi.

6. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku pemberian ASI eksklusif oleh ibu bekerja

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku pemberian ASI eksklusif oleh ibu bekerja adalah faktor ibu, faktor bayi, faktor keluarga dan masyarakat (lingkungan), faktor pelayanan kesehatan, faktor industry susu formula.

a. Faktor Ibu

1) Psikologis

a) ASI tidak cukup

Alasan ini merupakan dukungan utama para ibu untuk tidak memberikan ASI eksklusif walaupun banyak ibu-ibu yang merasa ASInya kurang, tetapi hanya sedikit sekali (2-5%) yang secara biologis memang kurang produksi ASInya, selebihnya 95-98% lebih dapat menghasilkan ASI yang cukup untuk bayinya (Roesli, 2000)

b) Takut ditinggal suami

Dari survey Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (1995), terhadap ibu SEJABOTABEK, diperoleh data bahwa alasan pertam berhenti memberikan ASI adalah takut ditinggal suami. Hal ini dikarenakan adanya mitos yang mengatakan bahwa “menyusui akan mengubah bentuk payudara menjadi jelek”, padahal sebenarnya yang menyebabkan perubahan pada payudara bukan karena menyusui melainkan karena kehamilan (Roesli, 2000).

c) Takut bertambah gemuk

Pendapat bahwa ibu menyusui akan sukar menurunkan berat badannya adalah tidak benar. Didapat bukti bahwa menyusui akan membantu ibu-ibu menurunkan berat badannya lebih cepat daripada ibu yang tidak menyusui secara Eksklusif (Kristiansari, 2009).

b. Fisik

1) Ibu sakit

Ibu yang dalam keadaan sakit seperti puting susu lecet, mastitis, payudara bengkak akan membuat ibu enggan dan takut menyusui sehingga ASI eksklusif tidak diberikan (Roesli, 2000).

2) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan ibu sebenarnya bukan satu-satunya faktor yang menurunkan kemampuan ibu dalam menyusui dan menyiapkan hidangan yang bergizi. faktor pendidikan dapat mempengaruhi kemampuan ibu menyerap pengetahuan gizi yang diperoleh secara biologi ibu adalah

sumber hidup anak. Anak-anak dari ibu yang mempunyai latar belakang pendidikan lebih tinggi akan mendapat kesempatan hidup serta tumbuh lebih baik. Keterbukaan mereka untuk menerima perubahan atau hal yang baru lebih banyak mempergunakan rasio pada emosi seperti halnya ibu yang berpendidikan rendah atau mereka yang tidak berpendidikan (BKKBN, 1998).

3) Pengetahuan tentang ASI

Perilaku ibu terhadap pemberian ASI dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain : pengetahuan, keyakinan, nilai yang dianut ibu tentang pemberian ASI yang benar akan menunjang keberhasilan menyusui. Pengetahuan ibu akan meningkat berkat pendidikan yang akhirnya akan berampak pada peningkatan gizi dan kesehatan masyarakat. Meningkatnya pendidikan, pengetahuan dan kesehatan masyarakat akan meningkatkan produktifitas dan kualitas kerja dan kesejahteraan penduduk (BKKBN, 1998).

4) Faktor pekerjaan

a) Ibu yang bekerja

Tekanan ekonomi menyebabkan banyak ibu-ibu yang bekerja di luar rumah, sehingga pemberian ASI eksklusif sering diabaikan, meskipun sebenarnya bekerja bukanlah alasan untuk tidak memberikan ASI eksklusif karena waktu ibu bekerja bayi dapat diberi ASI perah yang diperoleh sebelumnya dari ASI itu sendiri (DEPKES, 2005).

b) Jam kerja ibu

Beberapa orang ibu ragu-ragu untuk mulai menyusukan anaknya oleh karena mereka harus kembali bekerja. Sebenarnya hal ini tergantung pada jam kerja ibu jika ibu bekerja selama 3-4 jam sehari, ibu masih dapat menyusui bayinya dengan 1 kali menyusui. Ibu yang bekerja lebih dari 5 jam sehari, bayi akan kehilangan 2-3 kali waktu menyusui akibatnya bayi akan menolak untuk menetek karena merasa upaya menghisap tidak memberikan hasil sesuai yang diharapkan (DEPKES, 2005).

c. Faktor bayi

Bayi dengan isapan lemah dan kurang sering akan membuat ibu beranggapan bahwa si bayi tidak suka dengan ASInya, sehingga ibu memberi susu selain ASI (Roesli, 2000).

d. Faktor keluarga dan masyarakat (lingkungan)

Dengan kemajuan teknologi, dukungan keluarga pengaruh modernisasi, mengakibatkan menyusui di pandang kuno dan mengaggap susu formula sebagai symbol kedudukan. Faktor lain yang berpengaruh terhadap perilaku pemberian ASI eksklusif adalah :

1) Lingkungan fisik

Perilaku dan gejala perilaku yang tampak pada kegiatan organisme tersebut dipengaruhi baik oleh faktor genetik (keturunan) dan lingkungan. Secara umum dapat dikatakan bahwa faktor genetik. Dan lingkungan ini merupakan perilaku makhluk hidup termasuk perilaku menurun.

