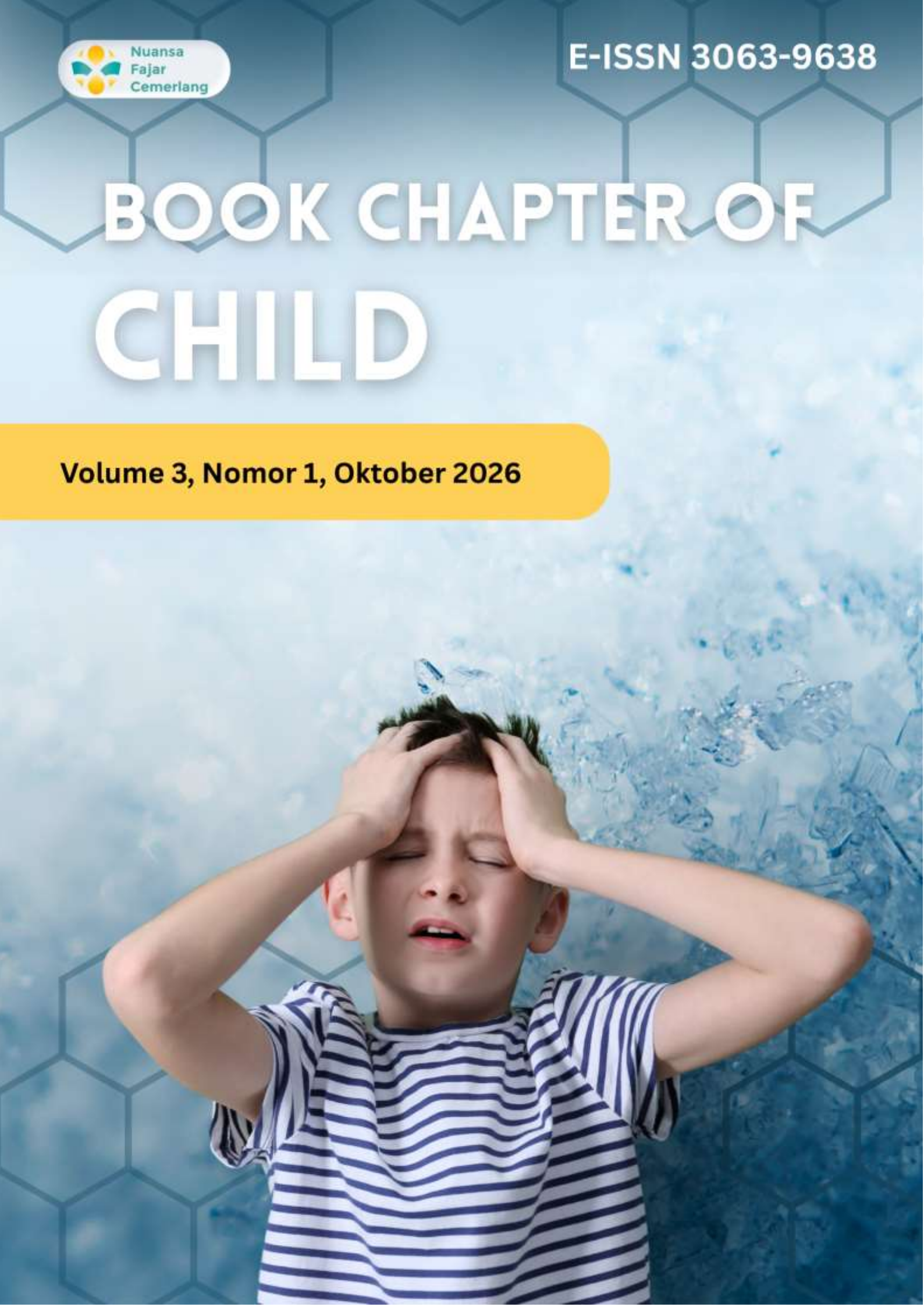
Nuansa Fajar Cemerlang

E-ISSN 3063-9638

BOOK CHAPTER OF CHILD

Volume 3, Nomor 1, Oktober 2026



ISSN 3063-9638

BOOKCHAPTER OF CHILD

Editor

Ns.Jeni Oktavia Karundeng,M.Kep.,Sp.Kep.A

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

Ns. Reisy Tane, M.Kep., Sp.Kep.An

Kartika Wandini, SP.,M.Gizi

Ns. Kustiningsih., M.Kep., Sp.Kep., An

Dr. Ns. Amatus Yudi Ismanto, Sp.Kep.An

Anna Uswatun Qoyyimah,S.SiT,M.Kes

Yupi Supartini, S.Kp. M.Sc

Dr. Atik Badi'ah, S.Pd, S.Kp, M.Kes



PT Nuansa Fajar Cemerlang

ISSN 3063-9638

Book Chapter of Child

Nama Jurnal : Book Chapter of Child
Volume & Nomor : Volume 3, Nomor 1,Oktober 2026
ISSN : 3063-9638
Tahun Terbit : 2026
Jumlah halaman : 190 Halaman
Ukuran Book Chapter : A4

1. Konsep Kesehatan Anak dan Pelayanan Berpusat pada Anak dan Keluarga
2. Pertumbuhan Fisik Anak: Pola, Pengukuran, dan Pemantauan
3. Gizi dan Praktik Pemberian Makan Sesuai Usia Anak
4. Promosi Kesehatan Anak di Keluarga, Sekolah, dan Masyarakat
5. Imunisasi Anak: Prinsip, Pelaksanaan, dan Komunikasi dengan Keluarga
6. Kesehatan Mental, Emosional, Dan Perilaku Anak
7. Pelayanan Anak dengan Penyakit Kronis dan Kebutuhan Perawatan Berkelanjutan
8. Masalah Kesehatan Akut pada Anak: Pengenalan, Tanda Bahaya, dan Prinsip Penanganan

Copy Editor : Luthfi Kurniawan
Proofreader : Luthfi Kurniawan
Penata Isi : Luthfi Kurniawan
Desainer Sampul : Luthfi Kurniawan

Hak Cipta Dilindungi oleh Undang-Undang
Copyright © 2025
Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang

Jurnal ini diterbitkan di bawah lisensi **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0).**
Lisensi ini mengizinkan berbagi, menyalin, mendistribusikan karya turunan untuk penggunaan nonkomersial, dengan atribusi yang sesuai dan lisensi yang sama.
Informasi lebih lanjut: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Diterbitkan oleh:
PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F, Jl. S. Parman Kav 22-24, Kecamatan Palmerah, Kota Jakarta Barat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 10340
Email: artikeloptimal@gmail.com
Website: nuansafajarcemerlang.com

ISSN 3063-9638

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI iii
PENGANTAR PENERBIT vi
KATA PENGANTAR vii
PRAKATA viii
BAB I Konsep Kesehatan Anak dan Pelayanan Berpusat pada Anak dan Keluarga 1
A. Kesehatan Anak dalam Paradigma Pelayanan Modern 1
B. Konsep dan Dimensi Kesehatan Anak 7
C. Determinan Kesehatan Anak 15
D. Hak Anak Sebagai Landasan Pelayanan Kesehatan 23
E. Prinsip Pelayanan Kesehatan Anak 32
F. Pelayanan Berpusat pada Anak (Child-Centered Care) 39
G. Pelayanan Berpusat Pada Keluarga (Family-Centered Care) 46
H. Implementasi Pelayanan Berpusat pada Anak dan Keluarga 52
I. Masa Depan Pelayanan Kesehatan yang Berpusat pada Anak dan Keluarga 57
Referensi 61
BAB II Pertumbuhan Fisik Anak: Pola, Pengukuran, dan Pemantauan 63
A. Pola Pertumbuhan Anak 63
B. Pengukuran dan Pemantauan Pertumbuhan Pada Anak 69
C. Penutup 71
Referensi 72
BAB III Gizi dan Praktik Pemberian Makan Sesuai Usia Anak 76
A. Kecukupan Gizi Balita dan Praktik Pemberian Makan pada Anak di Indonesia 76
B. Ketepatan Pemberian ASI Eksklusif dan Inisiasi Menyusu Dini pada Bayi Usia 0–6 Bulan 77
C. Prinsip dan Tantangan Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada Anak Usia 6–23 Bulan 78
D. Pola Makan dan Perilaku Makan Anak Usia 2–5 Tahun: Picky Eating dan Pemberian Makan yang Responsif 80
E. Penutup 82
Referensi 83
BAB IV Promosi Kesehatan Anak di Keluarga, Sekolah, dan Masyarakat 85
A. Anak dalam Ekosistem Promosi Kesehatan 85

B. Keluarga sebagai Lingkungan Utama Pembentukan Kesehatan Anak 87
C. Sekolah sebagai Ruang Strategis Promosi Kesehatan 89
D. Masyarakat sebagai Lingkungan Pendukung Kesehatan Anak 92
E. Integrasi Keluarga, Sekolah, dan Masyarakat sebagai Satu Sistem 93
F. Strategi Implementasi dan Evaluasi Promosi Kesehatan Anak 95
G. Arah Pengembangan Promosi Kesehatan Anak di Masa Mendatang 96
Referensi 98
BAB V Imunisasi Anak: Prinsip, Pelaksanaan, dan Komunikasi dengan Keluarga 100
A. Imunisasi Pada Anak 100
B. Prinsip dan Pelaksanaan Imunisasi Pada Anak 101
C. Komunikasi dengan Keluarga Terkait Imunisasi pada Anak 108
D. Penutup 110
Referensi 112
BAB VI Kesehatan Mental, Emosional, Dan Perilaku Anak 114
A. Fondasi Kesehatan Mental Anak dalam Perspektif Perkembangan 114
B. Perkembangan Emosi, Regulasi Diri, dan Pengaruh Lingkungan Pengasuhan 119
C. Masalah Emosional, Perilaku, Sosial, dan Lingkungan Anak 123
D. Penguatan Sistem Dukungan dan Arah Pengembangan Kesehatan Mental Anak 129
Referensi 140
BAB VII Pelayanan Anak dengan Penyakit Kronis dan Kebutuhan Perawatan Berkelanjutan 144
A. Perubahan pola pelayanan kesehatan anak 144
B. Apa itu penyakit kronis pada anak dan mengapa anak dengan penyakit kronis membutuhkan pelayanan khusus. 145
C. Spektrum Penyakit Kronis pada Anak 147
D. Dampak penyakit kronis terhadap anak dan keluarga 152
E. Kesinambungan asuhan keperawatan yang dibutuhkan anak 158
F. Peran teknologi dan digital health dalam penanganan masalah anak dengan penyakit kronis 159
G. Penutup 168
Referensi 169
BAB VIII Masalah Kesehatan Akut pada Anak: Pengenalan, Tanda Bahaya, dan Prinsip Penanganan 172
A. Konsep Dasar Masalah Kesehatan Akut pada Anak 172
B. Triase pediatrik 177
C. Prinsip Penanganan Masalah Kesehatan Akut pada Anak 179
D. Peran Perawat dalam Penanganan Anak dengan Masalah Kesehatan Akut 184

E. Contoh Kasus Aplikatif dan Pembahasan Keperawatan 185
F. Edukasi Keluarga dan Pencegahan Keterlambatan Penanganan 188
G. Penutup 189
Referensi 190

ISSN 3063-9638

PENGANTAR PENERBIT

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas terbitnya buku bunga rampai *Kesehatan Anak*. Buku ini hadir sebagai kontribusi dalam memperkaya literatur kesehatan, khususnya mengenai pertumbuhan, pemenuhan gizi, kesehatan mental, pencegahan penyakit, dan pelayanan kesehatan anak secara berkesinambungan.

PT Nuansa Fajar Cemerlang menyampaikan apresiasi kepada seluruh penulis, editor, dan pihak yang telah berkontribusi dalam penerbitan buku ini. Semoga buku ini dapat menjadi referensi yang bermanfaat bagi mahasiswa, akademisi, dan tenaga kesehatan serta mendukung peningkatan kualitas pelayanan kesehatan anak di Indonesia.

PT Nuansa Fajar Cemerlang
Penerbit

ISSN 3063-9638

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas terselesaikannya buku bunga rampai *Kesehatan Anak*. Buku ini disusun untuk memberikan pemahaman komprehensif mengenai kesehatan anak melalui pendekatan yang mencakup aspek fisik, gizi, psikososial, serta upaya promotif, preventif, dan pelayanan berkelanjutan.

Pembahasan dalam buku ini disajikan secara sistematis, mulai dari konsep dasar hingga pelayanan anak dengan kebutuhan kesehatan khusus. Kami berharap buku ini dapat mendukung proses pembelajaran, memperluas wawasan akademik, dan menjadi referensi bagi tenaga kesehatan. Terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunannya.

Tim Editor

ISSN 3063-9638

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas terselesaikannya buku bunga rampai *Kesehatan Anak*. Buku ini disusun sebagai referensi pembelajaran yang membahas berbagai aspek kesehatan anak secara menyeluruh, mulai dari pertumbuhan fisik, kebutuhan gizi, kesehatan mental, promosi kesehatan, imunisasi, hingga pelayanan anak dengan penyakit kronis.

Melalui pembahasan tersebut, diharapkan pembaca memperoleh pemahaman yang lebih luas mengenai kebutuhan kesehatan anak serta penerapannya dalam pelayanan. Kami menyadari bahwa buku ini masih memiliki keterbatasan sehingga kritik dan saran sangat diharapkan. Semoga buku ini bermanfaat bagi mahasiswa, dosen, tenaga kesehatan, dan masyarakat.

Tim Penulis

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.

ISSN 3063-9638

BAB II
Pertumbuhan Fisik Anak: Pola, Pengukuran, dan Pemantauan

Ns. Reisy Tane, M.Kep., Sp.Kep.An

A. Pola Pertumbuhan Anak

Pertumbuhan merupakan indikator penting kesehatan dan status gizi pada anak. Pertumbuhan pada anak dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti pemenuhan nutrisi, penyakit infeksi, dan praktik perawatan. Seribu hari pertama kehidupan merupakan fase penting untuk pertumbuhan dan perkembangan anak. Indikator pertumbuhan untuk anak usia di bawah kurang dari lima tahun antara lain antropometrik, yaitu tinggi badan tidak sesuai menurut usia (stunting), berat badan menurut tinggi badan (wasting), dan berat badan kurang menurut usia (underweight), yang dibandingkan dengan standar pertumbuhan anak WHO (WHO, 2025).

