

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Anak Usia Sekolah

2.1.1 Pengertian Anak Usia Sekolah

Anak usia sekolah yaitu anak yang berusia 6-12 tahun, yang artinya sekolah menjadi pengalaman inti anak. Periode ketika anak-anak dianggap mulai bertanggung jawab atas perlakunya sendiri dalam hubungan orang tua mereka, teman sebaya dan lainnya. Anak memperoleh dasar-dasar pengetahuan untuk keberhasilan penyesuaian diri pada kehidupan dewasa dan memperoleh keterampilan tertentu terjadi pada usia sekolah. Anak usia sekolah adalah anak pada usia 6-12 tahun, yang artinya sekolah menjadi pengalaman inti anak. Periode ketika anak-anak dianggap mulai bertanggung jawab atas perlakunya sendiri dalam hubungan dengan orang tua mereka, teman sebaya, dan orang lainnya. Usia sekolah merupakan masa anak 3 memperoleh dasar-dasar pengetahuan untuk keberhasilan penyesuaian diri pada kehidupan dewasa dan memperoleh keterampilan tertentu. (Sri Rahman Haruna, 2022)

2.1.2 Ciri-ciri Anak Usia Sekolah

Pada masa ini disebut juga dengan masa anak-anak akhir. Anak-anak sudah masuk pada usia sekolah. Setiap anak akan memiliki ciri-ciri yang berbeda sejalan dengan perkembangan individu tersebut,

Mulyani Sumantri dan Nana Syaodih, (2021). Ciri-ciri yang akan cepat terlihat adalah dari tingkah laku individu. Dan pada usia ini akan terlihat beberapa perbedaan perkembangan sebagai berikut:

1. Perkembangan Fisik

Pada usia SD perbedaan perkembangan fisik dapat diteliti secara faktual. Perbedaan terlihat pada tinggi dan rendah setiap siswa akan berbeda, hal tersebut terlihat jelas saat siswa ditarik. Pada usia 10 tahun anak-anak perempuan rata-rata lebih tinggi dan lebih berat daripada anak laki-laki. Namun setelah usia 12 atau 13 tahun anak laki-laki menyusul bahkan lebih berat dan lebih tinggi daripada anak perempuan.

Selain perbedaan yang ada karena memang anak tersebut sudah memasuki tahapan perkembangan fisik tertentu, faktor lingkungan juga akan mempunyai peranan dalam mempertajam perbedaan individu anak. Kondisi kesehatan anak dapat berbeda karena selain faktor bawaan, juga karena kondisi lingkungan sekolah dan kelas. Pada usia ini siswa laki-laki mempunyai kemampuan motorik yang lebih dibandingkan perempuan. Selain itu siswa yang aktif secara fisik akan mudah meningkatkan kemampuan motorik, hal tersebut menunjukkan bahwa siswa yang aktif secara fisik/ banyak bergerak maka kemampuan dalam geraknya lebih baik sehingga dalam melakukan berbagai gerakan akan lebih mudah.

2. Perkembangan Kognitif

Masa kanak-kanak akhir (usia 7-12 tahun) anak-anak mengalami perubahan berpikir, ditandai dengan adanya aktivitas-aktivitas mental seperti mengingat, memahami, dan memecahkan masalah. Kemudian pengalaman hidupnya memebri andil dalam mempertajam konsep. Pada masa ini anak-anak proses kognitif anak-anak tidak lagi egosentrisme, dan akan lebih logis.

3. Perkembangan Bahasa

Anak-anak pada masa ini mengalami peningkatan dalam kemampuan menganalisis kata dan membantunya untuk mengerti apa yang tidak secara langsung berhubungan dengan pengalaman pribadinya.

4. Perkembangan Moral

Perkembangan moral ditandai dengan kemampuan anak untuk memahami aturan, norma dan etika yang berlaku di masyarakat. Antara usia 5 sampai 12 tahun konsep anak tentang keadilan mulai berubah. Pengertian yang kaku tentang benar dan salah yang telah dipelajari dari orang tua telah berubah.

5. Perkembangan Emosi

Pergaulan yang semakin luas dengan teman sekolah dan teman sebaya lainnya mengembangkan emosinya. Anak mulai

belajar bahwa ungkapan emosi yang kurang baik tidak diterima oleh teman-temannya dan mulai mengendalikan ungkapan-ungkapan emosi yang kuarang diterima.

6. Perkembangan Sosial

Perilaku sosial anak-anak sangat dipengaruhi oleh orang-orang di sekitarnya. Pada masa ini anak-anak cenderung menyukai kegiatan bermain yang dilakukan secara berkelompok, anak-anak juga memiliki teman-teman sebaya untuk melakukan kegiatan bersama. Anak-anak merasa senang dan perlu untuk bersama-sama, sehingga berkeinginan selalu ada di tengah-tengah kelompoknya.

2.2 Konsep Teori Autism Spectrum Disorder

2.2.1 Pengertian

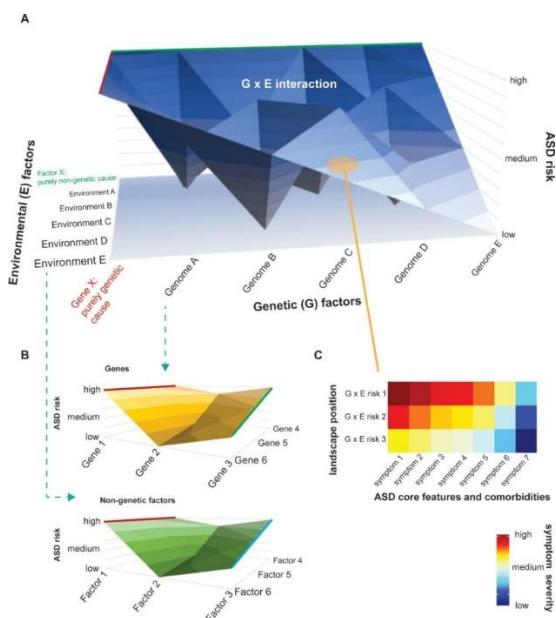
Autisme adalah gangguan perkembangan pada anak yang gejalanya sudah timbul sebelum anak itu mencapai usia tiga tahun. Penyebab autisme adalah gangguan neurobiologis berat yang mempengaruhi fungsi otak sehingga anak tidak mampu berinteraksi dan berkomunikasi dengan dunia luar secara efektif. Kebiasaan anak-autis sangat terganggu secara fisik maupun mental, bahkan seringkali menjadi anak-anak yang terisolir dari lingkungannya dan hidup dalam dunianya sendiri dengan berbagai gangguan mental dan perilaku. Pada umumnya perilaku yang sering muncul pada anak autis adalah sering

bersikap semaunya sendiri tidak mau diatur, perilaku tidak terarah (mondar-mandir, lari-lari, manjat-manjat, belrputar-putar, lompat-lompat, ngepak-ngepak, teriak-teriak, agresif, menyakiti diri sendiri, tantrum (mengamuk), sulit konsentrasi dan perilaku repetitif. (Hidayah et al., 2019).