Lingkungan fisik adalah lahan fisik untuk perkembangan perilaku yang meliputi iklim, cuaca, manusia, dan lain-lain

2) Lingkungan non fisik

Lingkungan non fisik adalah kondisi selain fisik atau merupakan lahan non fisik untuk perkembangan perilaku, yang meliputi sosial, ekonomi, kebudayaan, dan lain-lain.

e. Faktor pelayanan kesehatan

Kurangnya bimbingan dan persiapan saat awal menyusui, kurangnya informasi serta penyuluhan tentang pentingnya ASI, pemberian informasi yang kurang baik petugas kesehatan, serta keterbatasan fasilitas pelayanan kesehatan dapat menyebabkan terjadinya penurunan cakupan pemberian ASI.

f. Faktor industri susu formula

Makin gencarnya iklan promosi produsen susu formula dengan disertai hadiah-hadiah dan pendapat bahwa bahwa susu formula lebih praktis dapat menyesatkan dan menyebabkan orang salah mengerti sehingga mereka beranggapan susu formula lebih baik.

E. Konsep Tumbuh Kembang Anak

Anak memiliki suatu ciri yang khas yaitu yang selalu tumbuh dan berkembang sejak saat konsepsi sampai berakhirnya masa remaja. Hal inilah yang membedakan anak dari orang dewasa. Jadi anak tidak bisa diidentikkan dengan dewasa dalam bentuk kecil. Ilmu Pertumbuhan (Growth) dan Perkembangan (Development) merupakan dasar Ilmu Tumbuh Kembang oleh

karena meskipun merupakan proses yang berbeda, keduanya tidak berdiri sendiri, tetapi saling berkaitan satu sama lain.

Pertumbuhan (growth) merupakan masalah perubahan dalam ukuran besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, kilogram), ukuran panjang (centi meter, meter). Perkembangan (development) merupakan bertambahnya kemampuan (skill/ keterampilan) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan (Riyadi dan Sukarmin, 2009).

Berat badan untuk usia 0-6 bulan pertumbuhan berat badan akan mengalami penambahan setiap minggu sekitar 140-200 gram dan berat badannya akan menjadi dua kali lipat berat badan lahir pada akhir bulan ke-6. Sedangkan pada usia 6-12 bulan terjadi penambahan setiap minggu sekitar 25-40 gram dan pada akhir bulan ke-12 akan terjadi penambahan tiga kali lipat berat badan lahir.

Tinggi badan pada usia 0-6 bulan bayi akan mengalami penambahan tinggi badan sekitar 2,5 cm setiap bulannya. Pada usia 6-12 bulan mengalami penambahan tinggi badan hanya sekitar 1,25 cm setiap bulannya. Pada akhir tahun pertama akan meningkat kira-kira 50% dari tinggi badan waktu lahir.

Lingkar kepala pertumbuhan pada lingkar kepala ini terjadi dengan sangat cepat sekitar 6 bulan pertama, yaitu dari 35-43 cm. pada usia-usia selanjutnya pertumbuhan lingkar kepala mengalami perlambatan. Pada usia 1 tahun hanya mengalami pertumbuhan kurang lebih 46,5 cm.

Perkembangan motorik kasar: pada usia 0-28 hari diawali dengan gerakan seimbang pada tubuh dan mulai mengangkat kepala. Pada usia 1-4 bulan dimulai dengan kemampuan mengangkat kepala saat tengkurap, mencoba duduk sebentar dengan ditopang, mampu duduk dengan kepala tegak, jatuh terduduk di pangkuan ketika di sokong pada posisi berdiri, kontrol kepala sempurna, mengangkat kepala sambil berbaring terlentang, berguling dari terlentang ke miring, posisi lengan dan tungkai kurang fleksi, dan berusaha untuk merangkak.

Usia 4-8 bulan dapat dilihat pada perubahan dalam aktivitas, seperti posisi telungkup pada alas dan sudah mulai mengangkat kepala dengan melakukan gerakan menekan kedua tangannya. pada bulan ke-4 sudah mampu memalingkan kepala ke kanan dan ke kiri; duduk dengan kepala tegak; membalikan badan; bangkit dengan kepala tegak; menumpu beban pada kaki dengan lengan berayun ke depan dan ke belakang; berguling dari terlentang ke tengkurap; serta duduk dengan bantuan dalam waktu yang singkat. Pada usia 8-12 bulan diawali dengan duduk tanpa pegangan, berdiri dengan pegangan, bangkit lalu berdiri, berdiri 2 detik, dan berdiri sendiri.