Malnutrisi merupakan masalah kesehatan global yang dapat memberikan pengaruh besar pada suatu Negara. Pada tahun 2024, diperkirakan 150,2 juta anak di bawah lima tahun mengalami stunting (23,2%), 42,8 juta mengalami wasting, dan 35,5 juta mengalami kelebihan berat badan. Wasting mempengaruhi 6,6% anak di bawah lima tahun, termasuk 1,9% dengan wasting parah (12,2 juta anak). Meskipun stunting telah menurun secara stabil selama dekade terakhir namun masih belum memenuhi target global. Dunia tidak berada pada jalur yang tepat untuk mencapai target tahun 2030 untuk mengurangi jumlah anak yang mengalami stunting menjadi 90 juta (UNICEF dkk., 2025). Di Indonesia, prevalensi stunting nasional pada anak di bawah lima tahun turun dari 24,4% pada tahun 2021 menjadi 21,6% pada tahun 2022 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023). Angka tersebut kemudian menurun lebih lanjut dari 21,5% pada tahun 2023 menjadi 19,8% pada tahun 2024 menurut Survei Status Gizi Indonesia (SPP), setara dengan sekitar 4,4 juta anak yang mengalami stunting. Namun, beban ini tidak terdistribusi secara merata. Prevalensi stunting terendah terjadi pada bayi di bawah satu tahun (sekitar 11%) dan mencapai puncaknya pada 24,2% sekitar usia 2,5 tahun, dan mencapai 29,8% pada kelompok pendapatan terendah dibandingkan dengan sekitar 12% pada kelompok pendapatan

tertinggi. Enam provinsi, termasuk Sumatera Utara, menyumbang sebagian besar anak yang mengalami stunting. Angka ini menunjukkan bahwa gangguan pertumbuhan pada masa kanak-kanak awal tetap menjadi tantangan kesehatan pada Masyarakat terus menerus, sehingga pemantauan tetap harus dilakukan secara tepat dan berkala.

Pertumbuhan yang lambat dan tidak sesuai dengan yang diharapkan pada anak dikenal dengan gangguan pertumbuhan pada anak. Anak beresiko lebih tinggi mengalami kekurangan berat badan, stunting (pembatasan pertumbuhan linier), dan wasting, dengan konsekuensi yang berkisar dari peningkatan kerentanan terhadap infeksi dan perkembangan yang terganggu hingga kematian dalam kasus yang paling parah (Baxter, 2025; Victora et al., 2021). Usia emas anak dimulai dari masa kehamilan sampai 1000 hari pertama kehidupan (Baxter, 2025).

Hasil penelitian longitudinal menjelaskan bahwa gangguan pertumbuhan dapat terjadi sejak dini (Benjamin-Chung dkk., 2023). Angka stunting turun menjadi 19,9% pada usia dua tahun, dan mencapai puncaknya pada 24,2% sekitar usia dua setengah tahun (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2025).

Pola pertumbuhan pada anak di bawah lima tahun dinilai dengan membandingkan pengukuran antropometri dengan standar pertumbuhan internasional. Di Indonesia, penilaian ini mengikuti standar antropometri anak nasional, yang mengklasifikasikan status gizi menggunakan indikator seperti berat badan menurut usia, panjang/tinggi badan menurut usia, dan berat badan menurut panjang/tinggi badan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Pemantauan dan promosi pertumbuhan (GMP) menerapkan standar ini dalam praktik rutin. Biasanya, pengukuran berat badan dan panjang/tinggi badan dilakukan setiap bulan sejak lahir hingga usia 24 bulan, menilai kecukupan pertumbuhan berdasarkan standar, dan memberikan konseling nutrisi kepada pengasuh (Baxter, 2025). Tujuannya adalah untuk mendeteksi gangguan pertumbuhan sejak dini sehingga tindakan dapat diambil sebelum kekurangan gizi parah berkembang.

Tinjauan sistematis Cochrane menyimpulkan bahwa bukti tentang efektivitas GMP dalam mengidentifikasi dan mengatasi gangguan pertumbuhan, meningkatkan praktik pemberian makan, dan mempromosikan penggunaan layanan kesehatan di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah terbatas dan tidak pasti (Taylor dkk., 2023). Leroy dkk. (2025) lebih lanjut berpendapat bahwa kriteria yang umum digunakan, seperti skor z berat badan menurut usia di bawah −2, tidak memprediksi pertumbuhan selanjutnya dengan baik, dan bahwa pengukuran berat badan dan panjang/tinggi badan secara rutin saja

tidak dapat mengidentifikasi anak mana yang membutuhkan dukungan (seperti yang diringkas dalam Baxter, 2025). Hal ini menyiratkan bahwa pertumbuhan harus diinterpretasikan sebagai lintasan dari waktu ke waktu, yang terkait dengan konseling dan tindak lanjut, daripada sebagai pengukuran tunggal yang terisolasi.

Di Indonesia, pemantauan pertumbuhan anak di bawah lima tahun sebagian besar dilakukan melalui pos kesehatan terpadu (posyandu), yang menyediakan penimbangan bulanan dan konseling gizi. Sebuah studi kasus-kontrol di Kabupaten Temanggung menemukan bahwa kurangnya penggunaan layanan posyandu merupakan faktor risiko dominan untuk pertumbuhan yang terhambat (OR = 2,56; 95% CI 1,16–5,65), dan penulis mencatat bahwa proporsi balita Indonesia yang dipantau pertumbuhan dan perkembangannya turun dari 81,8% pada tahun 2021 menjadi 78,3% pada tahun 2022 (Putri dkk., 2024). Pemantauan juga menghadapi kendala praktis. Selama pandemi COVID-19, penimbangan balita ditangguhkan selama beberapa bulan, dan kader melaporkan kurangnya instrumen pengukuran tinggi badan untuk kunjungan rumah, keterampilan yang terbatas, dan rendahnya kesadaran ibu tentang perlunya membawa anak ke posyandu (Sekarani dkk., 2023). Secara keseluruhan, temuan ini menunjukkan bahwa pemahaman tentang pola pertumbuhan awal dan menjaga pemantauan rutin tetap konsisten dan dilengkapi dengan baik sangat penting untuk mendeteksi gangguan pertumbuhan tepat waktu.

1.1 Tahapan Pertumbuhan dan Perkembangan

a. Tahap janin: Masalah kesehatan janin dapat berdampak buruk pada pertumbuhan pascanatal. Sepertiga bayi baru lahir dengan keterlambatan pertumbuhan intrauterin mungkin mengalami pertumbuhan pascanatal yang terhambat. Perawatan perinatal yang baik sangat penting dalam meningkatkan kesehatan janin dan, secara tidak langsung, pertumbuhan pascanatal.

b. Tahap pascanatal: Proses pertumbuhan dan perkembangan pascanatal terjadi bersamaan tetapi dengan kecepatan yang berbeda. Pertumbuhan terjadi melalui lonjakan yang terputus-putus dengan latar belakang yang stagnan. Terdapat 5 fase penting dalam pertumbuhan dan perkembangan manusia,

   - Masa bayi (bayi baru lahir dan hingga usia 1 tahun)
   - Masa balita (1 hingga 5 tahun)

- Masa kanak-kanak (3 hingga 11 tahun) – masa kanak-kanak awal 66dalah dari usia 3 hingga 8 tahun, dan masa kanak-kanak 66dalah 66dalah dari usia 9 hingga 11 tahun.
- Masa remaja (dari usia 12 hingga 18 tahun)
- Masa dewasa

1.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan dan perkembangan dipengaruhi secara positif oleh faktor-faktor seperti kesehatan orang tua dan susunan genetik, bahkan sebelum pembuahan. Faktor genetik memainkan peran utama dalam pertumbuhan dan perkembangan. Faktor genetik yang memengaruhi tinggi badan sangat besar pada fase remaja longitudinal. Sebuah studi kohort besar yang melibatkan 7755 pasangan kembar di Belanda menunjukkan bahwa faktor genetik aditif terutama menjelaskan korelasi fenotipik di berbagai usia untuk tinggi badan dan indeks massa tubuh.

a. Kesehatan janin memiliki peran yang sangat berpengaruh dalam mencapai pertumbuhan dan perkembangan. Setiap rangsangan atau gangguan selama perkembangan janin menyebabkan adaptasi perkembangan yang secara permanen mengubah bagian selanjutnya dari kehidupan.

   Setelah lahir, faktor lingkungan dapat memberikan efek yang menguntungkan atau merugikan pada pertumbuhan. Faktor sosial ekonomi: Anak-anak dari kelas sosial ekonomi yang lebih tinggi lebih tinggi daripada anak-anak seusia dan jenis kelamin yang sama di kelompok sosial ekonomi yang lebih rendah. Urbanisasi telah memengaruhi pertumbuhan secara positif. Tren sekuler diamati dalam pertumbuhan, di mana anak-anak tumbuh lebih tinggi dan lebih cepat dewasa daripada generasi sebelumnya. Tren sekuler ini secara signifikan diamati di negara-negara maju seperti Amerika Utara.

b. Karakteristik keluarga: Tingkat pendidikan keluarga yang lebih tinggi memiliki dampak positif pada pertumbuhan. Dukungan emosional dan stimulus perkembangan yang tidak memadai, termasuk pelatihan bahasa, dapat menyebabkan penurunan pertumbuhan dan perkembangan.

   Lingkungan buatan manusia secara signifikan memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan manusia. Studi yang sedang berlangsung telah membuktikan hubungan antara polutan dengan pematangan seksual, obesitas, dan fungsi tiroid.

Paparan timbal berlebih sebelum lahir secara signifikan berhubungan dengan berat badan lahir rendah. Polusi suara akibat sumber transportasi juga berhubungan dengan penurunan pertumbuhan prenatal.

c. Malnutrisi memainkan peran yang merugikan dalam proses pertumbuhan dan perkembangan.

Kekurangan mineral mikro dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan. Kekurangan zat besi biasanya memengaruhi perkembangan psikomotor dan tidak memengaruhi pertumbuhan. Kekurangan seng dapat menyebabkan perlambatan pertumbuhan dan keterlambatan perkembangan. Selenium, yodium, mangan, dan tembaga juga memainkan peran penting.

Pertumbuhan yang terhambat atau peningkatan berat badan yang cepat pada masa kanak-kanak awal memengaruhi kesehatan di kemudian hari. Pola makan pada masa kanak-kanak awal sangat terkait dengan kemungkinan obesitas di kemudian hari. 'Hipotesis Protein Awal' menunjukkan bahwa menurunkan asupan protein selama masa bayi membantu mencapai pertumbuhan normal dan mengurangi obesitas pada masa kanak-kanak awal.[9] Konsep hipotesis protein awal ini membantu meningkatkan produk makanan anak-anak.



Gambar 1. Ilustrasi stunting



Gambar 2: Ilustrasi malnutrisi

B. Pengukuran dan Pemantauan Pertumbuhan Pada Anak

Pertumbuhan pada anak dapat dinilai dengan melakukan pengukuran. Pengukuran pertumbuhan pada anak merupakan bagian penting untuk mendeteksi dini apakah terdapat masalah gizi pada anak, Selain pengukuran pemantauan pertumbuhan juga harus dilakukan secara rutin. Pemantauan pertumbuhan secara teratur diharapkan dapat mengenali masalah gizi pada tahap awal (Organisasi Kesehatan Dunia [WHO], 2023).

Penilaian pertumbuhan dapat dilakukan dengan membandikan hasil pengukuran pada anak dengan standar pertumbuhan atau grafik pertumbuhan anak secara tepat. Pendekatan ini membantu para profesional kesehatan menentukan apakah seorang anak tumbuh dengan tepat dan apakah penilaian atau intervensi lebih lanjut diperlukan.

1. Pengukuran Antropometri pada Anak

Antropometri (dari bahasa Yunani *anthropos* : manusia, dan *metron* : pengukuran) mengacu pada pengukuran sistematis karakteristik fisik tubuh manusia, terutama berat badan, ukuran tubuh, dan bentuk tubuh. Saat ini, indikator antropometri dan komposisi tubuh berguna untuk memprediksi perkembangan penyakit tidak menular, seperti diabetes atau penyakit kardiovaskular, tetapi juga berguna untuk menilai hubungan dengan kondisi fisik dan gaya hidup aktif/tidak aktif, serta penurunan kemampuan fisik dan kejadian sarcopenia. Oleh karena itu, pengukuran antropometri diperlukan sebagai bagian dari metode untuk mengembangkan strategi. Identifikasi dini penurunan kondisi fisik dan intervensi yang tepat untuk menghindari gangguan fisik, dan untuk meningkatkan kualitas hidup.

Pada anak-anak, pengukuran antropometri banyak digunakan untuk menilai pertumbuhan fisik dan status gizi. Pengukuran utama meliputi berat badan, panjang atau tinggi badan, lingkar kepala, dan indeks massa tubuh (BMI). Pengukuran ini memberikan informasi pelengkap tentang pertumbuhan dan perkembangan anak.

2.1. Berat Badan

Berat badan merupakan indikator penting status gizi dan pertumbuhan fisik anak. Perubahan berat badan dapat mencerminkan pertumbuhan normal, asupan nutrisi yang tidak memadai, penyakit, atau kondisi kesehatan lainnya. Berat badan harus diukur menggunakan timbangan yang telah dikalibrasi dan diletakkan di permukaan yang stabil dan rata. Bayi harus ditimbang menggunakan timbangan bayi yang sesuai, sedangkan anak yang lebih besar dapat ditimbang menggunakan timbangan berdiri. Sebisa mungkin, anak-

anak harus ditimbang dengan pakaian seminimal mungkin dan tanpa sepatu untuk meningkatkan akurasi pengukuran.

Berat badan menurut usia adalah indikator antropometrik yang membandingkan berat badan anak dengan berat badan yang diharapkan untuk anak-anak seusia dan jenis kelamin yang sama. Namun, berat badan menurut usia saja tidak dapat membedakan antara perawakan pendek, kekurangan gizi, dan kelebihan berat badan. Oleh karena itu, berat badan menurut usia harus diinterpretasikan bersama dengan indikator antropometrik lainnya (CDC, 2024a).