2.2.2 Etiologi

Ada beberapa etiologi untuk ASD (Ann K.S, Janelle E. Stanton, Sakshi Hans, and Andreas M. Grabrucke, 2021), yaitu :

Gambar 2.1 Etiologi 1



- 1) ASD disebabkan oleh faktor genetik atau lingkungan atau kombinasi dari keduanya. Bagi beberapa individu, ASD semata-mata disebabkan oleh adanya mutasi genetik (garis merah). Paparan terhadap lingkungan tertentu dapat menyebabkan ASD terlepas dari latar belakang genetik pada beberapa individu

(garis hijau). Dalam kebanyakan kasus, susunan genetik individu, dikombinasikan dengan paparan faktor lingkungan, akan menentukan risiko ASD. Misalnya, sementara seseorang dengan genom A mungkin berisiko rendah di lingkungan A, orang yang sama mungkin memiliki risiko tinggi di lingkungan E.

- 2) Setiap genom dan setiap lingkungan merupakan kombinasi dari banyak faktor genetik (panel atas) dan faktor non-genetik (panel bawah). Apakah genom memberikan risiko tinggi untuk mengembangkan ASD dapat ditentukan oleh satu mutasi, yaitu, seperti yang terlihat pada banyak bentuk sindromik ASD (garis merah), atau kombinasi varian gen, di mana varian terkait ASD dapat bertindak dengan cara aditif sederhana (garis hijau) atau berada dalam hubungan yang lebih kompleks. Misalnya, gen 3 yang terkait dengan ASD dapat mengakibatkan risiko rendah jika dikombinasikan dengan gen 6, tetapi risikonya meningkat dengan adanya gen 5. Dengan demikian, beberapa varian akan meningkatkan risiko ASD, tetapi varian gen tertentu juga dapat menurunkan risiko keseluruhan. Demikian pula, keberadaan satu faktor lingkungan tertentu dapat menjadi pemicu yang kuat sehingga bertindak secara independen dari faktor lingkungan lainnya (garis merah). Namun, dalam banyak kasus, kombinasi faktor lingkungan akan menentukan risiko keseluruhan yang

disumbangkan melalui faktor non-genetik dalam hubungan aditif atau lebih kompleks.

- 3) Jika risiko mengembangkan ASD melampaui ambang batas, faktor genetik, faktor lingkungan, dan interaksi mereka akan menentukan tingkat keparahan gejala ASD dan keberadaan serta tingkat keparahan komorbiditas. Hal ini menghasilkan heterogenitas yang cukup besar di antara ASD.

Dalam (Rafael Lisinius Ginting, Annisa Dea Utami et al., 2023) ada beberapa teori penyebab autisme, antara lain :

- 1) Teori Psikososial

Penyebab autisme pada anak yaitu lahir dari perilaku sosial yang tidak seimbang, seperti orang tua yang emosional, kaku dan obsesif, yang mengasuh anak mereka dalam suatu atmosfer yang secara emosional kurang hangat bahkan dingin. Pendapat lain mengatakan bahwa telah adanya trauma pada anak yang disebabkan hostilitas yang tidak disadari dari ibu.

- 2) Teori Biologis

Dari hasil penelitian, secara genetik terhadap keluarga dan anak kembar menunjukkan adanya faktor genetik yang berperan dalam autisme. Pada anak kembar satu telur ditemukan sekitar 36-89%, sedang pada anak kembar dua telur 0%. Pada penelitian lain, ditemukan keluarga 2,5-3% autisme pada saudara kandung, yang berarti 50-100 kali lebih tinggi dibanding pada populasi normal.

Selain itu komplikasi pranatal, pelrinatal, dan nelo natal yang meningkat juga ditemukan pada anak dengan autisme. Komplikasi yang paling sering dilaporkan adalah adanya pendarahan setelah trimester pertama dan ada kotoran janin pada cairan amnion, yang merupakan tanda bahaya dari janin.

3) Teori Imunologi

Dalam teori ini, telah ditemukan respons dari sistem imun pada beberapa anak autistik meningkatkan kemungkinan adanya dasar imunologis pada beberapa kasus autisme. Ditemukannya antibodi beberapa ibu terhadap antigen leukosit anak mereka yang autisme, memperkuat dugaan ini, karena ternyata anti gen leukosit juga ditemukan pada sel-sel otak. Dengan demikian, antibodi ibu dapat secara langsung merusak jaringan saraf otak janin yang menjadi penyebab timbulnya autisme.

4) Teori Virus

Peningkatan frekuensi yang tinggi dari gangguan autisme pada anak-anak dengan congenital, rubella, herpes simplex encephalitis, dan cytomegalovirus infection, juga pada anak-anak yang lahir selama musim semi dengan kemungkinan ibu mereka menderita influensa musim dingin saat mereka ada di dalam rahim, telah membuktai para peneliti menduga infeksi virus ini merupakan salah satu penyebab autisme. Para ilmuan lain, menyatakan bahwa kemungkinan besar penyebab autisme adalah faktor

kecenderungan yang dibawa oleh faktor genetik. Sekalipun begitu sampai saat ini kromosom mana yang membawa sifat autisme belum dapat diketahui, sebab pada anak-anak yang mempunyai kondisi kromosom yang sama bisa juga memberi gambaran gangguan yang berbeda.

2.2.3 Manifestasi Klinis

Seorang anak disebut sebagai penyandang *autis spektrum disorder*, apa bila seorang anak memiliki sebagian dari gejala-gejala sebagai berikut (Rafael Lisinius Ginting, Annisa Dea Utami et al., 2023) :

a. Gangguan Komunikasi

Gangguan komunikasi yaitu suatu kecenderungan yang memiliki hambatan dalam mengekspresikan diri, sulit bertanya jawab, sering membebo ucapan orang lain, atau bahkan bicara secara total dan berbagai bentuk masalah gangguan komunikasi lainnya.

b. Gangguan Perilaku

Gangguan perilaku yaitu adanya perilaku stereotip atau khas seperti mengepakkan tangan, melompat-lompat, berjalan jinjit, senang pada benda yang berputar atau memutar-mutar benda, mengetuk-ngetukan benda kepada benda lain. Obsesi pada bagian benda yang tidak wajar dan berbagai bentuk masalah perilaku yang tidak wajar bagi anak selusianya.

c. Gangguan Interaksi

Gangguan interaksi yaitu keengganan seorang anak untuk berinteraksi dengan anak-anak sebayanya bahkan sering kali merasa terganggu dengan kehadiran orang lain disekitarnya, tidak dapat bermain bersama anak lainnya dan lebih senang hidup menyendiri. Penyebab Autisme itu sendiri, menurut para ahli dalam hasil penelitiannya menyatakan bahwa bintik autisme telah ada jauh hari sebelum bayi yang dilahirkan bahkan sebelum vaksinasi dilakukan. Patricia Rodier, seorang ahli embrio dari Amerika menyatakan bahwa gejala autisme dan cacat lahir itu disebabkan karena terjadinya kerusakan jaringan otak yang terjadi sebelum 20 hari pada saat pembentukan janin.

