ISSN 3063-9638

BAB I

Konsep Kesehatan Anak dan Pelayanan Berpusat pada Anak dan Keluarga

Brivian Florentis Yustanta, SST., Bdn., M.Kes

A. Kesehatan Anak dalam Paradigma Pelayanan Modern

Kesehatan anak merupakan salah satu fondasi penting dalam pembangunan kesehatan dan kualitas sumber daya manusia. Masa anak merupakan periode kehidupan yang ditandai oleh perubahan biologis, psikologis, sosial, dan perkembangan yang berlangsung secara dinamis. Oleh karena itu, kesehatan anak tidak dapat dipahami hanya sebagai kondisi tidak adanya penyakit, tetapi perlu dipandang sebagai keadaan yang memungkinkan anak mencapai pertumbuhan, perkembangan, kesejahteraan, dan kualitas hidup yang optimal sesuai tahap kehidupannya. Pendekatan tersebut menempatkan kesehatan anak sebagai konsep yang multidimensional dan membutuhkan pelayanan yang berbeda dari pelayanan kesehatan pada orang dewasa.

Anak memiliki karakteristik dan kebutuhan pelayanan yang khas. WHO menegaskan bahwa kebutuhan fisik, psikososial, perkembangan, dan komunikasi anak berbeda dengan orang dewasa. Oleh karena itu, standar pelayanan kesehatan anak harus mempertimbangkan kepentingan terbaik anak, hak atas kesehatan, pelayanan yang ramah anak dan keluarga, praktik klinis berbasis bukti, serta tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai kebutuhan anak (WHO, 2018).

Perkembangan ilmu kesehatan anak juga mendorong perubahan orientasi pelayanan. Pelayanan yang sebelumnya lebih berfokus pada penyakit dan tindakan tenaga kesehatan berkembang menuju pendekatan yang lebih komprehensif, dengan anak ditempatkan sebagai individu yang memiliki kebutuhan, pengalaman, preferensi, hak, dan kemampuan untuk berpartisipasi sesuai usia serta kapasitas perkembangannya. Pada saat yang sama, keluarga tidak lagi hanya dipandang sebagai pendamping pasien, melainkan sebagai mitra penting dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan kesehatan anak.

American Academy of Pediatrics (AAP) menempatkan keluarga sebagai sumber utama kekuatan dan dukungan bagi anak. Perspektif dan informasi yang diberikan oleh anak, remaja, dan keluarga merupakan komponen penting dalam pengambilan keputusan klinis yang berkualitas. Dengan demikian, pelayanan yang berpusat pada pasien dan keluarga dibangun melalui kemitraan yang saling menguntungkan antara anak, keluarga, dan tenaga kesehatan (Committee on Hospital Care & Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2012). Pernyataan kebijakan tersebut terakhir ditegaskan kembali oleh AAP pada Desember 2025, menunjukkan bahwa prinsip pelayanan berpusat pada pasien dan keluarga tetap relevan dalam pelayanan pediatrik kontemporer.

Perubahan paradigma tersebut menjadi penting karena kualitas pelayanan kesehatan anak tidak hanya ditentukan oleh ketepatan diagnosis dan intervensi klinis. Pengalaman anak selama menerima pelayanan, kualitas komunikasi, keterlibatan keluarga, penghormatan terhadap hak anak, kenyamanan lingkungan pelayanan, serta kesempatan anak untuk didengar juga merupakan bagian dari mutu pelayanan. WHO mengembangkan standar kualitas pelayanan anak berdasarkan prinsip bahwa setiap anak berhak memperoleh pelayanan yang aman, efektif, berkualitas, dan sesuai dengan kepentingan terbaiknya sepanjang life course dan pada berbagai tingkat pelayanan (WHO, 2018).

Paradigma pelayanan kesehatan anak modern dengan demikian mengarah pada pelayanan yang holistik, berbasis hak, berbasis bukti, aman, ramah anak, serta melibatkan keluarga sebagai mitra. Pergeseran ini menjadi landasan penting bagi penerapan child-centered care dan family-centered care. Kedua pendekatan tersebut tidak sekadar mengubah cara tenaga kesehatan memberikan pelayanan, tetapi juga mengubah hubungan antara tenaga kesehatan, anak, dan keluarga menjadi suatu kemitraan yang menghargai perspektif, kebutuhan, nilai, dan preferensi masing-masing.

1. Anak sebagai Individu yang Unik dan Sedang Bertumbuh-Kembang

Anak bukanlah orang dewasa dalam ukuran yang lebih kecil. Pernyataan tersebut memiliki implikasi mendasar dalam pelayanan kesehatan karena karakteristik anatomi, fisiologi, psikologis, kemampuan komunikasi, kebutuhan emosional, dan kapasitas pengambilan keputusan anak berbeda dari orang dewasa serta terus berubah seiring bertambahnya usia. WHO menegaskan bahwa pelayanan kesehatan anak perlu memperhatikan kebutuhan fisik, psikososial, perkembangan, dan komunikasi yang khas pada anak (WHO, 2018). Keunikan anak juga terlihat dari proses pertumbuhan dan perkembangan yang berlangsung secara simultan dan saling berhubungan. Kondisi

kesehatan pada suatu periode kehidupan dapat memengaruhi kemampuan anak mencapai potensi optimal pada periode berikutnya. Oleh sebab itu, pelayanan kesehatan anak tidak hanya berorientasi pada penyelesaian masalah kesehatan yang sedang terjadi, tetapi juga perlu mempertimbangkan konsekuensi jangka panjang terhadap kesehatan dan kesejahteraan anak.

Dalam konteks pelayanan, tingkat kematangan anak turut menentukan cara tenaga kesehatan melakukan komunikasi, memberikan informasi, melakukan pemeriksaan, serta melibatkan anak dalam pengambilan keputusan. Anak yang masih kecil mungkin membutuhkan penjelasan sederhana dengan bantuan permainan atau visual, sedangkan anak yang lebih besar dapat diberikan informasi yang lebih kompleks dan kesempatan yang lebih luas untuk menyampaikan pendapat. Pelayanan yang diberikan dengan cara yang sama kepada semua anak tanpa mempertimbangkan usia dan kapasitas perkembangan berisiko mengabaikan kebutuhan individual anak.

Keunikan tersebut juga berarti bahwa pengalaman kesehatan dan sakit dapat dipersepsikan secara berbeda oleh setiap anak. Temperamen, pengalaman sebelumnya dengan fasilitas kesehatan, kondisi keluarga, budaya, dukungan sosial, serta kemampuan anak memahami situasi dapat memengaruhi respons terhadap penyakit maupun tindakan medis. Dengan demikian, pelayanan kesehatan anak membutuhkan pendekatan individual yang tidak hanya bertanya “penyakit apa yang dialami anak?”, tetapi juga “siapa anak ini, apa yang ia butuhkan, bagaimana ia mengalami kondisi tersebut, dan dukungan apa yang dibutuhkan oleh anak serta keluarganya?” Pandangan terhadap anak sebagai individu yang unik menjadi salah satu dasar child-centered care. Anak ditempatkan sebagai subjek pelayanan, bukan sekadar objek tindakan kesehatan. Perspektif ini selanjutnya menuntut tenaga kesehatan untuk menghargai suara, pengalaman, martabat, hak, dan kemampuan anak untuk berpartisipasi dalam pelayanan sesuai tahap perkembangannya.

2. Kesehatan Anak sebagai Konsep Multidimensional

Kesehatan anak merupakan konsep yang lebih luas daripada kondisi fisik atau ketiadaan penyakit. Kondisi seorang anak dapat dipengaruhi secara simultan oleh aspek biologis, psikologis, emosional, sosial, perkembangan, keluarga, dan lingkungan. Oleh karena itu, penilaian kesehatan anak yang hanya berfokus pada tanda dan gejala fisik belum dapat memberikan gambaran yang utuh mengenai kondisi anak.

Dimensi fisik mencakup fungsi tubuh dan kemampuan anak menjalankan aktivitas sesuai tahap kehidupannya. Namun, kesehatan fisik berinteraksi dengan dimensi lainnya.

Kondisi kesehatan tertentu dapat memengaruhi emosi, hubungan sosial, aktivitas belajar, pola bermain, hubungan dengan keluarga, serta kualitas hidup anak. Sebaliknya, lingkungan keluarga, kondisi psikososial, dan pengalaman anak juga dapat memengaruhi kesehatan fisiknya.

Dimensi perkembangan menjadi karakteristik penting yang membedakan kesehatan anak dengan kesehatan orang dewasa. Setiap pelayanan kesehatan pada anak perlu mempertimbangkan bahwa anak berada dalam proses memperoleh kemampuan baru dan semakin mandiri. Meskipun demikian, pembahasan mengenai stimulasi, skrining, pengukuran, dan tindak lanjut perkembangan merupakan area yang lebih spesifik. Dalam konteks bab ini, perkembangan diposisikan sebagai salah satu dimensi yang harus dipertimbangkan ketika memahami kesehatan anak secara utuh.

Dimensi sosial dan emosional juga tidak dapat dipisahkan dari lingkungan terdekat anak. Keluarga merupakan lingkungan utama tempat anak memperoleh perlindungan, kasih sayang, stimulasi, nilai, kebiasaan, dan dukungan. Kondisi keluarga dapat memengaruhi pengalaman anak terhadap kesehatan maupun penyakit. Pada saat yang sama, masalah kesehatan anak dapat memberikan dampak terhadap dinamika keluarga. Hubungan timbal balik tersebut menjelaskan mengapa pelayanan kesehatan anak perlu mempertimbangkan anak dan keluarga sebagai suatu kesatuan yang saling berinteraksi.

Dengan perspektif multidimensional, keberhasilan pelayanan kesehatan tidak cukup dinilai hanya berdasarkan sembuh atau tidaknya penyakit. Pengalaman anak, kemampuan menjalankan aktivitas, kesejahteraan psikososial, keterlibatan dalam kehidupan keluarga dan sosial, serta kualitas hidup juga merupakan luaran yang bermakna. Pendekatan demikian menjadi dasar bagi pelayanan yang lebih holistik dan berorientasi pada kebutuhan anak.

3. Perubahan Paradigma Pelayanan Kesehatan Anak

Pelayanan kesehatan anak mengalami perkembangan dari pendekatan yang dominan berorientasi pada penyakit menuju pelayanan yang semakin komprehensif, berbasis hak, berorientasi pada kualitas, dan melibatkan anak serta keluarga. Pada pendekatan konvensional, tenaga kesehatan memiliki posisi yang dominan dalam menentukan masalah dan tindakan, sedangkan pasien dan keluarga lebih banyak berperan sebagai penerima pelayanan.

Perkembangan konsep mutu pelayanan kesehatan mengubah hubungan tersebut. Pelayanan tidak hanya dituntut tepat secara klinis, tetapi juga aman, efektif, responsif, dan sesuai dengan kebutuhan individu. Dalam konteks anak, perubahan ini menjadi lebih kompleks karena pelayanan melibatkan sekurang-kurangnya tiga pihak, yaitu anak, keluarga, dan tenaga kesehatan. WHO (2018) mengembangkan standar peningkatan kualitas pelayanan bagi anak dan remaja muda di fasilitas kesehatan yang mengintegrasikan pelayanan klinis berbasis bukti dengan pengalaman pelayanan. Standar tersebut memperhatikan hak anak, kepentingan terbaik anak, lingkungan pelayanan yang ramah anak dan keluarga, ketersediaan sumber daya yang sesuai untuk anak, serta kompetensi tenaga kesehatan.

Perubahan paradigma juga terlihat pada semakin kuatnya penghargaan terhadap partisipasi anak. Anak tidak lagi diposisikan secara otomatis sebagai pihak pasif karena usianya. Kemampuan anak untuk memahami informasi dan berpartisipasi berkembang sejalan dengan usia dan kematangannya. Oleh karena itu, bentuk keterlibatan perlu disesuaikan dengan kapasitas individual anak. Perkembangan tersebut dapat dipahami sebagai perubahan dari pelayanan "untuk anak" menuju pelayanan "bersama anak dan keluarga." Tenaga kesehatan tetap memiliki tanggung jawab profesional dan klinis, tetapi keputusan pelayanan dibangun melalui komunikasi, pertukaran informasi, penghargaan terhadap preferensi, dan kemitraan. Paradigma inilah yang kemudian menjadi fondasi child-centered care dan family-centered care.

4. Dari Disease-Centered Care menuju Child- and Family-Centered Care

Disease-centered care menempatkan penyakit sebagai pusat perhatian pelayanan. Pendekatan ini sangat penting dalam diagnosis dan terapi, tetapi menjadi tidak memadai apabila digunakan sebagai satu-satunya perspektif dalam pelayanan anak. Seorang anak dengan masalah kesehatan tidak hanya membawa manifestasi klinis suatu penyakit, tetapi juga membawa pengalaman, rasa takut, kebutuhan akan rasa aman, hubungan dengan orang tua, preferensi, serta kebutuhan komunikasi yang khas.

Pergeseran menuju child-centered care mengubah fokus dari "apa penyakit anak?" menjadi "apa yang terjadi pada anak dan apa yang penting bagi anak?" Dalam pendekatan ini, pengalaman, kebutuhan, kemampuan, hak, dan perspektif anak menjadi pertimbangan dalam pelayanan. Anak memperoleh informasi yang dapat dipahami, kesempatan menyampaikan pendapat, dan keterlibatan dalam keputusan sesuai usia serta kapasitasnya. Namun, pelayanan yang hanya berpusat pada anak juga belum sepenuhnya

menggambarkan karakteristik pelayanan pediatrik. Sebagian besar anak tumbuh dan memperoleh perawatan dalam konteks keluarga. Keluarga merupakan sumber utama dukungan, informasi, pengasuhan, dan keberlanjutan perawatan. AAP menyatakan bahwa pelayanan yang berpusat pada pasien dan keluarga didasarkan pada pemahaman bahwa keluarga merupakan sumber utama kekuatan dan dukungan anak serta bahwa perspektif anak dan keluarga merupakan komponen penting dalam pengambilan keputusan klinis (Committee on Hospital Care & Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2012).

Pada tahap terakhir, pelayanan tidak lagi dipandang sebagai sesuatu yang sekadar diberikan kepada anak dan keluarga, tetapi direncanakan dan dijalankan bersama mereka. Kemitraan, komunikasi, penghormatan, berbagi informasi, partisipasi, dan kolaborasi menjadi unsur penting dalam hubungan pelayanan.

5. Urgensi Pelayanan yang Berorientasi pada Anak dan Keluarga

Pelayanan yang berorientasi pada anak dan keluarga menjadi semakin penting seiring meningkatnya kompleksitas kebutuhan kesehatan anak. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi memungkinkan pelayanan yang semakin canggih, tetapi kemajuan teknologi tidak secara otomatis menghasilkan pengalaman pelayanan yang baik. Pelayanan berkualitas tetap membutuhkan komunikasi manusiawi, penghargaan terhadap martabat, keselamatan, keterlibatan anak, dan kemitraan dengan keluarga.

Kebutuhan tersebut semakin jelas ketika anak menjalani pemeriksaan, prosedur, hospitalisasi, atau perawatan jangka panjang. Lingkungan pelayanan kesehatan dapat menjadi pengalaman yang asing dan menimbulkan kecemasan. Anak mungkin menghadapi tenaga kesehatan yang belum dikenal, alat medis, keterbatasan aktivitas, serta tindakan yang belum dipahaminya. Respons pelayanan yang tidak mempertimbangkan perspektif anak dapat meningkatkan ketakutan dan mengurangi rasa percaya terhadap tenaga kesehatan.

Keluarga pada saat yang sama menghadapi kebutuhan informasi dan keterlibatan dalam pengambilan keputusan. Ketika komunikasi tidak berjalan baik, keluarga dapat mengalami kesulitan memahami kondisi anak, tujuan tindakan, atau perawatan lanjutan. Sebaliknya, keterlibatan keluarga memungkinkan tenaga kesehatan memperoleh informasi yang lebih lengkap mengenai kebutuhan, kebiasaan, respons, dan preferensi anak.

Prinsip tersebut juga sejalan dengan arah standar pelayanan internasional. WHO menempatkan pelayanan berbasis hak, partisipasi, lingkungan yang ramah, pelayanan berbasis bukti, dan keterlibatan keluarga sebagai komponen penting kualitas pelayanan

anak dan remaja. Standar global terbaru untuk pelayanan kesehatan remaja pada 2025 bahkan tetap mempertahankan pemberdayaan dan partisipasi, pendekatan berbasis hak dan nondiskriminatif, pelayanan berbasis bukti, serta keterlibatan keluarga dan komunitas sebagai tema utama kualitas pelayanan (WHO, 2025).

Dengan demikian, orientasi pada anak dan keluarga bukan sekadar pendekatan komunikasi atau upaya membuat pelayanan terasa lebih ramah. Pendekatan tersebut merupakan bagian dari mutu pelayanan kesehatan anak. Anak perlu memperoleh pelayanan yang aman dan tepat secara klinis sekaligus menghormati hak, martabat, pengalaman, kebutuhan, dan kapasitasnya. Keluarga perlu memperoleh kesempatan untuk berpartisipasi sebagai mitra tanpa menghilangkan posisi anak sebagai pusat kepentingan pelayanan.

Paradigma inilah yang menjadi landasan pembahasan dalam bab ini. Pemahaman mengenai kesehatan anak selanjutnya perlu dikembangkan melalui konsep kesehatan yang multidimensional, determinan kesehatan, hak anak, prinsip pelayanan kesehatan anak, child-centered care, family-centered care, serta kemitraan anak–keluarga–tenaga kesehatan. Keseluruhan konsep tersebut membentuk kerangka pelayanan kesehatan anak modern yang tidak hanya bertujuan menangani penyakit, tetapi juga mendukung kesehatan, kesejahteraan, martabat, dan kualitas hidup anak secara optimal.

B. Konsep dan Dimensi Kesehatan Anak

Kesehatan anak merupakan konsep yang kompleks dan tidak dapat dinilai hanya berdasarkan ada atau tidaknya penyakit. Anak hidup dan berkembang dalam hubungan yang dinamis antara kondisi biologis, psikologis, emosional, sosial, keluarga, dan lingkungan. Kondisi pada satu dimensi dapat memengaruhi dimensi lainnya, sehingga pemahaman kesehatan anak memerlukan perspektif yang holistik. Pendekatan kontemporer terhadap kesehatan anak juga menempatkan anak sebagai individu yang memiliki hak, pengalaman, kebutuhan, serta kapasitas yang terus berkembang. Konvensi Hak Anak menegaskan hak anak untuk hidup, berkembang, memperoleh pelayanan kesehatan, mendapatkan perlindungan, dan berpartisipasi dalam hal-hal yang memengaruhi kehidupannya. Dengan demikian, pelayanan kesehatan anak tidak hanya diarahkan pada survival atau kelangsungan hidup, tetapi juga pada kemampuan anak untuk thrive, yaitu tumbuh, berkembang, dan mencapai kesejahteraan secara optimal.

1. Pengertian dan Batasan Usia Anak

Definisi anak dapat berbeda bergantung pada perspektif yang digunakan, seperti perspektif hukum, kesehatan, perkembangan, pendidikan, maupun sosial. Perbedaan tersebut penting dipahami karena batas usia akan menentukan jenis perlindungan, pelayanan, pendekatan komunikasi, serta bentuk keterlibatan anak dalam pengambilan keputusan.

Secara internasional, United Nations Convention on the Rights of the Child atau Konvensi Hak Anak mendefinisikan anak sebagai setiap manusia yang berusia di bawah 18 tahun, kecuali berdasarkan hukum yang berlaku kedewasaan dicapai lebih awal. Definisi tersebut memberikan kerangka yang luas bahwa masa kanak-kanak mencakup periode sejak awal kehidupan hingga sebelum memasuki usia dewasa secara hukum.