2.2 Panjang dan Tinggi Badan

Panjang dan tinggi badan digunakan untuk menilai pertumbuhan linier. Panjang badan dalam posisi berbaring umumnya diukur pada bayi dan anak kecil yang belum dapat berdiri sendiri, sedangkan tinggi badan dalam posisi berdiri diukur pada anak yang sudah dapat berdiri tegak dengan benar.

Panjang badan diukur menggunakan papan pengukur panjang badan bayi, dengan anak diposisikan berbaring. Tinggi badan diukur menggunakan stadiometer, dengan anak berdiri tegak, tanpa sepatu, dan dengan posisi kepala yang tepat. Posisi yang benar dan peralatan pengukuran yang sesuai sangat penting untuk mendapatkan hasil yang andal.

Panjang badan menurut usia atau tinggi badan menurut usia menunjukkan pertumbuhan linier relatif terhadap usia anak. Pengukuran di bawah kisaran yang diharapkan dapat mengindikasikan gangguan pertumbuhan linier dan kemungkinan masalah gizi atau kesehatan kronis. Namun, interpretasi juga harus mempertimbangkan riwayat pertumbuhan anak, kondisi medis, dan faktor relevan lainnya (WHO, 2023; CDC, 2024a).

2.3. Lingkar Kepala

Lingkar kepala merupakan pengukuran penting, terutama pada masa bayi dan anak usia dini, karena memberikan informasi tentang pertumbuhan tengkorak dan digunakan sebagai indikator tidak langsung pertumbuhan otak.

Pengukuran dilakukan menggunakan pita pengukur fleksibel dan tidak elastis yang diletakkan di sekitar lingkar kepala terlebar, umumnya melewati bagian atas alis dan telinga serta di sekitar bagian belakang kepala yang paling menonjol. Pita pengukur harus diposisikan dengan benar tanpa menekan kulit.

Pengukuran lingkar kepala harus diplot terhadap grafik referensi yang sesuai dengan usia dan jenis kelamin. Pengukuran serial sangat penting karena perubahan pola pertumbuhan dapat mengindikasikan perlunya evaluasi klinis lebih lanjut. Lingkar kepala harus diinterpretasikan bersama dengan tonggak perkembangan, riwayat medis, dan temuan pemeriksaan fisik (WHO, 2023).

2.4. Indeks Massa Tubuh (BMI)

Indeks massa tubuh adalah indikator antropometrik yang dihitung menggunakan berat badan dan tinggi badan. Indeks ini umumnya digunakan untuk menilai status berat badan pada anak-anak dan remaja.

Indeks Massa Tubuh (BMI) dihitung menggunakan rumus berikut:

BMI = Berat (kg) / Tinggi $(m)^2$

Sebagai contoh, seorang anak dengan berat 20 kg dan tinggi 1,10 m memiliki BMI sekitar 16,5 kg/m^2.

Tidak seperti orang dewasa, anak-anak tidak boleh diklasifikasikan hanya menggunakan ambang batas BMI tetap karena komposisi tubuh mereka berubah seiring pertumbuhan. BMI harus diinterpretasikan sesuai dengan usia dan jenis kelamin anak menggunakan grafik pertumbuhan BMI-untuk-usia yang sesuai.

Menurut CDC (2024b), persentil BMI-untuk-usia digunakan untuk mengklasifikasikan status berat badan di antara anak-anak dan remaja berusia 2–20 tahun di Amerika Serikat.

C. Penutup

Pertumbuhan fisik anak merupakan salah satu indikator penting dalam menilai status kesehatan, kecukupan gizi, serta proses tumbuh kembang anak secara keseluruhan. Pertumbuhan fisik berlangsung secara dinamis sejak masa prenatal hingga anak mencapai kematangan, dengan pola dan kecepatan yang berbeda pada setiap tahap usia. Oleh karena itu, pemahaman mengenai pola pertumbuhan anak, faktor-faktor yang memengaruhinya, serta metode pengukuran antropometri menjadi landasan penting bagi tenaga kesehatan, pendidik, orang tua, dan pihak terkait dalam mendukung pertumbuhan anak secara optimal.

Pengukuran berat badan, panjang atau tinggi badan, lingkar kepala, serta indikator antropometri lainnya perlu dilakukan secara tepat, berkala, dan sesuai dengan standar

pertumbuhan yang berlaku. Hasil pengukuran selanjutnya diinterpretasikan menggunakan kurva atau standar pertumbuhan berdasarkan usia dan jenis kelamin untuk menilai kesesuaian pertumbuhan anak. Pemantauan pertumbuhan tidak hanya berfokus pada satu hasil pengukuran, tetapi juga memperhatikan perubahan dari waktu ke waktu, pola pertumbuhan individu, serta kemungkinan adanya penyimpangan yang memerlukan evaluasi lebih lanjut. Dengan demikian, deteksi dini terhadap gangguan pertumbuhan dapat dilakukan sebelum kondisi berkembang menjadi masalah kesehatan yang lebih serius.

Selain ketepatan pengukuran, keberhasilan pemantauan pertumbuhan anak juga ditentukan oleh keterpaduan berbagai upaya, meliputi pemenuhan kebutuhan gizi, pencegahan dan penanganan penyakit, pengasuhan yang responsif, penerapan pola hidup sehat, serta akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Kolaborasi antara keluarga, tenaga kesehatan, institusi pendidikan, dan masyarakat menjadi faktor penting dalam menciptakan lingkungan yang mendukung pertumbuhan anak. Apabila ditemukan penyimpangan pada pola pertumbuhan, diperlukan penilaian menyeluruh untuk mengidentifikasi penyebab, menentukan intervensi yang sesuai, dan melakukan pemantauan lanjutan secara berkesinambungan.

Dengan demikian, pemahaman tentang pola, pengukuran, dan pemantauan pertumbuhan fisik anak tidak hanya berfungsi sebagai dasar penilaian status pertumbuhan, tetapi juga sebagai upaya promotif dan preventif dalam meningkatkan kualitas ke

Referensi

Balasundaram, P., Avulakunta, I., D. (2023). Human Growth and Development. StatPearls Publishing: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK567767/.

UNICEF, WHO, & World Bank Group. (2025). *Levels and trends in child malnutrition: UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates: Key findings of the 2025 edition*. UNICEF & WHO.

BPS. (2015, November 17). Upah nominal dan riil buruh tani di Indonesia (Rupiah), 2014-2015 (2012=100). http://www.bps.go.id/linkTabelStatis/view/id/1465

Rifai, M. A. (2005). Pegangan gaya penulisan, penyuntingan dan penerbitan: Karya-ilmiah-Indonesia. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press. (Baskerville Old Face, 12 pt, Rata Kanan Kiri, Tegak)

Baxter, J.-A. B. (2025). Rethinking growth monitoring and promotion: Is it time for a new approach? *Advances in Nutrition, 16*(3), 100363. https://doi.org/10.1016/j.advnut.2024.100363

Benjamin-Chung, J., Mertens, A., Colford, J. M., Jr., Hubbard, A. E., van der Laan, M. J., Coyle, J., et al. (2023). Early-childhood linear growth faltering in low- and middle-income countries. *Nature, 621*(7979), 550–557. https://doi.org/10.1038/s41586-023-06418-5

Leroy, J. L., Brander, R. L., Frongillo, E. A., Larson, L. M., Ruel, M. T., & Avula, R. (2025). Perspective: Can growth monitoring and promotion accurately diagnose or screen for inadequate growth of individual children? A critical review of the epidemiological foundations. *Advances in Nutrition*. https://doi.org/10.1016/j.advnut.2025.100367

Ministry of Health of the Republic of Indonesia. (2020). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak*.

Ministry of Health of the Republic of Indonesia. (2025). *Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024 dalam angka*. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan.

Putri, D. A., Suyatno, S., & Fatimah, S. (2024). Posyandu service utilization as a dominant risk factor for under-five faltering growth in the area of Pringsurat Community Health Center. *Amerta Nutrition, 8*(3SP), 248–258. https://doi.org/10.20473/amnt.v8i3SP.2024.248-258

Sekarani, N. A., Herawati, D. M. D., & Rinawan, F. R. (2023). Monitoring obstacles of toddlers growth in Public Health Center Margahayu Raya Bandung City during the COVID-19 pandemic: From cadre perspective. *Althea Medical Journal, 10*(1). https://doi.org/10.15850/amj.v10n1.2677

Taylor, M., Tapkigen, J., Ali, I., Liu, Q., Long, Q., & Nabwera, H. (2023). The impact of growth monitoring and promotion on health indicators in children under five years of age in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), CD014785. https://doi.org/10.1002/14651858.CD014785.pub2

Victora, C. G., Christian, P., Vidaletti, L. P., Gatica-Domínguez, G., Menon, P., & Black, R. E. (2021). Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: Variable progress towards an unfinished agenda. *The Lancet, 397*(10282), 1388–1399. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00394-9

Baxter, J.-A. B. (2025). Rethinking growth monitoring and promotion: Is it time for a new approach? *Advances in Nutrition, 16*(3), Article 100363. https://doi.org/10.1016/j.advnut.2024.100363

Benjamin-Chung, J., Mertens, A., Colford, J. M., Jr., Hubbard, A. E., van der Laan, M. J., Coyle, J., ... Ki Child Growth Consortium. (2023). Early-childhood linear growth faltering in low- and middle-income countries. *Nature, 621*(7979), 550–557. https://doi.org/10.1038/s41586-023-06418-5

Leroy, J. L., Brander, R. L., Frongillo, E. A., Larson, L. M., Ruel, M. T., & Avula, R. (2025). Perspective: Can growth monitoring and promotion accurately diagnose or screen for inadequate growth of individual children? A critical review of the epidemiological foundations. *Advances in Nutrition*. https://doi.org/10.1016/j.advnut.2025.100367

Ministry of Health of the Republic of Indonesia. (2020). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2020 tentang standar antropometri anak* [Minister of Health Regulation Number 2 of 2020 on child anthropometric standards].

Ministry of Health of the Republic of Indonesia. (2023). *Laporan hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2022*[Report of the 2022 Indonesian Nutrition Status Survey]. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan.

Ministry of Health of the Republic of Indonesia. (2025). *Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024 dalam angka*[Indonesian Nutrition Status Survey (SSGI) 2024 in figures]. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan.

Putri, D. A., Suyatno, S., & Fatimah, S. (2024). Posyandu service utilization as a dominant risk factor for under-five faltering growth in the area of Pringsurat Community Health Center. *Amerta Nutrition, 8*(3SP), 248–258. https://doi.org/10.20473/amnt.v8i3SP.2024.248-258

Sekarani, N. A., Herawati, D. M. D., & Rinawan, F. R. (2023). Monitoring obstacles of toddlers growth in Public Health Center Margahayu Raya Bandung City during the COVID-19 pandemic: From cadre perspective. *Althea Medical Journal, 10*(1). https://doi.org/10.15850/amj.v10n1.2677

Taylor, M., Tapkigen, J., Ali, I., Liu, Q., Long, Q., & Nabwera, H. (2023). The impact of growth monitoring and promotion on health indicators in children under five years of

age in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2023*(10), Article CD014785. https://doi.org/10.1002/14651858.CD014785.pub2

ISSN 3063-9638

BAB III
Gizi dan Praktik Pemberian Makan Sesuai Usia Anak

Kartika Wandini, SP.,M.Gizi

A. Kecukupan Gizi Balita dan Praktik Pemberian Makan pada Anak di Indonesia

Seribu hari pertama kehidupan, terhitung sejak masa konsepsi hingga anak berusia dua tahun, merupakan periode emas sekaligus periode kritis yang menentukan kualitas pertumbuhan fisik serta perkembangan kognitif anak sepanjang hidupnya. Terpenuhinya kecukupan gizi balita merupakan salah satu faktor utama dari pondasi dasar kualitas hidup tersebut. Pemenuhan kebutuhan asupan gizi pada anak sangat bergantung pada ketepatan pola asuh makan yang anak terima, mencakup jenis, jumlah, tekstur, waktu makan, responsivitas, termasuk praktik yang dilakukan dalam pemberian makan. Usia anak 6-23 bulan menempati posisi yang unik dalam hal makan. Di satu sisi, anak sedang belajar menerima makanan sehat dan membentuk pola makan jangka panjang, tetapi pada saat yang sama berada pada puncak risiko gagal tumbuh dan kekurangan zat gizi (WHO, 2023). Untuk itu, kualitas MP-ASI bukan sekadar urusan dapur keluarga, melainkan salah satu faktor penting status gizi dan tumbuh kembang anak.

Saat ini, masalah gizi pada anak - yang merupakan implikasi dari masalah ketidakcukupan asupan dan ketidaktepatan pola asuh makan - belum tuntas. Data nasional memperlihatkan prevalensi masalah gizi balita berdasarkan Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) di tahun 2024 yakni, 7.4% wasting, 16.8% underweight, dan 19.8% stunting (KEMENKES, 2025). Meskipun angka stunting menurun dari tahun sebelumnya, namun capaian tersebut bahkan cukup jauh dari target nasional yakni 14% di tahun 2024. Di sisi lain, prevalensi underweight justru meningkat 0.9% dibanding tahun sebelumnya yakni, 15.9% di tahun 2023.

Berbagai kajian menunjukkan bahwa pola pemberian makan oleh ibu—mencakup jenis, jumlah, tekstur, dan jadwal makan yang seharusnya mengikuti tahap perkembangan

anak—merupakan determinan yang secara konsisten berhubungan dengan status gizi balita (Azzahirah et al., 2024). Masalahnya sering kali bukan karena tidak adanya makanan, melainkan ketidaksesuaian antara praktik pemberian makan yang dijalankan keluarga dengan kebutuhan biologis anak yang sesuai dengan usianya, contoh bayi yang belum genap enam bulan diberi makanan padat padahal jelas metabolisme anak belum siap, anak usia MP-ASI yang kurang variasi dan frekuensi makan, atau anak prasekolah yang mengalami kesulitan makan karena pola asuh makan yang tidak responsif.

Dari kondisi tersebut, perlu adanya ketepatan praktik pemberian makan yang disesuaikan secara spesifik dengan tiga tahap usia, yaitu pemberian ASI eksklusif pada usia 0–6 bulan, pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang responsif pada usia 6–23 bulan, dan pembentukan pola makan keluarga yang sehat pada usia 24–59 bulan. Ketiga tahap ini akan dibahas berturut-turut pada subbab berikut.