Secara neurologis diduga terdapat tiga tempat yang berbeda dengan mekanisme yang berbeda yang dapat menyebabkan autisme, yaitu :

- a. Gangguan fungsi mekanisme kortikal menyeleksi atensi, akibat adanya kelainan pada proyeksi asending dari serebelum dan batang otak.
- b. Gangguan fungsi mekanisme limbic untuk mendapatkan informasi, misalnya daya ingat.
- c. Gangguan pada proses informasi oleh korteks asosiasi dan jaringan pendistribusianya.

2.2.4 Patofisiologi

Selama bertahun-tahun, perkembangan dan fungsi otak telah menjadi fokus penelitian dalam ASD. Studi eksperimental dan *postmortem* telah mengidentifikasi patologi sistem saraf pusat (SSP) pada tingkat morfologi kasar dan tingkat seluler, misalnya pada neuron dan sel glia. Dari studi ini, dapat disimpulkan bahwa neuropatologi terbukti dalam ASD. Namun, penelitian dalam beberapa tahun terakhir tentang respons imun dan pensinyalan otak-usus telah mengungkapkan bahwa patologi dalam ASD juga ada di luar SSP.

1) Neuropatologi

Beberapa penelitian telah melaporkan kelainan seperti peningkatan lingkar kepala dan volume intrakranial pada anak-anak berusia 1–4 tahun, yang kemudian didiagnosis dengan ASD. Sebuah meta-analisis dari studi volumetrik yang menyelidiki struktur otak individu muda dengan ASD menemukan perubahan pada lobus oksipital lateral, daerah perisentral, lobus temporal medial, ganglia basal, dan dekat dengan operkulum parietal kanan. Namun, pada individu lanjut usia dengan ASD, kelainan anatomi yang dilaporkan sebelumnya seperti volume intrakranial yang lebih besar, volume serebelum yang lebih kecil, volume amigdala yang lebih besar, atau volume korpus kalosum dan hipokampus yang berubah tidak dikonfirmasi menggunakan ukuran sampel besar yang diperoleh dari basis data *Autism Brain*

Imaging Data Exchange (ABIDE). Dengan demikian, telah diusulkan bahwa pertumbuhan otak dini pada ASD diikuti oleh fase penghentian pertumbuhan selama perkembangan atau bahkan degenerasi. Selain itu, kelainan anatomi kasar yang dilaporkan tidak dapat secara langsung dikaitkan dengan fenotipe klinis individu dengan ASD.

Konektivitas otak dilaporkan berbeda pada individu dengan ASD. Konektivitas yang lebih rendah antara daerah otak distal dan peningkatan konektivitas dalam daerah otak proksimal telah ditemukan. Namun, ada data yang saling bertentangan, dan beberapa penelitian tidak dapat mengkonfirmasi temuan ini.

Kelainan juga telah dilaporkan dalam sitoarsitektur otak individu dengan ASD. Misalnya, jumlah sel Purkinje serebelum yang menurun ditemukan pada otak penderita ASD. Namun, neuropatologi ASD yang paling jelas adalah disfungsi sinaptik. Banyak dari 207 gen SFARI yang terkait dengan risiko tinggi (sindromik dan kategori 1) untuk ASD mengkode protein yang memainkan peran penting dalam fungsi sinaptik di otak. Kandidat berisiko tinggi yang dikenal luas dan dipublikasikan dengan baik untuk kerentanan ASD meliputi anggota keluarga protein perancah postsinaptik SHANK (SH3 dan beberapa domain pengulangan ankyrin) (yaitu, SHANK2/3), keluarga adhesi sel neureksin (yaitu, NRXN1), dan neuroligin (yaitu,

NLGN2, NLGN4X). Berdasarkan model *in vitro* dan *in vivo* dengan manipulasi genetik, banyak gen terkait ASD ditemukan terlibat dalam jalur yang bertanggung jawab untuk sintesis dan degradasi protein, remodeling kromatin, dan fungsi sinaptik, yang akhirnya menyatu dalam perannya dalam homeostasis sinaptik dan plastisitas sinaptik. Oleh karena itu, ASD juga diklasifikasikan sebagai sinaptopati. Pada sinapsis, dua jalur pensinyalan tampaknya penting untuk patologi ASD. Jalur mTOR/PI3K yang khususnya terkait dengan ASD sindromik dan jalur NRXN-NLGN-SHANK. Bersama-sama, jalur ini adalah pengatur utama sinaptogenesis. Namun, keberadaannya sangat terbatas pada sinapsis rangsang, yang akhirnya dapat mengakibatkan ketidakseimbangan antara transmisi rangsang dan penghambatan. Telah berspekulasi bahwa banyak faktor risiko genetik dan non-genetik untuk ASD secara mekanistik bertemu di tingkat sinaptik ASD (Ann K.S, Janelle E. Stanton, Sakshi Hans, and Andreas M. Grabrucke, 2021).

2) Patologi Ekstraserebral

Di luar otak, dalam beberapa tahun terakhir, para peneliti mulai menyelidiki peran sistem organ lain yang berubah dalam ASD. Salah satu sistem yang sangat terlibat dalam ASD adalah sistem GI, dengan banyak individu dengan ASD melaporkan disfungsi GI. Laporan tentang prevalensi gangguan GI dalam

populasi autis bervariasi di antara penelitian, dengan perkiraan berkisar antara 20–86%. Selain disfungsi GI yang lebih umum terjadi pada individu dengan ASD daripada pada individu non-autis, tingkat keparahan kelainan GI tampaknya berkorelasi dengan tingkat keparahan ASD, yang mengarah pada peran potensial sistem GI sebagai pengubah perilaku ASD dan faktor dalam etiologi ASD. Gejala GI seperti nyeri perut, kembung, diare, sembelit, atau refluks gastroesofageal adalah masalah GI yang paling sering dilaporkan.