Dalam konteks pelayanan kesehatan, penggunaan batas usia tidak cukup dipahami secara administratif. Anak pada usia yang berbeda mempunyai karakteristik biologis, kemampuan memahami informasi, cara berkomunikasi, kebutuhan dukungan, tingkat kemandirian, serta kapasitas untuk terlibat dalam keputusan yang berbeda. Oleh karena itu, usia kronologis perlu dipertimbangkan bersama tahap perkembangan dan kapasitas individual anak.

Secara praktis, periode kehidupan anak dapat dibedakan menjadi beberapa tahap, seperti masa neonatal, bayi, usia dini, prasekolah, usia sekolah, dan remaja. Pembagian tersebut membantu tenaga kesehatan memahami kebutuhan pelayanan yang berubah sepanjang kehidupan anak. Namun, batas usia antartahap dapat berbeda menurut pedoman atau kepentingan program kesehatan yang digunakan. Oleh sebab itu, tenaga kesehatan perlu merujuk pada definisi operasional yang berlaku dalam program atau pelayanan tertentu.

Konsep penting lainnya adalah evolving capacities of the child. Semakin bertambah usia dan kematangan anak, semakin berkembang pula kemampuan untuk memahami situasi, mengekspresikan preferensi, serta berpartisipasi dalam keputusan yang memengaruhi dirinya. Konvensi Hak Anak mengakui bahwa bimbingan keluarga perlu diberikan sesuai perkembangan kapasitas anak; semakin berkembang kapasitas tersebut, bentuk bimbingan juga perlu disesuaikan.

Implikasinya dalam pelayanan kesehatan adalah bahwa anak tidak dapat diperlakukan sebagai penerima pelayanan yang sepenuhnya pasif hanya karena belum berusia 18 tahun.

Tenaga kesehatan perlu menilai kemampuan anak memahami informasi dan memberikan kesempatan berpartisipasi sesuai usia, kematangan, dan kapasitasnya. Perspektif tersebut menjadi salah satu dasar penting pelayanan yang berpusat pada anak.

2. Pengertian Kesehatan Anak

Kesehatan anak dapat dipahami sebagai keadaan yang memungkinkan anak menjalankan fungsi fisik, mental, emosional, dan sosial secara optimal serta memperoleh kesempatan untuk bertumbuh, berkembang, belajar, berinteraksi, dan berpartisipasi sesuai tahap kehidupannya. Dengan perspektif tersebut, kesehatan tidak sekadar berarti terbebas dari penyakit.

Pemahaman kesehatan anak juga mengalami perkembangan. Indikator klasik seperti angka kesakitan dan kematian tetap penting, tetapi belum cukup untuk menggambarkan kesehatan anak secara menyeluruh. Perhatian semakin berkembang kepada kualitas hidup, kesehatan mental, kemampuan sosial dan emosional, lingkungan hidup, pengalaman subjektif anak, serta kesempatan untuk mencapai potensi dirinya.

UNICEF menggunakan perspektif yang luas dalam kesehatan dan kesejahteraan anak dan remaja. Selain penyakit menular, berbagai kondisi seperti masalah kesehatan mental, keterlambatan perkembangan dan disabilitas, cedera, penyakit tidak menular, pola hidup, serta bahaya lingkungan dapat memengaruhi kemampuan anak untuk bertahan hidup dan berkembang secara optimal.

Oleh karena itu, kesehatan anak sebaiknya dilihat sebagai suatu kontinum, bukan kategori dikotomis antara “sehat” dan “sakit”. Seorang anak dengan kondisi kronis, misalnya, tidak selalu dapat dikategorikan sebagai tidak sehat secara keseluruhan. Dengan dukungan pelayanan, keluarga, lingkungan, dan kesempatan berpartisipasi yang memadai, anak tetap dapat memiliki fungsi sosial, kesejahteraan emosional, aktivitas, dan kualitas hidup yang baik.

Sebaliknya, seorang anak yang tidak memiliki diagnosis penyakit belum tentu berada dalam kondisi kesehatan optimal. Anak dapat mengalami kesepian, stres, rasa tidak aman, hambatan sosial, atau kondisi lingkungan yang tidak mendukung kesejahteraannya. Perspektif tersebut menunjukkan bahwa kesehatan anak harus dinilai secara utuh dengan mempertimbangkan kondisi objektif sekaligus pengalaman anak terhadap kehidupannya.

Dengan demikian, tujuan pelayanan kesehatan anak tidak berhenti pada mencegah kematian (survive), tetapi berkembang menuju upaya agar anak bertumbuh dan

berkembang secara optimal (thrive), serta memperoleh kesempatan untuk berpartisipasi dan mencapai potensi terbaiknya.

3. Dimensi Fisik, Mental, Emosional, Sosial, dan Perkembangan

Kesehatan anak bersifat multidimensional. Setiap dimensi tidak berdiri sendiri, tetapi berinteraksi dan dapat memberikan pengaruh timbal balik. OECD, misalnya, menggunakan pendekatan multidimensional dalam menilai kesejahteraan anak dengan mempertimbangkan luaran material, kesehatan fisik, sosial-emosional, serta kognitif dan pendidikan. Kerangka tersebut menunjukkan bahwa kondisi anak tidak dapat direpresentasikan oleh satu indikator kesehatan saja.

Dimensi fisik berkaitan dengan fungsi tubuh, kondisi biologis, kemampuan melakukan aktivitas, serta terbebasnya anak dari penyakit, cedera, atau gangguan yang membatasi fungsi sehari-hari. Kesehatan fisik menjadi fondasi penting bagi aktivitas bermain, belajar, berinteraksi, dan melakukan berbagai aktivitas sesuai tahap kehidupan. Namun, kesehatan fisik tidak dapat dilepaskan dari aspek psikososial dan lingkungan.

Dimensi mental berkaitan dengan kemampuan anak berpikir, belajar, beradaptasi, menghadapi tekanan, serta menjalankan fungsi sehari-hari. Kesehatan mental merupakan bagian integral kesehatan anak, bukan aspek tambahan yang baru diperhatikan ketika muncul gangguan. Kondisi mental yang baik mendukung kemampuan anak belajar, membangun hubungan, mengembangkan rasa percaya diri, dan menghadapi berbagai pengalaman kehidupan.

Dimensi emosional mencakup kemampuan anak mengenali, mengekspresikan, dan mengelola emosi serta membangun rasa aman. Anak dapat mengalami berbagai emosi seperti senang, takut, sedih, marah, kecewa, maupun cemas. Kesejahteraan emosional tidak berarti anak harus selalu merasa bahagia, melainkan memiliki kesempatan dan dukungan untuk memahami serta mengelola pengalaman emosional secara adaptif.

Dimensi sosial berkaitan dengan kemampuan anak membangun dan mempertahankan hubungan dengan orang lain, memperoleh rasa memiliki, berpartisipasi dalam lingkungan sosial, serta memperoleh dukungan dari keluarga, teman sebaya, sekolah, dan masyarakat. Kualitas hubungan interpersonal memiliki peran penting terhadap kesejahteraan sosial-emosional anak. OECD menekankan bahwa hubungan dengan orang tua, guru, dan teman sebaya merupakan salah satu faktor penting yang membentuk kesejahteraan sosial dan emosional anak.

Dimensi perkembangan menggambarkan bahwa kesehatan anak berlangsung dalam konteks perubahan kemampuan dan fungsi sepanjang masa kanak-kanak. Perkembangan berinteraksi dengan kondisi fisik, mental, emosional, sosial, dan lingkungan. Dengan demikian, pelayanan kesehatan perlu mempertimbangkan apakah kebutuhan dan pendekatan pelayanan sesuai dengan kapasitas perkembangan anak.

Dimensi tersebut berada dalam lingkungan keluarga, sekolah, komunitas, sosial-ekonomi, budaya, dan lingkungan yang lebih luas. Oleh karena itu, perubahan pada satu aspek dapat menimbulkan efek berantai pada aspek lainnya. Sebagai contoh, masalah kesehatan fisik dapat membatasi aktivitas anak, mengurangi interaksi dengan teman, memengaruhi pengalaman belajar, serta menimbulkan kekhawatiran. Sebaliknya, tekanan psikososial yang berkepanjangan dapat memengaruhi tidur, aktivitas, pola makan, dan fungsi sehari-hari. Interaksi tersebut menegaskan pentingnya menghindari fragmentasi dalam memahami kesehatan anak.

4. Konsep Sehat–Sakit pada Anak

Konsep sehat–sakit pada anak memiliki karakteristik yang khas karena dipengaruhi oleh usia, kemampuan kognitif, pengalaman, keluarga, budaya, dan lingkungan. Anak memahami tubuh, kesehatan, penyakit, tindakan medis, dan penyembuhan dengan cara yang dapat berbeda dari orang dewasa.

Pada usia yang lebih muda, pemahaman mengenai penyakit dapat bersifat konkret. Anak mungkin menghubungkan sakit dengan pengalaman yang terlihat atau dirasakan langsung, seperti nyeri, demam, luka, obat, suntikan, atau kunjungan ke fasilitas kesehatan. Seiring berkembangnya kemampuan berpikir, anak semakin mampu memahami hubungan sebab-akibat dan penjelasan kesehatan yang lebih kompleks.

Persepsi tersebut penting karena cara anak memahami sakit dapat memengaruhi respons terhadap pelayanan. Ketika informasi tidak diberikan dengan cara yang sesuai, anak dapat membentuk interpretasi yang keliru, mengalami ketakutan, atau merasa bahwa tindakan kesehatan merupakan bentuk hukuman. Karena itu, komunikasi mengenai sehat, sakit, dan tindakan pelayanan perlu disesuaikan dengan kemampuan anak memahami informasi.

Konsep sehat–sakit pada anak juga dipengaruhi oleh keluarga. Orang tua atau pengasuh biasanya menjadi pihak pertama yang mengenali perubahan kondisi anak, menginterpretasikan gejala, menentukan kapan mencari pertolongan, serta membantu

anak menjalani perawatan. Nilai keluarga, pengalaman sebelumnya, tingkat literasi kesehatan, kepercayaan, dan kondisi sosial dapat memengaruhi respons terhadap masalah kesehatan. Perspektif modern memandang sehat dan sakit bukan sebagai dua keadaan yang sepenuhnya terpisah, tetapi berada pada suatu kontinum.

Posisi anak dalam kontinum tersebut dapat berubah sepanjang waktu. Bahkan ketika mengalami penyakit, pelayanan kesehatan tetap dapat mengoptimalkan fungsi, kenyamanan, partisipasi, kemampuan beradaptasi, dan kualitas hidup anak. Perspektif ini penting dalam child-centered care karena perhatian tenaga kesehatan tidak hanya tertuju pada eliminasi penyakit, tetapi juga pada bagaimana anak mengalami kondisi tersebut.

5. Kebutuhan Dasar Anak untuk Mencapai Kesehatan Optimal

Kesehatan optimal hanya dapat dicapai apabila kebutuhan dasar anak terpenuhi secara memadai. Kebutuhan tersebut bersifat multidimensional dan saling berhubungan. Pemenuhan kebutuhan fisik tanpa dukungan emosional, misalnya, belum cukup untuk menciptakan kesejahteraan yang utuh. Secara konseptual, kebutuhan dasar anak dalam konteks kesehatan dapat dikelompokkan menjadi beberapa komponen utama:

a. Kebutuhan fisik dan biologis, meliputi pemenuhan kebutuhan yang mendukung fungsi tubuh dan kehidupan sehari-hari, seperti nutrisi yang sesuai, istirahat, aktivitas fisik, kebersihan, lingkungan sehat, serta akses terhadap pelayanan kesehatan.
b. Kebutuhan akan rasa aman dan perlindungan, yaitu kebutuhan untuk hidup dalam lingkungan yang aman secara fisik maupun psikologis, memperoleh pengasuhan yang konsisten, serta terlindungi dari kondisi yang mengancam keselamatan dan kesejahteraan.
c. Kebutuhan kasih sayang dan hubungan yang responsif, berupa hubungan yang hangat, stabil, dan mendukung dengan orang tua atau pengasuh serta orang-orang yang bermakna bagi anak.
d. Kebutuhan untuk belajar, bermain, dan mengeksplorasi, karena anak memahami dunia melalui interaksi dan pengalaman sehari-hari. Kesempatan bermain dan bereksplorasi merupakan bagian dari kehidupan sehat anak, bukan sekadar aktivitas tambahan.
e. Kebutuhan sosial, berupa kesempatan untuk membangun hubungan, berinteraksi, merasa diterima, dan menjadi bagian dari keluarga maupun lingkungan sosial.

f. Kebutuhan akan penghargaan dan identitas, yaitu kesempatan untuk merasa dihargai sebagai individu, membangun kepercayaan diri, mengembangkan identitas, serta memperoleh pengakuan terhadap kemampuan dan kontribusinya.
g. Kebutuhan untuk didengar dan berpartisipasi, yaitu kesempatan menyampaikan pandangan dan preferensi dalam berbagai hal yang berkaitan dengan dirinya sesuai usia dan kapasitas. Konvensi Hak Anak menempatkan partisipasi sebagai salah satu prinsip penting dalam pemenuhan hak anak.

6. Kualitas Hidup dan Kesejahteraan Anak (Child Well-Being)

Konsep child well-being memperluas pemahaman kesehatan anak dari sekadar status klinis menuju kualitas kehidupan anak secara keseluruhan. Kesejahteraan anak mencakup kondisi objektif kehidupan sekaligus pengalaman subjektif anak mengenai kehidupannya. OECD mengembangkan kerangka child well-being yang bersifat multidimensional dan berorientasi ke masa kini sekaligus masa depan. Kerangka tersebut menekankan bahwa anak perlu memperoleh kesempatan untuk menikmati masa kanak-kanak yang baik pada saat ini sekaligus mengembangkan kemampuan yang mendukung kehidupan mereka di masa mendatang. Dimensi yang digunakan mencakup kondisi material, kesehatan fisik, kognitif dan pendidikan, serta sosial dan emosional.

Konsep tersebut penting karena indikator objektif tidak selalu sepenuhnya menggambarkan pengalaman anak. Dua anak dengan kondisi kesehatan yang relatif sama dapat memiliki persepsi kualitas hidup yang berbeda karena dukungan keluarga, hubungan sosial, pengalaman sekolah, rasa aman, kemampuan berpartisipasi, atau cara mereka memaknai kondisinya. Dengan demikian, child well-being dapat dipahami melalui dua perspektif yang saling melengkapi:

a. Objective well-being mencakup kondisi yang dapat diamati atau diukur, seperti kesehatan fisik, keamanan, akses terhadap sumber daya dan pelayanan, kondisi lingkungan, serta kesempatan memperoleh pendidikan dan dukungan sosial.
b. Subjective well-being berkaitan dengan bagaimana anak menilai dan mengalami kehidupannya sendiri, termasuk perasaan bahagia, puas, aman, diterima, memiliki hubungan yang bermakna, serta merasa didengar dan dihargai.

UNICEF Innocenti dalam laporan terbarunya mengenai kesejahteraan anak menggunakan indikator yang mencakup kesehatan mental, kesehatan fisik, dan keterampilan anak. Temuan lintas negara menunjukkan bahwa kemajuan pada satu dimensi tidak selalu diikuti oleh dimensi lainnya; suatu negara dapat memiliki capaian

kesehatan fisik yang relatif baik tetapi menghadapi tantangan pada kesejahteraan mental atau keterampilan anak. Hal tersebut kembali menegaskan sifat multidimensional child well-being.

Bahkan, laporan UNICEF Innocenti tahun 2026 menunjukkan bahwa ketimpangan ekonomi masih berkaitan dengan perbedaan peluang anak untuk mencapai kesehatan fisik, kesejahteraan mental, dan keterampilan yang baik. Anak dari keluarga dengan sumber daya yang lebih terbatas secara konsisten menghadapi risiko luaran yang lebih buruk, sehingga kesejahteraan anak perlu dipahami dalam konteks lingkungan dan kesempatan yang tersedia bagi mereka.

Konsep kualitas hidup berkaitan erat tetapi tidak sepenuhnya identik dengan child well-being. Dalam pelayanan kesehatan, health-related quality of life (HRQoL) lebih spesifik menggambarkan bagaimana kondisi kesehatan atau pelayanan kesehatan memengaruhi fungsi dan kehidupan sehari-hari anak. Sementara itu, child well-being mempunyai cakupan yang lebih luas karena mencakup berbagai aspek kehidupan yang tidak selalu berkaitan langsung dengan penyakit. Perbedaan konseptual tersebut dapat diringkas sebagai berikut:

Tabel 1. Perbedaan Konseptual Status Kesehatan, Kualitas Hidup, dan Kesejahteraan Anak

Konsep	Fokus utama	Perspektif
Status kesehatan	Kondisi dan fungsi kesehatan anak	Terutama klinis dan fungsional
Health-Related Quality of Life	Dampak kesehatan terhadap kehidupan anak	Objektif dan subjektif
Child Well-Being	Kualitas kehidupan anak secara menyeluruh	Multidimensional, objektif dan subjektif

Pemahaman child well-being memiliki implikasi langsung terhadap pelayanan kesehatan. Keberhasilan pelayanan tidak hanya dinilai berdasarkan normalisasi parameter klinis atau hilangnya gejala. Tenaga kesehatan juga perlu mempertimbangkan apakah anak dapat kembali bermain, belajar, berinteraksi, merasa aman, menjalankan aktivitas yang bermakna, serta memiliki kualitas hidup yang baik.

Lebih jauh, penilaian kesejahteraan seharusnya tidak hanya berasal dari perspektif orang dewasa. Anak memiliki pengalaman dan penilaian terhadap kehidupannya sendiri. Karena itu, ketika usia dan kapasitas memungkinkan, suara anak perlu didengarkan secara langsung. Perspektif orang tua tetap sangat penting, tetapi tidak selalu dapat menggantikan pengalaman subjektif anak.

Dengan demikian, kesehatan anak dapat dirumuskan sebagai suatu keadaan dinamis yang terbentuk melalui interaksi fisik, mental, emosional, sosial, dan perkembangan, serta dipengaruhi oleh keluarga dan lingkungan. Tujuan akhirnya bukan hanya menghasilkan anak yang bebas penyakit, melainkan memungkinkan setiap anak untuk bertahan hidup, sehat, merasa aman, memiliki hubungan yang bermakna, berpartisipasi, berkembang, dan mencapai kesejahteraan serta kualitas hidup yang optimal.

Perspektif multidimensional tersebut menjadi landasan penting untuk memahami mengapa pelayanan kesehatan anak perlu melampaui pendekatan klinis semata. Apabila kesehatan anak dipengaruhi oleh berbagai dimensi kehidupan, maka pelayanan juga perlu mempertimbangkan faktor-faktor yang membentuk kesehatan tersebut. Pembahasan berikutnya karena itu diarahkan pada determinan kesehatan anak, yaitu berbagai faktor individual, keluarga, sosial, lingkungan, dan sistem pelayanan yang berinteraksi dalam membentuk status kesehatan dan kesejahteraan anak.

C. Determinan Kesehatan Anak

Kesehatan anak tidak terbentuk oleh satu faktor tunggal. Kondisi kesehatan merupakan hasil interaksi berbagai faktor yang berasal dari karakteristik individual anak, keluarga, lingkungan fisik dan sosial, kondisi sosial ekonomi, budaya, sistem pelayanan kesehatan, serta lingkungan digital yang kini menjadi bagian penting kehidupan anak. Dengan demikian, memahami kesehatan anak memerlukan perspektif yang melampaui faktor biologis dan pelayanan klinis.

World Health Organization (WHO) mengelompokkan determinan kesehatan ke dalam lingkungan sosial dan ekonomi, lingkungan fisik, serta karakteristik dan perilaku individual. Faktor seperti tempat tinggal, kondisi lingkungan, karakteristik genetik, pendapatan, pendidikan, hubungan sosial, serta akses terhadap pelayanan kesehatan dapat secara bersama-sama memengaruhi status kesehatan seseorang (WHO, 2024).

