

KUALITAS HIDUP ANAK USIA *TODDLER* PASKA KOLOSTOMI DI BANDUNG

(*THE QUALITY OF LIFE OF TODDLER POST COLOSTOMY IN BANDUNG*)

Dede Nurhayati^{1*}, Ai Mardhiyah², Fanny Adistie³

^{1,2,3}Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran Bandung

Jl. Raya Bandung -Sumedang Km 21 Jatinangor 45363

*e-mail: ai.mardhiyah@unpad.ac.id aibageur@yahoo.com

ABSTRAK

Kata kunci:
anak usia *toddler*
kualitas hidup
paska kolostomi

Kelainan kongenital pada anak saat ini masih cukup tinggi di Indonesia seperti penyakit hirschsprung dan malformasi anorektal yang memerlukan pembuatan kolostomi, sebagai dekompresi usus dan alternatif pengeluaran feses. Pembuatan stoma dapat memberikan dampak fisik maupun psikososial pada kehidupan anak. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kualitas hidup pada anak usia *toddler* paska kolostomi. Metode penelitian ini adalah penelitian deskriptif kuantitatif dengan sampel sebanyak 35 responden yang diambil dengan teknik *consecutive sampling*. Partisipan yang terlibat pada penelitian ini yaitu orang tua anak usia *toddler* yang telah dilakukan pembedahan kolostomi. Data diambil dengan menggunakan kuesioner *pediatric quality of life inventory* (Peds QL). Data dianalisis dengan statistik deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 19 orang (54,8%) anak usia *toddler* paska kolostomi memiliki kualitas hidup buruk, dengan nilai terendah pada fungsi fungsi kognitif. Simpulan dari penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar orang tua mempersepsikan kualitas hidup anak usia *toddler* paska kolostomi berada pada kategori buruk. Kualitas hidup yang buruk dapat berpengaruh pada tumbuh kembang anak. Salah satu upaya dalam meningkatkan kualitas hidup anak dengan memberikan intervensi psikoedukasi bagi orang tua terkait stimulasi yang sesuai untuk anak *toddler* serta penanganan masalah emosi anak *toddler* paska kolostomi sehingga anak dapat memiliki kualitas hidup yang lebih baik.

ABSTRACT

Keywords:
children
post colostomy
quality of life

Congenital abnormalities in children are still quite high in Indonesia such as hirschsprung disease and anorectal malformations which require the fabrication of colostomy as bowel decompression and faecal expenditure alternatives. Stoma fabrication can have a physical or psychosocial impact on a child's life. This study aimed to determine the perception of parents on the quality of life in toddler-aged children with post colostomy. The method of this research was quantitative descriptive with 35 respondents obtained by consecutive sampling technique. The participants involved in this study were the parents of toddler-aged children who had experienced colostomy surgery. The data were collected using a pediatric quality of life inventory (Peds QL) questionnaire. The data were analyzed with descriptive statistics. The results showed that 19 people (54.28%) of toddler-aged children who had experienced colostomy surgery had poor quality of life with the lowest score on cognitive function. The conclusions of this study indicated that most of parents perceived the quality of life of toddler-aged children who had experienced colostomy surgery in the bad category. The poor quality of life can affect the child

growth. One of the efforts to improve the quality of life of children is by providing psychological therapy to help children deal with negative emotions and providing psychoeducation to parents about the importance of providing stimulus in toddler-aged children so that children can have a better quality of life.

PENDAHULUAN

Kelainan kongenital atau bawaan adalah kelainan yang sudah ada sejak lahir yang dapat disebabkan oleh faktor genetik maupun non genetik. Kadang-kadang suatu kelainan kongenital belum ditemukan atau belum terlihat pada waktu bayi lahir, tetapi baru ditemukan beberapa saat setelah kelahiran bayi (Wong et al., 2009). Penderita yang dirawat di rumah sakit anak terdiri dari penderita kelainan kongenital sebanyak 30% di negara maju (Effendi, 2006 dalam Neonatologi IDAI, 2008). Jumlah penderita kelainan bawaan cukup tinggi yaitu mencapai 5% di Asia Tenggara. Insiden penyakit hirschsprung terjadi 1 dari 5000 kelahiran hidup dan laki-laki 4 kali lebih banyak dibanding perempuan (Holschneider & Ure, 2005). Insiden hirschsprung bervariasi pada beberapa etnis, di antaranya 2,8; 1,5; dan 2,1 pada 10.000 kelahiran hidup etnis Asia, Caucasia dan Afrika-Amerika (Browne et al., 2008). Angka kejadian rata-rata malformasi anorektal di seluruh dunia terjadi pada 1 dari 5000 kelahiran hidup (Grosfeld, 2006). Dari data instalasi rekam medis RSUP Dr. Hasan Sadikin didapatkan angka kejadian penyakit hirschsprung dan malformasi anorektal tahun 2014-2016 sebanyak 377 orang.