Lebih jauh, peningkatan permeabilitas usus pada individu ASD dan model hewan ASD telah dilaporkan, yang memunculkan hipotesis "usus bocor" yang berkontribusi terhadap peradangan kronis pada ASD. Menariknya, disfungsi penghalang juga merupakan ciri umum pada gangguan inflamasi usus seperti penyakit Crohn, penyakit radang usus, dan penyakit celiac, yang selanjutnya mengimplikasikan peran gangguan GI dan fungsi imun. Dalam bentuk genetik autisme tertentu, mutasi pada gen yang memengaruhi SSP secara langsung memengaruhi sistem saraf enterik usus, yang menyebabkan dismotilitas usus.

Sumbu usus-mikrobioma-otak telah diketahui mengubah perilaku dan berperan dalam perkembangan saraf. Disbiosis mikrobioma usus pada individu dengan ASD dan model hewan telah dijelaskan dalam banyak penelitian. Investigasi

mikrobioma pada subjek ASD versus individu non-autis menemukan perbedaan dalam keragaman mikroba dalam sampel tinja dan feses. Selain keragaman bakteri yang abnormal, individu dengan ASD memiliki komposisi mikroba abnormal yang dapat memperburuk patologi GI dan proses inflamasi. Meskipun terdapat laporan yang saling bertentangan karena perbedaan dalam metodologi umum, ukuran sampel, pengecualian atau penyertaan peserta dengan disfungsi GI yang diketahui dalam penelitian, dan kemungkinan perbedaan dalam pola makan karena negara asal yang berbeda, beberapa penelitian melaporkan perubahan mikrobiota Bacteroides dan Firmicutes pada tingkat filum. Lebih jauh, pada tingkat filum, Actinobacteria pada individu dengan autisme berbeda dibandingkan dengan subjek kontrol. Perubahan pada mikrobiota usus dan fungsi penghalang epitel usus yang abnormal ("usus bocor") secara langsung atau tidak langsung menimbulkan proses inflamasi yang memengaruhi fungsi otak, sehingga berkontribusi pada neuropatologi ASD (Ann K.S, Janelle E. Stanton, Sakshi Hans, and Andreas M. Grabrucke, 2021).

2.2.5 Klasifikasi

Dalam (Rafael Lisinius Ginting, Annisa Dea Utami et al., 2023) berinteraksi sosial anak autis dikelompokkan atas 3 kelompok, yaitu :

a. Kelompok Menyendiri

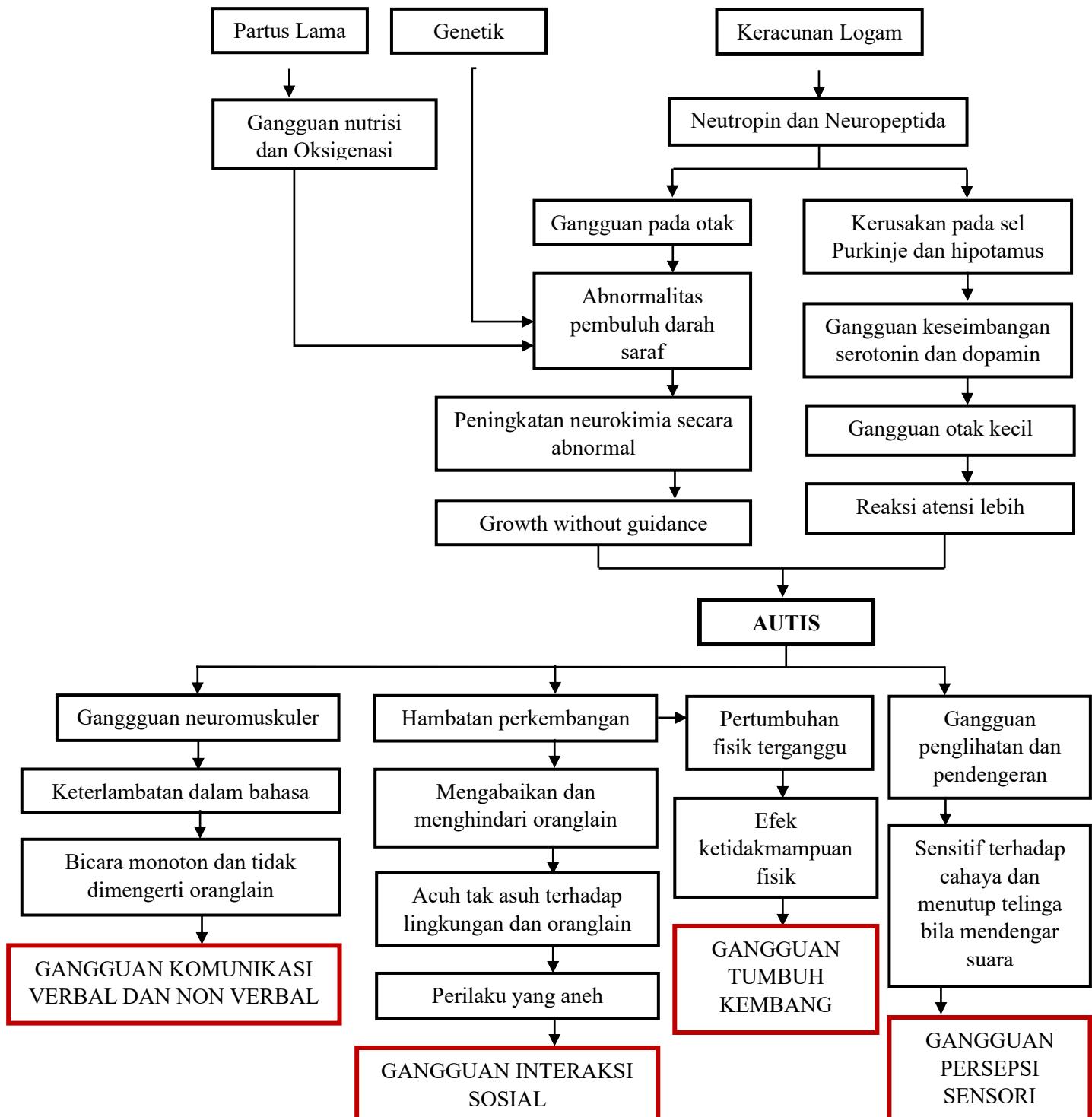
- 1) Terlihat menghindari kontak fisik dengan lingkungannya.
- 2) Bertedensi kurang menggunakan kata-kata dan kadang-kadang sulit berubah meskipun usianya bertambah lanjut. Dan meskipun ada ada perubahan, mungkin hanya bisa mengucapkan beberapa patah kata yang sederhana saja.
- 3) Menghabiskan harinya berjam-jam untuk sendiri, dan kalau berbuat sesuatu, akan melakukannya berulang-ulang.
- 4) Gangguan perilaku pada kelompok anak ini termasuk bunyi-bunyi aneh, gerakan tangan, tabiat yang mudah marah, melukai diri sendiri, menyerang teman sendiri, merusak dan menghancurkan mainannya.

b. Kelompok Anak Autisme yang Pasif

- 1) Lebih bisa bertahan dengan kontak fisik, dan agak mampu bermain dengan kelompok teman bergaul dan sebaya, tetapi jarang sekali mencari teman sendiri.
- 2) Mempunyai perbendaharaan kata yang lebih banyak meskipun masih agak terlambat bisa berbicara dibandingkan dengan anak sebaya.
- 3) Kadang-kadang malah lebih cepat merangkai kata meskipun kadang-kadang pula dibumbui kata yang kurang dimengerti.