Perspektif tersebut menjadi sangat penting pada anak karena masa kanak-kanak merupakan periode ketika kondisi kehidupan dapat memberikan pengaruh terhadap

kesehatan saat ini sekaligus membentuk lintasan kesehatan pada tahap kehidupan berikutnya. Anak juga memiliki keterbatasan dalam menentukan lingkungan tempat tinggal, kondisi ekonomi keluarga, pola pengasuhan, akses terhadap pelayanan kesehatan, maupun lingkungan digital yang tersedia baginya. Oleh karena itu, status kesehatan anak perlu dipahami dalam konteks ekosistem tempat anak lahir, tumbuh, belajar, bermain, dan berinteraksi.

1. Faktor Biologis dan Genetik

Faktor biologis dan genetik merupakan determinan intrinsik yang turut membentuk kondisi kesehatan anak. Faktor ini meliputi karakteristik genetik, usia, jenis kelamin biologis, kondisi sejak masa prenatal dan perinatal, fungsi fisiologis, respons imunologis, serta kerentanan individual terhadap kondisi kesehatan tertentu. WHO memasukkan genetika sebagai salah satu karakteristik individual yang dapat memengaruhi kesehatan, bersama dengan lingkungan dan berbagai kondisi kehidupan lainnya (WHO, 2024).

Gen yang diwariskan dari orang tua membawa informasi biologis yang berperan dalam berbagai karakteristik tubuh. Variasi genetik dapat memengaruhi kerentanan terhadap kondisi tertentu, tetapi keberadaan faktor genetik tidak selalu berarti bahwa suatu masalah kesehatan pasti akan terjadi. Ekspresi potensi biologis berlangsung dalam interaksi yang kompleks dengan lingkungan.

Konsep tersebut penting untuk menghindari pendekatan deterministik terhadap faktor genetik. Anak dengan predisposisi biologis tertentu dapat menunjukkan luaran kesehatan yang berbeda ketika tumbuh dalam lingkungan yang berbeda. Sebaliknya, paparan lingkungan yang sama juga tidak selalu memberikan dampak yang identik pada setiap anak karena terdapat variasi biologis individual.

Faktor biologis juga berubah sepanjang perjalanan kehidupan anak. Usia memengaruhi struktur dan fungsi tubuh, kebutuhan kesehatan, respons terhadap lingkungan, serta kerentanan terhadap berbagai paparan. Karena itu, faktor biologis perlu dipahami sebagai bagian dari sistem yang dinamis, bukan sebagai faktor yang berdiri sendiri.

Dalam pelayanan kesehatan, pemahaman mengenai determinan biologis membantu tenaga kesehatan mengenali kerentanan individual anak. Namun, penilaian tersebut perlu dikombinasikan dengan informasi mengenai keluarga, lingkungan, dan kondisi sosial agar tidak terjadi reduksi masalah kesehatan anak semata-mata menjadi persoalan biologis.

Hubungan tersebut menunjukkan bahwa kesehatan anak merupakan hasil interaksi antara faktor bawaan dan konteks kehidupan tempat anak berkembang.

2. Faktor Keluarga dan Pengasuhan

Keluarga merupakan lingkungan terdekat dan salah satu determinan utama kesehatan anak. Sebagian besar pengalaman awal anak berlangsung dalam konteks keluarga. Melalui keluarga, anak memperoleh perlindungan, hubungan emosional, pola kehidupan sehari-hari, nilai, dukungan, serta akses terhadap berbagai sumber daya. Hubungan anak dengan orang tua atau pengasuh juga menjadi bagian penting lingkungan sosial anak. WHO menempatkan hubungan dengan keluarga dan teman sebagai salah satu kondisi kehidupan yang mempunyai pengaruh terhadap kesehatan (WHO, 2024).

Pengasuhan yang responsif ditandai oleh kemampuan orang tua atau pengasuh mengenali kebutuhan anak dan memberikan respons yang sesuai, konsisten, hangat, serta mendukung. Dalam konteks kesehatan, pengasuh berperan dalam mengenali perubahan kondisi anak, menentukan kebutuhan pertolongan, mendampingi anak ketika memperoleh pelayanan, memberikan informasi kepada tenaga kesehatan, dan menjalankan rekomendasi perawatan di rumah. Pengaruh keluarga terhadap kesehatan anak tidak hanya berlangsung melalui tindakan langsung. Kondisi emosional keluarga, kualitas komunikasi, pembagian peran pengasuhan, dukungan sosial, pengetahuan kesehatan, serta kemampuan keluarga mengakses sumber daya juga dapat membentuk pengalaman kesehatan anak.

Sebaliknya, hubungan tersebut bersifat dua arah. Kondisi kesehatan anak dapat memengaruhi kehidupan keluarga, termasuk rutinitas sehari-hari, kondisi emosional, hubungan antaranggota keluarga, kebutuhan waktu, maupun sumber daya. Oleh karena itu, anak dan keluarga tidak tepat dipandang sebagai dua unit yang sepenuhnya terpisah.

Perspektif ini memiliki implikasi penting terhadap pelayanan kesehatan. Intervensi yang hanya ditujukan kepada anak tanpa mempertimbangkan kapasitas dan konteks keluarga berpotensi kurang sesuai dengan kondisi kehidupan anak. Tenaga kesehatan perlu memahami siapa yang merawat anak, bagaimana keluarga memahami kebutuhan kesehatan, sumber daya apa yang tersedia, serta dukungan apa yang dibutuhkan keluarga.

Konsep keluarga sebagai determinan kesehatan sekaligus menjadi salah satu landasan mengapa family-centered care penting dalam pelayanan kesehatan anak. Keluarga bukan

sekadar pihak yang mengantar anak ke fasilitas kesehatan, tetapi bagian dari lingkungan yang secara berkelanjutan memengaruhi kesehatan dan kesejahteraan anak.

3. Faktor Lingkungan Fisik dan Sosial

Anak tumbuh dalam lingkungan fisik dan sosial yang dapat mendukung atau menghambat kesehatannya. Lingkungan fisik mencakup kondisi tempat tinggal, air bersih, sanitasi, kualitas udara, keamanan lingkungan, ruang bermain, kondisi sekolah, paparan bahan berbahaya, serta karakteristik lingkungan tempat anak melakukan aktivitas sehari-hari.

WHO menempatkan lingkungan fisik sebagai salah satu kelompok utama determinan kesehatan. Tempat tinggal dan kondisi lingkungan dapat memberikan pengaruh langsung maupun tidak langsung terhadap status kesehatan (WHO, 2024). Kondisi tempat tinggal merupakan salah satu contoh nyata. Rumah bukan hanya tempat berlindung, tetapi lingkungan tempat anak menghabiskan sebagian besar waktunya. Kualitas perumahan, kepadatan hunian, sanitasi, keamanan, ventilasi, dan kondisi lingkungan sekitar dapat memengaruhi kesehatan serta kenyamanan anak.

Lingkungan yang mendukung juga menyediakan kesempatan bagi anak untuk bermain, bergerak, berinteraksi, dan mengeksplorasi secara aman. Sebaliknya, lingkungan yang tidak aman dapat membatasi aktivitas dan partisipasi anak. Selain lingkungan fisik, lingkungan sosial mempunyai pengaruh yang tidak kalah penting.

Lingkungan sosial mencakup hubungan dengan keluarga, teman sebaya, guru, masyarakat, serta norma dan interaksi sosial yang berlangsung di sekitar anak. Dukungan sosial dapat menjadi sumber rasa aman dan keterhubungan, sedangkan lingkungan yang penuh konflik, diskriminasi, atau eksklusi dapat menciptakan pengalaman yang merugikan kesejahteraan anak.

Lingkungan sekolah memiliki posisi khusus karena menjadi salah satu ruang sosial utama setelah keluarga. Anak tidak hanya memperoleh pengalaman akademik, tetapi juga membangun hubungan, identitas sosial, kemandirian, dan rasa memiliki. Karena itu, kesehatan anak perlu dipandang dalam konteks berbagai setting kehidupannya.

Perubahan lingkungan yang lebih luas juga perlu dipertimbangkan. Urbanisasi, perubahan iklim, polusi, bencana, konflik, serta perubahan pola kehidupan masyarakat dapat mengubah jenis dan intensitas paparan yang dialami anak. Dengan demikian, konsep

lingkungan dalam kesehatan anak tidak terbatas pada rumah, tetapi mencakup keseluruhan ruang tempat kehidupan anak berlangsung.

4. Faktor Sosial Ekonomi dan Budaya

Kondisi sosial ekonomi merupakan determinan fundamental kesehatan. WHO mendefinisikan determinan sosial kesehatan sebagai kondisi ketika seseorang lahir, tumbuh, hidup, bekerja, dan menua serta akses terhadap kekuasaan, uang, dan sumber daya. Kondisi tersebut berpengaruh kuat terhadap ketimpangan kesehatan (WHO, 2025).

Pada anak, kondisi sosial ekonomi keluarga memengaruhi berbagai kesempatan yang tersedia untuk menjalani kehidupan sehat. Pendapatan keluarga dapat berkaitan dengan kondisi tempat tinggal, pendidikan, akses informasi, transportasi, sumber daya untuk memenuhi kebutuhan anak, serta kemampuan memperoleh pelayanan kesehatan.

Pendidikan orang tua juga dapat memengaruhi literasi kesehatan, kemampuan memahami informasi kesehatan, navigasi sistem pelayanan, dan pengambilan keputusan. Namun, hubungan tersebut tidak seharusnya digunakan untuk menyalahkan keluarga. WHO menekankan bahwa banyak determinan kesehatan berada di luar kendali langsung individu dan bahwa posisi sosial ekonomi yang lebih rendah secara konsisten berkaitan dengan luaran kesehatan yang lebih buruk (WHO, 2025).

Ketimpangan ekonomi menjadi semakin penting ketika kesehatan anak dipahami melalui perspektif hak dan keadilan. UNICEF dalam The State of the World's Children 2025 menekankan bahwa kemiskinan anak bukan hanya persoalan pendapatan. Deprivasi dapat terjadi dalam berbagai kebutuhan esensial, termasuk perumahan, air bersih, sanitasi, pendidikan, dan pelayanan kesehatan. Anak juga lebih rentan terhadap konsekuensi kemiskinan karena tubuh dan kapasitasnya masih berkembang (UNICEF, 2025).

Faktor budaya turut membentuk cara keluarga memahami kesehatan, penyakit, pengasuhan, pencarian pertolongan, komunikasi, serta pengambilan keputusan. Nilai budaya dapat menjadi sumber kekuatan karena memberikan identitas, dukungan sosial, dan praktik yang mendukung kesehatan. Namun, beberapa praktik atau keyakinan juga dapat memengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan.

Oleh karena itu, tenaga kesehatan perlu menerapkan cultural responsiveness, yaitu kemampuan memahami konteks budaya tanpa melakukan stereotip. Dua keluarga yang berasal dari kelompok budaya yang sama tidak selalu memiliki nilai dan praktik yang identik. Pertanyaan terbuka mengenai preferensi, keyakinan, kebiasaan, dan kebutuhan

keluarga lebih tepat dibandingkan membuat asumsi berdasarkan identitas sosial atau budaya.

Interaksi antara sosial ekonomi dan budaya menunjukkan bahwa kesehatan anak tidak dapat dipisahkan dari struktur masyarakat. Kondisi kesehatan tidak hanya terbentuk melalui keputusan individual keluarga, tetapi juga melalui distribusi kesempatan dan sumber daya yang tersedia.

5. Akses dan Kualitas Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan determinan penting, tetapi akses terhadap fasilitas saja belum menjamin tercapainya kesehatan anak yang optimal. Akses perlu dipahami sebagai kemampuan anak dan keluarga untuk memperoleh pelayanan yang dibutuhkan pada waktu yang tepat, dalam jarak dan biaya yang dapat dijangkau, serta dengan mutu yang memadai.

Hambatan akses dapat bersifat geografis, ekonomi, administratif, sosial, budaya, komunikasi, maupun informasional. Sebuah fasilitas kesehatan dapat tersedia secara fisik, tetapi belum tentu benar-benar dapat diakses apabila keluarga mengalami hambatan transportasi, biaya, waktu, informasi, komunikasi, atau penerimaan sosial.

Kualitas pelayanan juga menentukan apakah kontak dengan sistem kesehatan menghasilkan manfaat. Pelayanan yang berkualitas bagi anak perlu aman, tepat, berbasis bukti, menghormati hak dan martabat anak, komunikatif, serta responsif terhadap kebutuhan anak dan keluarga.

WHO menegaskan bahwa determinan sosial dapat memiliki pengaruh terhadap kesehatan yang bahkan melampaui pengaruh faktor genetik atau akses pelayanan kesehatan. Hal tersebut tidak berarti pelayanan kesehatan tidak penting, tetapi menunjukkan bahwa pelayanan klinis saja tidak dapat mengatasi seluruh penyebab ketimpangan kesehatan (WHO, 2025).

Dengan demikian, pelayanan kesehatan memiliki dua peran. Pertama, memberikan pelayanan langsung yang berkualitas kepada anak. Kedua, mengenali determinan di luar klinis yang dapat menghambat kesehatan anak dan, ketika memungkinkan, menghubungkan keluarga dengan sumber daya atau dukungan yang relevan.

6. Lingkungan Digital sebagai Determinan Kesehatan Anak

Perkembangan teknologi digital menciptakan lingkungan baru yang semakin melekat dalam kehidupan anak. Anak kini tidak hanya hidup dalam lingkungan keluarga, sekolah,

dan komunitas secara fisik, tetapi juga dalam ekosistem digital yang terdiri atas perangkat, platform, media sosial, permainan digital, aplikasi, algoritma, kecerdasan artifisial, konten, serta berbagai bentuk interaksi daring. Karena itu, lingkungan digital semakin dipandang sebagai bagian dari determinan kesehatan. WHO Regional Office for Europe mengembangkan kerangka digital determinants of health yang menunjukkan bahwa transformasi digital berinteraksi dengan determinan sosial, komersial, ekonomi, dan politik serta membentuk luaran kesehatan dalam suatu ekosistem digital (WHO Regional Office for Europe, 2024).

Pada anak, teknologi digital memiliki sifat dual impact. Teknologi dapat membuka akses terhadap informasi, pendidikan, kreativitas, komunikasi, partisipasi sosial, dan bahkan pelayanan kesehatan. UNICEF menekankan bahwa teknologi digital dapat memberikan peluang untuk belajar, bermain, membangun keterampilan, berinteraksi, dan mengakses layanan, termasuk bagi anak yang sebelumnya mengalami hambatan geografis atau sosial (UNICEF, 2025).

Namun, lingkungan digital juga membawa risiko. Paparan konten yang tidak sesuai, pelanggaran privasi, eksploitasi data, interaksi yang berbahaya, cyberbullying, desain platform yang mendorong penggunaan berkepanjangan, serta berkurangnya waktu untuk aktivitas penting lainnya dapat memengaruhi kesejahteraan anak. WHO pada 2026 secara eksplisit menyebut lingkungan digital sebagai determinan yang kuat terhadap kesehatan, khususnya bagi anak dan generasi muda (WHO, 2026).

Penting untuk menghindari penyederhanaan bahwa teknologi selalu buruk atau bahwa screen time semata-mata menentukan dampak kesehatan. Bukti menunjukkan hubungan penggunaan teknologi dengan kesejahteraan anak bersifat kompleks. Dampaknya dapat berbeda berdasarkan jenis aktivitas, kualitas konten, konteks penggunaan, karakteristik anak, interaksi sosial, dan kondisi keluarga. UNICEF juga menekankan bahwa risiko daring tidak secara otomatis berubah menjadi bahaya nyata dan bahwa teknologi digital dapat memberikan manfaat sekaligus risiko (World Innovation Summit for Health, Qatar Foundation, & UNICEF, 2022).

Digital parenting merupakan bagian dari konteks keluarga dalam lingkungan digital. Pendampingan orang tua dapat mencakup komunikasi, pemberian contoh, pemilihan konten, penetapan batas yang sesuai, perlindungan privasi dan keamanan, serta membantu anak membangun kemampuan menggunakan teknologi secara sehat dan bertanggung

jawab. Namun, tanggung jawab menciptakan lingkungan digital yang sehat tidak dapat diletakkan hanya pada anak dan orang tua.

Desain platform, praktik industri, regulasi, kebijakan perlindungan data, sekolah, penyedia layanan, dan pemerintah turut menentukan pengalaman digital anak. UNICEF menegaskan perlunya ekosistem digital yang memungkinkan anak memperoleh manfaat teknologi sekaligus terlindungi dari risiko dan bahaya (UNICEF, 2024; UNICEF, 2025).

7. Interaksi Determinan dalam Membentuk Status Kesehatan Anak

Berbagai determinan kesehatan anak tidak bekerja secara terpisah. Faktor biologis dapat berinteraksi dengan keluarga; keluarga berinteraksi dengan kondisi sosial ekonomi; kondisi sosial ekonomi memengaruhi lingkungan tempat tinggal dan akses pelayanan; budaya memengaruhi cara keluarga memahami kesehatan; sedangkan teknologi digital berinteraksi dengan hampir seluruh konteks tersebut.

WHO menegaskan bahwa kondisi tempat seseorang lahir, tumbuh, hidup, bekerja, dan menua serta distribusi kekuasaan, uang, dan sumber daya menghasilkan perbedaan peluang untuk hidup sehat. Laporan global WHO tahun 2025 menunjukkan bahwa ketimpangan tersebut tetap menjadi persoalan kesehatan utama dan memerlukan respons lintas sektor, bukan hanya intervensi pelayanan kesehatan (WHO, 2025).

Kondisi sosial ekonomi dapat memengaruhi akses digital, sementara akses digital dapat membuka peluang pendidikan dan pelayanan tetapi juga menciptakan paparan baru. Demikian pula, karakteristik biologis anak dapat menentukan kebutuhan pelayanan, sedangkan akses terhadap pelayanan dapat memengaruhi luaran kesehatan.

Perspektif interaksional juga membantu menghindari kecenderungan menyalahkan anak atau keluarga atas masalah kesehatan. Ketika seorang anak mengalami kondisi kesehatan yang kurang optimal, penyebabnya tidak selalu dapat dijelaskan melalui perilaku individual. WHO secara eksplisit mengingatkan bahwa individu tidak memiliki kendali langsung terhadap banyak determinan yang membentuk kesehatannya (WHO, 2024).

Oleh karena itu, pelayanan kesehatan anak perlu bergerak dari individual risk approach menuju pemahaman yang lebih luas mengenai ecological and social determinants of health. Tenaga kesehatan tetap melakukan penilaian terhadap kondisi individual anak, tetapi sekaligus mempertimbangkan lingkungan keluarga, sosial, ekonomi, fisik, budaya, digital, serta akses pelayanan yang membentuk pengalaman kesehatan anak.

Tabel 2. Determinan Kesehatan Anak dan Implikasinya terhadap Pelayanan

Determinan	Contoh komponen	Implikasi dalam pelayanan
Biologis dan genetik	Usia, karakteristik biologis, predisposisi genetik	Pelayanan disesuaikan dengan karakteristik individual anak
Keluarga dan pengasuhan	Hubungan anak–pengasuh, pola pengasuhan, literasi kesehatan	Melibatkan dan memberdayakan keluarga
Lingkungan fisik	Tempat tinggal, sanitasi, kualitas udara, keamanan	Mengidentifikasi paparan dan kondisi lingkungan
Lingkungan sosial	Sekolah, teman sebaya, komunitas, dukungan sosial	Mempertimbangkan konteks kehidupan sehari-hari anak
Sosial ekonomi	Pendapatan, pendidikan, sumber daya	Mengenali hambatan dan ketimpangan akses
Budaya	Nilai, keyakinan, praktik keluarga	Memberikan pelayanan yang responsif terhadap budaya
Pelayanan kesehatan	Ketersediaan, keterjangkauan, mutu	Menjamin akses pelayanan yang aman dan berkualitas
Lingkungan digital	Perangkat, konten, platform, interaksi daring, AI	Memaksimalkan peluang dan meminimalkan risiko digital

Sumber: Dikembangkan berdasarkan WHO (2024, 2025), WHO Regional Office for Europe (2024), dan UNICEF (2025).