Usia 1-2 tahun anak sudah mampu melangkah dan berjalan dengan tegak. Sekitar usia 18 bulan anak mampu menaiki tangga dengan cara satu tangan dipegang. Pada akhir tahun ke-2 sudah mampu berlari-lari kecil, menendang bola, dan mulai mencoba melompat.

Perkembangan motorik halus: pada usia 0-28 hari di mulai dengan adanya kemampuan untuk mengikuti garis tengah bila kita memberikan respon terhadap gerakan jari atau tangan.

Pada usia 1-4 perkembangan motorik halus pada usia ini adalah dapat melakukan hal-hal seperti memegang suatu objek, mengikuti objek dari sisi ke sisi, mencoba memegang dan memasukan benda ke dalam mulut, memegang benda tapi terlepas, memerhatikan tangan dan kaki, memegang benda dengan kedua tangan, serta menahan benda di tangan walaupun hanya sebentar.

Pada usia 4-8 bulan sudah mengamati benda, menggunakan ibu jari dan jari telunjuk untuk memegang mengeksplorasi benda yang sedang di pegang, mengambil objek dengan tangan tertangkup, mampu menahan kedua benda di kedua tangan secara simultan, menggunakan bahu dan tangan sebagai satu kesatuan, serta memindahkan objek dari satu tangan ketang lain.

Usia 8-12 bulan mencari atau meraih benda kecil; bila di beri kubus mampu memindahkan, mengambil, memegang dengan telunjuk dan ibu jari, membenturkannya, serta meletakan benda atau kubus ke tempatnya. Anak usia 1-2 tahun pada usia ini dapat ditunjukkan dengan adanya kemampuan dalam mencoba menyusun atau membuat menara kubus (A. Aziz Alimul Hidayat, 2008).

Perkembangan bahasa : pada usia 0-28 hari dapat ditunjukkan dengan adanya kemampuan bersuara (menangis) dan bereaksi terhadap suara atau bel. Pada usia 1-4 ditandai dengan adanya kemampuan bersuara dan tersenyum,

mengucapkan huruf hidup, berceloteh, mengucapkan kata “ooh/ ahh”, tertawa dan berteriak, menguceh spontan, serta bereaksi dengan mengoceh.

Pada usia 4-8 bulan dapat menirukan bunyi atau kata-kata, menoleh ke arah suara atau sumber bunyi, tertawa, menjerit, menggunakan vokalisasi semakin banyak, serta menggunakan kata yang terdiri atas dua suku kata dan dapat membuat dua bunyi vokal yang bersamaan seperti “ba-ba”. Usia 8-12 bulan mampu mengucapkan kata “papa” dan “mama” yang belum spesifik, mengoceh hingga mengatakannya secara spesifik, serta dapat mengucapkan 1-2 kata.

Usia 1-2 tahun anak mampu memiliki sepuluh perbendaharaan kata; tingginya kemampuan meniru, mengenal, dan responsif terhadap orang lain; mampu menunjukkan dua gambar; mampu mengombinasikan kata-kata; serta mulai mampu menunjukkan lambaian anggota badan.

Perkembangan perilaku/ adaptasi sosial: pada usia 0-28 hari dapat ditunjukkan dengan adanya tanda-tanda tersenyum dan mulai menatap muka atau mengenali seseorang. pada usia 1-4 bulan dapat diawali dengan kemampuan mengamati tangannya; tersenyum spontan dan membalas senyum bila diajak tersenyum; mengenal ibunya dengan penglihatan, penciuman, pendengaran, dan kontak; tersenyum pada wajah manusia; waktu tidur dalam sehari lebih sedikit daripada waktu terjaga; membentuk siklus tidur bangun; menangis bila terjadi sesuatu yang aneh; membedakan wajah-wajah yang dikenal dan tidak dikenal; senang menatap wajah-wajah yang dikenalnya; serta terdiam bila ada orang yang tak dikenal (asing).

Pada usia 4-8 bulan anak merasa takut dan terganggu dengan keberadaan orang asing, mulai bermain dengan mainan, mudah frustrasi serta memukul-mukul lengan dan kaki jika sedang kesal. Usia 8-12 bulan dimulai dengan kemampuan bertepuk tangan, menyatakan keinginan, sudah mulai minum dengan cangkir, menirukan kegiatan orang, bermain bola atau lainnya dengan orang lain. Usia 1-2 tahun anak ditunjukkan dengan adanya kemampuan membantu kegiatan di rumah, menyuapi boneka, mulai menggosok gigi, serta mencoba mengenakan baju sendiri. (A. Aziz Alimul Hidayat, 2008).