- 4) Kelompok pasif ini masih bisa diajari dan dilatih dibandingkan dengan anak autisme yang menyendiri dan yang aktif tetapi menurut kemauannya sendiri.
- c. Kelompok Anak Autisme yang Aktif Tetapi Menurut Kemauannya Sendiri
 - 1) Kelompok ini seperti bertolak belakang dengan kelompok anak autisme yang menyendiri karena lebih cepat bisa bicara dan memiliki perbendaharaan kata yang paling banyak.
 - 2) Meskipun dapat merangkai kata dengan baik, tetapi tetap saja terselip kata-kata yang aneh dan kurang dimengerti.
 - 3) Masih bisa ikut berbagi rasa dengan teman bermainnya.
 - 4) Dalam berdialog, sering mengajukan pertanyaan dengan topik yang menarik, dan bila jawaban tidak memuaskan atau pertanyaannya dipotong, akan bereaksi sangat marah.

2.2.6 Pathway



Gambar 2.2 Pathway 1

(Ann K.S, Janelle E. Stanton, Sakshi Hans, and Andreas M. Grabrucke, 2021).

2.2.7 Komplikasi

Beberapa anak autis tumbuh dengan menjalani kehidupan normal atau mendekati normal. Anak-anak dengan kemunduran kemampuan Bahasa diawal kehidupan, biasanya sebelum usia 3 tahun, mempunyai resiko epilepsy atau aktivitas kejang otak. Selama masa remaja, beberapa anak dengan autism dapat menjadi depresi atau mengalami masalah perilaku.

Beberapa komplikasi yang dapat muncul pada penderita autis, antara lain (Kim, 2018) :

1) Masalah Sensorik

Pasien dengan autis dapat sangat sensitive terhadap input sensorik. Sensasi biasa dapat menimbulkan ketidaknyamanan emosi. Kadang-kadang, pasien autis tidak berespon terhadap beberapa sensasi yang ekstrim, antara lain panas, dingin, atau nyeri.

2) Kejang

Kejang merupakan komponen yang sangat umum dari autism. Kejang sering dimulai pada anak-anak autis muda atau remaja.

3) Masalah Kesehatan Mental

Menurut *National Autistic Society*, orang dengan ASD rentan terhadap depresi, kecemasan, perilaku impulsive, dan perubahan suasana hati.

4) Tuberous Sclerosis

Gangguan langka ini menyebabkan tumor jinak tumbuh di organ, termasuk otak. Hubungan antara sklerosis tuberous dan autisme tidak jelas. Namun, Tingkat autism jauh lebih tinggi di antara anak-anak dengan tuberous sclerosis disbanding mereka yang tanpa kondisi tersebut.

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang

Sebenarnya menegakkan diagnosis gangguan autisme tidak memerlukan pemeriksaan yang canggih-canggih seperti *brain-mapping*, CT-Scan, MRI dan lain sebagainya. Pemeriksaan pemeriksaan tersebut hanya dilakukan bila ada indikasi, misalnya bila anak kejang maka EEG atau *brainmapping* dilakukan untuk melihat apakah ada epilepsi. Autisme adalah gangguan perkembangan pada anak, oleh karena itu diagnosis ditegakkan dari gejala-gejala yang tampak yang menunjukkan adanya penyimpangan dari perkembangan yang merumuskan suatu kriteria yang harus dipenuhi untuk dapat menegakkan diagnosis autisme.

Rumusan ini dipakai di seluruh dunia dan dikenal dengan sebutan ICD-10 (*International Classification of Disease*). Rumusan diagnostik lain yang juga dipakai diseluruh dunia untuk menjadi panduan diagnosis adalah yang disebut DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual*), yang dibuat oleh grup psikiatri dari Amerika. Isi ICD-10 maupun DSM-IV sebenarnya sama. Dalam *American of Pediatrics*

(2001) dijelaskan bahwa *Checlist Autism in Toddlers* (CHAT) merupakan instrument skrining untuk mengidentifikasi anak-anak yang berusia 18 bulan yang beresiko untuk komunikasi *sosial-disorders*. CHAT berupa kuesioner yang diisi oleh orangtua. DSM IV dipadukan dengan ICD 10 saat ini telah menghasilkan sebuah petunjuk manual untuk mewawancara orangtua yaitu *Autism Diagnostic Interview Revised* (ADI-R) yang diterbitkan oleh *Western Psychological Service* (Kemenkes, 2018).

2.2.9 Penatalaksanaan

Dari hal tersebut maka seorang anak ASD harus mendapatkan pemeriksaan, intervensi dan evaluasi secara multidisipliner yang dapat meliputi; Neurolog, Psikolog, Pediatric, Fisioterapi, Okupasi Terapi, Terapi Wicara, Paedagogdan profesi lainnya yang memahami persoalan autis. Fisioterapi anak terlibat dalam penanganan masalah pada ASD dengan melakukan intervensi kepada anak ASD yang tujuannya untuk meningkatkan gerak dan kualitas gerakan serta fungsi dari gerakannya dengan metode *play therapy*, *bobath*, *sensory integration*, *core stability exercise*, *massage* dan metode lainnya.

Sensory integration adalah suatu metode intervensi untuk anak ASD yang diberikan untuk mengintegrasikan input sensori yang masuk ke dalam tubuh menjadi output motorik berupa sebuah respon tepat (Camarata et al., 2020). Anak diberikan berbagai stimulasi sensori

seperti vestibular, visual, auditori, taktil, propriozeptif, gustatori dan olfaktori menyesuaikan dengan hasil sensory profile anak. Stimulasi sensori yang diberikan harus bergradasi dari rendah ke tinggi atau dari tinggi ke rendah.

Intervensi fisioterapi yang dilakukan selanjutnya adalah core stability exercise. Metode ini merupakan metode yang digunakan untuk meningkatkan otot-otot core dengan cari aktifitas bermain dengan melibatkan kontraksi otot core seperti merangkak, berjalan dengan berlutut dan lempar-tangkap bola, berjalan di papan keseimbangan dan aktifitas lainnya (Wu et al., 2024).

Selain itu, *bobath* juga merupakan salah satu metode intervensi yang dilakukan oleh fisioterapi untuk meningkatkan tonus postural dan meningkatkan kemampuan gerak anak (Novak & Honan, 2019). Metode bobath diberikan dengan menggunakan prinsip *motor control* dan *motor development*, dimana anak distimulasi untuk bergerak aktif sesuai dengan instruksi fisioterapis.