Pada akhirnya, memahami determinan kesehatan anak berarti memahami bahwa anak tidak pernah hadir dalam ruang hampa. Setiap anak membawa karakteristik biologis sekaligus hidup dalam keluarga, komunitas, lingkungan fisik, struktur sosial ekonomi, budaya, sistem pelayanan, dan kini lingkungan digital. Keseluruhan faktor tersebut membentuk kesempatan anak untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraan optimal.

D. Hak Anak Sebagai Landasan Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan anak tidak hanya merupakan aktivitas klinis, tetapi juga merupakan praktik yang harus menghormati hak asasi anak. Anak memiliki kebutuhan khusus karena berada dalam proses pertumbuhan dan perkembangan serta dalam banyak situasi masih bergantung pada orang tua atau pengasuh. Namun, ketergantungan tersebut tidak menghilangkan kedudukan anak sebagai individu yang memiliki hak, martabat, pandangan, pengalaman, dan kepentingannya sendiri.

Convention on the Rights of the Child (CRC) mengubah cara masyarakat memandang anak, dari individu yang semata-mata membutuhkan perlindungan menjadi pemegang hak (rights holder). Empat prinsip umum CRC meliputi nondiskriminasi; kepentingan terbaik anak; hak untuk hidup, bertahan hidup, dan berkembang; serta penghormatan terhadap pandangan anak. Prinsip-prinsip tersebut memberikan dasar normatif bagi pelayanan kesehatan yang menghormati anak sebagai manusia seutuhnya.

Dalam konteks pelayanan kesehatan, pendekatan berbasis hak berarti bahwa mutu pelayanan tidak hanya ditentukan oleh ketepatan diagnosis dan tindakan klinis. Pelayanan juga perlu menjamin penghormatan terhadap martabat, privasi dan kerahasiaan, pemberian informasi, partisipasi, perlindungan dari bahaya, serta keterlibatan anak dalam keputusan sesuai usia dan kapasitasnya. WHO memasukkan prinsip-prinsip tersebut ke dalam standar kualitas pelayanan anak dan remaja muda, dengan menegaskan bahwa kebutuhan fisik, psikososial, perkembangan, dan komunikasi anak berbeda dari orang dewasa serta bahwa pelayanan harus diberikan berdasarkan kepentingan terbaik anak (World Health Organization [WHO], 2018).

1. Anak sebagai Subjek Hak

Anak secara historis sering diposisikan sebagai objek perlindungan dan penerima keputusan orang dewasa. Dalam paradigma berbasis hak, posisi tersebut berubah. Anak tetap membutuhkan perlindungan dan bimbingan, tetapi pada saat yang sama merupakan subjek hak yang kepentingan, martabat, suara, dan kapasitasnya perlu dihormati.

Kedudukan anak sebagai subjek hak memiliki implikasi penting dalam pelayanan kesehatan. Pertama, pelayanan tidak boleh memandang anak hanya sebagai “kasus”, “diagnosis”, atau objek tindakan medis. Kedua, kehadiran orang tua atau wali tidak menghilangkan kewajiban tenaga kesehatan untuk berkomunikasi secara langsung dengan anak sesuai kemampuannya. Ketiga, pengalaman dan preferensi anak merupakan informasi yang relevan dalam proses pelayanan.

Konsep ini tidak berarti bahwa anak selalu memiliki kewenangan hukum yang sama dengan orang dewasa dalam mengambil keputusan medis. Kedudukan sebagai pemegang hak perlu dibedakan dari kapasitas hukum untuk memberikan persetujuan. Pada anak, kewenangan pengambilan keputusan dapat melibatkan orang tua atau wali, tetapi keputusan tersebut tetap harus diarahkan pada perlindungan hak dan kepentingan terbaik anak.

Dalam praktik sehari-hari, pengakuan terhadap anak sebagai subjek hak dapat dimulai dari tindakan sederhana: memperkenalkan diri kepada anak, menjelaskan apa yang akan dilakukan, meminta izin sebelum menyentuh tubuhnya, memberikan kesempatan bertanya, mendengarkan kekhawatirannya, dan tidak berbicara tentang anak seolah-olah ia tidak berada di ruangan.

2. Prinsip Kepentingan Terbaik bagi Anak (Best Interests of the Child)

Prinsip best interests of the child merupakan salah satu prinsip fundamental dalam hak anak. Secara substantif, prinsip ini mengharuskan kepentingan terbaik anak menjadi pertimbangan utama dalam tindakan dan keputusan yang berkaitan dengan anak. Dalam pelayanan kesehatan, prinsip tersebut berarti bahwa keputusan klinis tidak semata-mata didasarkan pada preferensi tenaga kesehatan, keluarga, institusi, atau pihak lain. Pertanyaan mendasarnya adalah "Pilihan apa yang paling melindungi dan memajukan kepentingan anak ini?"

Penilaian kepentingan terbaik perlu dilakukan secara individual. Apa yang terbaik bagi satu anak belum tentu identik dengan apa yang terbaik bagi anak lainnya. Kondisi klinis, manfaat dan risiko tindakan, usia, kapasitas perkembangan, kebutuhan emosional, pandangan anak, hubungan keluarga, nilai budaya, serta konsekuensi jangka pendek dan jangka panjang dapat menjadi bagian dari pertimbangan

WHO menempatkan best interests of the child sebagai dasar standar kualitas pelayanan anak. Standar tersebut dikembangkan dengan memperhatikan hak atas kesehatan serta perbedaan kebutuhan fisik, psikososial, perkembangan, dan komunikasi antara anak dan orang dewasa (WHO, 2018).

Prinsip kepentingan terbaik juga menjadi penting ketika terjadi perbedaan pandangan. Anak mungkin memiliki preferensi tertentu, orang tua mempunyai pilihan lain, sedangkan tenaga kesehatan memberikan rekomendasi berdasarkan pertimbangan klinis. Dalam situasi seperti ini, best interests tidak seharusnya digunakan sebagai slogan untuk secara otomatis membenarkan keputusan orang dewasa. Tenaga kesehatan perlu memahami alasan masing-masing pihak, memberikan informasi yang memadai, mempertimbangkan pandangan anak sesuai kapasitasnya, serta mencari keputusan yang paling melindungi kesehatan dan kesejahteraan anak.

3. Hak atas Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan

Hak atas kesehatan merupakan salah satu hak fundamental anak. Dalam CRC, hak ini mencakup hak anak untuk menikmati standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai serta memperoleh fasilitas untuk pengobatan penyakit dan rehabilitasi kesehatan. Prinsip tersebut menuntut agar tidak ada anak yang kehilangan kesempatan memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan.

Hak atas kesehatan tidak berarti jaminan bahwa setiap anak akan selalu sehat. Secara konseptual, hak tersebut lebih tepat dipahami sebagai hak terhadap kondisi, kesempatan, dan pelayanan yang memungkinkan tercapainya derajat kesehatan terbaik yang dapat dicapai.

Dalam konteks pelayanan, hak atas kesehatan berkaitan dengan beberapa dimensi, antara lain ketersediaan pelayanan, aksesibilitas, penerimaan, mutu, keselamatan, serta kesesuaian pelayanan dengan kebutuhan anak. WHO menegaskan perlunya akses terhadap pelayanan yang aman, efektif, berkualitas, dan terjangkau serta pelayanan yang memenuhi kebutuhan khusus anak dan remaja muda (WHO, 2018).

Hak atas kesehatan juga berkaitan erat dengan prinsip nondiskriminasi. Anak seharusnya tidak memperoleh pelayanan yang lebih buruk karena kondisi sosial ekonomi, jenis kelamin, disabilitas, tempat tinggal, latar belakang budaya, kondisi keluarga, maupun karakteristik lainnya. Hal tersebut menunjukkan keterkaitan dengan determinan kesehatan yang telah dibahas sebelumnya. Secara formal pelayanan mungkin tersedia, tetapi hambatan ekonomi, geografis, sosial, budaya, komunikasi, atau struktural dapat menyebabkan hak atas kesehatan belum terpenuhi secara substantif.

4. Hak Anak untuk Didengar dan Berpartisipasi

Salah satu perubahan paling penting dalam paradigma hak anak adalah pengakuan bahwa anak memiliki hak untuk menyampaikan pandangan mengenai hal-hal yang memengaruhi dirinya. Pandangan tersebut perlu memperoleh bobot sesuai usia dan kematangan anak.

Dalam pelayanan kesehatan, partisipasi dapat berlangsung pada berbagai tingkat. Pada tingkat paling sederhana, anak diberikan informasi mengenai apa yang akan terjadi. Selanjutnya, anak dapat diberikan kesempatan bertanya, menyampaikan ketakutan atau preferensi, memilih di antara alternatif yang aman, serta berpartisipasi dalam keputusan yang lebih kompleks sesuai kapasitasnya. Partisipasi bukan berarti seluruh keputusan

diserahkan kepada anak. Partisipasi berarti anak tidak dikeluarkan dari proses hanya karena ia seorang anak.

AAP merekomendasikan agar pasien pediatrik dilibatkan dalam pengambilan keputusan dengan memberikan informasi mengenai kondisi dan pilihan diagnosis maupun terapi menggunakan cara yang sesuai tahap perkembangan, serta meminta assent ketika tepat dilakukan (Committee on Bioethics, 2016).

Dalam praktik, partisipasi dapat diwujudkan melalui pilihan-pilihan sederhana. Anak dapat ditanya apakah ingin duduk di pangkuan orang tua atau di tempat pemeriksaan, lengan mana yang ingin diperiksa terlebih dahulu, apakah ingin penjelasan sebelum prosedur dilakukan, atau siapa yang ingin mendampinginya. Meskipun pilihan tersebut tampak kecil, pemberian kontrol yang sesuai dapat membantu mempertahankan martabat dan keterlibatan anak.

Partisipasi yang bermakna membutuhkan informasi yang dapat dipahami. Tidak cukup memberikan informasi yang secara teknis benar apabila bahasa yang digunakan terlalu kompleks bagi anak. Komunikasi dapat disesuaikan melalui kalimat sederhana, ilustrasi, demonstrasi, permainan, atau metode lain sesuai usia dan kebutuhan anak.

Mendengarkan anak juga tidak boleh bersifat simbolis. Jika anak diminta menyampaikan pendapat tetapi pendapat tersebut tidak pernah dipertimbangkan, maka keterlibatan tersebut belum menjadi partisipasi yang bermakna.

5. Privasi, Martabat, dan Kerahasiaan Anak

Hak anak dalam pelayanan kesehatan juga mencakup penghormatan terhadap privasi, martabat, dan kerahasiaan. Ketiga prinsip tersebut saling berkaitan tetapi memiliki fokus yang berbeda. Privasi berkaitan dengan perlindungan terhadap ruang pribadi, tubuh, komunikasi, dan kehidupan pribadi anak. Dalam pemeriksaan kesehatan, privasi dapat diwujudkan melalui penggunaan tirai atau ruang tertutup, membatasi paparan tubuh hanya pada bagian yang perlu diperiksa, serta memastikan bahwa orang yang hadir memang diperlukan atau diinginkan.

Martabat (dignity) berarti anak diperlakukan dengan hormat sebagai manusia. Tenaga kesehatan perlu menghindari komunikasi yang merendahkan, mempermalukan, mengancam, atau mengabaikan anak. WHO memasukkan pemeliharaan martabat, privasi, kerahasiaan, hak, kebebasan dari bahaya dan perlakuan buruk, serta informed choice sebagai unsur respectful care sepanjang perjalanan kehidupan.

Kerahasiaan (confidentiality) berkaitan dengan perlindungan informasi pribadi dan kesehatan anak dari pengungkapan yang tidak semestinya. Prinsip ini menjadi semakin penting pada anak yang lebih besar dan remaja karena mereka mungkin memiliki informasi kesehatan yang sensitif dan membutuhkan ruang aman untuk berkomunikasi dengan tenaga kesehatan.

Namun, kerahasiaan pada anak tidak selalu bersifat absolut. Dalam situasi ketika terdapat risiko serius terhadap keselamatan anak atau kewajiban hukum untuk melaporkan kondisi tertentu, informasi mungkin perlu dibagikan kepada pihak yang berwenang. Apabila memungkinkan dan aman, anak perlu diberi penjelasan sejak awal mengenai batas-batas kerahasiaan tersebut.

Privasi dan kerahasiaan juga perlu diperhatikan dalam penggunaan teknologi kesehatan. Rekam medis elektronik, konsultasi daring, foto klinis, pesan digital, dan berbagai bentuk dokumentasi dapat menciptakan risiko baru terhadap informasi anak. Prinsip perlindungan data anak perlu diterapkan dengan kehati-hatian yang sama seperti pada interaksi tatap muka.

Dalam pelayanan sehari-hari, penghormatan terhadap martabat dapat dimulai dengan hal sederhana: mengetuk pintu, memanggil anak dengan nama yang disukai, meminta izin sebelum pemeriksaan, menutup bagian tubuh yang tidak sedang diperiksa, dan menjelaskan siapa saja yang dapat mengetahui informasi kesehatannya.

6. Informed Consent dan Assent dalam Pelayanan Anak

Pengambilan keputusan dalam pelayanan anak mempunyai karakteristik khusus karena kemampuan dan kewenangan anak untuk memberikan persetujuan berkembang secara bertahap. Oleh sebab itu, istilah informed consent, parental permission, dan assent perlu dibedakan.

Informed consent merupakan persetujuan terhadap tindakan setelah individu yang memiliki kapasitas dan kewenangan memperoleh informasi yang relevan, memahami manfaat, risiko, alternatif, dan konsekuensi keputusan, serta membuat keputusan secara sukarela.

Pada sebagian besar anak yang secara hukum belum memiliki kewenangan untuk memberikan informed consent sendiri, AAP menggunakan konsep parental permission, yaitu izin yang diberikan oleh orang tua atau wali yang sah setelah memperoleh informasi yang memadai. AAP menegaskan bahwa dalam praktik pediatrik, orang tua atau pengambil

keputusan pengganti umumnya memberikan informed permission, sementara assent anak dicari ketika sesuai dengan tahap perkembangannya (Committee on Bioethics, 2016).

Sementara itu, assent merupakan keterlibatan afirmatif anak dalam menerima rencana pelayanan setelah memperoleh penjelasan yang sesuai dengan kapasitasnya. Assent bukan sekadar meminta anak menandatangani formulir atau mengatakan "ya". Proses tersebut mencakup membantu anak memahami kondisi dan tindakan yang diusulkan sesuai kemampuannya, menilai pemahamannya, serta mencari kesediaannya untuk menjalani tindakan.

AAP menekankan bahwa parental permission dan childhood assent merupakan proses aktif yang melibatkan pasien dalam pelayanan kesehatan. Seiring kematangan perkembangan, pandangan anak dan remaja perlu semakin banyak dimasukkan dalam proses pengambilan keputusan.

Perlu pula dibedakan antara assent dan dissent. Dissent merupakan ekspresi penolakan atau ketidaksetujuan anak. Penolakan anak tidak selalu mempunyai kekuatan hukum yang sama dengan penolakan orang dewasa yang kompeten, tetapi tidak seharusnya diabaikan secara otomatis. Tenaga kesehatan perlu memahami penyebabnya: apakah anak takut, nyeri, belum memahami tindakan, memiliki pengalaman traumatis sebelumnya, atau benar-benar menolak berdasarkan preferensi yang telah dipertimbangkan.

Pada tindakan yang tidak mendesak, terdapat ruang lebih besar untuk menunda, memberikan penjelasan tambahan, mengurangi kecemasan, atau mencari alternatif. Pada keadaan yang mengancam kehidupan, bobot penolakan anak dapat berbeda karena kewajiban melindungi kehidupan dan kepentingan terbaik anak menjadi sangat kuat. Oleh karena itu, consent dan assent sebaiknya dipandang sebagai proses komunikasi dan pengambilan keputusan, bukan sekadar proses administratif mendapatkan tanda tangan.

7. Otonomi Anak Sesuai Usia dan Kapasitas Perkembangan

Otonomi merupakan kemampuan seseorang untuk memahami pilihan dan membuat keputusan mengenai dirinya. Dalam pelayanan orang dewasa, otonomi sering menjadi salah satu prinsip utama pengambilan keputusan. Pada anak, penerapannya lebih kompleks karena kapasitas untuk memahami informasi, mempertimbangkan konsekuensi, dan mengambil keputusan berkembang secara bertahap.

Karena itu, otonomi anak lebih tepat dipahami sebagai evolving autonomy atau otonomi yang berkembang. Anak tidak berubah secara tiba-tiba dari "tidak memiliki

otonomi" menjadi "sepenuhnya otonom" pada satu titik usia tertentu. Kemampuan tersebut bertambah secara progresif sejalan dengan perkembangan kognitif, emosional, pengalaman, dan kematangan individual.

AAP menegaskan bahwa kematangan perkembangan memungkinkan peningkatan keterlibatan anak dan remaja dalam pengambilan keputusan dari waktu ke waktu. Pasien pediatrik seharusnya berpartisipasi sesuai tingkat perkembangannya dan memberikan assent ketika hal tersebut masuk akal untuk dilakukan.

Oleh karena itu, usia kronologis merupakan indikator penting, tetapi bukan satu-satunya penentu kapasitas. Dua anak pada usia yang sama dapat mempunyai kemampuan memahami informasi yang berbeda. Pengalaman kesehatan sebelumnya, kemampuan komunikasi, kompleksitas keputusan, kondisi emosional, serta konteks keluarga dapat memengaruhi kapasitas tersebut.

Pendekatan tersebut tidak menghilangkan peran orang tua. Sebaliknya, hubungan antara otonomi anak dan tanggung jawab orang tua bersifat dinamis. Ketika kapasitas anak masih terbatas, orang tua mempunyai peran lebih besar dalam keputusan. Seiring meningkatnya kapasitas anak, ruang partisipasi dan bobot pandangannya juga perlu meningkat.

Hal yang sama berlaku bagi tenaga kesehatan. Tugas profesional bukan sekadar menentukan siapa yang "berhak memutuskan", tetapi menciptakan proses pengambilan keputusan yang memungkinkan kepentingan terbaik anak, suara anak, tanggung jawab keluarga, bukti klinis, dan pertimbangan etik bertemu secara proporsional.

Tabel 3. Prinsip Hak Anak dan Implikasinya dalam Pelayanan Kesehatan

Prinsip	Makna dalam pelayanan	Contoh penerapan
Anak sebagai subjek hak	Anak diperlakukan sebagai individu, bukan sekadar objek tindakan	Berbicara langsung kepada anak sesuai kemampuannya
Best interests	Kepentingan terbaik anak menjadi pertimbangan utama	Mempertimbangkan manfaat, risiko, kebutuhan, dan pandangan anak
Hak atas kesehatan	Anak memperoleh kesempatan terhadap pelayanan yang aman dan bermutu	Mengurangi hambatan akses dan memberikan pelayanan sesuai kebutuhan

Hak untuk didengar	Pandangan anak memperoleh ruang dan bobot sesuai kapasitas	Menanyakan kekhawatiran dan preferensi anak
Privasi	Tubuh dan ruang pribadi anak dihormati	Menutup bagian tubuh yang tidak diperiksa
Martabat	Anak diperlakukan dengan hormat	Menghindari bahasa yang mempermalukan atau merendahkan
Kerahasiaan	Informasi anak dilindungi	Menjelaskan siapa yang dapat mengakses informasi kesehatan
Parental permission	Orang tua/wali memberikan izin ketika secara hukum diperlukan	Memberikan informasi memadai sebelum meminta persetujuan
Assent	Anak menyatakan kesediaan berdasarkan pemahaman sesuai kapasitas	Menjelaskan prosedur dan meminta kesediaan anak
Evolving autonomy	Partisipasi meningkat sesuai kematangan	Memberikan bobot lebih besar pada preferensi anak yang semakin matang

Sumber: Dikembangkan berdasarkan Convention on the Rights of the Child, WHO (2018), dan Committee on Bioethics (2016).