B. Ketepatan Pemberian ASI Eksklusif dan Inisiasi Menyusu Dini pada Bayi Usia 0–6 Bulan

ASI eksklusif adalah pemberian air susu ibu tanpa tambahan cairan atau makanan lain, termasuk air putih, sejak bayi lahir hingga berusia genap enam bulan. Praktik ini idealnya diawali dengan Inisiasi Menyusu Dini (IMD), yaitu kontak kulit ke kulit dan upaya menyusu pertama dalam satu jam setelah kelahiran. WHO Indonesia (2024) menegaskan bahwa penundaan pemberian ASI setelah lahir dapat berakibat fatal bagi kelangsungan hidup bayi baru lahir, karena kolostrum yang keluar pada jam-jam pertama mengandung antibodi dan faktor kekebalan yang berperan sebagai "imunisasi pertama" bagi bayi.

Namun, kesenjangan antara rekomendasi dan praktik nyata di Indonesia masih cukup lebar. Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 hanya sekitar 27% bayi baru lahir yang menyusu pada jam pertama kehidupannya, 14% mengalami kontak kulit ke kulit setidaknya selama satu jam segera setelah lahir, dan satu dari lima bayi telanjur diberi makanan atau cairan selain ASI dalam tiga hari pertama kehidupan (BKPK, 2023).

Kesenjangan tersebut penting untuk dikoreksi mengingat manfaat menyusui bersifat dose-dependent yakni semakin dini dan semakin eksklusif ASI diberikan, semakin besar perlindungan yang diperoleh bayi terhadap infeksi saluran pernapasan, diare, dan penyakit kronis di kemudian hari. Pernyataan kebijakan American Academy of Pediatrics juga merekomendasikan agar pemberian ASI dilanjutkan hingga anak berusia dua tahun atau lebih, dengan penambahan makanan pendamping yang sesuai usia setelah bulan keenam,

karena ASI tetap menjadi sumber energi dan zat gizi penting sepanjang periode tersebut (Meek dan Noble, 2022). Implikasinya, praktik yang tepat pada tahap ini bukan sekadar "menyusui" secara umum, tetapi menyusui yang dimulai sedini mungkin, dijalankan secara eksklusif selama enam bulan, dan tidak dihentikan begitu MP-ASI diperkenalkan.

C. Prinsip dan Tantangan Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada Anak Usia 6–23 Bulan

Memasuki usia enam bulan, ASI saja tidak lagi mencukupi kebutuhan nutrisi anak, sehingga MP-ASI perlu diperkenalkan tanpa menghentikan pemberian ASI. WHO (2023) menerbitkan pedoman pemberian makanan pendamping bagi anak usia 6–23 bulan yang menekankan bahwa periode ini merupakan masa kritis pembentukan pola makan jangka panjang sekaligus periode puncak risiko terhambatnya pertumbuhan anak. Pedoman tersebut menggarisbawahi beberapa prinsip utama, antara lain: ASI tetap dilanjutkan hingga usia dua tahun atau lebih; MP-ASI diberikan tepat waktu dalam jumlah dan frekuensi yang meningkat sesuai usia dengan tekstur yang disesuaikan kemampuan oromotor anak; keragaman jenis pangan diutamakan agar kebutuhan zat gizi mikro terpenuhi; dan pemberian makan dilakukan secara responsif, yaitu memperhatikan sinyal lapar dan kenyang anak tanpa memaksa atau mengalihkan perhatian dengan gawai maupun televisi saat makan.

Di Indonesia, MP-ASI merupakan salah satu dari empat komponen Standar Emas Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA), bersama inisiasi menyusu dini, menyusui eksklusif selama 0–6 bulan, dan melanjutkan menyusui hingga usia dua tahun atau lebih (Kemenkes RI, 2021). *Buku Saku Pemberian Makan Bayi dan Anak untuk Kader* menggambarkan MP-ASI sebagai makanan dan cairan lain yang diberikan mulai usia 6 bulan ketika ASI saja tidak lagi mencukupi, diolah dari bahan lokal yang tersedia di rumah, dan dibuat dari menu keluarga, sementara pemberian ASI tetap dilanjutkan (Kemenkes RI, 2021). Buku saku tersebut menyebut tujuh hal yang perlu diperhatikan, yaitu usia, frekuensi, jumlah, tekstur, variasi bahan makanan, cara pemberian yang responsif, dan kebersihan (Kemenkes RI, 2021).

Tabel 1. Anjuran frekuensi, jumlah, dan tekstur MP-ASI menurut kelompok usia

Usia	Makan utama	Jumlah per kali makan	Selingan	Tekstur
6–8 bulan	2–3 kali sehari	2–3 sendok makan, bertahap hingga ½ mangkuk (125 ml)	1–2 kali sehari	Lumat (dihaluskan dan disaring), kental
9–11 bulan	3–4 kali sehari	½ mangkuk (125 ml), bertahap hingga ¾ mangkuk (200 ml)	1–2 kali sehari	Lembik (dicincang atau dicacah halus)
12–23 bulan	3–4 kali sehari	¾ mangkuk (200 ml), bertahap hingga 1 mangkuk (250 ml)	1–2 kali sehari	Makanan keluarga (diiris atau dipotong)

Sumber : KEMENKES RI 2021

Tabel 1. merangkum anjuran frekuensi, jumlah, dan tekstur menurut kelompok usia. Buku saku yang sama menekankan agar protein hewani diutamakan dan agar lemak seperti minyak, santan, atau margarin ditambahkan saat pengolahan untuk meningkatkan kandungan energi MP-ASI (Kemenkes RI, 2021). Pada aspek pemberian makan responsif, lama makan sebaiknya sekitar 30 menit dan dapat diperpanjang hingga 45–50 menit bila anak belum mau makan. Pengasuh dianjurkan menciptakan suasana yang menyenangkan, bila perlu dengan makan bersama keluarga pada jadwal yang teratur, serta menghindari memaksa atau mengancam anak, menghindari televisi, media elektronik, atau mainan selama makan, dan menghindari memberi minum terlalu banyak sebelum dan saat makan (Kemenkes RI, 2021).

Kemenkes juga merumuskan empat syarat dalam *Petunjuk Teknis Pemantauan Praktik MP-ASI Anak Usia 6–23 bulan yakni,* tepat waktu, adekuat, aman, dan diberikan dengan cara yang benar. Tepat waktu berarti MP-ASI dimulai pada usia 6 bulan, karena pada usia tersebut terdapat kesenjangan antara kebutuhan energi bayi dan energi yang dapat dipenuhi ASI saja. Pemberian yang terlalu dini meningkatkan risiko kontaminasi patogen, sedangkan pemberian yang terlambat membuat bayi tidak memperoleh zat gizi yang dibutuhkan untuk tumbuh kembang. Adekuat berarti MP-ASI memenuhi kecukupan energi, protein, dan mikronutrien dengan mempertimbangkan usia, jumlah, frekuensi, tekstur, dan keragaman makanan. Aman berarti MP-ASI disiapkan dan disimpan secara higienis. Adapun cara pemberian yang benar mencakup jadwal makan yang teratur, lingkungan yang mendukung, dan prosedur makan yang tepat.

Kemenkes secara khusus mengingatkan agar anak tidak dipaksa makan, meskipun hanya menerima satu atau dua suap, dan agar pengasuh memperhatikan tanda lapar dan kenyang. Kemenkes juga mensyaratkan keragaman minimal 5 dari 8 kelompok makanan serta kandungan telur, ikan, dan/atau daging dalam MP-ASI, karena konsumsi protein hewani berkaitan dengan penurunan risiko stunting (Kemenkes RI, 2024a). Untuk gula dan garam, mengacu pada Pedoman Pemberian Makan Bayi dan Anak, penggunaan keduanya dalam MP-ASI harus dibatasi. Pemberian gula tambahan di bawah 5% total kalori untuk anak di bawah dua tahun, dan kebutuhan garam anak usia 6–23 bulan kurang dari 1 gram per hari yang sesungguhnya dapat dipenuhi dari natrium yang terkandung dalam dalam bahan pangan segar (Kemenkes RI, 2024b).

Gambar 1. Kesinambungan Praktik Pemberian Makan Sesuai Tahap Usia Anak



Kesinambungan praktik pemberian makan sesuai usia anak (0–59 bulan)

Sebagaimana tergambar pada Gambar 1., MP-ASI bukan tahap yang berdiri sendiri, melainkan jembatan yang menghubungkan periode ASI eksklusif dengan pola makan keluarga di usia selanjutnya. Kegagalan pada fase ini, baik karena keterlambatan pemberian, kurangnya keragaman pangan, maupun pola asuh makan yang memaksa berisiko membawa dampak yang terbawa hingga anak memasuki usia prasekolah.

D. Pola Makan dan Perilaku Makan Anak Usia 2–5 Tahun: Picky Eating dan Pemberian Makan yang Responsif

Usia 2–5 tahun merupakan periode ketika kebiasaan makan anak mulai terbentuk dan cenderung menetap. Pada fase ini anak beralih dari ketergantungan penuh pada pengasuh menuju kemandirian makan, sekaligus mengembangkan preferensi rasa, tekstur, dan jenis makanan yang kelak memengaruhi kualitas diet jangka panjang. Namun, periode yang sama juga dikenal sebagai masa puncak munculnya perilaku memilih-milih makanan (picky eating), yang sering menjadi sumber kecemasan orang tua dan pengasuh.

Perilaku makan anak usia prasekolah dibentuk oleh interaksi antara faktor anak (temperamen, sensitivitas sensorik, regulasi lapar-kenyang), faktor pengasuh (praktik dan

keyakinan pemberian makan), serta lingkungan makan (rutinitas, ketersediaan makanan, dan suasana makan). Kajian sintesis kualitatif menunjukkan bahwa pengalaman keluarga menghadapi perilaku makan yang sulit dipengaruhi oleh karakteristik anak, keyakinan orang tua tentang pemberian makan, praktik pemberian makan, serta emosi yang muncul saat waktu makan (Wolstenholme et al., 2020).

Pada rentang usia ini, penolakan terhadap makanan tertentu, preferensi terhadap sejumlah kecil makanan, dan keengganan mencoba makanan baru merupakan fenomena yang lazim. Sebuah tinjauan naratif melaporkan bahwa estimasi prevalensi picky eating sangat bervariasi, yakni sekitar 13–50%, dengan insidensi puncak pada usia dua hingga enam tahun (Pjetraj et al., 2025). Belum ada definisi tunggal yang disepakati secara universal mengenai picky eating, demikian pula alat ukur baku untuk mengidentifikasinya (Taylor & Emmett, 2019). Istilah ini berdekatan dengan fussy eating, food selectivity, dan neofobia makanan (keengganan mencoba makanan baru). Picky eating umumnya dipahami sebagai spektrum perilaku yang mencakup keengganan makan makanan tertentu, preferensi terhadap diet yang sempit, serta aversi terhadap rasa atau tekstur yang tidak dikenal (Pjetraj et al., 2025).

Faktor risiko picky eating bersifat multidimensi. Tinjauan sistematik terhadap 142 artikel menyimpulkan bahwa neofobia dan pickiness pada masa kanak-kanak dipengaruhi oleh karakteristik biologis, sosial, dan lingkungan, serta tingkat pendidikan dan keterampilan keluarga (del Campo et al., 2025). Dari sisi praktik pengasuhan, Taylor dan Emmett (2019) merangkum bahwa penyebab picky eating mencakup kesulitan makan sejak dini, pengenalan makanan bertekstur kasar yang terlambat saat penyapihan, tekanan untuk makan, serta kecenderungan memilih makanan sejak dini, terutama bila ibu merasa cemas. Sebaliknya, faktor protektif meliputi penyediaan makanan segar dan kebiasaan makan menu yang sama dengan anak. Temuan dari studi longitudinal ALSPAC juga mengindikasikan bahwa picky eating yang sudah muncul pada usia 24 bulan cenderung lebih persisten dibandingkan yang baru muncul kemudian (Taylor & Emmett, 2019).

Unsur penting pemberian makan responsif meliputi pembentukan rutinitas makan (tempat dan waktu yang konsisten), keteladanan perilaku makan sehat, dan memastikan anak duduk saat makan. Berbicara mengenai pemberian makan pada anak merupakan hubungan bersifat dua arah dimana praktik pemberian makan orang tua memengaruhi perilaku makan anak, tetapi perilaku makan anak juga memengaruhi praktik yang dipilih

orang tua. Praktik nonresponsif, seperti tekanan untuk makan, perlu dihindari, sedangkan praktik yang bersifat struktural tampak memberikan efek protektif (Mallan & Miller, 2019).

Suasana makan memiliki peran penting untuk membangun pengalaman sosial yang positif di sekitar waktu makan. Paparan berulang (repeated exposure) adalah strategi dengan dukungan bukti paling konsisten. Meta-analisis pada anak prasekolah usia 2–5 tahun menunjukkan bahwa intervensi dengan paparan rasa berulang memiliki efek gabungan yang lebih baik, asupan meningkat seiring jumlah paparan, asupan lebih besar ketika sayuran disajikan dalam bentuk polos dibandingkan dipasangkan dengan rasa, saus cocol, atau tambahan energi, dan sayuran yang belum dikenal atau tidak disukai menunjukkan peningkatan yang lebih besar dibandingkan yang sudah dikenal (Nekitsing et al., 2018).

Paparan berulang dilakukan tanpa paksaan yakni makanan ditawarkan secara berulang, anak boleh menolak, dan tidak ada tekanan atau hukuman. Penggunaan imbalan, bila dipertimbangkan, sebaiknya bersifat nonmakanan dan tidak menekan. Taylor dan Emmett (2019) merangkum bahwa strategi untuk mencegah atau mengurangi picky eating mencakup paparan berulang pada makanan yang belum dikenal, keteladanan orang tua dalam mengonsumsi buah, sayur, dan makanan baru, serta penciptaan pengalaman sosial yang positif saat makan.