Penyakit hirschsprung dan malformasi anorektal merupakan penyakit kelainan kongenital yang masih menjadi masalah yang cukup serius di Indonesia. Penatalaksanaan operasi malformasi anorektal ada 3 tahap yaitu pembuatan kolostomi, pembuatan saluran anus atau PSARP (*paskaerior sagital ano recto plasty*), dan yang terakhir tutup kolostomi (Betz & Sowden, 2009). Pentalaksanaan pada penyakit hirschsprung terdiri dari tindakan non bedah dan bedah. Tindakan non bedah dilakukan untuk perawatan penyakit hirschsprung ringan bertujuan untuk menghilangkan konstipasi kronik dengan pelunak feces dan irigasi rektal. Hirschsprung sedang sampai berat dilakukan tindakan pembedahan. Penanganan bedah pada umumnya terdiri atas dua tahap yaitu tahap pertama dimaksudkan sebagai tindakan darurat untuk mencegah komplikasi dan kematian. Pada tahap ini dilakukan kolostomi, sehingga akan menghilangkan distensi abdomen dan akan memperbaiki kondisi pasien. Tahap kedua dengan melakukan operasi definitif. Ada beberapa prosedur tindakan definitif yaitu prosedur *Swenson's*

sigmoidectomy, prosedur Duhamel, prosedur Soave's Transanal Endorectal Pull-Through (James & Ashwill, 2007; Hockenberry & Wilson, 2007).

Kolostomi merupakan sebuah lubang yang dibuat oleh dokter ahli bedah pada dinding abdomen untuk mengeluarkan feces (Bouwhuizen, 1999 dalam Murwani, 2009). Lubang kolostomi yang muncul dipermukaan abdomen yang berupa mukosa kemerahan disebut dengan stoma. Kolostomi dapat dibuat secara permanen ataupun temporer (sementara) yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien (Murwani, 2009). Pada bayi, kolostomi dipertahankan sampai anak cukup umur untuk dilakukan tindakan koreksi. Sebagian besar bayi dengan penyakit hirschsprung mengalami pembedahan koreksi dan penutupan kolostomi pada usia antara 10 dan 20 bulan (Sodikin, 2011). Pembedahan repair ditunda sampai berat anak 8 sampai 10 kg (James & Ashwill, 2007; Hockenberry & Wilson, 2007).

Komplikasi pada stoma yang dapat terjadi jika tidak dilakukan perawatan adalah dapat terjadi obstruksi atau penyumbatan karena adanya perlengketan usus atau adanya pergeseran feces yang sulit dikeluarkan, stenosis akibat penyempitan lumen, prolaps pada stoma akibat kelemahan otot abdomen, perdarahan stoma akibat tidak adekuatnya homeostasis dari jahitan batas mucocutaneous, edema jaringan stoma akibat tekanan hematoma peristomal dan pengkerutan dari kantong kolostomi, nekrotik stoma akibat cedera pada pembuluh darah stoma, dan retraksi atau pengkerutan stoma akibat kantong stoma yang terlalu sempit atau tidak pas untuk ukuran stoma dan akibat jaringan scar disekitar stoma (Blackley, 2003).

Kolostomi bisa memberikan kesempatan pada pasien untuk hidup dan beraktivitas layaknya manusia normal (Wong et al., 2009). Namun tidak menutup kemungkinan dampak dari pemasangan kolostomi tersebut dapat memengaruhi kualitas hidup pasien. Anak yang terpasang stoma akan mengalami perubahan dari segi fisik dan psikososial hal ini memengaruhi proses tumbuh kembang anak, anak akan merasa terbatas dalam melakukan aktivitas. Franz & Wright (2004 dalam Sodikin, 2011) menjelaskan adanya komplikasi psikologi karena pembedahan kolostomi yaitu perasaan takut terhadap stigma sosial yang dirasakan terkait penggunaan kantong kolostomi. Pasien mungkin depresi dan

memiliki perasaan rendah diri karena perubahan gaya hidup dan penampilan.

Kualitas hidup meliputi berbagai aspek, diantaranya fungsi fisik, emosi, sosial, psikologi, sekolah dan kognitif yang saling berkaitan. Pada penelitian yang dilakukan Barreire et al (2003) untuk melihat kualitas hidup anak dengan kantong stoma usia 4-12 tahun dilihat dari persepsi orang tua dan anak, ada empat faktor atau dimensi yang diteliti yaitu fungsi (sekolah dan aktivitas lain), keluarga, kenyamanan, dan otonomi. Kenyamanan (rekreasi, hubungan dengan anggota keluarga) merupakan faktor yang dapat memengaruhi kualitas hidup anak dengan stoma selain itu, dukungan keluarga juga dianggap sebagai sumber kesejahteraan bagi kualitas hidup anak. Hasil dari penelitian tersebut menunjukkan bahwa kualitas hidup anak yang terpasang stoma memiliki kualitas hidup yang baik seperti anak sehat pada umumnya.