1. Teori Perkembangan Kognitif Piaget

Menurut Piaget, perkembangan kognitif mempunyai empat aspek, yaitu kematangan, sebagai hasil perkembangan susunan syaraf, pengalaman, yaitu hubungan timbal balik antara organisme dengan dunianya, interaksi sosial, yaitu pengaruh-pengaruh yang diperoleh dalam hubungannya dengan lingkungan sosial, dan ekuilibrase, yaitu adanya kemampuan atau sistem mengatur dalam diri organisme agar dia selalu mampu mempertahankan keseimbangan dan penyesuaian diri terhadap lingkungannya.

a. Kematangan

Kematangan sistem syaraf menjadi penting karena memungkinkan anak memperoleh manfaat secara maksimum dari pengalaman fisik. Kematangan membuka kemungkinan untuk perkembangan sedangkan kalau kurang hal itu akan membatasi secara luas prestasi secara kognitif.

Perkembangan berlangsung dengan kecepatan yang berlainan tergantung pada sifat kontak dengan lingkungan dan kegiatan belajar sendiri.

b. Pengalaman

Interaksi antara individu dan dunia luar merupakan sumber pengetahuan baru, tetapi kontak dengan dunia fisik itu tidak cukup untuk mengembangkan pengetahuan kecuali jika intelegensi individu dapat memanfaatkan pengalaman tersebut.

c. Interaksi Sosial

Lingkungan sosial termasuk peran bahasa dan pendidikan, pengalaman fisik dapat memacu atau menghambat perkembangan struktur kognitif.

d. Ekuilibrase

Proses pengaturan diri dan pengoreksi diri (ekuilibrase), mengatur interaksi spesifik dari individu dengan lingkungan maupun pengalaman fisik, pengalaman sosial dan perkembangan jasmani yang menyebabkan perkembangan kognitif berjalan secara terpadu dan tersusun baik. Dalam pandangan Piaget, anak-anak secara aktif membangun dunia kognitif mereka dengan menggunakan skema untuk menjelaskan hal-hal yang mereka alami. Skema adalah struktur kognitif yang digunakan oleh manusia untuk mengadaptasi diri terhadap lingkungan dan menata lingkungan ini secara intelektual. Piaget (1952) mengatakan bahwa ada dua proses yang bertanggung jawab atas seseorang menggunakan dan mengadaptasi skema mereka:

1) Asimilasi

Asimilasi adalah proses menambahkan informasi baru ke dalam skema yang sudah ada. Proses ini bersifat subjektif, karena seseorang akan cenderung memodifikasi pengalaman atau informasi yang diperolehnya agar bisa masuk ke dalam skema yang sudah ada sebelumnya

2) Akomodasi

Akomodasi adalah bentuk penyesuaian lain yang melibatkan perubahan atau penggantian skema akibat adanya informasi baru yang tidak sesuai dengan skema yang sudah ada. Dalam proses ini dapat pula terjadi pemunculan skema yang baru sama sekali. Piaget membagi perkembangan kognitif anak ke dalam 4 periode utama yang berkorelasi dengan dan semakin canggih seiring pertambahan usia:

3) Periode sensorimotor (usia 0–2 tahun)

Bagi anak yang berada pada tahap ini, pengalaman diperoleh melalui fisik (gerakan anggota tubuh) dan sensori (koordinasi alat indra). Pada mulanya pengalaman itu bersatu dengan dirinya, ini berarti bahwa suatu objek itu ada bila ada pada penglihatannya. Perkembangan selanjutnya ia mulai berusaha untuk mencari objek yang asalnya terlihat kemudian menghiang dari pandangannya, asal perpindahannya terlihat. Akhir dari tahap ini ia mulai mencari objek yang hilang bila benda tersebut tidak terlihat perpindahannya. Objek

mulai terpisah dari dirinya dan bersamaan dengan itu konsep objek dalam struktur kognitifnya pun mulai dikatakan matang. Ia mulai mampu untuk melambungkan objek fisik ke dalam symbol-simbol, misalnya mulai bisa berbicara meniru suara kendaraan, suara binatang, dll.

4) Periode praoperasional (usia 2–7 tahun)

Tahap ini adalah tahap persiapan untuk pengorganisasian operasi konkrit. Pada tahap ini pemikiran anak lebih banyak berdasarkan pada pengalaman konkrit daripada pemikiran logis, sehingga jika ia melihat objek-objek yang kelihatannya berbeda, maka ia mengatakannya berbeda pula. Pada tahap ini anak masih berada pada tahap pra operasional belum memahami konsep kekekalan (conservation), yaitu kekekalan panjang, kekekalan materi, luas, dll. Selain dari itu, cirri-ciri anak pada tahap ini belum memahami dan belum dapat memikirkan dua aspek atau lebih secara bersamaan.

5) Periode operasional konkrit (usia 7–11 tahun).

Pada umumnya anak-anak pada tahap ini telah memahami operasi logis dengan bantuan benda benda konkrit. Kemampuan ini terwujud dalam memahami konsep kekekalan, kemampuan untuk mengklasifikasikan dan serasi, mampu memandang suatu objek dari sudut pandang yang berbeda secara objektif. Anak pada tahap ini sudah cukup matang untuk menggunakan pemikiran logika, tetapi

hanya objek fisik yang ada saat ini (karena itu disebut tahap operasional konkrit). Namun, tanpa objek fisik di hadapan mereka, anak-anak pada tahap ini masih mengalami kesulitan besar dalam menyelesaikan tugas-tugas logika.