Massage merupakan metode intervensi fisioterapi yang digunakan untuk rileksasi, menurunkan tingkat kecemasan, tantrum dan emosi yang naik turun (Puteri et al., 2023). Sesaat setelah diberikan massage anak ASD cenderung terlihat mengantuk dan akan tertidur pulas. Metode ini diberikan secara teratur setiap hari dalam durasi 30 –60 menit

2.3 Konsep Bermain Kelompok Menggunakan Media *Hula Hoop*

2.3.1 Bermain Kelompok atau Terapi Kelompok

Terapi bermain didefinisikan sebagai hubungan interpersonal yang dinamis antara anak atau individu sesuai dengan prosedur yang disediakan untuk memfasilitasi pengembangan dalam hubungan yang baik untuk anak (agar dapat sepenuhnya mengekspresikan dan mengeksplorasi diri seperti perasaan, pikiran, pengalaman, dan perilaku) melalui bermain (Sweeney, Baggerly & Ray, 2019).

2.3.2 Hulahoop

Hulahoop itu adalah alat yang berbentuk lingkaran yang biasanya digunakan untuk kegiatan bermain juga gerakan baik yang dilakukan oleh perorangan atau sendirian juga berpasangan bahkan dapat dilakukan secara berkelompok dalam permainannya (Novitasari et al., 2019).

Menurut Patah (2023), hula hoop ialah permainan menggunakan alat seperti gelang besar dan diputar sambil badan bergoyang mengikuti gerakannya, agar tidak jatuh. Hula hoop sudah dikenal banyak orang. Selain digemari anak-anak, hula hoop populer sebagai alat olah raga. Hula hoop untuk anak-anak umumnya berukuran diameter sekitar 28 inci.

2.3.3 Manfaat

Bermain kelompok memberikan banyak manfaat untuk anak usia dini menurut Acroni (2022) , antara lain mendapatkan kegembiraan dan hiburan, mengembangkan kecerdasan intelektual, mengembangkan kemampuan motorik halus dan motorik kasar anak, meningkatkan kemampuan anak untuk berkosentrasi, meningkatkan kemampuan anak untuk memecahkan masalah, mendorong spontanitas pada anak, mengembangkan kemampuan sosial anak, sebagai media untuk mengungkapkan pikiran dan untuk kesehatan.

Bredenkamp dalam buku Montolalu (2017), menyatakan bahwa bermain kelompok mempunyai manfaat memampukan anak menjelajah dunianya, mengembangkan pengertian sosial dan cultural, membantu anak-anak mengungkapkan pikiran dan perasaan mereka, memberikan kesempatan mengalami dan memecahkan masalah, mengembangkan keterampilan berbahasa dan melek huruf, serta mengembangkan pengertian dan konsep.

Adapun manfaat bermain meliputi seluruh aspek perkembangan yaitu (Tedjasaputra, Mayke S., 2021) :

- a. Perkembangan kognitif, melalui kegiatan bermain anak belajar berbagai konsep bentuk, warna, ukuran dan jumlah yang memungkinkan stimulasi bagi perkembangan intelektual.
- b. Perkembangan bahasa, memperkaya pembendaharaan kata anak dan melatih kemampuan berkomunikasi anak.

- c. Perkembangan moral, membantu anak untuk belajar bersikap jujur, menerima kekalahan, menjadi pemimpin yang baik, bertenggang rasa dan sebagainya.
- d. Perkembangan sosial emosional, bermain bersama teman melatih anak untuk belajar membina hubungan dengan sesamanya.
- e. Perkembangan fisik, memungkinkan anak untuk menggerakkan dan melatih seluruh otot tubuhnya, sehingga anak memiliki kecakapan motorik dan kepekaan penginderaan.
- f. Perkembangan kreativitas, dapat merangsang imajinasi anak dan memberikan kesempatan kepada anak untuk mencoba berbagai idenya tanpa merasa takut karena dalam bermain anak mendapatkan kebebasan.

2.3.4 Keunggulan

Setiap alat permainan memiliki keunggulan dan kelemahan masing-masing. Keunggulan hula hoop menurut M.Muhyi Faruq (2020) , yaitu sebagai eksplorasi penggunaan alat seperti hula hoop masih sedikit padahal dengan satu alat tersebut banyak aktivitas gerak yang dapat anak-anak lakukan dan kembangkan sehingga gerakan tubuh yang cerdas (*smart move*) bisa dilakukan dan ditunjukkan dengan performa (*performance*) yang optimal, penggunaan alat hula hoop bisa digunakan di rumah maupun di sekolah dengan berbagai variasi aktivitas gerak yang menyenangkan bagi anak-anak, harga hula hoop

relatif murah dan mudah didapat di toko-toko olahraga, dan gerakan yang bervariasi dengan menggunakan hula hoop akan menjadi bagian dari dunia bermain anak-anak sehingga mereka tidak bosan.

Beberapa alasan mendasar mengapa permainan hula hoop bisa dianggap sangat penting untuk pengembangan kekayaan pengalaman gerak anak. Dengan satu alat permainan hula hoop bisa peroleh beragam aktivitas gerak yang menyenangkan bagi anak-anak, sangat mudah, praktis, aman penggunaannya, mempunyai tingkat keselamatan yang relatif lebih aman bagi anak-anak, dapat dikembangkan dengan berbagai macam aktivitas gerak yang tidak hanya individual, berpasangan tetapi juga berkelompok, mudah digunakan dan sekaligus dapat mengembangkan berbagai macam gerakan-gerakan yang kreatif sehingga ikut membantu mengembangkan kreativitas anak, bisa digunakan di berbagai tempat dimana saja tergantung dari jenis kegiatan yang diinginkan.

2.3.5 Prosedur Pelaksana

Beberapa tahapan dalam pelaksanaan bermain *hulahoop*, meliputi:

1. Tahap persiapan :
 - 1) Mempersiapkan alat dan bahan *hulahoop* dan juga gelas yang sudah di modifikasi menjadi gelas berkarakter.
 - 2) Jelaskan prosedur, meminta izin kepada orangtua dan guru.
 - 3) Mempersiapkan tempat dan bahan untuk melakukan bermain *hulahoop*

4) Mempersiapkan anak-anak yang akan mengikuti bermain *hulahoop*

2. Tahap pelaksana :

- 1) Kita mencontohkan terlebih dahulu bagaimana melakukan bermain *hulahoop* pada anak-anak
- 2) Memberikan kesempatan bagi anak melakukan bermain *hulahoop* sambil memindahkan gelas.
- 3) Menemani dan membantu anak-anak ketika melakukan salah gerakan saat bermain *hulahoop*
- 4) Membantu anak-anak untuk melakukan permainan secara bersamaan dan kompak.