Penelitian Dabirian et al. (2011) dampak dari pemasangan stoma pada kualitas hidup diteliti dari beberapa dimensi diantaranya adalah masalah fisik yang berkaitan dengan ostomy, yaitu iritasi peristomal, bau dan suara dari alat yang dipakai dan kebocoran dari kantong stoma merupakan sumber utama perasaan malu pada klien. Selain itu banyak masalah lain seperti adanya perubahan dalam penampilan tubuh, kecemasan tentang kebocoran kantong stoma serta stigma masyarakat. Komplikasi peristomal dan iritasi kulit secara substansial mengurangi kualitas hidup pasien dan beberapa orang bereaksi negatif ketika diberitahu bahwa mereka mungkin memerlukan stoma. Prosedur ini tidak hanya mempengaruhi citra tubuh seseorang, tetapi juga perasaan mereka dari kebersihan dan kesehatan yang baik, dan cara masyarakat memandang mereka (Prieto et al., 2005; Swan, 2010; Williams, 2007).

Anak usia *toddler* belum mampu untuk menilai kualitas hidupnya maka dari itu diperlukan persepsi orang tua guna mengetahui kualitas hidup anak usia *toddler* paska kolostomi sehingga dapat mengidentifikasi anak-anak dengan kesulitan tertentu dan membutuhkan tindakan perbaikan secara medis ataupun bantuan konseling. Dari hasil penelitian sebelumnya, belum ada yang mengukur kualitas hidup anak usia *toddler* paska kolostomi.

METODE

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Populasi penelitian ini adalah orang tua yang memiliki anak usia *toddler* paska kolostomi yang dirawat dan

akan dilakukan tindakan operasi definitif di Rumah Sakit Pusat Rujukan di Bandung dengan rata-rata kunjungan pasien per bulan sebanyak 35 orang. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *consecutive sampling* dengan kriteria inklusi yaitu anak yang terpasang kantong stoma minimal 6 bulan setelah dilakukan tindakan kolostomi, anak berusia 1-4 tahun, tidak memiliki penyakit penyerta. Pengumpulan data dilakukan dari bulan Mei-Juni 2017.

Instrumen untuk pengumpulan data dalam penelitian tersebut berupa kuesioner. Terdiri dari 2 kuesioner untuk usia 12-24 bulan dan 2-4 tahun. Kuesioner menggunakan pertanyaan tertutup yang berhubungan dengan kualitas hidup anak yaitu *pediatric quality of life inventory* (Peds QL) *infant* untuk usia 12-24 bulan. Kuesioner tersusun atas 45 item terdiri dari: fungsi fisik, gejala fisik, fungsi emosi, fungsi sosial dan fungsi kognitif. Sedangkan kuesioner *pediatric quality of life inventory* (Peds QL) *toddlers* untuk usia 2-4 tahun tersusun atas 21 pertanyaan terdiri dari: fungsi fisik, fungsi emosi, fungsi sosial dan fungsi sekolah di tempat penitipan anak anak sekolah. Kuesioner dikembangkan oleh James W. Varni, diadopsi dari penelitian Mariani (2011) versi Bahasa Indonesia.

Kuesioner Peds QL ini memuat pertanyaan dengan skala 0 sampai 4. Penilaian diberikan dengan nilai 0-4 pada setiap item pertanyaan dengan rincian sebagai berikut: nilai 0 (tidak pernah ada masalah pada item pertanyaan tersebut), 1 (hampir tidak pernah ada masalah pada item pertanyaan tersebut), 2 (kadang-kadang ada masalah pada item pertanyaan tersebut), 3 (sering ada masalah pada item pertanyaan tersebut), 4 (selalu ada masalah pada item pertanyaan tersebut). Pada setiap jawaban pertanyaan dikonversikan dalam skala 0-100 untuk interpretasi standar: angka 0 = 100, angka 1 = 75, angka 2 = 50, angka 3 = 25, angka 4 = 0. Nilai total dihitung dengan cara menjumlahkan nilai pertanyaan yang mendapat jawaban dibagi dengan jumlah pertanyaan yang dijawab pada semua bidang tersebut.

Analisis data dilakukan dengan menggunakan metode statistik deskriptif. Berdasarkan hasil uji normalitas data didapatkan bahwa hasil untuk keseluruhan skor data kualitas hidup anak usia *toddler* paska colostomi berdistribusi normal, sehingga peneliti mengkategorikan berdasarkan nilai *mean*. Dikatakan kualitas hidup baik pada anak usia *toddler* paska colostomy apabila mempunyai total skor yang sama dengan atau lebih besar dari nilai *mean* dan dikatakan buruk apabila mempunyai total skor lebih kecil dari nilai *mean*.

HASIL

Penelitian dilakukan pada bulan Mei-Juni 2017 di Bandung dengan jumlah sampel sebanyak 35 orang. Karakteristik anak yang diteliti meliputi usia, jenis kelamin, diagnosa medis, dan status gizi pada anak, sedangkan karakteristik responden yang diteliti meliputi usia, pendidikan, pekerjaan, penghasilan. Dari 35 anak yang terpasang kolostomi dan menjalani perawatan di Rumah Sakit Pusat Rujukan di Bandung diketahui bahwa 68,6% berjenis kelamin laki-laki, lebih dari 50% umur anak berusia antara 3-4 tahun. Penyebab anak dilakukan pembedahan kolostomi adalah terdiagnosa malformasi anorektal (85,7%), setengah dari anak paska colostomi telah terpasang kolostomi selama >2 tahun. Status gizi anak yang terpasang kolostomi dilihat dari indikator IMT/U 68,57% memiliki status gizi baik dan 31,42% memiliki status gizi kurang. Hampir seluruh responden yaitu orang tua berada pada rentang usia 18-40 tahun atau berada pada masa dewasa awal. Hampir setengah orang tua anak bekerja sebagai ibu rumah tangga (68,6%), serta penghasilan rata-rata perbulan <UMK (65,7%). Adapun terkait tingkat pendidikan, kelompok terbesar berada pada kategori tingkat pendidikan SMA (57,1%).