6) Periode operasional formal (usia 11 tahun sampai dewasa).

Anak pada tahap ini sudah mampu melakukan penalaran dengan menggunakan hal-hal yang abstrak dan menggunakan logika. Penggunaan benda-benda konkret tidak diperlukan lagi. Anak mampu bernalar tanpa harus berhadapan dengan dengan objek atau peristiwa berlangsung. Penalaran terjadi dalam struktur kognitifnya telah mampu hanya dengan menggunakan simbol-simbol, ide-ide, astraksi dan generalisasi. Ia telah memiliki kemampuan-kemampuan untuk melakukan operasi-operasi yang menyatakan hubungan di antara hubungan-hubungan, memahami konsep promosi.

2. Tahap Perkembangan Psikoseksual Sigmund Freud

Teori perkembangan psikoseksual Sigmund Freud adalah salah satu teori yang paling terkenal, akan tetapi juga salah satu teori yang paling kontroversial. Freud percaya kepribadian yang berkembang melalui serangkaian tahapan masa kanak-kanak di mana mencari kesenangan-energi dari id menjadi fokus pada area sensitif seksual tertentu. Energi psikoseksual, atau libido, digambarkan sebagai kekuatan pendorong di belakang perilaku.

Menurut Sigmund Freud, kepribadian sebagian besar dibentuk oleh usia lima tahun. Awal perkembangan berpengaruh besar dalam pembentukan kepribadian dan terus mempengaruhi perilaku di kemudian hari. Jika tahap-tahap psikoseksual selesai dengan sukses, hasilnya adalah kepribadian yang sehat. Jika masalah tertentu tidak diselesaikan pada tahap yang tepat, fiksasi dapat terjadi. fiksasi adalah fokus yang gigih pada tahap awal psikoseksual. Sampai konflik ini diselesaikan, individu akan tetap “terjebak” dalam tahap ini. Misalnya, seseorang yang terpacu pada tahap oral mungkin terlalu bergantung pada orang lain dan dapat mencari rangsangan oral melalui merokok, minum, atau makan.

a. Fase Oral

Pada tahap oral, sumber utama bayi interaksi terjadi melalui mulut, sehingga perakaran dan refleks mengisap adalah sangat penting. Mulut sangat penting untuk makan, dan bayi berasal kesenangan dari rangsangan oral melalui kegiatan memuaskan seperti mencicipi dan mengisap. Karena bayi sepenuhnya tergantung pada pengasuh (yang bertanggung jawab untuk memberi makan anak), bayi juga mengembangkan rasa kepercayaan dan kenyamanan melalui stimulasi oral. Konflik utama pada tahap ini adalah proses penyapihan, anak harus menjadi kurang bergantung pada para pengasuh. Jika fiksasi terjadi pada tahap ini, Freud percaya individu akan memiliki masalah dengan ketergantungan atau agresi. fiksasi oral dapat mengakibatkan masalah dengan minum, merokok makan, atau menggigit kuku.

b. Fase Anal

Pada tahap anal, Freud percaya bahwa fokus utama dari libido adalah pada pengendalian kandung kemih dan buang air besar. Konflik utama pada tahap ini adalah pelatihan toilet – anak harus belajar untuk mengendalikan kebutuhan tubuhnya. Mengembangkan kontrol ini menyebabkan rasa prestasi dan kemandirian.

Menurut Sigmund Freud, keberhasilan pada tahap ini tergantung pada cara di mana orang tua pendekatan pelatihan toilet. Orang tua yang memanfaatkan pujian dan penghargaan untuk menggunakan toilet pada saat yang tepat mendorong hasil positif dan membantu anak-anak merasa mampu dan produktif.

Freud percaya bahwa pengalaman positif selama tahap ini menjabat sebagai dasar orang untuk menjadi orang dewasa yang kompeten, produktif dan kreatif. Namun, tidak semua orang tua memberikan dukungan dan dorongan bahwa anak-anak perlukan selama tahap ini. Beberapa orang tua ‘bukan menghukum, mengejek atau malu seorang anak untuk kecelakaan.

Menurut Freud, respon orangtua tidak sesuai dapat mengakibatkan hasil negatif. Jika orangtua mengambil pendekatan yang terlalu longgar, Freud menyarankan bahwa yang mengusir kepribadian dubur dapat berkembang di mana individu memiliki, boros atau merusak kepribadian berantakan. Jika orang tua terlalu ketat atau mulai toilet training terlalu

dini, Freud percaya bahwa kepribadian kuat-analberkembang di mana individu tersebut ketat, tertib, kaku dan obsesif.

c. Fase Phallic

Pada tahap phallic , fokus utama dari libido adalah pada alat kelamin. Anak-anak juga menemukan perbedaan antara pria dan wanita. Freud juga percaya bahwa anak laki-laki mulai melihat ayah mereka sebagai saingan untuk ibu kasih sayang itu. Kompleks Oedipus menggambarkan perasaan ini ingin memiliki ibu dan keinginan untuk menggantikan ayah.