E. Penutup

Praktik pemberian makan yang tepat sesuai usia merupakan salah satu determinan gizi anak yang paling dapat diintervensi, namun paling sering luput dari perhatian dibandingkan isu ketersediaan pangan dan asupan. Pada usia 0–6 bulan, celah antara rekomendasi dan praktik IMD serta ASI eksklusif masih lebar di Indonesia. Pada usia 6–23 bulan, penerapan prinsip MP-ASI yang tepat waktu, adekuat, beragam, dan responsif terkendala oleh faktor struktural keluarga, terutama pada kelompok rentan secara ekonomi. Pada usia 2–5 tahun, pola asuh makan yang kurang responsif berkontribusi terhadap perilaku picky eating dan status gizi yang tidak optimal.

Picky eating pada anak usia 2–5 tahun merupakan fenomena yang umum, multifaktorial, dan pada sebagian besar anak bersifat sementara, tetapi definisi dan pengukurannya masih beragam sehingga estimasi prevalensinya sangat bervariasi. Strategi seperti paparan berulang, keteladanan, dan penciptaan suasana makan yang positif

memiliki dukungan bukti yang relatif kuat, sedangkan tekanan untuk makan sebaiknya dihindari.

Untuk itu diperlukan pendekatan dengan membekali ibu dan pengasuh dengan keterampilan pemberian makan yang responsif di setiap tahap usia anak. Peluangnya terletak pada perluasan konseling menyusui dan MP-ASI dan ASI eksklusif di layanan primer agar capaian menyusui dini tidak lagi tertinggal jauh dari target ideal, integrasi edukasi MP-ASI responsif —bukan sekadar resep menu— ke dalam layanan Posyandu dan kunjungan rumah oleh kader kesehatan, serta pengembangan modul pola asuh makan bagi orang tua anak usia 2–5 tahun yang secara khusus menyasar pengurangan tekanan saat makan dan penguatan variasi pangan keluarga. Sementara tantangannya adalah menjangkau keluarga dengan keterbatasan waktu dan sumber daya, sebagaimana yang terjadi pada kelompok ibu bekerja.

Referensi

Azzahirah, M. N., Ningrum, D., & Rahmat, D. Y. (2024). Pola pemberian makan oleh ibu pada anak balita stunting usia 12–59 bulan. Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan, 16(1), 20–32. https://doi.org/10.26751/jikk.v16i1.2633

del Campo, C., Bouzas, C., & Tur, J. A. (2025). Risk factors and consequences of food neophobia and pickiness in children and adolescents: A systematic review. *Foods, 14*(1), 69. https://doi.org/10.3390/foods14010069

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Buku Saku Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) untuk Kader. Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat.

Kemenkes BKPK. (2023). Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 Dalam Angka. Kementrian Kesehatan Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024a, 19 Desember). Pemberian MPASI harus penuhi 4 syarat ini. https://kemkes.go.id/id/pemberian-mpasi-harus-penuhi-4-syarat-ini

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024b, 19 Desember). Batasi gula dan garam untuk MPASI. https://kemkes.go.id/id/batasi-gula-dan-garam-untuk-mpasi

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024 dalam Angka. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan.

Meek, J. Y., Noble, L., & Section on Breastfeeding. (2022). Policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics, 150(1), e2022057988. https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988

Mallan, K. M., & Miller, N. (2019). Effect of parental feeding practices (i.e., responsive feeding) on children's eating behavior. *Nestlé Nutrition Institute Workshop Series, 91*, 21–30. https://doi.org/10.1159/000493675

Nekitsing, C., Blundell-Birtill, P., Cockroft, J. E., & Hetherington, M. M. (2018). Systematic review and meta-analysis of strategies to increase vegetable consumption in preschool children aged 2–5 years. *Appetite, 127*, 138–154. https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.04.019

Pjetraj, D., Pjetraj, A., Sayed, D., Severini, M., Falcioni, L., Svarca, L. E., Gatti, S., & Lionetti, M. E. (2025). Decoding picky eating in children: A temporary phase or a hidden health concern? *Nutrients, 17*(24), 3884. https://doi.org/10.3390/nu17243884

Taylor, C. M., & Emmett, P. M. (2019). Picky eating in children: Causes and consequences. *Proceedings of the Nutrition Society, 78*(2), 161–169. https://doi.org/10.1017/S0029665118002586

Wolstenholme, H., Kelly, C., Hennessy, M., & Heary, C. (2020). Childhood fussy/picky eating behaviours: A systematic review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 17*, 2. https://doi.org/10.1186/s12966-019-0899-x

World Health Organization. (2023). WHO guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age. https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864

World Health Organization Indonesia. (2024, 1 Agustus). Ibu membutuhkan lebih banyak dukungan menyusui pada periode kritis bayi baru lahir. https://www.who.int/indonesia/id/news/detail/01-08-2024-mothers-need-more-breastfeeding-support-during-critical-newborn-period

ISSN 3063-9638

BAB IV
Promosi Kesehatan Anak di Keluarga, Sekolah, dan Masyarakat

Ns. Kustiningsih., M.Kep., Sp.Kep., An

Promosi kesehatan merupakan upaya pemberdayaan individu, keluarga dan masyarakat dalam meningkatkan kemauan, kemampuan, kesadaran untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan. Dalam promosi kesehatan anak, upaya ini tidak cukup dipahami sebagai kegiatan memberikan informasi kesehatan kepada anak, melainkan fokus dalam perubahan perilaku kesehatan, penciptaan lingkungan fisik dan sosial serta kebijakan yang memihak dan mendukung kesehatan anak.

Anak tumbuh dalam lingkungan yang saling berhubungan. Keluarga membentuk kebiasaan sehari-hari, sekolah menyediakan ruang belajar dan interaksi sosial, sedangkan masyarakat menentukan pilihan apakah perilaku sehat mudah dilakukan, didukung, dan dipertahankan. Karena itu, promosi kesehatan anak perlu bergerak dari pendekatan yang berpusat pada individu menuju pendekatan ekologis yang memperhatikan hubungan antara anak, keluarga, sekolah, layanan kesehatan, dan komunitas.

A. Anak dalam Ekosistem Promosi Kesehatan

Kesehatan anak terbentuk dari hasil interaksi multifaktorial sistem meliputi, faktor biologis, psikologis, perilaku, sosial, ekonomi, budaya, dan lingkungan. Anak tidak memiliki kebebasan penuh untuk menentukan menu makanan yang tersedia di rumah, keamanan lingkungan bermain yang bebas bullying, kualitas informasi kesehatan yang diterima, maupun akses terhadap pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, perilaku kesehatan anak tidak otomatis mutlak menjadi tanggung jawab anak sepenuhnya. Promosi kesehatan hendaknya memperkuat kapasitas anak sekaligus memperbaiki lingkungan tempat anak hidup, belajar, bermain, dan berinteraksi.

WHO dan UNICEF menempatkan kesehatan dan kesejahteraan anak sebagai hasil dari dukungan yang berlangsung secara berkesinambungan dari orang tua, keluarga, komunitas, institusi sekitar anak, dan lingkungan yang memungkinkan anak berkembang.

Pedoman WHO tahun 2024 mengenai kunjungan well-care anak dan remaja menegaskan bahwa anak membutuhkan lingkungan yang aman dan suportif, hubungan yang responsif, kesempatan belajar, konektivitas sosial, serta dukungan terhadap otonomi sesuai tahap perkembangannya (World Health Organization [WHO], 2024). Setidaknya ada empat pilar aktivitas klinis dan promotif yang harus diperhatikan dalam setiap kunjungan well care pada anak. Aktivitas ini meliputi: Promosi Kesehatan (Health Promotion): Memberikan dukungan terhadap hal baik yang sudah dilakukan keluarga serta edukasi gizi seimbang, aktivitas fisik, dan pengasuhan yang responsif. Pencegahan Penyakit (Disease Prevention): Termasuk di dalamnya adalah pemberian imunisasi rutin serta pencegahan primer dan sekunder lainnya. Deteksi Masalah (Problem Identification): Melakukan pemeriksaan fisik, pemantauan pertumbuhan (seperti skrining obesitas), pemantauan perkembangan kognitif, motorik, emosional, sosial, serta pemeriksaan lingkungan. Bimbingan Antisipatif (Anticipatory Guidance): Memberikan nasihat dan konseling tepat waktu kepada orang tua maupun remaja mengenai tantangan kesehatan dan psikologis yang akan mereka hadapi di fase perkembangan berikutnya (World Health Organization [WHO], 2024). Perspektif tersebut menggeser orientasi pelayanan dari sekadar menemukan penyakit menuju pemeliharaan kesehatan, pencegahan masalah, dan penguatan kapasitas anak serta keluarga.

Dalam konteks Indonesia, kebutuhan tersebut menjadi semakin kompleks karena masalah kesehatan anak berlangsung secara bersamaan. Masalah kekurangan gizi belum sepenuhnya selesai, sementara kelebihan berat badan/obesitas, pola makan tidak sehat, kurang aktivitas fisik, masalah kesehatan mental, penggunaan tembakau dan rokok elektronik, serta berbagai risiko cedera juga perlu ditangani. Data dan laporan UNICEF Indonesia menunjukkan bahwa lingkungan sekolah merupakan salah satu ruang strategis untuk membentuk pilihan makanan, aktivitas fisik, dan perilaku kesehatan anak. Penilaian terhadap 268 sekolah dasar di berbagai wilayah Indonesia menemukan masih adanya keterbatasan pilihan pangan sehat, edukasi gizi, dan fasilitas aktivitas fisik (UNICEF Indonesia, 2025a).

Kondisi tersebut menunjukkan bahwa promosi kesehatan anak tidak seharusnya berbentuk program yang berdiri sendiri. Pendidikan gizi di sekolah, misalnya, akan lebih berpeluang menghasilkan perubahan apabila pesan yang diterima anak konsisten dengan makanan yang tersedia di kantin sekolah dan di rumah. Demikian pula edukasi aktivitas fisik akan sulit dipertahankan apabila lingkungan sekitar anak tidak aman untuk bermain

dan rentan perilaku bullying. Pendekatan ini memungkinkan tenaga kesehatan dan pendidik melihat keterkaitan tersebut dan merancang intervensi yang tidak berhenti pada peningkatan pengetahuan, melainkan menjadi satu kesatuan aksi yang terintegrasi menjadi strategi promosi kesehatan yang dapat dilaksanakan secara kolaboratif oleh keluarga, tenaga kesehatan, pendidik, pemerintah lokal, dan komunitas/lingkungan sebagai satu ekosistem yang utuh, bukan program yang terpisah.

B. Keluarga sebagai Lingkungan Utama Pembentukan Kesehatan Anak

Keluarga merupakan lingkungan pertama tempat anak belajar mengenali tubuh, kebersihan, makanan, aktivitas, istirahat, emosi, keselamatan, dan cara mencari pertolongan ketika sakit. Pengaruh keluarga tidak hanya berlangsung melalui nasihat verbal, tetapi terutama melalui contoh perilaku, pola pengasuhan, struktur kegiatan harian, aturan rumah, serta ketersediaan sumber daya. Dalam keperawatan anak, pemahaman ini sejalan dengan pendekatan family-centered care yang menempatkan keluarga sebagai mitra dalam mempertahankan kesehatan dan memenuhi kebutuhan anak (Hockenberry et al., 2023).

Orang tua berperan sebagai role model perilaku. Anak lebih mudah menginternalisasi kebiasaan ketika orang dewasa di sekitarnya melakukan perilaku yang sama secara konsisten. Orang tua yang membiasakan sarapan, mengonsumsi sayur dan buah, melakukan aktivitas fisik, menjaga kebersihan tangan dan gigi, membatasi paparan rokok, serta mengatur waktu tidur sedang memberikan pendidikan kesehatan melalui praktik sehari-hari. Karena itu, intervensi promosi kesehatan yang hanya menargetkan anak tanpa melibatkan orang tua berisiko kehilangan keberlanjutan ketika anak kembali ke rumah.

Bukti dari systematic review dan meta-analysis Kurtzhals et al. (2024) menunjukkan bahwa intervensi berbasis keluarga dapat memengaruhi sejumlah faktor risiko pada tingkat anak, termasuk indeks massa tubuh, persentase lemak tubuh, aktivitas harian, self-efficacy aktivitas fisik, konsumsi makanan ringan, dan minuman berpemanis. Temuan tersebut penting karena memperlihatkan bahwa keluarga bukan sekadar tempat penyampaian pesan kesehatan, tetapi merupakan sasaran perubahan lingkungan dan perilaku yang dapat memengaruhi outcome kesehatan anak.

Promosi kesehatan berbasis keluarga sebaiknya disesuaikan dengan usia dan tahap perkembangan anak. Pada masa bayi dan toddler, fokus dapat diarahkan pada nutrisi, imunisasi, stimulasi perkembangan, keamanan rumah, higiene, tidur, dan pembentukan

attachment, terbentuknya bonding dan ikatan batin. Pada usia prasekolah, pembelajaran dapat menggunakan bermain, rutinitas, pembiasaan cuci tangan, kebersihan gigi, pengenalan makanan sehat, aktivitas fisik, serta pengenalan emosi. Pada usia sekolah, anak mulai dilibatkan dalam pengambilan keputusan sederhana mengenai pilihan makanan, aktivitas, dan keselamatan. Pada remaja, pendekatan perlu bergeser ke dialog, negosiasi, penguatan autonomy, literasi kesehatan, kesehatan mental, kesehatan reproduksi, pencegahan penggunaan zat, dan keterampilan mengambil keputusan.

Komunikasi keluarga juga merupakan komponen penting. Komunikasi kesehatan yang terlalu menakut-nakuti dapat menimbulkan resistensi, sedangkan komunikasi yang terlalu mengontrol dapat menghambat kemandirian anak. Pendekatan yang lebih konstruktif adalah menggunakan pertanyaan terbuka, mendengarkan perspektif anak, memberikan pilihan yang realistis, menetapkan batas yang konsisten, dan menjelaskan alasan di balik aturan kesehatan. Pada remaja, ruang privat dan penghargaan terhadap kerahasiaan perlu diperhatikan sesuai konteks pelayanan kesehatan.

Literasi kesehatan keluarga menjadi semakin penting dalam lingkungan digital. Orang tua dan anak terpapar informasi kesehatan dalam jumlah besar melalui media sosial, browsing internet, video pendek, dan aplikasi. Promosi kesehatan karena itu perlu mencakup kemampuan mengenali sumber yang kredibel, memeriksa tanggal dan penulis informasi, membedakan pengalaman pribadi dari bukti ilmiah, serta mengetahui kapan harus berkonsultasi dengan tenaga kesehatan. WHO (2024) menempatkan dukungan keluarga dan akses terhadap pelayanan yang terjadwal sebagai bagian penting dalam pemeliharaan kesehatan anak dan remaja.