Dari tabel 2 menunjukkan bahwa lebih banyak responden pada semua usia memiliki kualitas hidup yang buruk masing-masing 56,25% dan 52,73%.

Dari tabel 3 menunjukkan bahwa kualitas hidup pada dimensi kognitif memiliki nilai terendah dan dimensi sosial memiliki nilai tertinggi.

PEMBAHASAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa orang tua memersepsikan kualitas hidup anak usia *toddler* paska kolostomi sebagian besar memiliki kualitas hidup buruk yaitu sebanyak 19 orang (54,28%) dan memiliki kualitas hidup baik yaitu sebanyak 16 orang (45,71%). Dari total 35 anak paska kolostomi, 16 anak berada pada rentang usia 1-2 tahun dan 19 anak berada pada rentang usia 3-4 tahun. Menurut Poley et al (2004) kualitas hidup pasien dengan kolostomi meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Dalam studinya, penilaian orang tua terhadap kualitas hidup pada anak usia 1-4 tahun, memiliki kualitas hidup yang buruk dibandingkan dengan usia 5-15 tahun yang memiliki kualitas hidup bervariasi, namun cenderung pada tingkat yang baik, seperti pada aspek mental. Hal tersebut mungkin karena anak usia 5-15 tahun mulai belajar mengatasi penyakitnya selama bertahun-tahun dengan mengembangkan keterampilan kompetensi

psikososial yang kuat karena mereka harus belajar untuk tinggal bersama dengan stoma (Hartman, 2011). Analisis pada kuesioner PedsQol Generic 4.0 apabila ditinjau dari perdimensi mempunyai hasil yang berbeda-beda. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas hidup pada kategori baik berada pada dimensi fungsi sosial. Menurut Barreire et al (2002) hubungan dan dukungan dari orang lain merupakan salah satu faktor yang dapat meningkatkan kualitas hidup pada anak dengan stoma. Sedangkan dimensi yang kualitas hidup terendah berada pada dimensi fungsi kognitif. Rendahnya fungsi kognitif pada anak kemungkinan karena kurangnya stimulus kognitif dan cara pengasuhan yang diberikan oleh orang tua. Menurut Holil (2008) perkembangan kognitif sebagian besar ditentukan oleh manipulasi dan inetraksi aktif anak dengan lingkungan.

Kualitas hidup tertinggi pada dimensi fungsi fisik anak usia 1-2 tahun ada pada item berpartisipasi dengan permainan aktif dengan nilai mean 96,88 dan terendah pada item anak sakit dan nyeri dengan nilai mean 59,38, sedangkan pada usia 3-4 tahun kualitas hidup tertinggi pada dimensi fisik yaitu partisipasi dalam permainan aktif dengan nilai mean 97,37 dan kualitas hidup terendah adalah mandi sendiri dengan nilai mean 52,63. Menurut orang tua anak masih mampu dalam bermain, tidak ada kesulitan dalam berjalan dan berlari. Menurut Dabirin et al (2011) pemasangan stoma berdampak pada fisik yaitu ruam dan iritasi peristomal sehingga menyebabkan gatal dan nyeri di sekitar stoma. Selain itu, mereka memiliki keterbatasan dalam aktivitas fisik setelah dilakukan pembedahan stoma. Iritasi kulit secara substansial mengurangi kualitas hidup pasien dengan stoma (Prieto et al., 2005).

Upaya yang dapat dilakukan dalam menurunkan dampak seperti ruam dan iritasi kulit dari pemasangan stoma adalah dengan perawatan kolostomi seperti membersihkan stoma, kulit sekitar stoma dan mengganti kantong stoma secara berkala sesuai kebutuhan. Merawat kulit stoma sangat penting. Perawatan stoma dapat dilakukan dengan tujuan menjaga kebersihan pasien, mencegah terjadinya infeksi, mencegah terjadinya iritasi pada kulit sekitar stoma, dan mempertahankan kenyamanan pasien (Murwani, 2009).

Dimensi emosional menunjukkan bahwa item kualitas hidup tertinggi usia 1-2 tahun berada pada tidur di siang hari dengan nilai *mean* 90,63 dan terendah adalah menangis dan rewel jika ditinggalkan sendiri dengan nilai *mean* 57,81, sedangkan usia 3-4 tahun item kualitas hidup tertinggi adalah tidur 94,74 dan terendah berada pada anak terlihat sedih 57,89.