Namun, anak juga kekhawatiran bahwa ia akan dihukum oleh ayah untuk perasaan ini, takut Freud disebut pengebirian kecemasan. Istilah Electra kompleks telah digunakan untuk menggambarkan satu set sama perasaan yang dialami oleh gadis-gadis muda. Freud, bagaimanapun, percaya bahwa gadis-gadis bukan iri pengalaman penis.

Akhirnya, anak menyadari mulai mengidentifikasi dengan induk yang sama-seks sebagai alat vicariously memiliki orang tua lainnya. Untuk anak perempuan, Namun, Freud percaya bahwa penis iri tidak pernah sepenuhnya terselesaikan dan bahwa semua wanita tetap agak terpaku pada tahap ini.

Psikolog seperti Karen Horney sengketa teori ini, menyebutnya baik tidak akurat dan merendahkan perempuan. Sebaliknya, Horney mengusulkan bahwa laki-laki mengalami perasaan rendah diri karena mereka tidak bisa melahirkan anak-anak.

d. Fase Latent

Periode laten adalah saat eksplorasi di mana energi seksual tetap ada, tetapi diarahkan ke daerah lain seperti pengejaran intelektual dan interaksi sosial. Tahap ini sangat penting dalam pengembangan keterampilan sosial dan komunikasi dan kepercayaan diri.

Sigmund Freud menggambarkan fase laten sebagai salah satu yang relatif stabil. Tidak ada organisasi baru seksualitas berkembang, dan dia tidak membayar banyak perhatian untuk itu. Untuk alasan ini, fase ini tidak selalu disebutkan dalam deskripsi teori sebagai salah satu tahap, tetapi sebagai suatu periode terpisah.

e. Fase Genital

Pada tahap akhir perkembangan psikoseksual, individu mengembangkan minat seksual yang kuat pada lawan jenis. Dimana dalam tahap-tahap awal fokus hanya pada kebutuhan individu, kepentingan kesejahteraan orang lain tumbuh selama tahap ini. Jika tahap lainnya telah selesai dengan sukses, individu sekarang harus seimbang, hangat dan peduli. Tujuan dari tahap ini adalah untuk menetapkan keseimbangan antara berbagai bidang kehidupan.

3. Teori Perkembangan Psikososial Menurut Erik Erikson

Banyak teori mengenai perkembangan psikososial, yang paling banyak dianut adalah teori psikososial dari Erik Erikson. Teori psikososial dari Erik Erikson meliputi delapan tahap yang saling berurutan sepanjang hidup. Hasil dari tiap tahap tergantung dari hasil tahapan sebelumnya, dan resolusi yang

sukses dari tiap krisis ego adalah penting bagi individu untuk dapat tumbuh secara optimal. Ego harus mengembangkan kesanggupan yang berbeda untuk mengatasi tiap tuntutan penyesuaian dari masyarakat.

Berikut adalah delapan tahapan perkembangan psikososial menurut Erik Erikson :

a. Tahap I : Trust versus Mistrust (0-1 tahun)

Dalam tahap ini, bayi berusaha keras untuk mendapatkan pengasuhan dan kehangatan, jika ibu berhasil memenuhi kebutuhan anaknya, sang anak akan mengembangkan kemampuan untuk dapat mempercayai dan mengembangkan asa (hope). Jika krisis ego ini tidak pernah terselesaikan, individu tersebut akan mengalami kesulitan dalam membentuk rasa percaya dengan orang lain sepanjang hidupnya, selalu meyakinkan dirinya bahwa orang lain berusaha mengambil keuntungan dari dirinya.

b. Tahap II: Autonomy versus Shame and Doubt (1-3 tahun)

Dalam tahap ini, anak akan belajar bahwa dirinya memiliki kontrol atas tubuhnya. Orang tua seharusnya menuntun anaknya, mengajarkannya untuk mengontrol keinginan atau impuls-impulsnya, namun tidak dengan perlakuan yang kasar. Mereka melatih kehendak mereka, tepatnya otonomi. Harapan idealnya, anak bisa belajar menyesuaikan diri dengan aturan-aturan sosial tanpa banyak kehilangan pemahaman awal mereka mengenai otonomi, inilah resolusi yang diharapkan.

c. Tahap III : Initiative versus Guilt (3-6 tahun)

Pada periode inilah anak belajar bagaimana merencanakan dan melaksanakan tindakannya. Resolusi yang tidak berhasil dari tahapan ini akan membuat sang anak takut mengambil inisiatif atau membuat keputusan karena takut berbuat salah. Anak memiliki rasa percaya diri yang rendah dan tidak mau mengembangkan harapan-harapan ketika ia dewasa. Bila anak berhasil melewati masa ini dengan baik, maka keterampilan ego yang diperoleh adalah memiliki tujuan dalam hidupnya.