3. Tahap akhir

- 1) Memberikan apresiasi kepada anak yang sudah melakukan kegiatan bermain *hulahoop* sambil memindahkan gelas.
- 2) Mengevaluasi untuk menentukan keberhasilan setelah dilakukannya bermain *hulahoop* sambil memindahkan gelas.

2.4 Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan *Autism Spectrum Disorder*

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yaitu suatu metode sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal melalui tahapan pengkajian keperawatan, identifikasi diagnosis keperawatan, penentuan perencanaan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan serta

mengevaluasinya (Hutagalung, 2019). Asuhan keperawatan pada anak *autism spectrum disorder* yang mengalami kurangnya interaksi sosial dengan sekitar, yaitu:

2.4.1 Pengkajian

1. Pengkajian

a) Identitas Klien

Meliputi nama anak, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, suku bangsa, dan diagnosis medis.

b) Keluhan Utama

Keluhan utama untuk mengetahui alasan utama klien harus mendapatkan pertolongan dari ahli. Kenapa anak tersebut atau keluhan anak dengan *autism spectrum disorder*.

c) Riwayat Kesehatan

Biasanya anak autis dikenal dengan kemampuan berbahasa, keterlambatan atau sama sekali tidak dapat berbicara. Berkomunikasi dengan menggunakan bahasa tubuh dan hanya dapat berkomunikasi dalam waktu singkat, tidak senang atau menolak dipeluk. Saat bermain bila didekati akan menjauh. Ada kedekatan dengan benda tertentu seperti kertas, gambar, kartu atau guling yang akan terus dibawa kemana saja. Bila senang dengan satu mainan tidak mau dengan mainan lain. Sebagai anak yang senang kerapian harus menempatkan barang tertentu pada tempatnya. Mengigit, menjilat, atau

mencium mainan atau benda apa saja. Bila mendengar suara keras akan menutup telinga. Didapatkan IQ dibawah 70 dari 70 % penderita dan dibawah 50 dari 50%. Namun sekitar 5 % anak autism memiliki IQ diatas 100.

Untuk mengetahui lebih detail hal yang berhubungan dengan keluhan utama.

a. Munculnya keluhan

Tanggal munculnya keluhan, waktu munculnya keluhan (gradual/tiba-tiba), presipitasi/ predisposisi (perubahan emosional, kelelahan, kehamilan, lingkungan, toksin/allergen, infeksi).

b. Karakteristik

Karakter (kualitas, kuantitas, konsistensi), lokasi dan radiasi, timing (terus menerus/intermiten, durasi setiap kalinya), hal-hal yang meningkatkan/menghilangkan/mengurangi keluhan, gejala-gejala lain yang berhubungan.

c. Masalah sejak muncul keluhan

Perkembangannya membaik, memburuk, atau tidak berubah

2. Riwayat Kehamilan dan Persalinan yang lalu

a. Prenatal

Keluhan saat hamil, tempat ANC, kebutuhan nutrisi saat hamil, usia kehamilan (preterm, aterm, post term), kesehatan saat hamil dan obat yang diminum.

b. Natal

Tindakan persalinan (normal atau Caesar), tempat bersalin, obat- obatan yang digunakan.

c. Post natal

Kondisi kesehatan, APGAR score, berat badan lahir, panjang badan lahir, anomaly kongenital.

d. Penyakit waktu kecil

e. Pernah dirawat di rumah sakit

Penyakit yang diderita, respon emosional

f. Obat-obat yang digunakan (lernah/sedang digunakan)

g. Allergi

Reaksi yang tidak biasa terhadap makanan, binatang, obat, tanaman, produk rumah tangga.

h. Imunisasi (imunisasi yang pernah didapat, usia dan reaksi waktu.

3. Riwayat Keluarga

Penyakit yang pernah atau sedang diderita oleh keluarga (baik berhubungan / tidak berhubungan dengan penyakit yang diderita klien), gambar genogram dengan ketentuan yang berlaku .

4. Riwayat Sosial

- a. Yang mengasuh anak dan alasannya
- b. Pembawaan anak secara umum (periang, pemalu, pendiam, dan kebiasaan menghisap jari, dan ngompol)
- c. Lingkungan rumah (kebersihan, keamanan, ancaman, keselamatan anak, ventilasi, letak barang-barang)
- d. Riwayat Ginekologi

Data ini penting untuk diketahui oleh tenaga kesehatan sebagai data acuan jika klien mengalami penyakit yang sama.

5. Riwayat Status Perkembangan Anak

Kaji adanya perkembangan kelainan anai, seperti :

- a. Anak kurang merespon orang lain
- b. Anak sulit focus pada objek dan sulit mengenali bagian tubuh
- c. Anak mengalami kesulitan dalam belajar
- d. Anak sulit menggunakan ekspresi non verbal
- e. Keterbatasan kognitif

6. Data Umum Kesehatan saat ini

a. Keluhan Utama

Keluhan yang diungkapkan saat dilakukan pengkajian, anak ASD jarang untuk berbiacara denga napa yang dia rasakan.

b. Keadaan Umum

Untuk mengetahui data ini, perawat perlu mengamati keadaan klien secara keseluruhan. Hasil pengamatan akan perawat lapor dengan kriteria baik jika klien memperhatikan respon

yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik klien tidak mengalami ketergantungan dalam aktivitas yang harus dilakukan bersama. Apakah anak ASD kurangnya interaksi dengan lingkungan ataupun dengan teman sebayanya.

c. Tanda-tanda Vital

Pernafasan, suhu tubuh, dan denyut nadi klien. Anak ASD mempunyai TTV di batas normal.

d. Pemeriksaan Fisik Head to Toe

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada klien adalah :

a) Kepala

Perhatikan rambut, kebersihan, warna rambut, adanya nyeri tekan dan lesi. Apakah ada hidrosepalus, pembesaran kepala

b) Wajah

Penampilan, ekspresi wajah karena anak dengan ASD jarang memperlihatkan ekspresi wajahnya.

c) Mata

Kaji warna konjungtiva, kebersihan, kelainan dan fungsi penglihatan. adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadang-kadang keadaan selaput mata pucat (anemia).

d) Telinga

Biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihan telinga adakah cairan yang keluar dari telinga dan fungsi pendengaran. Anak dengan ASD biasanya memiliki pendengaran yang sensitive.

e) Hidung

Inspeksi bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, palpasi ada tidaknya nyeri tekan dan fungsi penciuman.

f) Mulut

Kaji kesimetrisan bibir, warna, kelembaban bibir, warna lidah, kebersihan lidah, fungsi lidah, keadaan gigi, jumlah gigi, keadaan gusi, pembesaran tonsil, ada tidaknya bau mulut dan nyeri pada saat menelan.

g) Leher

Inspeksi ada tidaknya pembesaran tyroid dan limfe, apakah nyeri saat menelan. Apakah ada leher pendek, leher kaku dan sulit di gerakan.

h) Dada

Pemeriksaan dada meliputi jantung,paru-paru dan payudara. Kaji bentuk dan kesimetrisan dada, Kaji bunyi jantung dan bunyi nafas. Apakah ada kelainan pada jantung sejalk bayi atau tidak.

i) Abdomen

Kaji bentuk abdoemen, apakah ada kembung, sakit dan nyeri tekan

j) Genitalia

Kebersihan genitalia dan kelainan genatalia

k) Ektremitas

Pada ekstremitas atas kaji bentuk dan kelainan yang dirasakan klien. Apakah ada kesulitan dalam berjalan dan beraktivitas.