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Demografi Orang Tua Anak Usia Toddler Paska Kolostomi di Bandung

| Data Demografi | Frekuensi (f) | Presentasi (%) |
|--------------------------------|---------------|----------------|
| Karakteristik Orang Tua | | |
| Usia | | |
| - Dewasa Awal 18-40 | 32 | 91,4 |
| - Dewasa Madya 41-60 | 3 | 8,6 |
| Pendidikan | | |
| - SD | 2 | 5,7 |
| - SMP | 11 | 31,4 |
| - SMA | 20 | 57,1 |
| - Perguruan Tinggi | 2 | 5,7 |
| Pekerjaan | | |
| - Pegawai Swasta | 3 | 8,6 |
| - Buruh | 6 | 17,1 |
| - Lain-lain | 24 | 68,6 |
| Penghasilan | | |
| - < UMK | 23 | 65,7 |
| - > UMK | 12 | 34,3 |

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Tingkat Kualitas Hidup Anak Usia Toddler Paska Kolostomi

| Kualitas Hidup | N | Mean | Kategori | | | |
|----------------|----|-------|----------|-------|-------|-------|
| | | | Baik | | Buruk | |
| | | | f | % | f | % |
| Usia 1-2 tahun | 16 | 78.81 | 7 | 43.75 | 9 | 56.25 |
| Usia 3-4 tahun | 19 | 66.47 | 9 | 47.36 | 10 | 52.73 |

Tabel 3. Kualitas Hidup Anak Usia Toddler Paska Kolostomi

| Dimensi | Usia 1-2 tahun | | Usia 3-4 tahun | |
|------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|
| | Mean | Standar Deviasi | Mean | Standar Deviasi |
| Fisik | 80,08 | 24,72 | 78,78 | 24,71 |
| Emosional | 76,81 | 24,20 | 65,42 | 25,31 |
| Sosial | 88,75 | 19,44 | 84,73 | 23,71 |
| Kognitif | 72,91 | 25,51 | 0 | 0 |
| Mean total | 79,03 | 24,62 | 66,47 | 35,87 |

Penyebab anak rewel dan sedih karena stoma mengalami iritasi sehingga anak merasa kurang nyaman. Hasil penelitian Grano (2013) menunjukkan bahwa anak memiliki kualitas hidup yang lebih buruk dalam domain emosional dibandingkan dengan teman yang sehat. Orang tua anak menjelaskan anak mereka lebih sedih, marah, takut dan khawatir.

Kualitas hidup tertinggi pada dimensi sosial untuk usia 1-2 tahun berada pada kenyamanan di dekat anak-anak lain dengan nilai *mean* 98,44 sedangkan pada usia 3-4 tahun adalah anak-anak lain bermain bersama dengan nilai *mean* 97,73. Item kualitas hidup terendah pada usia 1-2 tahun adalah kontak mata dengan pengasuh dengan nilai *mean* 75

Tabel 4. Kualitas Hidup dalam Dimensi Fisik Anak Usia 1-2 tahun Paska Kolostomi di Bandung

| Item Dimensi Fisik | Mean | Standar Deviasi |
|--------------------------------------|-------|-----------------|
| Memiliki sedikit tenaga | 87,50 | 20,41 |
| Berpartisipasi dalam permainan aktif | 96,88 | 8,53 |
| Anak terlihat sakit atau nyeri | 59,38 | 20,15 |
| Anak terlihat lelah | 73,44 | 23,21 |
| Anak terlihat lesu | 78,13 | 22,12 |
| Sering istirahat | 71,88 | 30,10 |
| Anak terlihat lelah dalam bermain | 60,94 | 20,34 |
| Berjalan | 79,69 | 34,42 |
| Berlari jarak dekat | 72,50 | 37,41 |

Tabel 5. Kualitas Hidup dalam Dimensi Fisik Anak Usia 3-4 tahun Paska Kolostomi di Bandung

| Item Dimensi Fisik | Mean | Standar Deviasi |
|-----------------------------------|-------|-----------------|
| Berjalan | 97,37 | 11,47 |
| Berlari | 94,74 | 17,83 |
| Partisipasi dalam permainan aktif | 97,37 | 7,88 |
| Mengangkat benda berat | 96,05 | 12,53 |
| Mandi sendiri | 52,63 | 14,17 |
| Mengambilkan mainan untuk anak | 73,68 | 22,78 |
| Anak terlihat sakit atau nyeri | 53,95 | 17,02 |
| Anak terlihat lelah | 64,47 | 22,54 |

Tabel 6. Kualitas Hidup dalam Dimensi Emosional Anak Usia 1-2 tahun Paska Kolostomi di Bandung

| Item Dimensi Emosional | Mean | Standar Deviasi |
|---|-------|-----------------|
| Anak terlihat takut | 59,38 | 22,12 |
| Anak terlihat marah | 82,75 | 19,85 |
| Menangis atau rewel jika ditinggalkan sendirian | 57,81 | 21,83 |
| Sulit ditenangkan ketika marah | 73,44 | 23,21 |
| Kesulitan untuk cepat tertidur | 87,50 | 22,36 |
| Menangis atau rewel ketika sedang dipeluk | 85,94 | 20,34 |
| Anak terlihat sedih | 89,06 | 15,72 |
| Sulit ditenangkan saat digendong atau dipegang | 73,44 | 23,21 |
| Sulit tidur sepanjang malam | 87,50 | 20,41 |
| Sering menangis | 76,56 | 23,21 |
| Rewel | 57,81 | 17,60 |
| Tidur di siang hari | 90,63 | 27,19 |