Dalam praktik keperawatan, asesmen keluarga dapat mencakup struktur keluarga, pola makan, aktivitas fisik, tidur, penggunaan gagdet, kebiasaan merokok di rumah, kebersihan, keselamatan, imunisasi, kesehatan gigi, kesehatan mental, penggunaan layanan kesehatan, serta hambatan sosial ekonomi. Hasil asesmen tersebut menjadi dasar untuk menentukan prioritas tindakan. Prinsipnya bukan memberikan daftar panjang instruksi, tetapi memilih perubahan yang paling penting, realistis dilaksanakan, terukur, dan dapat dipertahankan.

Promosi kesehatan keluarga juga harus menghindari pendekatan yang menyalahkan orang tua. Keluarga mungkin menghadapi keterbatasan pendapatan, waktu kerja, akses pangan sehat, ruang bermain, transportasi, pengetahuan, atau dukungan sosial. Oleh karena itu, edukasi harus disertai pemberdayaan dan rujukan terhadap sumber daya yang tersedia

dalam keluarga dan komunitas. Tenaga kesehatan perlu membantu keluarga menemukan pilihan sehat yang sesuai dengan kondisi mereka, bukan memaksakan standar perilaku yang sulit diterapkan.

C. Sekolah sebagai Ruang Strategis Promosi Kesehatan

Sekolah memiliki posisi unik karena menjangkau anak secara rutin dalam periode perkembangan yang panjang. Selain menjadi tempat memperoleh pengetahuan, sekolah merupakan lingkungan sosial yang membentuk norma, kebiasaan, rasa aman, hubungan teman sebaya, aktivitas fisik, pilihan makanan, dan kesehatan mental. WHO dan UNESCO melalui kerangka Health-Promoting Schools menekankan bahwa sekolah yang sehat bukan hanya sekolah yang memiliki kegiatan penyuluhan, tetapi sekolah yang memasukkan kesehatan dan kesejahteraan ke dalam kebijakan, kepemimpinan, kurikulum, lingkungan sosial dan fisik, kemitraan, serta layanan kesehatan (WHO & UNESCO, 2021).

Pada tahun 2026, WHO menerbitkan implementation guidance baru untuk school health services yang menegaskan sekolah sebagai platform penting untuk memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan anak dan remaja. Pedoman tersebut mendorong pendekatan whole-school dengan perhatian pada kepemimpinan, kebijakan, akses layanan, tenaga pelaksana, kualitas, serta sebelas area prioritas implementasi (WHO, 2026). Dengan demikian, sekolah sehat harus dipandang sebagai sistem, bukan sekadar lokasi untuk melakukan pemeriksaan kesehatan.

Dalam konteks Indonesia, prinsip ini dapat dihubungkan dengan penguatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). UKS memiliki peluang besar untuk menjadi jembatan antara pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan sekolah. Namun, keberhasilan UKS tidak hanya ditentukan oleh keberadaan program atau struktur organisasi. Kualitas pelaksanaan membutuhkan kepemimpinan sekolah, keterlibatan guru, tenaga kesehatan, peserta didik, orang tua, serta dukungan lintas sektor. Penelitian mengenai peran guru PJOK dalam program kesehatan sekolah dasar di Indonesia juga memperlihatkan pentingnya peran guru dalam mendukung kegiatan UKS (Sadewa et al., 2024).

Komponen promosi kesehatan di sekolah dapat meliputi pendidikan gizi, aktivitas fisik, higiene dan sanitasi, kesehatan gigi dan mulut, imunisasi dan pencegahan penyakit menular, keselamatan dan pencegahan cedera, kesehatan mental, kesehatan reproduksi

sesuai usia, pencegahan perundungan, pencegahan penggunaan tembakau dan zat adiktif, serta literasi kesehatan digital. Pemilihan topik sebaiknya berdasarkan kebutuhan sekolah dan data lokal, bukan semata-mata mengikuti tren.

Bukti penelitian terbaru mendukung penggunaan pendekatan sekolah yang lebih komprehensif. Nikooyeh et al. (2025), melalui meta-analysis terhadap 61 studi, menemukan bahwa intervensi berbasis sekolah yang menggabungkan komponen perilaku, nutrisi, dan aktivitas fisik dapat menurunkan BMI dan BMI z-score. Guo et al. (2025) juga menemukan bahwa intervensi perilaku berbasis sekolah meningkatkan aktivitas fisik intensitas sedang pada anak dan remaja. Temuan ini menunjukkan bahwa promosi kesehatan sekolah perlu dirancang sebagai kombinasi strategi, bukan hanya penyampaian pengetahuan.

Untuk kesehatan mental, whole-school approach menjadi semakin relevan. Systematic review dan meta-analysis Lekamge et al. (2025) menempatkan intervensi whole-school dalam kerangka Health-Promoting Schools sebagai strategi yang menjanjikan untuk promosi kesehatan mental dan pencegahan perilaku berisiko pada remaja. Namun, hasil penelitian tidak selalu ditafsirkan sebagai bukti bahwa semua program sekolah otomatis efektif. Desain intervensi, kualitas implementasi, keterlibatan stakeholder, konteks sekolah, dan keberlanjutan program sangat menentukan hasil.

Pendidikan kesehatan di sekolah juga harus bersifat aktif. Dapari et al. (2025) dalam systematic review mengenai pendidikan pencegahan dengue menunjukkan pentingnya intervensi pendidikan berbasis sekolah untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik pencegahan. Dari perspektif pedagogis, pesan kesehatan akan lebih bermakna apabila anak berkesempatan melakukan, mendemonstrasikan, berdiskusi, memecahkan masalah, dan memperoleh umpan balik. Metode dapat berupa simulasi, permainan edukatif, peer education, proyek kelas, audit lingkungan, demonstrasi, role play, dan aktivitas berbasis masalah.

Perawat sekolah atau tenaga kesehatan yang terhubung dengan sekolah mempunyai fungsi yang lebih luas daripada menangani anak yang sakit. Systematic review Kühne dan Mugo (2025) mengidentifikasi berbagai aktivitas perawat sekolah yang berkaitan dengan promosi kesehatan dan pencegahan primer. Peran tersebut mencakup edukasi, konseling, skrining, koordinasi, pemberdayaan, dan keterhubungan dengan layanan lain. Dalam konteks Indonesia, penguatan jejaring puskesmas dan sekolah dapat membantu

memastikan bahwa kegiatan UKS tidak berhenti pada administrasi, tetapi menghasilkan tindak lanjut yang jelas.

Lingkungan fisik sekolah juga merupakan media promosi kesehatan. Kantin, toilet, tempat cuci tangan, ventilasi, ruang terbuka, lapangan, tempat duduk, keamanan lalu lintas di sekitar sekolah, dan kebijakan penjualan makanan dapat memengaruhi perilaku anak. UNICEF Indonesia (2025a) menemukan bahwa lingkungan pangan sekolah di sejumlah wilayah Indonesia masih menghadapi keterbatasan pilihan makanan sehat dan perlindungan dari pemasaran produk tidak sehat. Oleh sebab itu, pendidikan gizi akan kurang efektif apabila lingkungan sekolah secara konsisten mendorong pilihan yang berlawanan.

Tabel 1. Strategi Promosi Kesehatan Anak Berbasis Lingkungan

Lingkungan	Prioritas	Strategi utama	Indikator yang dapat dipantau
Keluarga	Pola hidup sehat dan pengasuhan	Teladan orang tua, aturan di rumah, komunikasi, literasi kesehatan, pemantauan tumbuh kembang	Perubahan kebiasaan, kepatuhan imunisasi, pola makan, tidur, aktivitas fisik
Sekolah	Lingkungan belajar yang sehat dan aman	Kurikulum, UKS, kantin sehat, aktivitas fisik, kesehatan mental, pencegahan *bullying*	Cakupan kegiatan, perubahan perilaku, kualitas lingkungan, rujukan dan tindak lanjut
Masyarakat	Lingkungan pendukung dan akses layanan	Posyandu, puskesmas, kader kesehatan, organisasi masyarakat, ruang bermain, kampanye dan kebijakan lokal	Cakupan layanan, partisipasi masyarakat, akses, keberlanjutan program
Lintas sektor	Kesinambungan dan pemerataan	Kemitraan keluarga-sekolah-puskesmas-pemerintah-komunitas, berbagi data dan evaluasi	Kejelasan peran, koordinasi, keterjangkauan, outcome kesehatan

Sumber: Disusun penulis berdasarkan WHO (2024, 2026), WHO & UNESCO (2021).

D. Masyarakat sebagai Lingkungan Pendukung Kesehatan Anak

Masyarakat merupakan lingkungan yang lebih luas tempat keluarga dan sekolah beroperasi. Ketersediaan puskesmas, posyandu, ruang bermain, transportasi, sanitasi, air bersih, keamanan jalan, makanan yang tersedia di sekitar sekolah, norma sosial, dan kegiatan komunitas dapat mempermudah atau menghambat perilaku sehat. Karena faktor tersebut berada di luar kendali satu keluarga, promosi kesehatan anak membutuhkan pendekatan berbasis komunitas dan kebijakan.

Keterlibatan masyarakat tidak berarti sekadar mengundang warga untuk menghadiri penyuluhan. Community engagement yang bermakna memberikan ruang kepada masyarakat untuk mengidentifikasi masalah, menentukan prioritas, merancang solusi, melaksanakan kegiatan, dan menilai hasil. Rapid systematic review Clark et al. (2024) menunjukkan bahwa pendekatan yang menggerakkan komunitas melalui mekanisme pemberdayaan dan dukungan sumber daya dapat memperkuat kegiatan promosi kesehatan. Pelajaran pentingnya adalah bahwa program lebih berpeluang sesuai konteks ketika masyarakat diposisikan sebagai co-producer, bukan hanya penerima intervensi.

Dalam konteks anak, aktor komunitas dapat meliputi kader kesehatan, kader posyandu, petugas puskesmas, guru, tokoh masyarakat, organisasi keagamaan, organisasi pemuda, pengelola tempat bermain, pedagang makanan, pemerintah desa atau kelurahan, serta kelompok orang tua. Masing-masing memiliki pengaruh berbeda. Kader dapat memperkuat deteksi dini dan edukasi; puskesmas menyediakan pelayanan dan rujukan; sekolah mengorganisasi pembelajaran; pemerintah lokal menciptakan regulasi dan infrastruktur; sedangkan komunitas dapat menciptakan norma sosial yang mendukung perilaku sehat.

Hubungan antara komunitas dan fasilitas kesehatan juga penting bagi anak yang membutuhkan pelayanan berkelanjutan. Iuliano et al. (2024) dalam systematic review tentang hubungan komunitas dan fasilitas kesehatan di setting dengan sumber daya terbatas menunjukkan pentingnya keterhubungan antaraktor dalam memperbaiki kesehatan anak. Bagi Indonesia, prinsip tersebut relevan untuk memperkuat kesinambungan antara kegiatan promotif-preventif di masyarakat dengan pelayanan di puskesmas dan fasilitas rujukan.

Masyarakat juga berperan dalam membentuk lingkungan pangan dan aktivitas fisik. Anak dapat memperoleh makanan dari rumah, sekolah, pedagang keliling, pusat

perbelanjaan, dan platform digital. Demikian pula aktivitas fisik dipengaruhi oleh ketersediaan ruang terbuka yang aman. Karena itu, promosi kesehatan tidak cukup mengajarkan anak memilih makanan sehat; lingkungan harus memberikan pilihan tersebut dengan harga dan akses yang masuk akal. Pendekatan ini sejalan dengan prinsip health promotion yang menekankan pentingnya menciptakan lingkungan yang mendukung pilihan sehat.

Pada tingkat komunitas, komunikasi kesehatan perlu sensitif terhadap budaya. Pesan yang baik secara ilmiah dapat gagal apabila tidak sesuai dengan bahasa, nilai, kebiasaan makan, struktur keluarga, atau keyakinan lokal. Tenaga kesehatan perlu menggunakan pendekatan partisipatif untuk memahami bagaimana masyarakat mendefinisikan sehat, sakit, tumbuh kembang, makanan yang baik, serta sumber pertolongan ketika anak mengalami masalah kesehatan. Adaptasi budaya tidak berarti mengurangi standar ilmiah, tetapi memilih cara penyampaian dan implementasi yang dapat diterima.

Pendekatan berbasis komunitas juga harus mempertimbangkan pemerataan. Anak dari keluarga dengan sumber daya terbatas dapat menghadapi hambatan yang berbeda dibandingkan anak dari keluarga yang lebih mampu. Oleh karena itu, indikator keberhasilan program sebaiknya tidak hanya menggunakan rata-rata capaian populasi, tetapi juga menilai siapa yang belum terjangkau. Prinsip equity perlu menjadi bagian dari perencanaan sejak awal agar promosi kesehatan tidak secara tidak sengaja memperlebar kesenjangan.

E. Integrasi Keluarga, Sekolah, dan Masyarakat sebagai Satu Sistem

Tantangan terbesar promosi kesehatan anak bukan kekurangan pesan kesehatan, melainkan fragmentasi. Keluarga dapat memberikan pesan yang berbeda dari sekolah; sekolah dapat menyelenggarakan program tanpa komunikasi dengan puskesmas; masyarakat dapat menyediakan lingkungan yang bertentangan dengan tujuan program. Karena itu, integrasi merupakan inti pendekatan ekologis. WHO dan UNESCO menempatkan school-community partnership sebagai salah satu unsur penting Health-Promoting Schools, bersama kebijakan sekolah, kepemimpinan, kurikulum, lingkungan sosial dan fisik, serta layanan kesehatan (WHO & UNESCO, 2021).

Integrasi tidak berarti semua aktor harus melakukan kegiatan yang sama. Sebaliknya, setiap aktor perlu memiliki peran yang saling melengkapi. Keluarga bertanggung jawab pada kebiasaan dan pengasuhan sehari-hari; sekolah mengintegrasikan kesehatan ke dalam

pembelajaran dan lingkungan; puskesmas menyediakan layanan, edukasi, skrining, konseling, serta rujukan; pemerintah lokal mendukung kebijakan dan sumber daya; sedangkan komunitas memperkuat norma dan dukungan sosial. Anak sendiri perlu dilibatkan sesuai kapasitas perkembangan agar promosi kesehatan tidak hanya dilakukan 'untuk' anak tetapi juga 'bersama' anak.