d. Tahap IV: Industry versus Inferiority (6-12 tahun)

Pada saat ini, anak-anak belajar untuk memperoleh kesenangan dan kepuasan dari menyelesaikan tugas khususnya tugas-tugas akademik. Penyelesaian yang sukses pada tahapan ini akan menciptakan anak yang dapat memecahkan masalah dan bangga akan prestasi yang diperoleh. Keterampilan ego yang diperoleh adalah kompetensi. Di sisi lain, anak yang tidak mampu untuk menemukan solusi positif dan tidak mampu mencapai apa yang diraih teman-teman sebaya akan merasa inferior.

e. Tahap V : Identity versus Role Confusion (12-18 tahun)

Pada tahap ini, terjadi perubahan pada fisik dan jiwa di masa biologis seperti orang dewasa sehingga tampak adanya kontraindikasi bahwa di lain pihak ia dianggap dewasa tetapi di sisi lain ia dianggap belum dewasa. Tahap ini merupakan masa stansarisasi diri yaitu anak mencari identitas dalam bidang seksual, umur dan kegiatan. Peran orang tua

sebagai sumber perlindungan dan nilai utama mulai menurun. Adapun peran kelompok atau teman sebaya tinggi.

f. Tahap VI : Intimacy versus Isolation (masa dewasa muda)

Dalam tahap ini, orang dewasa muda mempelajari cara berinteraksi dengan orang lain secara lebih mendalam. Ketidakmampuan untuk membentuk ikatan sosial yang kuat akan menciptakan rasa kesepian. Bila individu berhasil mengatasi krisis ini, maka keterampilan ego yang diperoleh adalah cinta.

g. Tahap VII : Generativity versus Stagnation (masa dewasa menengah)

Pada tahap ini, individu memberikan sesuatu kepada dunia sebagai balasan dari apa yang telah dunia berikan untuk dirinya, juga melakukan sesuatu yang dapat memastikan kelangsungan generasi penerus di masa depan. Ketidakmampuan untuk memiliki pandangan generatif akan menciptakan perasaan bahwa hidup ini tidak berharga dan membosankan. Bila individu berhasil mengatasi krisis pada masa ini maka ketrampilan ego yang dimiliki adalah perhatian.

h. Tahap VIII : Ego Integrity versus Despair (masa dewasa akhir)

Pada tahap usia lanjut ini, mereka juga dapat mengingat kembali masa lalu dan melihat makna, ketentraman dan integritas. Refleksi ke masa lalu itu terasa menyenangkan dan pencarian saat ini adalah untuk mengintegrasikan tujuan hidup yang telah dikejar selama bertahun-tahun. Kegagalan dalam melewati tahapan ini akan menyebabkan

4. Denver Developmental Screening Test-II (DDST-II)

DDST-II ini merupakan metode yang digunakan untuk menilai perkembangan anak usia 0-6 tahun yang terdiri dari 125 item tugas pertumbuhan anak. Hasil dari pengukuran DDST-II ini berupa normal, tersangka dan tidak dapat diuji (Adriana, 2011). Secara garis besar tugas tumbuh kembang anak dalam DDST-II terbagi atas empat klasifikasi (Nugroho, 2008).

Klasifikasi pertama yaitu sektor personal-sosial, dalam sektor ini berisi ketercapaian anak dalam bersosialisasi dengan lingkungan. Klasifikasi kedua yaitu sektor motorik halus, dalam sektor ini berisi ketercapaian anak dalam koordinasi anggota tubuh. Klasifikasi selanjutnya yaitu sektor bahasa, dalam sektor ini lebih berfokus dalam penggunaan bahasa, berbicara, dan mendengar. Klasifikasi yang terakhir dalam penilaian ini yaitu sektor motorik kasar, dalam sektor ini anak dinilai dari kemampuan otot untuk beraktifitas (Nugroho, 2008). Hasil penilaian DDST-II terdiri dari penilaian item dan penilaian secara keseluruhan. Penilaian item terdiri dari *advanced*, *normal*, *caution*, *delayed* dan *no opportunity*. Sedangkan untuk penilaian secara keseluruhan terdiri dari *normal*, *suspect*, dan *untestable*.