Hak anak dengan demikian bukan komponen tambahan dalam pelayanan kesehatan, tetapi merupakan landasan etik dan normatif bagi cara pelayanan dirancang dan diberikan. Anak tetap membutuhkan perlindungan keluarga dan tenaga kesehatan, tetapi perlindungan tidak seharusnya menghilangkan martabat, suara, privasi, dan partisipasinya. Sebaliknya, partisipasi anak juga tidak berarti memindahkan seluruh beban pengambilan keputusan kepada anak.

Pelayanan kesehatan yang berbasis hak berupaya mencapai keseimbangan antara protection, provision, dan participation: melindungi anak dari bahaya, menyediakan pelayanan yang diperlukan, sekaligus memberikan ruang bagi anak untuk didengar dan berpartisipasi. Dalam praktik, keseimbangan tersebut diwujudkan melalui kepentingan terbaik anak, komunikasi sesuai perkembangan, penghormatan terhadap privasi dan kerahasiaan, parental permission, assent, serta peningkatan partisipasi seiring berkembangnya kapasitas anak.

Perspektif berbasis hak tersebut selanjutnya menjadi fondasi bagi prinsip pelayanan kesehatan anak, karena hak baru menjadi bermakna apabila diterjemahkan ke dalam

pelayanan yang aman, bermutu, berbasis bukti, berkesinambungan, dan responsif terhadap kebutuhan anak serta keluarganya.

E. Prinsip Pelayanan Kesehatan Anak

Pelayanan kesehatan anak merupakan rangkaian upaya yang ditujukan untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, mencegah terjadinya masalah kesehatan, memberikan pelayanan ketika anak mengalami gangguan kesehatan, memulihkan fungsi, mengurangi penderitaan, serta mendukung kualitas hidup anak dan keluarganya. Pelayanan tersebut tidak cukup hanya tersedia, tetapi harus diberikan dengan mutu yang baik, aman, efektif, berbasis bukti, berkesinambungan, adil, dan responsif terhadap kebutuhan anak.

World Health Organization (WHO) menegaskan bahwa pelayanan kesehatan yang berkualitas harus efektif, aman, berpusat pada manusia, tepat waktu, adil, terintegrasi, dan efisien. Definisi mutu tersebut mencakup seluruh spektrum pelayanan, mulai dari promosi kesehatan, pencegahan, pengobatan, rehabilitasi, hingga pelayanan paliatif (WHO, 2025).

Dalam pelayanan anak, prinsip tersebut memiliki karakteristik khusus. Anak bukan orang dewasa dalam ukuran tubuh yang lebih kecil. Kebutuhan fisik, psikososial, perkembangan, dan komunikasinya berbeda dari orang dewasa. WHO karena itu menempatkan kepentingan terbaik anak, penghormatan terhadap hak anak, pelayanan ramah anak dan keluarga, praktik klinis berbasis bukti, ketersediaan sumber daya yang sesuai bagi anak, serta tenaga kesehatan yang kompeten sebagai unsur penting mutu pelayanan pediatrik (WHO, 2018).

Dengan demikian, prinsip pelayanan kesehatan anak dapat dipahami melalui enam landasan utama: komprehensif, berkesinambungan, berbasis bukti, aman dan bermutu, berpusat pada anak, serta melibatkan keluarga sebagai mitra pelayanan.

1. Tujuan dan Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Anak

Tujuan pelayanan kesehatan anak tidak terbatas pada menangani penyakit. Orientasi yang lebih luas adalah membantu setiap anak mencapai derajat kesehatan, fungsi, kualitas hidup, dan kesejahteraan yang optimal sesuai kondisi serta potensi individualnya.

WHO menyatakan bahwa tujuan pelayanan kesehatan anak mencakup upaya mengakhiri kematian anak yang dapat dicegah sekaligus mempromosikan kesehatan dan perkembangan seluruh anak. Orientasi tersebut menunjukkan bahwa keberhasilan pelayanan tidak cukup diukur berdasarkan keberhasilan menangani masalah klinis, tetapi

juga berdasarkan kemampuan sistem pelayanan dalam mendukung anak untuk bertahan hidup, sehat, berkembang, dan mencapai kesejahteraan.

Ruang lingkup pelayanan kesehatan anak karena itu bersifat luas. Pelayanan mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif yang diberikan sepanjang perjalanan kehidupan dan pada berbagai tingkat pelayanan. WHO menempatkan pelayanan promotif, protektif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif sebagai bagian dari pelayanan komprehensif sepanjang life course.

Pelayanan juga berlangsung dalam berbagai setting. Anak dapat memperoleh pelayanan di rumah, masyarakat, pelayanan kesehatan primer, fasilitas rujukan, rumah sakit, sekolah, maupun melalui teknologi kesehatan. Perbedaan tempat pelayanan tidak seharusnya menghasilkan pelayanan yang terfragmentasi. Informasi dan rencana pelayanan perlu terhubung sehingga anak dan keluarga mengalami pelayanan sebagai satu rangkaian yang berkesinambungan.

Ruang lingkup tersebut sekaligus menegaskan bahwa pelayanan kesehatan anak membutuhkan keterlibatan berbagai profesi. Tenaga kesehatan bekerja sesuai kompetensi masing-masing dan melakukan kolaborasi ketika kebutuhan anak melampaui kemampuan satu profesi atau satu tingkat pelayanan.

2. Pelayanan Promotif, Preventif, Kuratif, Rehabilitatif, dan Paliatif

Pelayanan kesehatan yang komprehensif mencakup spektrum pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif. Kelima komponen tersebut bukan pelayanan yang sepenuhnya terpisah, tetapi dapat berjalan bersamaan sesuai kebutuhan anak. WHO menyatakan bahwa mutu pelayanan mencakup promosi, pencegahan, pengobatan, rehabilitasi, dan paliatif. Seluruh bentuk pelayanan tersebut perlu didasarkan pada pengetahuan profesional berbasis bukti sekaligus mempertimbangkan kebutuhan dan preferensi pengguna pelayanan (WHO, 2025).

Pelayanan promotif diarahkan untuk meningkatkan kemampuan anak dan keluarga dalam mempertahankan serta meningkatkan kesehatan. Orientasinya bukan menunggu timbulnya masalah, melainkan menciptakan kondisi yang mendukung kehidupan sehat. Edukasi kesehatan, peningkatan literasi kesehatan keluarga, penguatan perilaku sehat, serta pemberdayaan keluarga merupakan bagian penting pendekatan promotif.

Pelayanan preventif bertujuan mengurangi kemungkinan munculnya masalah kesehatan, mengenali risiko secara dini, dan mencegah dampak yang lebih berat. Dalam

pelayanan anak, pencegahan perlu mempertimbangkan karakteristik usia, kondisi individual, lingkungan keluarga, serta faktor risiko yang relevan. Pembahasan mengenai bentuk intervensi preventif tertentu tidak diperinci pada bagian ini karena menjadi substansi bab-bab lain.

Pelayanan kuratif diberikan ketika anak mengalami gangguan kesehatan dan membutuhkan penilaian, diagnosis, terapi, atau tindakan klinis. Prinsip pelayanan kuratif pada anak tidak hanya menekankan keberhasilan klinis, tetapi juga keamanan, kenyamanan, komunikasi yang sesuai usia, penghormatan terhadap hak anak, serta keterlibatan keluarga.

Pelayanan rehabilitatif bertujuan membantu anak mencapai atau mempertahankan fungsi optimal setelah atau selama mengalami kondisi yang memengaruhi kemampuan fungsionalnya. Rehabilitasi dapat melibatkan berbagai profesi dan perlu disesuaikan dengan kebutuhan individual anak. Tujuan akhirnya bukan hanya pemulihan fungsi tertentu, tetapi mendukung partisipasi anak dalam kehidupan sehari-hari.

Pelayanan paliatif memiliki kedudukan yang sama pentingnya dalam pelayanan komprehensif. WHO mendefinisikan pelayanan paliatif anak sebagai perawatan aktif menyeluruh terhadap tubuh, pikiran, dan jiwa anak yang juga mencakup dukungan kepada keluarga. Pelayanan tersebut dapat dimulai sejak diagnosis kondisi yang membutuhkan paliatif dan berjalan bersamaan dengan terapi yang ditujukan terhadap penyakit (WHO Regional Office for Europe, 2023). Dengan demikian, paliatif tidak tepat dipahami semata-mata sebagai pelayanan menjelang kematian. Fokusnya adalah mencegah dan mengurangi penderitaan serta meningkatkan kualitas hidup anak dan keluarga. WHO juga menempatkan akses terhadap pelayanan paliatif anak sebagai tanggung jawab etik sistem kesehatan.

3. Prinsip Continuum of Care

Continuum of care merupakan prinsip bahwa pelayanan kesehatan perlu berlangsung secara berkesinambungan sepanjang tahapan kehidupan dan terhubung antara berbagai tempat maupun tingkat pelayanan. WHO menekankan pentingnya kontinuitas baik dalam life course maupun dalam service delivery pada standar kualitas pelayanan anak.

Pada anak, prinsip ini sangat penting karena kebutuhan kesehatan berubah seiring bertambahnya usia, perubahan kapasitas, lingkungan, dan kondisi kehidupan. Pelayanan

yang diberikan pada satu tahap perlu memiliki hubungan dengan pelayanan pada tahap berikutnya. Secara konseptual, continuum of care mempunyai dua dimensi utama.

Dimensi pertama adalah kontinuitas waktu (continuity across the life course). Pelayanan berlangsung sejak periode awal kehidupan dan berlanjut sepanjang masa kanak-kanak hingga transisi menuju tahap kehidupan berikutnya. Setiap periode mempunyai kebutuhan yang berbeda, tetapi keseluruhannya merupakan satu perjalanan kesehatan yang saling berhubungan.

Dimensi kedua adalah kontinuitas tempat dan tingkat pelayanan (continuity across places and levels of care). Pelayanan dapat berpindah dari keluarga dan komunitas menuju pelayanan primer, rumah sakit, pelayanan rujukan, kemudian kembali ke rumah atau komunitas. Perpindahan tersebut perlu berlangsung dengan komunikasi dan koordinasi yang baik.

Information continuity berarti informasi penting mengenai kondisi dan rencana pelayanan tersedia bagi pihak yang membutuhkan sehingga anak tidak harus "memulai dari awal" setiap kali berpindah pelayanan. Sementara itu, relational continuity mengacu pada keberlanjutan hubungan yang memungkinkan terbentuknya kepercayaan antara anak, keluarga, dan tenaga kesehatan.

WHO memasukkan integrated care sebagai salah satu dimensi mutu, yaitu pelayanan yang terkoordinasi antarpenyedia dan tingkat pelayanan serta menyediakan spektrum pelayanan sepanjang perjalanan kehidupan (WHO, 2025). Dalam praktik, continuum of care membutuhkan sistem rujukan yang efektif, komunikasi antarprofesi, dokumentasi yang baik, tindak lanjut setelah pelayanan, serta keterlibatan keluarga. Tanpa komponen tersebut, anak berisiko mengalami fragmentasi pelayanan, pengulangan tindakan yang tidak perlu, kehilangan informasi penting, atau terputus dari pelayanan lanjutan.

4. Evidence-Based Child Health Care

Pelayanan kesehatan anak harus didasarkan pada bukti ilmiah terbaik yang tersedia. WHO secara eksplisit memasukkan evidence-based clinical care sebagai salah satu unsur standar pelayanan berkualitas bagi anak dan remaja muda (WHO, 2018). Namun, evidence-based child health care tidak berarti bahwa tenaga kesehatan hanya mengikuti hasil penelitian atau pedoman secara mekanis. Praktik berbasis bukti membutuhkan integrasi antara bukti ilmiah, keahlian klinis tenaga kesehatan, serta kebutuhan, nilai, preferensi, dan konteks anak serta keluarganya.

Bukti ilmiah memberikan informasi mengenai efektivitas, manfaat, risiko, dan alternatif intervensi. Keahlian klinis diperlukan untuk menilai relevansi bukti tersebut terhadap kondisi individual anak. Sementara itu, nilai dan preferensi anak serta keluarga membantu memastikan bahwa pilihan pelayanan dapat diterima dan sesuai dengan konteks kehidupan mereka.

Prinsip ini penting karena anak bukan populasi yang homogen. Bukti yang berlaku pada kelompok usia tertentu belum tentu dapat diterapkan tanpa pertimbangan pada kelompok usia lain. Perbedaan karakteristik biologis, perkembangan, kemampuan komunikasi, kondisi keluarga, dan konteks pelayanan perlu diperhitungkan ketika menerapkan bukti. Tenaga kesehatan karena itu perlu memiliki kemampuan untuk merumuskan pertanyaan klinis, mencari sumber bukti yang kredibel, menilai kualitas dan relevansinya, mengintegrasikan bukti dengan kondisi individual, serta mengevaluasi hasil penerapannya.

Pedoman klinis membantu proses tersebut, tetapi tidak menggantikan penilaian profesional. Pedoman memberikan arah berdasarkan bukti terbaik pada populasi tertentu, sedangkan keputusan tetap perlu mempertimbangkan karakteristik anak yang sedang menerima pelayanan. Pendekatan berbasis bukti juga mempunyai hubungan erat dengan shared decision-making. Ketika terdapat beberapa pilihan yang secara ilmiah dapat diterima, tenaga kesehatan perlu menjelaskan manfaat, risiko, dan alternatif dengan bahasa yang dapat dipahami sehingga anak dan keluarga dapat berpartisipasi dalam pemilihan tindakan.

5. Keselamatan dan Mutu Pelayanan Anak

Keselamatan merupakan komponen fundamental mutu pelayanan. WHO mendefinisikan pelayanan berkualitas sebagai pelayanan yang meningkatkan kemungkinan tercapainya luaran kesehatan yang diharapkan dan konsisten dengan pengetahuan profesional berbasis bukti. Pelayanan bermutu harus efektif, aman, berpusat pada manusia, tepat waktu, adil, terintegrasi, dan efisien (WHO, 2025).

Dalam konteks anak, keselamatan mempunyai karakteristik khusus karena anak dapat lebih rentan terhadap konsekuensi kesalahan pelayanan. Perbedaan ukuran tubuh, usia, kemampuan komunikasi, kapasitas perkembangan, serta ketergantungan pada orang dewasa menuntut sistem pelayanan yang secara khusus mempertimbangkan kebutuhan pediatrik.

WHO menetapkan standar kualitas pelayanan anak yang mencakup delapan domain kerangka mutu dan menekankan pelayanan berbasis bukti, tenaga kesehatan yang kompeten, serta ketersediaan obat, peralatan, perlengkapan, dan sumber daya yang sesuai bagi anak.

Keselamatan tidak hanya berarti mencegah kesalahan tindakan. Lingkungan pelayanan juga harus melindungi anak dari bahaya fisik maupun psikologis. Komunikasi yang tidak tepat, prosedur tanpa persiapan yang memadai, kegagalan menjaga privasi, atau lingkungan yang menimbulkan ketakutan berlebihan dapat memengaruhi pengalaman anak terhadap pelayanan. Karena itu, mutu pelayanan anak dapat dilihat melalui beberapa dimensi yang saling berhubungan:

Tabel 4. Dimensi Mutu dalam Pelayanan Kesehatan Anak

Dimensi Mutu	Makna dalam Pelayanan Anak
Effective	Pelayanan didasarkan pada bukti dan memberikan manfaat yang diharapkan
Safe	Meminimalkan risiko bahaya yang dapat dicegah
Child- and family-centered	Responsif terhadap kebutuhan, nilai, dan preferensi anak serta keluarga
Timely	Diberikan pada waktu yang tepat tanpa keterlambatan yang merugikan
Equitable	Mutu tidak dibedakan berdasarkan latar belakang atau karakteristik anak
Integrated	Pelayanan terkoordinasi antarprofesi dan tingkat pelayanan
Efficient	Sumber daya digunakan secara optimal tanpa mengurangi mutu

Sumber: Dikembangkan berdasarkan WHO (2018, 2025).

WHO menegaskan bahwa sistem pelayanan bermutu membutuhkan tata kelola yang baik, tenaga kesehatan kompeten dan didukung dengan baik, mekanisme pembiayaan, sistem informasi yang mampu memantau dan mendorong pembelajaran, obat dan teknologi yang aman, serta fasilitas yang dapat diakses dan dilengkapi secara memadai.

Dengan demikian, keselamatan dan mutu bukan hanya tanggung jawab individu tenaga kesehatan. Keduanya merupakan hasil interaksi antara kompetensi profesional, kerja tim,

proses pelayanan, budaya keselamatan, sumber daya, kepemimpinan, dan sistem kesehatan.

6. Pelayanan yang Responsif terhadap Kebutuhan Anak dan Keluarga

Prinsip terakhir sekaligus menjadi penghubung penting menuju pembahasan child-centered care dan family-centered care adalah responsiveness. Pelayanan yang secara klinis benar belum tentu sepenuhnya berkualitas apabila tidak mempertimbangkan bagaimana anak dan keluarga mengalami pelayanan tersebut.

WHO memasukkan people-centredness sebagai salah satu dimensi utama mutu, yaitu pelayanan yang merespons preferensi, kebutuhan, dan nilai individual serta mengorganisasi pelayanan berdasarkan kebutuhan manusia yang dilayani (WHO, 2025). Dalam pelayanan pediatrik, orientasi tersebut perlu diterjemahkan secara khusus karena terdapat dua pihak yang sama-sama penting: anak dan keluarga.

Responsivitas terhadap anak berarti memahami kebutuhan fisik, emosional, perkembangan, komunikasi, privasi, kenyamanan, dan partisipasinya. Cara berkomunikasi dengan anak usia dini tentu berbeda dari anak yang lebih besar. Tingkat keterlibatan dalam keputusan juga perlu disesuaikan dengan kapasitas perkembangan sebagaimana dibahas pada bagian sebelumnya.

Responsivitas terhadap keluarga berarti memahami bahwa keluarga memiliki pengalaman, nilai, sumber daya, kekhawatiran, preferensi, dan kapasitas yang berbeda. Rencana pelayanan yang secara teoritis ideal belum tentu dapat dilaksanakan apabila tidak sesuai dengan kondisi kehidupan keluarga. Karena itu, pelayanan yang responsif tidak menggunakan prinsip “one size fits all.”

Responsivitas juga memerlukan komunikasi dua arah. Tenaga kesehatan memberikan informasi, tetapi sekaligus mendengarkan. Anak dan keluarga bukan sekadar penerima instruksi, melainkan sumber informasi penting mengenai pengalaman, kebutuhan, preferensi, dan kemampuan mereka menjalankan rencana pelayanan.

Pelayanan yang responsif juga perlu memperhatikan pengalaman anak selama berinteraksi dengan sistem kesehatan. Lingkungan yang asing, tindakan yang tidak dipahami, rasa takut, keterpisahan dari orang tua, atau komunikasi yang tidak sesuai dapat membuat pelayanan menjadi pengalaman yang menekan. Karena itu, aspek emosional dan komunikasi tidak dapat dianggap sekadar pelengkap pelayanan klinis.

WHO menegaskan bahwa standar pelayanan pediatrik perlu menjamin fasilitas dan pelayanan yang ramah terhadap anak, remaja, dan keluarga serta mempertimbangkan kebutuhan fisik, psikososial, perkembangan, dan komunikasi yang berbeda dari orang dewasa (WHO, 2018).

Keseluruhan prinsip tersebut menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan anak modern tidak lagi cukup dinilai berdasarkan apa tindakan yang diberikan, tetapi juga bagaimana pelayanan diberikan, apakah pelayanan aman dan berbasis bukti, apakah berlangsung secara berkesinambungan, serta sejauh mana anak dan keluarga dihormati dan dilibatkan.