Koordinasi dapat dimulai dengan pemetaan kebutuhan. Sekolah dan puskesmas dapat menggunakan data sederhana mengenai status gizi, kesehatan gigi, imunisasi, aktivitas fisik, kesehatan mental, perundungan, kebersihan, atau masalah kesehatan lain yang relevan. Data individual harus dikelola sesuai prinsip kerahasiaan dan perlindungan data. Yang dibutuhkan dalam koordinasi lintas sektor bukan pertukaran seluruh data pribadi anak, tetapi informasi agregat dan mekanisme rujukan yang jelas ketika seorang anak membutuhkan layanan.

Setelah prioritas ditentukan, intervensi dapat dirancang menggunakan kerangka sederhana: masalah–penyebab–aktor–intervensi–indikator. Misalnya, apabila masalah yang ditemukan adalah tingginya konsumsi minuman berpemanis, penyebab tidak hanya kurangnya pengetahuan, tetapi juga ketersediaan produk, harga, kebiasaan keluarga, pengaruh teman sebaya, dan promosi produk. Strategi kemudian dapat mencakup edukasi anak, keterlibatan orang tua, perbaikan pilihan kantin, penguatan kebijakan sekolah, serta komunikasi komunitas. Evaluasi perlu menilai bukan hanya pengetahuan, tetapi juga perubahan lingkungan dan perilaku.

Pendekatan integratif juga membuka peluang penggunaan teknologi digital. Aplikasi, pesan singkat, platform sekolah, atau media sosial dapat membantu memperkuat edukasi, pengingat, pemantauan, dan komunikasi. Namun, teknologi bukan pengganti hubungan manusia. Anak dan keluarga tetap membutuhkan komunikasi langsung, dukungan emosional, pemeriksaan klinis ketika diperlukan, dan akses terhadap layanan. Kesenjangan akses perangkat, koneksi internet, literasi digital, serta keamanan data harus dipertimbangkan sebelum digitalisasi dijadikan strategi utama.

Keterlibatan anak menjadi prinsip yang semakin penting. Anak bukan objek pasif dari program kesehatan. Pada usia yang sesuai, anak dapat membantu mengidentifikasi masalah di sekolah, merancang pesan kesehatan, menjadi peer educator, mengembangkan proyek kebersihan, melakukan audit kantin, atau memberikan masukan terhadap layanan. Untuk remaja, meaningful participation dapat meningkatkan rasa memiliki dan relevansi program. Partisipasi harus bersifat aman, sukarela, sesuai usia, dan tidak mengeksploitasi anak.

Bagi tenaga keperawatan, integrasi tersebut memperluas peran dari pemberi edukasi menjadi educator, advocate, coordinator, collaborator, dan change agent. Kompetensi yang dibutuhkan meliputi komunikasi perkembangan, literasi kesehatan, asesmen keluarga, pendidikan kesehatan, konseling dasar, pengorganisasian komunitas, kolaborasi lintas sektor, evaluasi program, dan penggunaan teknologi secara etis. Dengan peran tersebut, perawat dapat menjembatani kebutuhan anak dengan kapasitas keluarga, sekolah, dan layanan kesehatan.

F. Strategi Implementasi dan Evaluasi Promosi Kesehatan Anak

Program promosi kesehatan yang baik harus dimulai dari masalah yang nyata dan dapat diukur. Langkah pertama adalah asesmen kebutuhan melalui data kesehatan, observasi lingkungan, wawancara, diskusi kelompok, serta masukan dari anak dan keluarga. Langkah kedua adalah menentukan prioritas berdasarkan besarnya masalah, dampak terhadap anak, kemungkinan dimodifikasi, sumber daya yang tersedia, dan kesetaraan akses. Langkah ketiga adalah menetapkan tujuan yang spesifik dan indikator yang dapat dinilai.

Intervensi sebaiknya menggunakan kombinasi strategi. Edukasi meningkatkan pengetahuan, tetapi perubahan perilaku sering memerlukan dukungan lingkungan, kesempatan berlatih, umpan balik, dan kebijakan. Karena itu, pendekatan yang lebih kuat adalah menggabungkan pendidikan, pemberdayaan, perubahan lingkungan, dukungan sosial, dan keterhubungan dengan layanan kesehatan. Bukti dari berbagai systematic review sekolah mendukung pentingnya intervensi multi-komponen, meskipun besarnya efek dapat berbeda menurut outcome dan konteks (Guo et al., 2025; Lekamge et al., 2025; Nikooyeh et al., 2025).

Evaluasi perlu dilakukan pada beberapa tingkat. Evaluasi proses menilai apakah kegiatan benar-benar terlaksana, siapa yang berpartisipasi, dan apakah komponen intervensi diberikan sesuai rencana. Evaluasi output menilai perubahan langsung seperti pengetahuan, self-efficacy, keterampilan, atau akses terhadap layanan. Evaluasi outcome menilai perubahan perilaku dan status kesehatan, misalnya aktivitas fisik, pola makan, status gizi, kesehatan mental, kebersihan, atau kejadian penyakit. Jika memungkinkan, evaluasi dampak menilai perubahan yang lebih luas dan berkelanjutan.

Kualitas implementasi perlu diperhatikan karena intervensi yang efektif dalam penelitian dapat menghasilkan efek yang berbeda ketika diterapkan di lapangan. WHO

(2026) menekankan kebutuhan terhadap kepemimpinan, kebijakan, tenaga pelaksana, akses, dan kualitas dalam implementasi layanan kesehatan sekolah. Oleh karena itu, evaluasi sebaiknya mencatat faktor konteks seperti dukungan kepala sekolah, beban kerja guru, ketersediaan tenaga kesehatan, fasilitas, dukungan orang tua, kebijakan lokal, dan keterjangkauan program.

Keberlanjutan merupakan indikator penting. Program yang hanya aktif selama satu bulan karena adanya proyek atau pendanaan tertentu belum dapat disebut berhasil apabila tidak dapat dipertahankan. Strategi keberlanjutan meliputi integrasi kegiatan ke dalam program rutin sekolah dan puskesmas, pelatihan kader lokal, penggunaan sumber daya yang tersedia, penguatan kepemimpinan, dokumentasi prosedur, serta evaluasi berkala. Program juga perlu memiliki mekanisme regenerasi agar tidak bergantung pada satu orang.

Dalam konteks Indonesia, penguatan promosi kesehatan anak dapat memanfaatkan struktur yang sudah ada, seperti UKS, puskesmas, posyandu, sekolah, organisasi orang tua, dan pemerintah desa atau kelurahan. UNICEF Indonesia menunjukkan bahwa intervensi gizi berbasis sekolah yang melibatkan edukasi, lingkungan pangan, tenaga pendidik, tenaga kesehatan, dan komunitas dapat dikembangkan melalui sistem lokal. Pendekatan tersebut lebih realistis dibandingkan membuat struktur baru untuk setiap masalah kesehatan.

Etika juga menjadi bagian dari implementasi. Promosi kesehatan tidak boleh memberi stigma kepada anak dengan obesitas, anak dengan masalah kesehatan mental, anak dengan penyakit kronis, atau keluarga dengan keterbatasan ekonomi. Bahasa yang digunakan harus menghormati martabat anak. Informasi kesehatan harus akurat, proporsional, dan sesuai usia. Dalam penggunaan aplikasi atau sistem digital, keamanan data, persetujuan, akses terbatas, dan tujuan penggunaan data perlu ditetapkan sejak awal.

G. Arah Pengembangan Promosi Kesehatan Anak di Masa Mendatang

Arah pengembangan promosi kesehatan anak perlu bergerak dari program yang terpisah menuju sistem yang terintegrasi, berkelanjutan, dan berorientasi pada determinan kesehatan. Perubahan pola penyakit anak menuntut pendekatan yang tidak hanya berfokus pada penyakit menular, tetapi juga gizi, aktivitas fisik, tidur, kesehatan mental, keselamatan, kesehatan reproduksi, paparan tembakau dan rokok elektronik, serta dampak lingkungan digital. Profil kesehatan remaja Indonesia 2024 yang diterbitkan UNICEF menekankan perlunya kolaborasi lintas sektor, penguatan layanan ramah remaja, pencegahan penyakit

tidak menular, kesehatan mental, dan pemanfaatan inovasi digital (UNICEF Indonesia, 2025b).

Pertama, promosi kesehatan harus semakin child-centred. Anak perlu dipandang sebagai individu yang memiliki suara, kemampuan, kebutuhan perkembangan, dan hak untuk memperoleh informasi kesehatan yang sesuai. Kedua, pendekatan family-centred perlu diperkuat agar perubahan yang terjadi di sekolah memiliki kesinambungan di rumah. Ketiga, whole-school approach perlu diterjemahkan menjadi kebijakan dan lingkungan nyata, bukan hanya kegiatan seremonial. Keempat, community engagement perlu diarahkan pada pemberdayaan sehingga masyarakat ikut memiliki program.

Kelima, digital health dapat digunakan untuk memperluas jangkauan edukasi dan dukungan, tetapi harus mengikuti prinsip evidence-based practice, usability, accessibility, privacy, dan equity. Keenam, penelitian implementasi perlu diperkuat untuk menjawab bukan hanya 'apakah intervensi bekerja?', tetapi juga 'untuk siapa?', 'dalam kondisi apa?', 'mengapa berhasil atau tidak?', dan 'bagaimana mempertahankannya?'. Pertanyaan-pertanyaan tersebut penting agar bukti ilmiah dapat diterjemahkan menjadi kebijakan dan praktik yang sesuai konteks Indonesia.

Pada akhirnya, ukuran keberhasilan promosi kesehatan anak bukan jumlah penyuluhan yang dilakukan. Keberhasilan terlihat ketika keluarga lebih mampu menciptakan kebiasaan sehat, sekolah menjadi tempat yang aman dan mendukung, masyarakat menyediakan lingkungan yang memungkinkan pilihan sehat, serta anak memiliki pengetahuan, keterampilan, kepercayaan diri, dan dukungan untuk menjaga kesehatannya. Dengan cara pandang ini, promosi kesehatan menjadi bagian dari kehidupan sehari-hari, bukan kegiatan tambahan yang hanya muncul ketika ada program.

Berdasarkan pembahasan tersebut, institusi pendidikan perlu mengintegrasikan kesehatan ke dalam kurikulum dan lingkungan sekolah. Puskesmas perlu memperkuat kemitraan dengan sekolah dan keluarga melalui asesmen, edukasi, skrining, konseling, serta rujukan yang terkoordinasi. Keluarga perlu diberdayakan sebagai mitra utama dalam pembentukan perilaku. Pemerintah daerah perlu mendukung lingkungan pangan, aktivitas fisik, sanitasi, keselamatan, dan kesehatan mental yang ramah anak. Akademisi dan peneliti perlu menghasilkan bukti implementasi yang relevan dengan konteks lokal. Semua pihak perlu melibatkan anak dalam proses perencanaan dan evaluasi sesuai usia dan kapasitasnya.

Dengan demikian, promosi kesehatan anak di keluarga, sekolah, dan masyarakat bukan tiga agenda yang berdiri sendiri, melainkan satu rangkaian lingkungan yang saling memengaruhi. Ketika pesan, kebijakan, lingkungan, dan layanan bergerak dalam arah yang sama, peluang anak untuk tumbuh sehat menjadi lebih besar. Pendekatan ekologis yang terintegrasi tersebut merupakan dasar penting untuk membangun generasi yang sehat, tangguh, berdaya, dan mampu berpartisipasi dalam menjaga kesehatan dirinya serta lingkungannya.

Referensi

Clark, E. C., Baidoobonso, S., Phillips, K. A. M., Noonan, L. L., Bakker, J., Burnett, T., Stoby, K., & Dobbins, M. (2024). Mobilizing community-driven health promotion through community granting programs: A rapid systematic review. BMC Public Health, 24, 932. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18443-8

Dapari, R., Jumidey, A. Q., Manaf, R. A., Ahmad Zamzuri, M. 'A. I., Hassan, M. R., Che Dom, N., & Syed Abdul Rahim, S. S. (2025). School-based health education effect on knowledge, attitude, and practices of dengue prevention among school children: A systematic review. Discover Social Science & Health, *5*, 31. https://doi.org/10.1007/s44155-025-00181-w

Guo, L., He, H., & Wang, C. (2025). Are school-based behavioural interventions an effective strategy for improving physical activity and sedentary behaviour in children and adolescents? A meta-analysis. Frontiers in Pediatrics, 13, 1532035. https://doi.org/10.3389/fped.2025.1532035

Hockenberry, M. J., Duffy, E. A., & Gibbs, K. (2023). Wong's nursing care of infants and children (12th ed.). Elsevier.

Iuliano, A., Burgess, R. A., Shittu, F., et al. (2024). Linking communities and health facilities to improve child health in low-resource settings: A systematic review. Health Policy and Planning, 39(6), 613–635. https://doi.org/10.1093/heapol/czae028

Kühne, L., & Mugo, F. (2025). Investigating primary school nurses' activities that are effective in health promotion and primary prevention: A systematic review. Journal of School Health, 95(8), 649–667. https://doi.org/10.1111/josh.70027

Lekamge, R. B., Jain, R., Sheen, J., et al. (2025). Systematic review and meta-analysis of the effectiveness of whole-school interventions promoting mental health and preventing risk

behaviours in adolescence. Journal of Youth and Adolescence, 54, 271–289. https://doi.org/10.1007/s10964-025-02135-6

Nikooyeh, B., Yari, Z., Hariri, Z., Baghdadi, G., Yazdani, H., Motlagh, M. E., & Neyestani, T. R. (2025). Which school-based interventions work better to combat obesity in children? A network meta-analysis. Systematic Reviews, 14, 125. https://doi.org/10.1186/s13643-025-02871-7

Sadewa, Y. R., Saputra, D. E. W., & Sunaryo. (2024). Peran guru PJOK dalam mendukung program kesehatan sekolah dasar. Jurnal Pendidikan Jasmani Indonesia, 20(1). https://doi.org/10.21831/jpji.v20i1.72664

UNICEF Indonesia. (2025a). Nutrition environment assessment toolkit for schools (NEAT-S) in Indonesia: Identifying barriers to healthy school nutrition environments to strengthen policies and programmes. UNICEF Indonesia.