sedangkan pada usia 3-4 tahun adalah anak tidak mampu melakukan hal-hal yang dapat dilakukan anak lain seusianya dengan *mean* 56,58. Pada penelitian ini orang tua menyebutkan bahwa anak tidak ada hambatan dalam bersosialisasi dengan anggota keluarga lain maupun teman sebayanya di sekitar lingkungan rumah. Namun terkadang anak tidak

mampu melakukan hal-hal yang dapat dilakukan oleh anak lain karena keterbatasan gerak akibat dari adanya stoma.

Berdasarkan penelitian Erwin (1999) dukungan keluarga dan diperlakukan normal adalah komponen yang paling penting untuk penyesuaian selama terpasang stoma. Responden pada penelitian

Tabel 7. Kualitas Hidup dalam Dimensi Emosional Anak Usia 3-4 tahun Paska Kolostomi di Bandung

| Item Dimensi Emosional | Mean | Standar Deviasi |
|-------------------------------|-------------|------------------------|
| Anak terlihat takut | 48,80 | 21,20 |
| Anak terlihat sedih | 57,89 | 20,50 |
| Anak terlihat marah | 68,42 | 23,33 |
| Tidur | 94,74 | 13,38 |
| Anak terlihat gelisah | 72,37 | 21,88 |

Tabel 8. Kualitas Hidup dalam Dimensi Sosial Anak Usia 1-2 tahun Paska Kolostomi di Bandung

| Item Dimensi Sosial | Mean | Standar Deviasi |
|------------------------------------|-------------|------------------------|
| Tersenyum pada orang lain | 93,75 | 14,43 |
| Tertawa saat digelitik | 93,75 | 14,43 |
| Kontak mata dengan pengasuh | 75,00 | 24,15 |
| Tertawa ketika dipeluk | 82,81 | 23,66 |
| Kenyamanan di dekat anak-anak lain | 98,44 | 6,25 |

Tabel 9. Kualitas Hidup dalam Dimensi Sosial Anak Usia 3-4 tahun Paska Kolostomi di Bandung

| Item Dimensi Sosial | Mean | Standar Deviasi |
|---|-------------|------------------------|
| Anak memiliki masalah bermain dengan anak lain | 94,74 | 15,76 |
| Anak-anak lain bermain bersama | 97,73 | 11,47 |
| Anak diejek oleh anak-anak lain | 93,42 | 16,33 |
| Anak tidak mampu melakukan hal-hal yang dapat dilakukan anak lain seusianya | 56,58 | 16,33 |
| Anak tidak mengikuti saat bermain dengan anak lain | 69,74 | 28,35 |

Tabel 10. Kualitas Hidup dalam Dimensi Kognitif Anak Usia 1-2 tahun Paska Kolostomi di Bandung

| Item Dimensi Kognitif | Mean | Standar Deviasi |
|--------------------------------------|-------------|------------------------|
| Menirukan tindakan pengasuh | 75,00 | 24,15 |
| Menirukan mimik wajah pengasuh | 71,87 | 23,93 |
| Menirukan suara pengasuh | 71,88 | 25,61 |
| Memperhatikan objek | 67,19 | 23,66 |
| Menirukan ucapan pengasuh | 68,75 | 25,00 |
| Menunjuk bagian tubuh ketika diminta | 53,13 | 27,19 |
| Mengulang kata-kata | 85,94 | 22,30 |
| Menyebutkan nama objek yang familiar | 89,06 | 20,34 |
| Berkonsentrasi pada benda | 76,56 | 24,94 |

Tabel 11. Kualitas Hidup dalam Dimensi Sekolah di Tempat Penitipan Anak/PAUD pada Anak Usia 3-4 tahun Paska Kolostomi di Bandung

| Item Dimensi di Tempat Penitipan Anak | Mean | Standar Deviasi |
|---|------|-----------------|
| Anak tidak melakukan kegiatan di tempat penitipan anak/PAUD | 0 | 0 |
| Anak tidak masuk tempat penitipan anak/PAUD karena anak kurang sehat | 0 | 0 |
| Anak tidak masuk tempat penitipan anak/PAUD karena harus pergi ke dokter atau rumah sakit | 0 | 0 |

tersebut percaya bahwa perlakuan yang sama oleh orang tua, saudara mereka dan teman sebaya, serta dorongan untuk berpartisipasi dalam kegiatan bermain memiliki kontribusi positif untuk ostomy mereka selama masa kanak-kanak. Dukungan sosial dari saudara juga merupakan hal yang berdampak baik bagi kualitas hidup anak dengan stoma. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Barreire et al (2002) mengatakan bahwa kenyamanan (liburan, hubungan dengan saudara dan teman sebaya) mempunyai skor tertinggi untuk anak-anak dengan ostomy.