Menurut DDST-II perkembangan anak usia 3 bulan dapat dilihat dari empat aspek yaitu, motorik halus, personal sosial, bahasa, dan motorik kasar antara lain :

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Kasus.	58
B. Analisa Data Keperawatan	70
C. Rencana Intervensi Keperawatan.	72
D. Implementasi keperawatan	74
E. Evaluasi Keperawatan.....	86

BAB IV ANALISA SITUASI

A. Profil Lahan Praktik	97
B. Analisa Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait dan Konsep Kasus Terkait.	99
C. Analisis Salah Satu Intervensi dengan Konsep dan Penelitian Terkait.	104
D. Alternatif Pemecahan yang dapat Dilakukan.....	106

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
KALIMANTAN TIMUR**

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada An. D dengan diagnosa medis *Patent Duktus Arteriosus*, di ruang PICURSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. menggunakan proses keperawatan yang terangkai dari pengkajian, perumusan masalah, diagnosa keperawatan, pelaksanaan keperawatan serta evaluasi maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Penyakit jantung bawaan (*Patent Duktus Arteriosus*) adalah kegagalan menutupnya ductus arteriosus (arteri yang menghubungkan aorta dan arteri pulmonal) pada minggu pertama kehidupan, yang menyebabkan mengalirnya darah dari aorta yang bertekanan tinggi ke arteri pulmonal yang bertekanan rendah. Pada kasus An. D ± 1 minggu anak klien sering batuk dan kejang kejang sehingga pada tanggal 11 februari 2015 anak dibawa ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda agar mendapat perawatan intensif.
2. Dalam kasus ini didapatkan lima diagnosa keperawatan antara lain: pada tanggal 13 februari 2015, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan hipoventilasi, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, resiko infeksi dengan faktor resiko prosedur invasif. Pada tanggal 15 februari 2015, keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan dengan faktor yang menghubungkan efek ketunadayan fisik.

3. Berdasarkan analisis dan pembahasan mengenai masalah penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas terhadap posisi semi fowler 45 derajat. Hasil analisa menunjukkan bahwa pemberian tindakan posisi semi fowler 45 derajat dapat mempertahankan curah jantung sehingga sesak nafas berkurang yang pada akhirnya membuat klien tenang dan RR menurun.

B. Saran-saran

1. Bagi pasien dan keluarga

Diharapkan dapat menerapkan tindakan pemberian posisi semi fowler pada perawatan pasien yapat mempertahankan curah jantung sehingga sesak nafas berkurang yang pada akhirnya membuat klien tampak tenang.

2. Bagi perawat dan tenaga kesehatan

Diharapkan sebagai bahan untuk memotivasi tenaga keperawatan agar menerapkan tindakan keperawatan secara mandiri sebelum tindakan kolaboratif dan mampu menunjukkan jati diri sebagai perawat yang professional.

3. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dapat menjadi bahan masukan agar penerapan tindakan tindakan pemberian kebutuhan nutrisi melalui OGT di ruangan dapat dimaksimalkan dan dijadikan prosedur tetap di lingkungan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, perlu diadakan pelatihan atau penyegaran bagi perawat.

4. Bagi Pendidikan

Hasil analisis ini dapat menjadi referensi atau sumber informasi untuk pemberian asuhan keperawatan serta sebagai bahan bacaan dan bahan masukan dalam kegiatan proses belajar.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, R.E., Wulandari, D. (2009). *Asuhan Kebidanan Nifas*. Jogjakarta: Mitra Cendika Press
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*, Jakarta : EGC
- Betz Lynn, dkk. (2009). *Buku Saku Keperawatan Pediatri ed 5* .Jakarta EGC
- Depkes RI, (2005). *Rencana Aksi Pangan dan Gizi Nasional tahun 2001- 2005*, Jakarta.
- Doenges M.E., Moorhouse M.F., Murr A.C. (2010). *Nursing Care Plans: Guidelines For Individualizing Client Care Across The Life Span. Edition 8*. Philadelphia : F.A. Davis Company
- Elisabeth T. Anderson dan RN. Judith Mc. Farlane. (2012). *Community as a Partner, 6 Th Ed +Introduction to Community Based Nursing, 5th Ed: Theory and Practic in Nursing* . Lippincot Williams and Wilkins, 2012
- Hidayat,A.A(2012).*Pengantar Dokumentasi Proses Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Khasanah, Nur. (2011). *ASI atau Susu Formula ya ?*. Jogjakarta : FlashBook
- Kristiyansari,W.(2009). *ASI:Menyusui dan Sadari*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Potter, P.A, & Perry, A.G. (2005) *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik.Edisi 4. Volume 2*. Alih Bahasa: Renata Komalasari, dkk.Jakarta: EGC.
- Roesli, Utami. (2000).*Mengenal ASI Eksklusif*. Jakarta : Trubus Argriwidya.
- Sudoyo A, et al.(2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta : FKUI;
- Suriadi, Rita Yuliani. (2004).*Asuhan Keperawatan Pada Anak*. CV. Sagung Seto, Jakarta.
- Suparmi, Yulia. (2010).*Kebutuhan Dasar Manusia*. Yogyakarta : PT Citra Aji Parama
- Wong. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Wong*. Alih bahasa : Agus Sutarna, Neti. Juniarti, H.Y. Kuncoro. Editor edisi bahasa Indonesia : Egi Komara Yudha [et al.]. Edisi 6. Jakarta : EGC