1) Pola Aktivitas Sehari – hari

a) Pola Eliminasi

Membandingkan pola eliminasi klien mampu meliputi BAB dan BAK. Apakah mampu untuk menahan BAK dan BAB

b) Istirahat Tidur

Membandingkan istirahat tidur klien meliputi tidur siang dan malam.

c) Aktivitas

Menjelaskan perbandingan aktivitas klien, Apakah klien mengetahui perbedaan hal yang dilakukan dan tidak.

d) Pola Nutrisi

1) Makan

Menjelaskan dan membandingkan pola makan klien

2) Minum

Menanyakan kepada klien tentang pola minum, antara lain frekuensi ia minum dalam sehari, jumlah perhari, jenis minuman dan keluhan saat minum.

2.4.2 Analisa Data

Analisa data merupakan tahap terakhir dari pengkajian untuk menentukan diagnosa keperawatan. Dalam mengumpulkan data dibedakan atas data subjektif dan data objektif

2.4.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian kritis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap proses kehidupan /masalah kesehatan. Aktual atau potensial dan kemungkinan menimbulkan tindakan keperawatan untuk memecahkan masalah tersebut. Pernyataan yang jelas tentang masalah klien dan penyebabnya. Selain itu harus spesifik berfokus pada kebutuhan klien dengan meutamakan prioritas dan diagnosa yang muncul harus dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada anak dengan ASD adalah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017) :

- 1) Gangguan Interaksi Sosial b.d Hambatan Perkembangan (D.0118)
- 2) Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Neuromuskuler (D.0119)
- 3) Gangguan Tumbuh Kembang b.d Defisiensi Stimulus (D.0106)
- 4) Gangguan Identitas Diri b.d Gangguan Neurologis (D.0084)

2.4.4 Intervensi Keperawatan

2.1 Intervensi Keperawatan 1

Berikut Uraian Intervensi Keperawatan Menurut Standar Intervensi

Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018) :

Diagnosa	Luaran/Tujuan	Intervensi
Gangguan Interaksi Sosial berhubungan dengan Hambatan Perkembangan (D.0118)	Interaksi Sosial (L.13115) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x1 jam maka interaksi sosial meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Perasaan nyaman dengan situasi sosial meningkat 2. Perasaan mudah menerima atau mengkomunikasikan perasaan meningkat 3. Responsif pada orang lain meningkat 4. Minat melakukan kontak emosi meningkat 5. Minat melakukan kontak fisik meningkat	Promosi Sosialisasi (I.13498) Observasi : 1. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain 2. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain. Terapeutik : 1. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan 2. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan 3. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok 4. Motivasi berinteraksi di luar lingkungan (mis: jalan-jalan, ke toko buku) 5. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain 6. Diskusikan perencanaan kegiatan di masa depan 7. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri 8. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan

		<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap 2. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan 3. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain 4. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain 5. Anjurkan penggunaan alat bantu (mis: kacamata dan alat bantu dengar) 6. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus 7. Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi 8. Latih mengekspresikan marah dengan tepat
Gangguan Komunikasi Verbal b.d Hambatan Psikologi (D.0119)	<p>Komunikasi Verbal (L.13118)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x1 jam maka komunikasi verbal meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kemampuan mendengar meningkat 3. Kesesuaian ekspresi wajah/ tubuh meningkat 	<p>Promosi Komunikasi (I.13492)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara 2. Monitor progress kognitif, anatomis dan fisiologis 3. Monitor frustasi, marah, depresi dan atau hal lain yang mengganggu bicara 4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan metode komunikasi alternatif 2. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 3. Gunakan juru bicara, jika perlu

		<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berbicara perlahan 2. Anarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis
Gangguan Tumbuh Kembang b.d Defisiensi Stimulus (D. 0106)	<p>Status Perkembangan (L.10101)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x1 jam maka status perkembangan meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keterampilan/perilaku sesuai usia meningkat 2. Kemampuan melakukan perawatan diri meningkat 	<p>Promosi Perkembangan Anak (I.10339)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebutuhan khusus anak dan kemampuan adaptasi anak <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi hubungan anak dengan teman sebaya 2. Dukung anak berinteraksi dengan anak lain 3. Dukung anak mengekspresikan perasaannya secara positif 4. Dukung anak dalam bermimpi atau berfantasi sewajarnya 5. Dukung partisipasi anak di sekolah, ekstrakurikuler dan aktivitas komunitas 6. Berikan mainan yang sesuai dengan usia anak 7. Bernyanyi Bersama anak lagu-lagu yang disukai anak 8. Bacakan cerita/dongeng untuk anak 9. Diskusikan bersama remaja tujuan dan harapannya 10. Sediakan kesempatan dan alat-alat untuk menggambar, melukis, dan mewarnai

		<p>11. Sediakan mainan berupa puzzle dan maze</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan nama-nama benda obyek yang ada dilingkungan sekitar 2. Ajarkan pengasuh milestones perkembangan dan perilaku yang dibentuk 3. Ajarkan anak cara meminta bantuan dari anak lain, jika perlu 4. Ajarkan anak teknik asertif pada anak dan remaja 5. Demonstrasikan kegiatan yang meningkatkan perkembangan pada pengasuh <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rujuk untuk konseling, jika perlu
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.4.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan yang merupakan kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry, 2017). Kriteria dalam implementasi keperawatan meliputi:

- a. Melakukan kerjasama dengan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.

- b. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain
- c. Melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan klien
- d. Memberikan pendidikan pada klien dan keluarga mengenai konsep, keterampilan asuhan diri serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang digunakan.
- e. Mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon klien

2.4.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respons pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan. Format 37 evaluasi yang digunakan adalah SOAP. S: Subjective yaitu keluhan dari pasien, O: Objective yaitu data yang diobservasi, A: Analisis yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, P: Planning yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Potter & Perry, 2017).