Dimensi fungsi kognitif menunjukkan bahwa kualitas hidup tertinggi adalah menyebutkan nama objek yang familiar dengan *mean* 89,06 dan kualitas hidup terendah berada pada item menunjuk bagian tubuh ketika diminta dengan *mean* 53,13. Pada usia 3-4 tahun pada fungsi di tempat penitipan anak memiliki rata-rata sangat rendah yaitu 0. Menurut orang tua anak mereka belum di daftarkan masuk PAUD karena berbagai kekhawatiran seperti khawatir jika anaknya harus ikut dalam kegiatan di tempat penitipan anak atau PAUD. Orang tua takut jika teman sebayanya memukul daerah yang terpasang stoma atau kantong stoma penuh. Orang tua menyebutkan lebih baik menunggu sampai selesai proses pengobatannya. Sejalan dengan penelitian Krois et al (2017) bahwa orang tua melaporkan takut menyakiti anak, jadi orang tua tidak membawa atau menghindari waktu bermain bersama anak-anak lain serta tidak mengikutsertakan anak di sekolah karena adanya diskriminasi dan penolakan lingkungan sosial anak oleh anak-anak dari kelompok usia yang sama karena penggunaan stoma *bag*.

Anak usia *toddler* merupakan masa emas dimana perkembangan otak berkembang sangat pesat atau lebih tepatnya saat yang penting untuk merangsang kemampuan berpikir anak secara optimal. Kemampuan kognitif berkembang sebagai hasil dari kerjasama antar genetik dan lingkungan.

Kemampuan ini akan meningkat karena adanya rangsang yang diberikan kemudian masuk ke dalam otak yang sedang berkembang. Hal ini berarti akan membantu perkembangan kecerdasan (Dariyo, 2007). Maka dari itu, untuk meningkatkan perkembangan kognitif pada anak usia *toddler* paska kolostomi perlu adanya peran orang tua untuk merangsang kemampuan berpikir anak secara optimal.

Kualitas hidup merupakan indikator yang penting dalam menilai intervensi pelayanan kesehatan baik dari segi pencegahan maupun pengobatan. Kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan menggambarkan pandangan individu atau keluarganya tentang tingkat kesehatan individu tersebut setelah mengalami suatu penyakit dan mendapatkan suatu bentuk pengobatan. Dengan mengetahui kualitas hidup anak usia *toddler* paska kolostomi tenaga medis bisa mengevaluasi sejauh mana intervensi yang diberikan berpengaruh pada anak (Rapley, 2003).

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar kualitas hidup anak usia *toddler* mempunyai kualitas hidup yang buruk. Dengan demikian diperlukan upaya dari petugas kesehatan, khususnya perawat untuk melakukan pengkajian terkait dengan kualitas hidup seperti pengkajian psikososiospiritual anak usia *toddler* paska kolostomi sehingga dapat menentukan permasalahan yang terjadi pada anak dengan demikian intervensi yang diberikan tepat. Untuk dapat meningkatkan kualitas hidup anak paska kolostomi, perawat harus dapat memberikan dukungan kepada anak dan keluarga dalam mengidentifikasi strategi coping yang efektif sehingga anak dan keluarga merasa nyaman dan dapat beradaptasi secara positif sehingga memiliki kualitas hidup yang lebih baik.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian tentang kualitas hidup anak usia *toddler* paska kolostomi di Bandung,

dapat disimpulkan bahwa orang tua memersepsikan kualitas hidup anak usia *toddler* paska kolostomi sebagian besar berada pada kategori buruk. Dalam penelitian ini tergambar bahwa anak usia 1-2 tahun (56,25%) memiliki kualitas hidup buruk begitu juga dengan anak usai 3-4 tahun (52,7%) mempunyai kualitas hidup yang buruk. Pada domain fungsi fisik tergambar bahwa skor terendah berada pada anak merasakan sakit dan nyeri terkait dengan stoma. Pada domain fungsi emosional skor terendah adalah anak rewel dan takut. Pada domain fungsi sosial anak usia 1-2 tahun skor terendah yaitu kontak mata dengan pengasuh, sedangkan usia 3-4 anak tidak mampu melakukan hal-hal yang dapat dilakukan anak lain. Skor domain fungsi kognitif terendah usia 1-2 tahun adalah menunjuk bagian tubuh ketika diminta sedangkan anak usia 3-4 tahun pada dimensi sekolah di penitipan anak atau PAUD memiliki skor rendah karena anak tidak mengikuti kegiatan di tempat penitipinan anak atau PAUD.

SARAN

Bagi perawat diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan referensi guna meningkatkan kualitas hidup anak usia *toddler* paska kolostomi dengan melakukan intervensi tambahan yaitu terapi psikologis kepada orang tua untuk membantu menangani emosi negatif anak dan memberikan edukasi kepada orang tua terkait prosedur dan pentingnya pemberian stimulus pada anak usia *toddler* sehingga perkembangan kognitif anak berkembang sesuai dengan tahapan usia. Selain itu perawat perlu melakukan pengkajian rutin terkait kualitas hidup anak usia *toddler* paska kolostomi, dengan melakukan pengkajian tersebut diharapkan perawat dapat mengidentifikasi permasalahan yang terjadi pada anak, sehingga memudahkan perawat untuk memberikan intervensi yang tepat. Bagi peneliti selanjutnya hasil penelitian ini dapat dijadikan data dasar untuk penelitian faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup anak paska kolostomi.