F. Pelayanan Berpusat pada Anak (Child-Centered Care)

Pelayanan kesehatan anak mengalami perkembangan dari pendekatan yang didominasi keputusan orang dewasa menuju pelayanan yang semakin mengakui anak sebagai individu yang memiliki hak, pengalaman, perspektif, preferensi, dan kapasitas untuk berpartisipasi. Perubahan tersebut melahirkan konsep Child-Centered Care (CCC), yaitu pendekatan yang menempatkan anak sebagai pusat perhatian dalam proses pelayanan kesehatan.

Child-Centered Care tidak berarti mengabaikan keluarga atau memberikan seluruh kewenangan pengambilan keputusan kepada anak. Sebaliknya, pendekatan ini memastikan bahwa ketika pelayanan diberikan kepada anak, anak benar-benar hadir sebagai individu dalam proses pelayanan, bukan hanya sebagai objek tindakan klinis atau pihak yang dibicarakan oleh orang dewasa.

Kajian mutakhir menunjukkan bahwa Child-Centered Care masih merupakan konsep yang terus berkembang dan belum memiliki satu definisi universal. Namun, beberapa komponen muncul secara konsisten, terutama agency, participation, decision-making, dan communication. Pendekatan ini berakar pada paradigma hak anak yang mengakui anak sebagai aktor sosial dan peserta aktif dalam pelayanan sesuai kapasitasnya (Ford et al., 2024).

1. Konsep dan Filosofi Child-Centered Care

Filosofi Child-Centered Care berangkat dari pandangan bahwa anak adalah individu yang utuh dan subjek hak. Anak bukan sekadar pasien kecil yang menerima keputusan orang dewasa, tetapi individu yang mengalami sendiri kondisi kesehatan, tindakan, rasa sakit, ketakutan, kenyamanan, dan hubungan dengan tenaga kesehatan.

Scoping review oleh Ford et al. (2024) menunjukkan bahwa Child-Centered Care lebih tepat dipandang sebagai pendekatan atau filosofi yang mendasari pelayanan kesehatan anak, bukan seperangkat prosedur yang harus diterapkan secara identik kepada semua anak. Anak ditempatkan di pusat praktik pelayanan dan, apabila mampu serta bersedia, dilibatkan sebagai peserta aktif dalam pelayanan dan pengambilan keputusan.

Konsep ini erat dengan gagasan agency, yaitu pengakuan bahwa anak mempunyai kemampuan untuk mengekspresikan pandangan, memberikan makna terhadap pengalamannya, membuat pilihan tertentu, dan memengaruhi hal-hal yang berkaitan dengan kehidupannya. Agency anak tidak selalu sama dengan kemandirian penuh. Anak dapat memiliki agency sekaligus tetap membutuhkan perlindungan dan dukungan orang dewasa.

Filosofi tersebut juga mengubah orientasi tenaga kesehatan. Pertanyaan tidak hanya berpusat pada "Apa masalah klinis anak?", tetapi diperluas menjadi "Apa yang dialami anak, apa yang dipahami anak, apa yang penting bagi anak, dan bagaimana anak ingin dilibatkan?" Pendekatan ini sejalan dengan child-friendly healthcare yang menempatkan hak, kebutuhan, sumber daya, perasaan, pendapat, dan evolving capacities anak di pusat pelayanan kesehatan.

2. Prinsip-Prinsip Child-Centered Care

Walaupun belum terdapat satu formulasi universal mengenai prinsip Child-Centered Care, literatur menunjukkan beberapa elemen yang konsisten. Ford et al. (2024) mengidentifikasi agency, participation, decision-making, communication, serta dampak pelayanan sebagai tema utama yang membentuk konsep Child-Centered Care.

Keseimbangan menjadi kunci. Perlindungan yang terlalu dominan dapat menghilangkan suara anak, sedangkan tuntutan partisipasi yang melampaui kapasitasnya justru dapat membebani anak. Dalam praktik pelayanan kesehatan, prinsip tersebut dapat dikembangkan menjadi enam unsur utama, yaitu respect, recognition of individuality, communication, participation, partnership, dan protection.

a. Respect berarti menghormati anak sebagai manusia yang memiliki martabat dan hak. Anak diperlakukan dengan sopan, tidak direndahkan, tidak dipermalukan, dan tidak diabaikan selama pelayanan.
b. Recognition of individuality berarti memahami bahwa setiap anak berbeda. Usia yang sama tidak selalu berarti kemampuan komunikasi, pengalaman, kebutuhan,

ketakutan, dan preferensi yang sama. Pelayanan karena itu perlu disesuaikan dengan karakteristik individual anak.

c. Communication berarti memberikan informasi yang dapat dipahami sekaligus menciptakan ruang bagi anak untuk bertanya dan menyampaikan pandangannya.
d. Participation berarti menyediakan kesempatan nyata bagi anak untuk terlibat dalam pelayanan sesuai kemampuan dan keinginannya. Partisipasi bukan hanya mendengarkan anak, tetapi mempertimbangkan apa yang disampaikannya.
e. Partnership menempatkan anak sebagai bagian dari proses pelayanan bersama keluarga dan tenaga kesehatan. Kedalaman kemitraan tentu disesuaikan dengan kapasitas anak.
f. Protection tetap diperlukan karena anak mempunyai kerentanan dan kebutuhan perlindungan. Pelayanan berpusat pada anak bukan berarti memberikan tanggung jawab yang melebihi kapasitas anak.

3. Memahami Perspektif dan Pengalaman Anak

Salah satu ciri utama Child-Centered Care adalah upaya memahami pelayanan dari perspektif anak. Tenaga kesehatan tidak cukup hanya mengetahui kondisi anak berdasarkan pemeriksaan klinis atau informasi orang tua. Pengalaman subjektif anak juga merupakan sumber informasi yang penting.

Dalam literatur tentang anak, terdapat perbedaan konseptual antara child perspective dan child's perspective. Child perspective merujuk pada cara orang dewasa berusaha memahami apa yang dianggap menjadi kebutuhan atau kepentingan anak, sedangkan child's perspective berasal dari pengalaman, pandangan, dan suara anak itu sendiri. Keduanya diperlukan, tetapi perspektif orang dewasa tidak seharusnya secara otomatis dianggap mewakili pengalaman anak.

Systematic review mengenai partisipasi anak usia 3–12 tahun dalam pelayanan kesehatan menunjukkan bahwa dari perspektif anak, partisipasi berkaitan dengan kemampuan bertindak dalam situasi, berkomunikasi dengan tenaga kesehatan, memperoleh informasi yang memadai, dan diberi kesempatan mengambil keputusan. Keamanan, kenyamanan, dan tersedianya ruang untuk terlibat juga berpengaruh terhadap partisipasi mereka.

Perilaku nonverbal juga penting. Ekspresi wajah, gerakan tubuh, diam, menangis, menjauh, mendekati orang tua, atau perubahan perilaku dapat menjadi bagian dari cara anak mengekspresikan pengalaman. Memahami perspektif anak bukan kegiatan tambahan,

tetapi bagian dari pengkajian yang membantu tenaga kesehatan memberikan pelayanan yang lebih individual dan responsif.

4. Komunikasi Sesuai Usia dan Tahap Perkembangan

Komunikasi merupakan fondasi Child-Centered Care. Ford et al. (2024) menemukan komunikasi sebagai salah satu tema utama konsep child-centredness. Komunikasi yang berpusat pada anak memerlukan ruang bagi anak untuk menyampaikan pandangan, berdialog, memperoleh informasi, dan terlibat dalam percakapan mengenai dirinya.

Komunikasi perlu disesuaikan dengan usia, kapasitas perkembangan, kemampuan bahasa, pengalaman, kondisi emosional, serta kebutuhan individual anak. Penyesuaian tidak berarti menyembunyikan informasi, tetapi menyampaikan informasi dengan bentuk yang dapat dipahami. Pada anak yang lebih kecil, komunikasi dapat menggunakan kata sederhana, benda konkret, gambar, permainan, boneka, atau demonstrasi. Pada anak yang lebih besar, penjelasan dapat menjadi semakin rinci dan dialogis. Anak perlu memperoleh kesempatan untuk mengklarifikasi informasi dan mengajukan pertanyaan.

Bahasa yang digunakan juga perlu jujur. Memberikan informasi yang tidak benar untuk menghindari ketakutan—misalnya mengatakan suatu prosedur "sama sekali tidak sakit" ketika mungkin menimbulkan rasa tidak nyaman—dapat merusak kepercayaan anak terhadap tenaga kesehatan.

Tenaga kesehatan juga perlu berbicara kepada anak, bukan hanya berbicara tentang anak kepada orang tua. Koller et al. (2024) menunjukkan bahwa anak menghargai interaksi dengan tenaga kesehatan yang ramah, baik, suportif, mendengarkan, menjawab pertanyaan, memberikan informasi, dan memungkinkan keterlibatan dalam keputusan ketika anak menginginkannya.

Pada anak dengan hambatan komunikasi, prinsip yang sama tetap berlaku. Strategi komunikasi perlu diadaptasi menggunakan alat bantu, simbol, gambar, komunikasi augmentatif, dukungan pengasuh, atau metode lain yang memungkinkan anak mengekspresikan dirinya. Dengan demikian, kemampuan verbal yang terbatas tidak boleh otomatis diterjemahkan sebagai ketiadaan perspektif anak.

5. Partisipasi Anak dalam Pelayanan Kesehatan

Partisipasi merupakan salah satu unsur sentral Child-Centered Care. Hak anak untuk menyampaikan pandangan telah dibahas pada Bagian D; dalam Child-Centered Care, prinsip tersebut diterjemahkan menjadi tindakan konkret selama pelayanan. Partisipasi

mempunyai spektrum yang luas. Anak dapat berpartisipasi dengan menerima informasi, bertanya, menyampaikan perasaan, memilih cara suatu tindakan dilakukan, menentukan siapa yang mendampinginya, memberikan preferensi, hingga terlibat dalam keputusan yang lebih kompleks.

Kajian Ford et al. (2024) menunjukkan bahwa tingkat partisipasi dapat bervariasi dari keterlibatan yang sangat terbatas hingga keterlibatan dalam keputusan yang kompleks. Usia, kematangan, kompetensi, lingkungan, serta dukungan orang dewasa dapat memengaruhi kesempatan anak untuk berpartisipasi.

Hal penting lainnya adalah keinginan anak untuk berpartisipasi. Child-Centered Care tidak berarti memaksa setiap anak mengambil bagian pada tingkat yang sama. Partisipasi seharusnya disesuaikan dengan kapasitas sekaligus preferensi anak. Anak dapat ingin mengetahui banyak hal tetapi tidak ingin menentukan keputusan akhir, sedangkan anak lain mungkin ingin terlibat lebih aktif.

Systematic review mengenai pengalaman anak juga menunjukkan bahwa kesempatan membuat keputusan sederhana mengenai hal-hal praktis merupakan bentuk partisipasi yang bermakna dan dapat membantu anak mengembangkan kemampuan pengambilan keputusan.

6. Pelibatan Anak dalam Pengambilan Keputusan

Partisipasi dan pengambilan keputusan saling berkaitan, tetapi tidak identik. Anak dapat berpartisipasi tanpa menjadi pengambil keputusan akhir. Misalnya, anak dapat menyampaikan preferensi mengenai cara tindakan dilakukan meskipun persetujuan hukum tetap diberikan oleh orang tua atau wali.

Council of Europe menekankan bahwa anak merupakan pemegang hak dengan kemampuan pengambilan keputusan yang berkembang secara progresif. Partisipasi bermakna memerlukan hak, sarana, ruang, kesempatan, dan dukungan agar anak dapat mengekspresikan pandangannya serta agar pandangan tersebut memperoleh bobot sesuai usia dan kematangannya.

Pelibatan anak dalam pengambilan keputusan karena itu perlu mempertimbangkan evolving capacities. Semakin berkembang kemampuan anak memahami informasi, menilai pilihan, mengantisipasi konsekuensi, dan mengekspresikan preferensi, semakin besar pula ruang yang semestinya diberikan kepadanya.

Dalam keputusan sederhana dan tidak berisiko, anak dapat memperoleh ruang pilihan yang lebih luas. Dalam keputusan kompleks, tenaga kesehatan perlu menilai kapasitas anak sekaligus tetap mempertimbangkan best interests, bukti klinis, serta tanggung jawab orang tua atau wali.

Konsep shared decision-making pada pelayanan anak dengan demikian berbeda dari pengambilan keputusan bersama pada dua orang dewasa yang memiliki kapasitas hukum penuh. Dalam pediatri terdapat hubungan antara anak, keluarga, dan tenaga kesehatan dengan tanggung jawab serta kewenangan yang dapat berbeda.

Penolakan anak (dissent) juga perlu diperhatikan. Ketika anak menolak suatu tindakan, respons pertama seharusnya bukan langsung mengabaikan penolakannya, melainkan memahami penyebabnya. Ketakutan, pengalaman sebelumnya, nyeri, kurangnya informasi, atau hilangnya kontrol dapat berada di balik penolakan tersebut.

7. Pelayanan Ramah Anak (Child-Friendly Healthcare)

Child-Friendly Healthcare merupakan penerapan prinsip hak dan child-centeredness pada lingkungan serta sistem pelayanan kesehatan. Council of Europe mendefinisikannya sebagai kebijakan dan praktik kesehatan yang berpusat pada hak, kebutuhan, karakteristik, kekuatan, dan kapasitas anak yang berkembang serta mempertimbangkan pandangan anak.

Pelayanan ramah anak karena itu bukan sekadar ruangan dengan gambar kartun, mainan, atau dekorasi berwarna-warni. Lingkungan fisik memang penting, tetapi child-friendly mempunyai makna yang jauh lebih luas.

Council of Europe menegaskan bahwa anak membutuhkan sistem kesehatan yang dapat diakses dan mempertimbangkan hak, kebutuhan, perasaan, serta pendapatnya. Anak ingin didengarkan, dihormati, dan memperoleh penjelasan yang dapat dipahami. Prinsip child-friendly healthcare mencakup participation, promotion, protection, prevention, dan provision.

Lingkungan fisik perlu aman, nyaman, bersih, dan sesuai kebutuhan anak. Informasi perlu mudah dipahami. Privasi harus terjaga. Prosedur diatur untuk meminimalkan ketakutan dan penderitaan yang dapat dicegah. Kehadiran orang tua atau pengasuh difasilitasi ketika sesuai. Tenaga kesehatan juga perlu memiliki kompetensi komunikasi dan keterampilan khusus dalam bekerja bersama anak.

WHO turut mendorong pelayanan rumah sakit yang berkualitas dan child-centred, dengan menempatkan hak dan kebutuhan anak sebagai prioritas serta mendukung

penggunaan standar dan praktik berbasis bukti. Pelayanan ramah anak merupakan manifestasi konkret dari filosofi Child-Centered Care pada tingkat fasilitas dan sistem pelayanan.

8. Atraumatic Care dalam Pelayanan Anak

Anak dapat mengalami pelayanan kesehatan sebagai pengalaman yang menimbulkan stres. Lingkungan asing, perpisahan dengan keluarga, kehilangan kontrol, prosedur yang tidak dipahami, pembatasan aktivitas, serta rasa sakit dapat menyebabkan tekanan fisik maupun psikologis. Karena itu, Child-Centered Care perlu disertai dengan prinsip atraumatic care.

Atraumatic care merupakan pelayanan terapeutik yang diberikan melalui intervensi yang bertujuan menghilangkan atau meminimalkan tekanan psikologis dan fisik yang dialami anak dan keluarganya dalam sistem pelayanan kesehatan. Konsep ini tidak hanya berlaku di rumah sakit, tetapi dapat diterapkan di berbagai setting pelayanan.

Prinsip atraumatic care secara klasik mencakup tiga hal utama: meminimalkan pemisahan anak dari keluarga, meningkatkan rasa kontrol anak, serta mencegah atau meminimalkan cedera tubuh dan nyeri.

Meminimalkan perpisahan dapat dilakukan dengan memfasilitasi kehadiran orang tua atau pengasuh selama memungkinkan. Kehadiran orang tua dapat memberikan rasa aman dan membantu mengurangi tekanan psikologis anak selama hospitalisasi. Penelitian pada konteks pelayanan anak juga menunjukkan pentingnya kehadiran orang tua dalam penerapan atraumatic care.

Meningkatkan rasa kontrol dapat dilakukan dengan memberi anak informasi dan pilihan yang realistis. Pilihan sederhana seperti posisi saat pemeriksaan, urutan tindakan, atau aktivitas distraksi dapat memberikan pengalaman kontrol tanpa mengganggu keselamatan pelayanan. Sementara itu, meminimalkan nyeri dan cedera membutuhkan penilaian nyeri yang sesuai, manajemen nyeri yang tepat, menghindari tindakan yang tidak diperlukan, mempersiapkan anak sebelum prosedur, serta menggunakan strategi nonfarmakologis maupun farmakologis sesuai kebutuhan.

Atraumatic care juga mencakup persiapan sebelum prosedur, menjaga privasi, memberikan kesempatan bermain, menghargai perbedaan budaya, serta mengurangi rangsangan lingkungan yang menimbulkan stres. Penting untuk dipahami bahwa istilah atraumatic bukan berarti seluruh rasa takut, nyeri, atau ketidaknyamanan dapat selalu

dihilangkan. Beberapa prosedur memang diperlukan dan dapat menimbulkan ketidaknyamanan. Prinsipnya adalah tidak menambahkan penderitaan yang sebenarnya dapat dicegah atau dikurangi.

Kerangka tersebut menunjukkan bahwa Child-Centered Care bukan satu tindakan tertentu, melainkan cara memandang dan memberikan pelayanan. Anak bukan sekadar penerima intervensi, melainkan individu yang pengalaman, suara, kebutuhan, hak, preferensi, dan kapasitasnya menjadi pertimbangan dalam setiap tahap pelayanan.

Pada saat yang sama, menempatkan anak sebagai pusat pelayanan tidak berarti memisahkan anak dari keluarganya. Anak hidup, tumbuh, dan memperoleh dukungan dalam konteks keluarga. Oleh sebab itu, Child-Centered Care perlu berjalan berdampingan dengan pendekatan yang mengakui keluarga sebagai sumber kekuatan dan mitra utama dalam pelayanan. Hubungan tersebut menjadi dasar pembahasan selanjutnya mengenai Pelayanan Berpusat pada Keluarga (Family-Centered Care).

G. Pelayanan Berpusat Pada Keluarga (Family-Centered Care)

Kesehatan anak tidak dapat dipisahkan dari keluarga. Sejak lahir, keluarga menjadi lingkungan terdekat tempat anak memperoleh perlindungan, pengasuhan, dukungan emosional, pemenuhan kebutuhan sehari-hari, serta bantuan ketika mengalami masalah kesehatan. Keluarga juga memiliki pengetahuan mengenai kebiasaan, respons, kebutuhan, kekuatan, dan perubahan kondisi anak yang tidak selalu dapat diperoleh tenaga kesehatan melalui pemeriksaan klinis.

Pemahaman tersebut menjadi dasar berkembangnya Family-Centered Care (FCC). Pendekatan ini mengubah posisi keluarga dari sekadar pengunjung atau penerima instruksi menjadi mitra dalam pelayanan kesehatan anak. AAP mendefinisikan patient- and family-centered care sebagai pendekatan dalam perencanaan, pemberian, dan evaluasi pelayanan kesehatan yang didasarkan pada kemitraan yang saling menguntungkan antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan.

1. Konsep dan Filosofi Family-Centered Care

Family-Centered Care merupakan filosofi pelayanan yang mengakui bahwa keluarga mempunyai peran sentral dan berkelanjutan dalam kehidupan anak. Tenaga kesehatan mungkin hadir pada periode tertentu, sedangkan keluarga mendampingi anak dalam kehidupan sehari-hari dan sering kali menjadi pihak yang meneruskan berbagai bentuk perawatan setelah anak meninggalkan fasilitas kesehatan.