KEPUSTAKAAN

- Barreire, S.G., Oliveira, O.A., Kazama, W., Kimura, M., & Santos, V. L.C.G. 2003. Quality of life of children with stomas: the children and mothers point of view. *Journal de Pediatria*, 79, 55-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572003000100010>
- Betz, C.L., dan Sowden, L.A. 2009. *Buku Saku Keperawatan Pediatri* (Edisi 5). Jakarta: EGC.
- Blackley, P. 2003. *Practical Stoma Wound and Continence Management*. (2nd ed.). Vermont Vic Australia: Reseach Publications Pty Ltd.
- Browne, M.A., Dissanayake, A., Galloway, T.S., Lowe, D.M., dan Thompson, R.C. 2008. Ingested microscopic plastic translocates to the circulatory system of the mussel *mytilus edulis*. *Environmental Science and Technology*, 42, 5026-503. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18678044>. Diakses 5 Januari 2017.
- Dabirian, A., Yaghmaei, F., Rassouli, M., & Tafreshi, M.Z. 2011. Quality of life ostomy patients: a qualitative study. *Patient Prefer Adherence*, 5, 1-5 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3034300/>. Diakses 5 Januari 2017
- Dariyo, A. 2007. *Psikologi Perkembangan*. Bandung: PT.Refika Aditama
- Effendi, S.H., & Indrasanto, E. 2006. *Pendekatan Diagnosis Kelainan Bawaan Menurut Klasifikasi European Registration of Congenital Anomalies (EUROCAT)*. Dalam *Buku Ajar Neonatologi* (Edisi 1). Jakarta: Badan Penerbit IDAI.
- Erwin, T.P. 1999. The effect of stomy surgery between the ages of 6 and 12 years on psychosocial development during childhood, adolescence, and young adulthood. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 26, 77-85. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10373863>. Diakses 5 Januari 2017
- Grano, C., Bucci, S., Aminoff, D., Lucidi, F., & Violani, C. 2013. Quality of life in children and adolescents with anorectal malformation. *Pediatri Surg int*. doi: 10.1007/s00383-013-3359-8
- Grosfeld, J.L., O'Neil, J.A., Fonkalsrud, E.W., & Coran, A.G. 2006. *Pediatric surgery 6th* (Volume 1). USA: Mosby Elsevier.
- Hartman, E.E, Oort, F.J., Aronso, D.C., & Sprangers, M.A. 2011. Quality of life and disease specific functioning of patients with anorectal malformations or hirschprung's disease: a review. *Arch Dis Child*: 96: 398-406 doi:10.1136/adc.2007.118133
- Holschneider, A., & Ure, B.M 2005. *Hirschprung's Disease in Pediatric Surgery*. (3th ed). Germany: Springer.
- James, S.R., & Ashwill, J.W. 2007. *Nursing Care of Children : Principles & Practice* (Third edition). St. Louis : Saunders Elsevier.
- Krois, W., Dingemanz, A.J.M., Hernandez, P.X., Metzelder, M.L., Rios, J.C. Burneo, C.A. R..

2017. Sociodemographics and the impact of a colostomy to indigent families and children with colorectal disorders in Honduras. *Journal of Pediatric Surgery*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2017.05.009>
- Murwani. 2009. *Pedoman Kateterisasi Urin (Edisi revisi)*. Jakarta : EGC.
- Poley, M.J., Stolk, E.A., Tibboel, D., Molenaar, J.C., Busschbach, J.J.V. 2004. Short term and long term health related quality of life after congenital anorectal malformations and congenital diaphragmatic hernia. *Arch Dis Child*, 89, 836-841. doi: 10.1136/adc.2002.016543
- Prieto, L., Thorsen., & Juul., K. 2005. Development and Validation of A Quality of Life Questionnaire for Patients with Colostomy and Ileostomy. *Health Quality Life Outcomes*, 12, 62. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1274339/>. Diakses 04 Januari 2017
- Rapley, M. 2003. *Quality of Life Research A Critical Introduction*. London: SAGE Publications, Inc.
- Sodikin. 2011. *Asuhan Kperawatan Anak: Gangguan Sistem Gastrointestinal dan Hepatobilier*. Jakarta. Salemba Medika.
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2012. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2013. *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D)*. Bandung: Alfabeta.
- Swan, E. 2011. Colostomy management and quality of life for the patient. *Br J Nurs*, 19, 1346-50. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21240135>. Diakses 04 Januari 2017
- Varni, J.W., Seid, M., Kurtin, P.S. 1999. Pediatric Health-Related Quality of Life Measurement Technology: A Guide for Health Care Decision Makers. *JCOM* 33-44.
- Williams, J. 2007. A guide to maintaining healthy peristomal skin. *Gastrointestinal Nurs*, 5, 18-22.
- Wong, L.D., Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelsein, M.L., & Schawrtz, P. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik (Edisi 6)*. Jakarta: EGC.