Filosofi FCC dibangun atas pengakuan terhadap kekuatan keluarga (family strengths), bukan semata-mata terhadap masalah atau keterbatasannya. Tenaga kesehatan tidak hanya bertanya, "Apa yang tidak mampu dilakukan keluarga?", tetapi juga "Kekuatan apa yang dimiliki keluarga dan bagaimana kekuatan tersebut dapat mendukung kesehatan anak?"

AAP menegaskan bahwa pendekatan berpusat pada pasien dan keluarga menghormati kekuatan, nilai budaya, pengalaman, dan peran keluarga dalam pengasuhan serta pengambilan keputusan. Pengalaman pelayanan yang positif juga dapat meningkatkan kepercayaan diri orang tua dalam menjalankan perannya.

Namun, family-centered tidak berarti seluruh keputusan diserahkan kepada keluarga. Tenaga kesehatan tetap mempunyai tanggung jawab profesional untuk memberikan rekomendasi berdasarkan bukti, standar profesi, keselamatan, dan kepentingan terbaik anak.

Demikian pula, menempatkan keluarga sebagai pusat tidak boleh menghilangkan posisi anak. Dalam pediatri modern, FCC perlu berjalan berdampingan dengan Child-Centered Care. Karena itulah AAP menggunakan istilah patient- and family-centered care untuk menegaskan bahwa keterlibatan keluarga tidak boleh menggantikan keterlibatan anak sesuai kapasitas perkembangannya.

2. Keluarga sebagai Mitra dalam Pelayanan Anak

Kemitraan merupakan fondasi FCC. Keluarga tidak hanya ditempatkan sebagai pihak yang menerima informasi setelah keputusan dibuat, tetapi dilibatkan sejak pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi pelayanan.

Keluarga membawa pengetahuan tentang anak, sedangkan tenaga kesehatan membawa pengetahuan dan keterampilan profesional. Kedua jenis pengetahuan tersebut berbeda, tetapi saling melengkapi. Orang tua atau pengasuh umumnya mengetahui pola perilaku anak, cara anak mengekspresikan ketidaknyamanan, kebiasaan sehari-hari, pengalaman sebelumnya, dan respons anak terhadap lingkungan. Tenaga kesehatan memiliki kemampuan untuk melakukan pengkajian klinis, menginterpretasikan temuan, menilai bukti, dan merancang pilihan pelayanan.

Kemitraan yang baik tidak berarti kedua pihak selalu mempunyai pandangan yang sama. Perbedaan pendapat dapat terjadi. Prinsip FCC justru menuntut agar perbedaan tersebut dikelola melalui komunikasi terbuka, klarifikasi kebutuhan dan nilai, serta pencarian pilihan yang paling sesuai dengan kepentingan anak.

AAP merekomendasikan agar pasien dan keluarga dipandang sebagai anggota integral tim pelayanan dan dilibatkan dalam penyusunan rencana pelayanan. Perspektif unik keluarga mengenai perilaku dan kebutuhan anak perlu secara aktif dicari dan, bila sesuai, dimasukkan ke dalam rencana pelayanan.

3. Dignity and Respect

Dignity and Respect berarti tenaga kesehatan mendengarkan serta menghormati pandangan dan pilihan anak serta keluarga. Pengetahuan, nilai, keyakinan, latar belakang budaya, dan pengalaman keluarga dipertimbangkan dalam perencanaan dan pemberian pelayanan.

Penghormatan tidak hanya ditunjukkan melalui kesopanan. Dalam FCC, respect berarti mengakui bahwa keluarga mempunyai pengetahuan dan pengalaman yang bernilai mengenai anaknya. Ketika orang tua menyampaikan bahwa perilaku anak berbeda dari biasanya, informasi tersebut tidak seharusnya langsung dianggap kurang penting hanya karena tidak berasal dari observasi klinis.

AAP juga menekankan perlunya menghormati latar belakang ras, etnis, budaya, sosial ekonomi, serta pengalaman anak dan keluarga dan memasukkannya dalam pelayanan sesuai preferensi mereka. Fleksibilitas pelayanan diperlukan agar kebutuhan, keyakinan, dan nilai budaya setiap anak dan keluarga dapat dipertimbangkan.

Penerapannya dapat terlihat dalam tindakan sederhana: menyapa keluarga dengan hormat, memperkenalkan diri, mendengarkan tanpa menghakimi, menanyakan preferensi, menghormati nilai budaya, menjaga privasi, dan menghindari komunikasi yang menyalahkan keluarga. Prinsipnya adalah tidak hanya memperlakukan keluarga dengan baik, tetapi mengakui keluarga sebagai pihak yang bernilai dalam pelayanan.

4. Information Sharing

Kemitraan tidak dapat terjadi tanpa informasi. Information Sharing berarti tenaga kesehatan berkomunikasi dan berbagi informasi yang lengkap, jujur, tepat waktu, tidak bias, dan mudah dipahami agar keluarga dapat berpartisipasi secara efektif. AAP menegaskan bahwa informasi kepada anak dan keluarga perlu diberikan secara berkelanjutan, lengkap, jujur, dan tidak bias serta disampaikan dengan cara yang berguna bagi mereka. Informasi juga perlu mempertimbangkan keberagaman bahasa, budaya, dan tingkat literasi kesehatan.

Tenaga kesehatan menjelaskan kondisi, pemeriksaan, pilihan pelayanan, manfaat, risiko, dan rencana tindak lanjut. Sebaliknya, keluarga memberikan informasi mengenai

riwayat anak, respons sebelumnya, kebiasaan, nilai, kekhawatiran, kemampuan, dan kondisi kehidupan sehari-hari.

Informasi yang baik seharusnya menghasilkan pemahaman, bukan sekadar telah disampaikan. Karena itu, setelah menjelaskan, tenaga kesehatan perlu memastikan bahwa keluarga memahami informasi tersebut. Teknik seperti teach-back dapat digunakan dengan meminta keluarga menjelaskan kembali informasi penting menggunakan bahasanya sendiri. Dengan demikian, information sharing merupakan prasyarat bagi partisipasi dan pengambilan keputusan bersama.

5. Participation

Participation berarti keluarga didorong dan didukung untuk terlibat dalam pelayanan dan pengambilan keputusan pada tingkat yang mereka pilih. Kata "pada tingkat yang mereka pilih" penting. FCC tidak berarti memaksa keluarga melakukan seluruh tindakan perawatan atau terlibat pada tingkat yang sama. Setiap keluarga memiliki kesiapan, kemampuan, pengalaman, sumber daya, dan preferensi yang berbeda.

Partisipasi dapat berupa kehadiran bersama anak, membantu memberikan kenyamanan, menyampaikan informasi, terlibat dalam aktivitas perawatan tertentu, mengikuti diskusi pelayanan, mengajukan pertanyaan, mengidentifikasi kebutuhan anak, serta memberikan masukan terhadap rencana pelayanan.

AAP mendukung kehadiran keluarga selama hospitalisasi dan menganjurkan agar orang tua atau wali diberikan pilihan untuk mendampingi anak dalam prosedur medis serta memperoleh dukungan sebelum, selama, dan setelah prosedur. Namun, partisipasi harus tetap mempertimbangkan keselamatan, kebutuhan anak, kapasitas keluarga, dan batas profesional. Keluarga tidak boleh dibebani tanggung jawab yang sebenarnya merupakan kewajiban tenaga kesehatan. Dengan demikian, FCC memberikan kesempatan untuk berpartisipasi, bukan memindahkan tanggung jawab profesional kepada keluarga.

6. Collaboration

Jika participation berfokus pada keterlibatan keluarga dalam pelayanan, collaboration mempunyai cakupan lebih luas. Kolaborasi berarti anak dan keluarga bekerja bersama tenaga kesehatan tidak hanya pada pelayanan individual, tetapi juga dapat berkontribusi pada pengembangan program, peningkatan mutu, pendidikan tenaga kesehatan, penelitian, kebijakan, dan desain sistem pelayanan.

AAP menempatkan kolaborasi pada berbagai tingkat: pelayanan anak secara individual; pendidikan profesional; penyusunan kebijakan; pengembangan, implementasi, dan evaluasi program; peningkatan keselamatan; hingga desain fasilitas pelayanan kesehatan. Pada tingkat klinis, keluarga dapat berkontribusi dalam penyusunan rencana pelayanan dan evaluasi keberhasilannya. Pada tingkat organisasi, pengalaman keluarga dapat digunakan untuk mengidentifikasi masalah pelayanan yang mungkin tidak terlihat oleh pengelola fasilitas kesehatan.

Kajian terbaru menunjukkan bahwa implementasi FCC masih sangat beragam. Bahkan pada intervensi FCC di unit perawatan intensif anak, keterlibatan orang tua dalam desain intervensi masih terbatas, sehingga pendekatan yang lebih kolaboratif dan co-designed masih perlu diperkuat. Artinya, kolaborasi tertinggi bukan hanya meminta pendapat keluarga, tetapi membangun pelayanan bersama keluarga.

7. Pemberdayaan dan Peningkatan Kapasitas Keluarga

FCC tidak berhenti pada keterlibatan keluarga selama berada di fasilitas kesehatan. Tujuan yang lebih jauh adalah membantu keluarga menjadi semakin mampu dan percaya diri dalam mendukung kesehatan anak.

Pemberdayaan (empowerment) berarti membantu keluarga mengenali kekuatan, memperoleh pengetahuan dan keterampilan, meningkatkan kepercayaan diri, serta memiliki kemampuan yang lebih baik untuk mengambil bagian dalam pelayanan dan pengambilan keputusan.

AAP secara eksplisit memasukkan pengenalan dan penguatan kekuatan anak dan keluarga sebagai salah satu prinsip pelayanan berpusat pada pasien dan keluarga. Keluarga perlu didukung untuk mengenali kekuatannya, membangun kepercayaan diri, serta berpartisipasi dalam pilihan dan keputusan mengenai pelayanan.

Pemberdayaan perlu mempertimbangkan kemampuan nyata keluarga. Rencana pelayanan yang ideal secara klinis tetapi tidak realistis dilakukan di rumah berpotensi tidak berkelanjutan. Oleh karena itu, tenaga kesehatan perlu menanyakan kesiapan, sumber daya, hambatan, dan dukungan yang tersedia.

Keberhasilan pemberdayaan bukan diukur dari seberapa banyak informasi yang telah diberikan, tetapi dari seberapa mampu keluarga menerapkan informasi tersebut dalam kehidupan anak.

8. Dukungan terhadap Kebutuhan Psikososial Keluarga

Masalah kesehatan anak tidak hanya memengaruhi anak, tetapi juga dapat memengaruhi seluruh sistem keluarga. Kekhawatiran terhadap kondisi anak, ketidakpastian, perubahan peran, kebutuhan untuk mendampingi anak, biaya, pekerjaan, tanggung jawab terhadap anggota keluarga lain, dan pengalaman berada di fasilitas kesehatan dapat menjadi sumber tekanan bagi keluarga. Oleh sebab itu, dukungan psikososial merupakan bagian integral FCC. AAP menegaskan pentingnya dukungan formal maupun informal bagi anak dan keluarga pada setiap fase kehidupan anak, termasuk dukungan antarkeluarga atau peer-to-peer support.

Systematic review terbaru pada pelayanan kegawatdaruratan pediatrik juga menunjukkan bahwa FCC mencakup dukungan emosional, koordinasi pelayanan, pengambilan keputusan bersama, keselamatan, dan kontinuitas pelayanan. Pemenuhan kebutuhan emosional dan sosial serta lingkungan yang suportif merupakan bagian dari strategi penguatan FCC.

Dukungan dapat berbentuk komunikasi empatik, informasi yang jelas, fasilitasi kehadiran keluarga, dukungan spiritual sesuai kebutuhan, dukungan sosial, peer support, konseling, serta rujukan kepada profesi atau layanan lain ketika diperlukan.

9. Shared Decision-Making

Puncak kemitraan dalam FCC adalah Shared Decision-Making (SDM) atau pengambilan keputusan bersama. SDM merupakan proses ketika tenaga kesehatan dan keluarga—serta anak sesuai kapasitas perkembangannya—berbagi informasi, membahas pilihan, mengeksplorasi nilai dan preferensi, serta bersama-sama menentukan pilihan pelayanan yang paling sesuai.

Proses ini tidak berarti tenaga kesehatan hanya menyerahkan sejumlah pilihan kepada keluarga dan meminta mereka memilih sendiri. Tenaga kesehatan tetap mempunyai tanggung jawab menjelaskan bukti, manfaat, risiko, ketidakpastian, dan konsekuensi setiap pilihan. Sebaliknya, keluarga membawa informasi mengenai apa yang penting bagi anak dan keluarga, pengalaman sebelumnya, tujuan, nilai, preferensi, serta kemampuan menjalankan pilihan tersebut dalam kehidupan sehari-hari.

AAP menempatkan perspektif dan informasi dari anak serta keluarga sebagai komponen penting dalam pengambilan keputusan klinis yang berkualitas dan menganjurkan keterlibatan mereka dalam penyusunan rencana pelayanan. Keputusan

bersama tidak selalu berarti semua pihak sejak awal memiliki pilihan yang sama. Perbedaan perspektif dapat muncul antara anak, keluarga, dan tenaga kesehatan. Dalam kondisi tersebut, komunikasi terbuka, kepentingan terbaik anak, keselamatan, bukti klinis, hak anak, serta nilai dan preferensi keluarga perlu dipertimbangkan secara proporsional.

FCC bukan sekadar mengizinkan keluarga berada di samping anak. Kehadiran keluarga baru menjadi bermakna ketika disertai penghormatan, akses terhadap informasi, kesempatan berpartisipasi, kolaborasi, pemberdayaan, dukungan, dan keterlibatan dalam pengambilan keputusan. Dengan pendekatan tersebut, keluarga berkembang dari penerima informasi menjadi mitra pelayanan.

H. Implementasi Pelayanan Berpusat pada Anak dan Keluarga

Pelayanan berpusat pada anak dan keluarga tidak cukup diwujudkan melalui sikap ramah, kehadiran orang tua di ruang pelayanan, atau pemberian informasi kepada keluarga. Implementasi Child- and Family-Centered Care (CFCC) membutuhkan proses yang sistematis agar anak dan keluarga benar-benar menjadi mitra sejak pengkajian kebutuhan, perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi pelayanan.

WHO menempatkan pengalaman anak dan keluarga sebagai bagian penting dari mutu pelayanan pediatrik. Standar WHO mengharuskan pelayanan menghormati hak anak, memberikan dukungan psikologis dan emosional, serta memungkinkan anak dan keluarganya berpartisipasi secara bermakna sesuai kapasitas anak yang terus berkembang. Standar tersebut juga menekankan bahwa implementasi membutuhkan tenaga yang kompeten dan empatik, lingkungan yang ramah anak, sumber daya yang sesuai, serta mekanisme untuk mengukur dan memperbaiki mutu pelayanan.

Siklus tersebut menunjukkan bahwa keterlibatan anak dan keluarga tidak berlangsung pada satu tahap tertentu saja, melainkan melekat sepanjang proses pelayanan.

1. Pengkajian Kebutuhan dan Preferensi Anak serta Keluarga

Implementasi pelayanan berpusat pada anak dan keluarga dimulai dengan pengkajian yang tidak hanya berorientasi pada masalah klinis. Tenaga kesehatan perlu memahami siapa anak yang sedang dilayani, bagaimana pengalaman anak terhadap kondisi kesehatannya, siapa keluarganya, serta kebutuhan dan sumber daya apa yang mereka miliki.

Pengkajian klinis tetap menjadi bagian fundamental, tetapi dalam CFCC ruang lingkupnya diperluas untuk mencakup kebutuhan fisik, psikologis, emosional, perkembangan, sosial, komunikasi, budaya, dan kebutuhan keluarga. Pengkajian terhadap

anak perlu disesuaikan dengan usia, tahap perkembangan, kemampuan komunikasi, kondisi emosional, dan kapasitasnya untuk memahami situasi. Anak yang mampu berkomunikasi sebaiknya memperoleh kesempatan untuk menyampaikan pandangannya secara langsung dan tidak hanya melalui orang tua.

Pada saat yang sama, keluarga perlu dikaji sebagai mitra yang memiliki kekuatan, bukan hanya sebagai sumber masalah atau faktor risiko. Pengalaman merawat anak, pengetahuan mengenai kebiasaan anak, kemampuan mengenali perubahan kondisi, dukungan sosial, keterampilan, dan strategi koping keluarga merupakan sumber daya penting dalam pelayanan. Hasil pengkajian tersebut menjadi dasar penyusunan pelayanan yang benar-benar individual. Dengan demikian, dua anak dengan diagnosis yang sama belum tentu membutuhkan pendekatan pelayanan yang sama.

2. Perencanaan Pelayanan Bersama

Hasil pengkajian selanjutnya diterjemahkan menjadi rencana pelayanan yang disusun bersama. Perencanaan bersama membedakan CFCC dari pendekatan paternalistik, ketika tenaga kesehatan menetapkan seluruh rencana kemudian meminta keluarga untuk mengikutinya.

Dalam perencanaan bersama, tenaga kesehatan tetap bertanggung jawab memastikan bahwa pilihan pelayanan didasarkan pada bukti ilmiah, standar profesi, keselamatan, dan kepentingan terbaik anak. Namun, tujuan dan cara mencapai tujuan tersebut didiskusikan dengan anak dan keluarga. Rencana pelayanan perlu realistis. Rencana yang secara klinis ideal tetapi tidak dapat dilaksanakan dalam kehidupan sehari-hari keluarga berisiko menghasilkan kepatuhan dan keberlanjutan pelayanan yang rendah.

Anak juga dapat dilibatkan dalam menentukan tujuan yang relevan baginya. Pada anak yang lebih kecil, keterlibatan dapat berupa pilihan sederhana. Seiring meningkatnya usia dan kapasitas, anak dapat semakin terlibat dalam menentukan tujuan dan pilihan pelayanan. Dengan demikian rencana terbaik bukan hanya yang benar secara klinis, tetapi yang aman, berbasis bukti, bermakna bagi anak, dan dapat dilaksanakan bersama keluarga.

3. Pelibatan Anak dan Keluarga dalam Pelaksanaan Asuhan

Pelibatan tidak berhenti ketika rencana pelayanan telah disepakati. Anak dan keluarga perlu memperoleh kesempatan untuk berpartisipasi dalam pelaksanaan asuhan sesuai keinginan, kemampuan, dan batas keselamatan. Keluarga dapat berperan dalam memberikan kenyamanan, membantu komunikasi, mengamati perubahan kondisi,

mendukung kebutuhan sehari-hari, serta melakukan tindakan perawatan tertentu setelah memperoleh edukasi dan pendampingan yang memadai.

Anak juga dapat dilibatkan melalui berbagai cara, misalnya memilih posisi yang nyaman, memilih siapa yang mendampinginya, menentukan metode distraksi, bertanya sebelum prosedur, atau melakukan bagian perawatan diri yang sesuai dengan kemampuan perkembangannya.

Pelibatan keluarga tidak berarti memindahkan tanggung jawab profesional kepada keluarga. Tenaga kesehatan tetap bertanggung jawab terhadap tindakan yang memerlukan kompetensi profesional, pemantauan keselamatan, dan mutu pelayanan. Demikian pula, anak tidak boleh dipaksa berpartisipasi melebihi kapasitas atau keinginannya. Partisipasi yang bermakna berarti menyediakan kesempatan, dukungan, dan pilihan yang sesuai.

4. Komunikasi, Informasi, dan Edukasi

Komunikasi merupakan proses yang menghubungkan seluruh tahapan CFCC. Tanpa komunikasi yang efektif, pengkajian kebutuhan tidak akan lengkap, perencanaan bersama sulit dilakukan, partisipasi menjadi semu, dan keputusan bersama tidak dapat tercapai.

Informasi yang diberikan kepada anak dan keluarga harus akurat, jujur, tepat waktu, relevan, mudah dipahami, dan disesuaikan dengan kebutuhan penerima informasi. Pada anak, cara penyampaian perlu mempertimbangkan usia dan tahap perkembangan. Bahasa sederhana, gambar, permainan, demonstrasi, benda konkret, atau media visual dapat digunakan sesuai kebutuhan. Pada keluarga, penyampaian informasi perlu mempertimbangkan bahasa, literasi kesehatan, budaya, kondisi emosional, dan pengalaman sebelumnya.

Edukasi tidak seharusnya hanya berupa pemberian sejumlah informasi. Tujuannya adalah memastikan bahwa anak dan keluarga memahami informasi dan mampu menggunakannya. Salah satu cara yang dapat digunakan adalah teach-back, yaitu meminta anak atau keluarga menjelaskan kembali informasi penting menggunakan kata-kata mereka sendiri. Pendekatan ini membantu tenaga kesehatan menilai apakah penjelasan telah dipahami tanpa menjadikan anak atau keluarga seolah-olah sedang diuji.

Komunikasi juga perlu berlangsung secara konsisten di antara anggota tim. Informasi yang berbeda dari tenaga kesehatan yang berbeda dapat meningkatkan kebingungan dan kecemasan keluarga serta mengurangi kepercayaan terhadap pelayanan.

5. Pemberdayaan Anak dan Keluarga

Tujuan implementasi CFCC tidak hanya membuat anak dan keluarga terlibat selama berada di fasilitas pelayanan, tetapi juga meningkatkan kemampuan mereka dalam mengelola kesehatan setelah pelayanan selesai.

Pemberdayaan berbeda dengan sekadar edukasi. Edukasi berfokus pada pemberian pengetahuan dan keterampilan, sedangkan pemberdayaan mencakup proses yang lebih luas agar anak dan keluarga mempunyai pengetahuan, kemampuan, kepercayaan diri, dan kesempatan untuk mengambil peran aktif.

Pada keluarga, pemberdayaan dapat mencakup kemampuan mengenali perubahan kondisi anak, melakukan perawatan yang aman di rumah, memahami tanda bahaya, mengetahui kapan dan di mana mencari pertolongan, berkomunikasi dengan tenaga kesehatan, serta mengambil keputusan yang tepat.

Pada anak, bentuk pemberdayaan perlu disesuaikan dengan tahap perkembangan. Anak dapat secara bertahap belajar mengenali kondisi tubuhnya, mengungkapkan keluhan, bertanya, memahami tujuan tindakan, melakukan perawatan diri sederhana, dan semakin terlibat dalam pengelolaan kesehatannya.

Pada remaja, pemberdayaan menjadi semakin penting karena kapasitas untuk mengelola kesehatan secara mandiri juga berkembang. Standar WHO tahun 2025 untuk pelayanan kesehatan remaja bahkan menempatkan pemberdayaan dan partisipasi remaja, keterlibatan keluarga dan komunitas, kompetensi tenaga kesehatan, serta data-driven quality improvement sebagai tema utama mutu pelayanan.

6. Evaluasi Pelayanan Bersama Anak dan Keluarga

Evaluasi tidak cukup hanya mengukur apakah tindakan klinis telah dilakukan atau apakah indikator fisiologis anak membaik. Pengalaman anak dan keluarga juga merupakan bagian dari mutu pelayanan. WHO menegaskan perlunya penggunaan ukuran mutu di fasilitas kesehatan untuk memantau kinerja, memastikan ketersediaan input yang diperlukan, mengevaluasi proses pelayanan, dan melihat apakah pelayanan menghasilkan luaran yang diharapkan.

Kajian Charles et al. (2026) juga menemukan heterogenitas besar dalam pengukuran hasil intervensi FCC di PICU: 38 studi menggunakan 102 ukuran luaran yang berbeda dan 37 instrumen tervalidasi. Hal ini memperlihatkan pentingnya indikator yang jelas dan

konsisten ketika organisasi ingin menilai apakah implementasi FCC benar-benar menghasilkan perubahan.

7. Hambatan dalam Implementasi

Walaupun prinsip pelayanan berpusat pada anak dan keluarga mudah diterima secara konseptual, penerapannya tidak selalu mudah. Hambatan dapat muncul pada tingkat anak dan keluarga, tenaga kesehatan, maupun organisasi pelayanan.

Pada tingkat anak dan keluarga, hambatan dapat berupa perbedaan kemampuan komunikasi, literasi kesehatan yang terbatas, kondisi emosional, ketakutan, kelelahan, perbedaan bahasa dan budaya, pengalaman buruk sebelumnya, keterbatasan waktu dan sumber daya keluarga, serta kesiapan yang berbeda untuk berpartisipasi.

Pada tingkat tenaga kesehatan, hambatan dapat berupa keterampilan komunikasi yang belum memadai, pemahaman yang berbeda mengenai CFCC, kecenderungan paternalistik, kekhawatiran kehilangan kontrol profesional, keterbatasan kompetensi dalam berkomunikasi dengan anak, serta persepsi bahwa keterlibatan keluarga membutuhkan waktu lebih banyak.

Pada tingkat organisasi, hambatan dapat berupa beban kerja tinggi, jumlah tenaga yang terbatas, lingkungan fisik yang tidak ramah anak dan keluarga, kebijakan kunjungan yang kaku, keterbatasan privasi, kurangnya sarana komunikasi, dokumentasi yang belum mengakomodasi preferensi anak dan keluarga, serta tidak tersedianya indikator evaluasi CFCC.

8. Strategi Penguatan Implementasi dalam Praktik Pelayanan

Implementasi CFCC perlu diperkuat tidak hanya melalui perubahan perilaku individu tenaga kesehatan, tetapi juga melalui dukungan organisasi dan sistem pelayanan. WHO menegaskan bahwa standar mutu pediatrik perlu diintegrasikan secara sistematis ke dalam kebijakan dan strategi mutu serta didukung oleh struktur manajemen dan mekanisme implementasi pada berbagai tingkat pelayanan. Adaptasi terhadap konteks lokal juga diperlukan.

Strategi pertama adalah meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan. Pendidikan dan pelatihan perlu mencakup komunikasi sesuai perkembangan, partisipasi anak, FCC, shared decision-making, komunikasi lintas budaya, atraumatic care, dan pengelolaan konflik.

Strategi kedua adalah mengintegrasikan CFCC ke dalam standar operasional pelayanan. Prinsip CFCC perlu terlihat dalam pengkajian, dokumentasi, perencanaan,

pemberian informasi, prosedur, discharge planning, mekanisme keluhan, dan evaluasi mutu.

Strategi ketiga adalah menciptakan lingkungan pelayanan yang mendukung anak dan keluarga. Lingkungan bukan hanya berkaitan dengan dekorasi, tetapi juga privasi, keamanan, kenyamanan, aksesibilitas, ruang bagi pendamping, informasi yang mudah dipahami, serta kebijakan yang memungkinkan partisipasi keluarga secara aman.

Strategi keempat adalah melibatkan anak dan keluarga dalam pengembangan pelayanan. Pelibatan tidak hanya dilakukan pada pelayanan individual, tetapi juga melalui survei pengalaman, diskusi kelompok, forum keluarga, konsultasi dengan anak, serta co-design program dan materi edukasi. Temuan Charles et al. (2026) yang menunjukkan minimnya keterlibatan orang tua dalam desain intervensi mendukung perlunya pergeseran dari sekadar meminta umpan balik menuju pengembangan pelayanan secara kolaboratif.

Strategi kelima adalah mengembangkan indikator dan mekanisme evaluasi. Organisasi perlu mengetahui apakah CFCC benar-benar dilaksanakan dan bukan hanya menjadi slogan. WHO secara eksplisit merekomendasikan penggunaan ukuran mutu untuk memantau kinerja dan mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan.

Strategi keenam adalah membangun budaya organisasi yang mendukung kemitraan. Pimpinan, kebijakan, tenaga kesehatan, dan sistem kerja harus menyampaikan pesan yang sama bahwa suara anak dan keluarga merupakan sumber informasi yang bernilai dalam peningkatan mutu.

WHO juga menempatkan perbaikan berbasis data sebagai bagian penting dari peningkatan mutu. Pada standar pelayanan remaja terbaru, misalnya, data-driven quality improvement tetap menjadi salah satu tema utama bersama partisipasi, pemberdayaan, keterlibatan keluarga dan komunitas, kompetensi tenaga, serta lingkungan pelayanan yang mendukung.

I. Masa Depan Pelayanan Kesehatan yang Berpusat pada Anak dan Keluarga

Perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi, dan kebutuhan kesehatan masyarakat mendorong transformasi pelayanan kesehatan anak menuju pendekatan yang lebih komprehensif, terintegrasi, dan berorientasi pada kebutuhan individu. Pelayanan kesehatan anak tidak lagi cukup dinilai berdasarkan keberhasilan tindakan klinis, tetapi juga

perlu mempertimbangkan pengalaman anak, keterlibatan keluarga, keselamatan, kesinambungan pelayanan, dan kualitas hidup.

Pendekatan Child- and Family-Centered Care (CFCC) menjadi landasan penting dalam transformasi tersebut karena menempatkan anak sebagai individu yang memiliki hak, kebutuhan, dan kapasitas yang terus berkembang, sekaligus mengakui keluarga sebagai mitra utama dalam pelayanan. WHO (2018) menegaskan bahwa pelayanan kesehatan anak yang berkualitas perlu mengintegrasikan pelayanan berbasis bukti, penghormatan terhadap hak anak, komunikasi efektif, dukungan emosional, serta lingkungan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan anak.

1. Tantangan Implementasi Child- and Family-Centered Care

Implementasi CFCC masih menghadapi tantangan pada tingkat individu, tenaga kesehatan, dan organisasi. Salah satu tantangan utama adalah kesenjangan antara pemahaman konsep dan penerapannya. Meskipun fasilitas kesehatan telah mengadopsi prinsip pelayanan berpusat pada anak dan keluarga, praktik pelayanan terkadang masih didominasi tenaga kesehatan, sedangkan keterlibatan anak dan keluarga terbatas pada penerimaan informasi.

Perbedaan usia, kapasitas perkembangan, kemampuan komunikasi, dan kondisi kesehatan anak juga memerlukan pendekatan partisipasi yang fleksibel. Pada tingkat keluarga, variasi literasi kesehatan, budaya, kondisi sosial ekonomi, serta ketersediaan sumber daya dapat memengaruhi kemampuan berpartisipasi.

Sementara itu, keterbatasan tenaga kesehatan, tingginya beban kerja, waktu pelayanan yang singkat, dan budaya organisasi yang hierarkis dapat menghambat pembentukan kemitraan. American Academy of Pediatrics (2012) menekankan bahwa pelayanan berpusat pada pasien dan keluarga memerlukan kolaborasi tidak hanya dalam pelayanan individual, tetapi juga dalam pengembangan program dan kebijakan. Oleh karena itu, keberhasilan CFCC membutuhkan perubahan perilaku tenaga kesehatan yang didukung kebijakan, sumber daya, dan sistem evaluasi yang memadai.

2. Transformasi Pelayanan Kesehatan Anak

Transformasi pelayanan kesehatan anak mengarah pada perubahan dari pendekatan yang berorientasi pada penyakit menuju pelayanan yang memperhatikan kebutuhan anak secara menyeluruh. Anak tidak hanya dipandang berdasarkan kondisi klinisnya, tetapi juga

sebagai individu yang memiliki pengalaman, preferensi, hak, dan kebutuhan dalam konteks keluarga serta lingkungan kehidupannya.

Perubahan tersebut mencakup pergeseran dari pelayanan yang didominasi tenaga kesehatan menuju kemitraan, dari pelayanan terfragmentasi menuju pelayanan terintegrasi dan berkesinambungan, serta dari pendekatan reaktif menuju pelayanan yang lebih proaktif dan preventif. Selain hasil klinis, mutu pelayanan juga perlu mempertimbangkan pengalaman anak dan keluarga, kualitas komunikasi, partisipasi dalam pengambilan keputusan, serta kesejahteraan anak.

Dengan demikian, transformasi pelayanan kesehatan anak tidak berarti mengurangi pentingnya kompetensi klinis, melainkan mengintegrasikan keahlian profesional dengan perspektif anak dan keluarga untuk menghasilkan pelayanan yang lebih responsif dan bermakna.

3. Pemanfaatan Teknologi secara Berpusat pada Anak dan Keluarga

Teknologi digital membuka peluang untuk meningkatkan akses, koordinasi, kesinambungan, dan efisiensi pelayanan kesehatan anak. Pemanfaatannya dapat berupa telehealth, rekam kesehatan elektronik, sistem informasi terintegrasi, media edukasi digital, serta teknologi pendukung pengambilan keputusan klinis

Namun, teknologi harus diposisikan sebagai sarana pendukung, bukan pengganti hubungan terapeutik antara anak, keluarga, dan tenaga kesehatan. Penggunaannya perlu mempertimbangkan keamanan data, privasi, kesesuaian dengan perkembangan anak, kemudahan penggunaan, dan kesetaraan akses.

Perkembangan kecerdasan buatan juga menawarkan peluang dalam pengolahan informasi dan dukungan pelayanan. WHO (2021) menekankan pentingnya keselamatan, transparansi, akuntabilitas, perlindungan otonomi manusia, dan keadilan dalam pemanfaatan kecerdasan buatan untuk kesehatan. Oleh karena itu, transformasi digital perlu memastikan bahwa teknologi benar-benar meningkatkan mutu pelayanan tanpa memperbesar kesenjangan akses atau mengabaikan hak anak dan keluarga.

4. Penguatan Literasi dan Pemberdayaan Keluarga

Literasi kesehatan merupakan kemampuan untuk mengakses, memahami, menilai, dan menggunakan informasi kesehatan dalam pengambilan keputusan. Dalam pelayanan anak, literasi kesehatan keluarga berperan penting karena keluarga sering menjadi pendamping utama dalam memahami informasi dan melaksanakan rencana pelayanan.

Penguatan literasi perlu dilakukan melalui komunikasi yang jelas, penggunaan bahasa sederhana, media edukasi yang sesuai, serta pemeriksaan pemahaman menggunakan metode seperti teach-back. Anak juga perlu memperoleh informasi kesehatan sesuai usia dan kapasitas perkembangannya. Namun, pemberian informasi saja belum cukup. Pemberdayaan perlu meningkatkan keterampilan, kepercayaan diri, dan kemampuan anak serta keluarga untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan dan pengelolaan kesehatan.

Di era digital, literasi kesehatan juga mencakup kemampuan menilai kredibilitas informasi kesehatan yang diperoleh melalui internet dan media sosial. Dengan demikian, penguatan literasi dan pemberdayaan bertujuan membentuk keluarga yang mampu memahami kebutuhan anak, menggunakan informasi secara tepat, serta mencari bantuan profesional ketika diperlukan.

5. Pengembangan Kompetensi Tenaga Kesehatan

Keberhasilan CFCC membutuhkan tenaga kesehatan yang kompeten secara klinis sekaligus memiliki kemampuan komunikasi, kolaborasi, advokasi, dan pemahaman terhadap hak serta kebutuhan perkembangan anak. Kompetensi tersebut mencakup komunikasi sesuai usia, pelibatan anak dalam pengambilan keputusan, penerapan prinsip etik, sensitivitas budaya, dukungan psikososial, dan kolaborasi interprofesional. Transformasi digital juga menuntut peningkatan literasi teknologi, kemampuan menjaga keamanan informasi, serta pemahaman terhadap manfaat dan keterbatasan teknologi kesehatan.

Pengembangan kompetensi perlu dilakukan secara berkelanjutan melalui pendidikan, pelatihan, simulasi, supervisi, dan evaluasi praktik. Dukungan organisasi diperlukan agar kompetensi tersebut dapat diterapkan secara konsisten. Profesionalisme dalam CFCC tidak hanya ditentukan oleh kemampuan melakukan tindakan klinis, tetapi juga oleh kemampuan membangun kemitraan yang menghormati anak dan keluarga.

6. Rekomendasi Penguatan Pelayanan Berpusat pada Anak dan Keluarga

Penguatan CFCC memerlukan strategi yang terintegrasi pada tingkat praktik klinis, organisasi, pendidikan, dan sistem kesehatan. Prinsip pelayanan berpusat pada anak dan keluarga perlu diterapkan secara konsisten sejak pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi pelayanan.

Pada tingkat organisasi, diperlukan kebijakan dan prosedur yang mendukung partisipasi anak dan keluarga, komunikasi efektif, keselamatan, privasi, serta kesinambungan pelayanan. Pada tingkat pendidikan, pengembangan kompetensi tenaga kesehatan perlu mencakup komunikasi, pengambilan keputusan bersama, etik, dan kolaborasi interprofesional. Pemanfaatan teknologi perlu dilakukan secara aman dan inklusif. Anak dan keluarga juga perlu dilibatkan dalam pengembangan serta evaluasi pelayanan melalui mekanisme umpan balik dan penilaian pengalaman pelayanan.

Evaluasi mutu sebaiknya tidak hanya mengukur hasil klinis, tetapi juga kualitas komunikasi, keterlibatan anak dan keluarga, pengalaman pelayanan, serta kemampuan keluarga melanjutkan perawatan. Secara keseluruhan, penguatan CFCC memerlukan integrasi antara kebijakan yang mendukung, tenaga kesehatan yang kompeten, partisipasi anak dan keluarga, teknologi yang bertanggung jawab, serta evaluasi mutu berkelanjutan.

Masa depan pelayanan kesehatan anak perlu diarahkan pada sistem yang tidak hanya efektif secara klinis, tetapi juga menghormati hak, kebutuhan, pengalaman, dan preferensi anak serta keluarganya. Pendekatan Child- and Family-Centered Care mengintegrasikan bukti ilmiah, kompetensi profesional, partisipasi anak, dan kemitraan keluarga dalam pelayanan yang aman, inklusif, serta berkesinambungan.

Transformasi teknologi, penguatan literasi kesehatan, pengembangan kompetensi tenaga kesehatan, dan peningkatan mutu merupakan peluang untuk memperkuat pendekatan tersebut. Namun, keberhasilannya bergantung pada kemampuan sistem kesehatan untuk mempertahankan anak dan keluarga sebagai pusat pelayanan.

Referensi

American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics. (2016). Informed consent in decision-making in pediatric practice. Pediatrics, 138(2), e20161484. https://doi.org/10.1542/peds.2016-1484

Committee on Bioethics. (1995). Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. Pediatrics, 95(2), 314–317. https://doi.org/10.1542/peds.95.2.314

Committee on Hospital Care, & Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2012). Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. Pediatrics, 129(2), 394–404. https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084

Council of Europe. (2018). Guidelines of the Committee of Ministers of the Council of Europe on child-friendly health care. Council of Europe Publishing.

Council of Europe. (2024). Guide to children's participation in decisions about their health. Council of Europe.

Koller, D., Espin, S., Indar, A., Oulton, A., & LeGrow, K. (2024). Children's participation rights and the role of pediatric healthcare teams: A critical review. Journal of Pediatric Nursing, 77, 1–12. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.02.023

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021). Measuring what matters for child well-being and policies. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/e82fded1-en

United Nations. (1989). Convention on the Rights of the Child. United Nations.

United Nations Children's Fund. (2020). Worlds of influence: Understanding what shapes child well-being in rich countries. UNICEF Office of Research–Innocenti.

United Nations Children's Fund. (2025). The State of the World's Children 2025: Ending child poverty. UNICEF.

World Health Organization. (2018). Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: A WHO guide for health care planners, implementers and managers. World Health Organization.

World Health Organization. (2018). Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities. World Health Organization.

World Health Organization. (2021). Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance. World Health Organization.

World Health Organization. (2025). Global standards for quality health care services for adolescents. World Health Organization.

World Health Organization. (2025). World report on social determinants of health equity. World Health Organization.