UNICEF Indonesia. (2025b). Indonesia adolescent health profile 2024: Advancing adolescent health in Indonesia. UNICEF Indonesia.

World Health Organization. (2024). Improving the health and wellbeing of children and adolescents: Guidance on scheduled child and adolescent well-care visits. World Health Organization. https://doi.org/10.2471/9789240085336

World Health Organization. (2026). Making every school a health-promoting school: Implementation guidance for school health services. World Health Organization. https://doi.org/10.2471/9789240118966

World Health Organization, & United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2021). Making every school a health-promoting school: Global standards and indicators for health-promoting schools and systems. World Health Organization. https://doi.org/10.2471/9789240025059

ISSN 3063-9638

BAB V

Imunisasi Anak: Prinsip, Pelaksanaan, dan Komunikasi dengan Keluarga

Dr. Ns. Amatus Yudi Ismanto, Sp.Kep.An

A. Imunisasi Pada Anak

Imunisasi berasal dari kata imun, kebal atau resisten. Imunisasi merupakan upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga apabila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. Sedangkan vaksin merupakan antigen berupa mikroorganisme yang sudah mati, masih hidup tapi dilemahkan, masih utuh atau bagiannya, yang telah diolah, berupa toksin mikroorganisme yang telah diolah menjadi toksoid, protein rekombinan yang apabila diberikan kepada seseorang akan menimbulkan kekebalan spesifik secara aktif terhadap penyakit infeksi tertentu. (Pusat Pendidikan & Pelatihan Tenaga Kesehatan, 2015).

Imunisasi merupakan upaya kesehatan masyarakat paling efektif dan efisien dalam mencegah beberapa penyakit berbahaya. Salah satu kemajuan paling dramatis dalam bidang pediatri adalah penurunan penyakit menular selama abad ke-20 akibat meluasnya penggunaan imunisasi untuk penyakit yang dapat dicegah (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2017). Imunisasi sebagai salah satu upaya preventif, untuk mencegah penyakit melalui pemberian kekebalan tubuh, harus dilaksanakan secara terus menerus, dan dilaksanakan sesuai standart, sehingga mampu memberikan perlindungan kesehatan yang berkualitas dan maksimal, serta memutus mata rantai penularan. Pemberian imunisasi dibutuhkan terutama untuk bayi dan anak balita serta kalangan masyarakat tertentu yang membutuhkan perlindungan pencegahan. Imunisasi juga bertujuan membentuk kekebalan kelompok untuk melindungi orang yang tidak bisa divaksin.

Dari sini dapat dipahami bahwa imunisasi adalah proses atau kegiatan untuk memberikan vaksin yang merupakan produk atau zat yang dimasukkan ke dalam tubuh untuk menstimulasi sistem imun. Perlu dipahami juga bahwa jika anak mendapatkan

imunisasi, berarti diberikan kekebalan terhadap suatu penyakit tertentu. Jadi anak kebal atau resisten terhadap suatu penyakit tetapi belum tentu kebal terhadap penyakit yang lain. Vaksin merangsang sistem imun untuk mengembangkan kekebalan jangka panjang terhadap antigen dari patogen tertentu (WHO, 2013). Sistem imun merespons bakteri dan virus dengan cara yang sangat kompleks: sistem imun mengenali molekul unik (antigen) dari bakteri dan virus serta menghasilkan antibody (sejenis protein) dan sel darah putih khusus yang disebut limfosit yang menandai antigen untuk dihancurkan. Selama respons imun primer terhadap pertemuan pertama dengan patogen tertentu, beberapa limfosit yang disebut sel memori berkembang dengan kemampuan untuk memberikan kekebalan jangka Panjang terhadap patogen tersebut, seringkali seumur hidup. Sel memori ini mengenali antigen pada patogen yang pernah ditemuinya sebelumnya, yang memicu sistem imun untuk merespons lebih cepat dan lebih efektif daripada saat pertama kali terpapar.

Menurut Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 imunisasi merupakan salah satu upaya prioritas Kementerian Kesehatan untuk mencegah terjadinya penyakit menular yang dilakukan sebagai salah satu bentuk nyata komitmen pemerintah untuk menurunkan angka kematian pada anak. Program imunisasi nasional di Indonesia dibagi menjadi tiga kategori utama, yaitu imunisasi rutin, tambahan, dan khusus. Imunisasi rutin bertujuan memberikan perlindungan dasar sejak dini, imunisasi tambahan berfungsi meningkatkan cakupan dan respons terhadap situasi khusus seperti kejadian luar biasa, sedangkan imunisasi khusus diberikan berdasarkan risiko spesifik penyakit dan kelompok sasaran tertentu (Kementerian Kesehatan RI, 2023; World Health Organization, 2021).

Di Indonesia, imunisasi yang khusus untuk bayi dan anak termasuk kedalam imunisasi rutin yang diprogramkan pemerintah. Imunisasi rutin merupakan kegiatan imunisasi yang dilaksanakan secara terus-menerus sesuai jadwal. Imunisasi rutin terdiri atas imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan. Imunisasi dasar yaitu imunisasi yang diberikan untuk mendapatkan kekebalan awal secara aktif. Sedangkan munisasi lanjutan merupakan imunisasi ulangan untuk mempertahankan Tingkat kekebalan atau untuk memperpanjang masa perlindungan. Imunisasi lanjutan diberikan kepada anak usia bawah tiga tahun (Batita), dan anak usia sekolah dasar. (Pusat Pendidikan & Pelatihan Tenaga Kesehatan, 2015).

B. Prinsip dan Pelaksanaan Imunisasi Pada Anak

Pemberian kekebalan pada bayi atau anak melalui imunisasi bertujuan agar terhindar dari penularan penyakit tertentu sesuai jenis imunisasinya. Imunisasi melindungi anak terhadap beberapa penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). PD3I merujuk

pada penyakit-penyakit menular yang disebabkan oleh virus atau bakteri dan dapat dicegah melalui pemberian vaksin atau imunisasi. Untuk memastikan anak terlindungi sepenuhnya dari penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin, maka anak tersebut perlu diberikan vaksin yang diberikan pada waktu yang tepat. Vaksinasi harus diberikan pada waktu yang tepat. Hal ini dapat meningkatkan perlindungan anak terhadap penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin, meminimalkan risiko anak tertular dan mengurangi kemungkinan terjangkitnya penyakit. (Mcnair, 2013).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 jenis imunisasi di Indonesia dikelompokkan menjadi dua yaitu imunisasi program (wajib) dan imunisasi pilihan. Imunisasi wajib merupakan imunisasi yang diwajibkan oleh pemerintah untuk seseorang sesuai dengan kebutuhannya dalam rangka melindungi yang bersangkutan dan masyarakat sekitarnya dari penyakit menular tertentu. Imunisasi wajib terdiri atas imunisasi rutin, imunisasi tambahan, dan imunisasi khusus. Sedangkan Imunisasi pilihan merupakan imunisasi yang dapat diberikan kepada seseorang sesuai dengan kebutuhannya dalam rangka melindungi yang bersangkutan dari penyakit menular tertentu, yaitu vaksin MMR, Hib, Tifoid, Varisela, Hepatitis A, Influenza, Pneumokokus, Rotavirus, Japanese Ensephalitis, dan HPV (Pusat Pendidikan & Pelatihan Tenaga Kesehatan, 2015). Pada bayi dan anak yang sering diberikan yaitu imunisasi rutin yang merupakan kegiatan imunisasi yang dilaksanakan secara terus-menerus sesuai jadwal. Imunisasi rutin terdiri atas imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan. Imunisasi lanjutan merupakan imunisasi ulangan untuk mempertahankan tingkat kekebalan atau untuk memperpanjang masa perlindungan. Imunisasi lanjutan diberikan kepada anak usia bawah tiga tahun (Batita), anak usia sekolah dasar, dan wanita usia subur (WUS). Imunisasi lanjutan untuk WUS yaitu vaksin TT (Toksoid Tetanus). Imunisasi lanjutan pada anak yaitu Vaksin DT, Vaksin Td dan Vaksin Campak.

1. Jenis dan Jadwal Imunisasi

Kementerian Kesehatan menganjurkan agar imunisasi dasar diberikan kepada bayi sebelum berusia 1 (satu) tahun. Pemberian imunisasi dasar lengkap pada bayi merupakan suatu keharusan. Adapun imunisasi dasar yang harus didapatkan bayi sebelum berusia satu terdiri dari imunisasi HB 0 1 kali, BCG 1 kali, pentavalent (DPT – HB – Hib) sebanyak 3 kali, polio sebanyak 5 kali, PCV 3 kali, Rotavirus 3 kali dan campak 1 kali sebelum berusia satu tahun (Kemenkes RI, 2024). Jadwal imunisasi dasar menurut Kemenkes RI dapat dilihat pada gambar 1.



Gambar 1. Jadwal Imunisasi Dasar (Sumber: Kemenkes RI, 2024)

Vaksin BCG untuk pemberian kekebalan aktif terhadap tuberculosis. Satu dosis vaksin BCG harus diberikan kepada semua neonatus yang sehat saat lahir, idealnya bersamaan dengan dosis Hepatitis B saat lahir. Vaksin BCG biasanya diberikan melalui suntikan intradermal. Pemberian perkutan menggunakan alat multi-tusukan diizinkan untuk beberapa produk. Teknik pemberian vaksin yang benar oleh petugas kesehatan terlatih penting untuk memastikan dosis yang benar dan kemanjuran serta keamanan vaksin BCG yang optimal. Vaksinasi BCG biasanya menyebabkan bekas luka di tempat suntikan karena proses peradangan lokal. Namun, pembentukan bekas luka bukanlah penanda perlindungan dan sekitar 10% penerima vaksin tidak mengalami bekas luka. Dosis standar vaksin yang dilarutkan adalah 0,05 mL untuk bayi berusia <1 tahun dan 0,1 mL untuk bayi berusia >1 tahun (WHO, 2018).

Vaksin DTP-HB-Hib digunakan untuk pencegahan terhadap difteri, tetanus, pertusis (batuk rejan), hepatitis B, dan infeksi Haemophilus influenzae tipe b secara simultan. Vaksin ini disuntikkan secara intramuskular pada anterolateral paha atas. Satu dosis anak adalah 0,5 ml. (Pusat Pendidikan & Pelatihan Tenaga Kesehatan, 2015). Khusus untuk hepatitis B, dianjurkan juga diberikan pada bayi baru lahir dan diberikan sebelum keluar dari rumah sakit (HB 0). Dosis Hepatitis B0 pertama harus diberikan kepada bayi tersebut pada usia kronologis 1 bulan, selama status HBsAg ibu negatif (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2017). Vaksin ini diberikan secara intramuskular di vastus lateralis pada bayi baru lahir atau di deltoid untuk bayi dan anak yang lebih besar.

Vaksin polio untuk pemberian kekebalan aktif terhadap poliomielitis. Ada 2 jenis vaksin polio yaitu Oral polio vaccine (OPV) yang diberikan dengan cara ditetes ke dalam mulut dan Inactivated poliovirus vaccine (IPV) yang diberikan melalui suntikan. Vaksin polio oral (OPV) mengandung virus polio hidup yang dilemahkan dan diberikan 4 kali (dosis) pemberian, dengan interval setiap dosis minimal 4 minggu. (Pusat Pendidikan & Pelatihan Tenaga Kesehatan, 2015).

Vaksin campak untuk pemberian kekebalan aktif terhadap penyakit campak. Volume standar vaksin yang mengandung campak (MCV) adalah 0,5 ml. Vaksin campak biasanya disuntikkan secara subkutan, tetapi juga efektif bila disuntikkan secara intramuskular. Lokasi suntikan yang lebih disukai adalah paha anterolateral atau lengan atas, tergantung pada usia anak. Vaksin campak diizinkan untuk digunakan mulai usia 6 bulan. Di negara-negara dengan insiden dan mortalitas campak yang tinggi pada tahun pertama kehidupan, produsen merekomendasikan agar vaksinasi dimulai pada usia 9 bulan atau segera setelahnya. Di negara-negara dengan infeksi yang terjadi di kemudian hari, vaksinasi dapat ditunda hingga usia 12–15 bulan. Untuk imunisasi primer, direkomendasikan 2 dosis. Dosis kedua MCV biasanya diberikan pada tahun kedua kehidupan atau saat masuk sekolah. (WHO, 2017).

WHO merekomendasikan agar PCV masuk dalam program imunisasi rutin bagi anak di seluruh dunia. Imunisasi PCV akan memberikan perlindungan yang efektif untuk bayi dan anak-anak terhadap penyakit pneumonia atau radang paru akibat infeksi bakteri pneumokokus. Pneumonia adalah salah satu penyakit menular yang merupakan penyebab utama kematian pada anak-anak di dunia. Penyakit ini dapat diobati jika terdiagnosa sedini mungkin serta dapat dicegah dengan imunisasi. Ini terbukti di negara-negara dimana imunisasi Pneumokokus Konyugasi atau PCV merupakan bagian dari program imunisasi

rutin. lmunisasi PCV dimulai sejak tahun 2022 dan diberikan sebanyak 3 dosis. Dosis pertama pada usia 2 bulan, dosis kedua usia 3 bulan dan dosis ketiga pada usia 12 bulan (Tarmizi, 2022).

Vaksin Rotavirus (RV) untuk memberikan perlindungan sedini mungkin pada bayi dari diare yang disebabkan oleh Rotavirus. Imunisasi Rotavirus ini diberikan sebanyak tiga dosis, pada bulan kedua, bulan ketiga, dan pada bulan keempat saat anak-anak tersebut mulai berkembang, karena waktuwaktu itulah anak mulai makan makanan tambahan yang cenderung peluang diare lebih besar. (Tarmizi, 2023).

Pemberian imunisasi harus dilakukan berdasarkan jadwal. Di Indonesia jadwal imunisasi yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatn mengacu pada rekomendasi dari WHO dan organisasi profesi yang memiliki focus dalam imunisasi setelah melalui berbagai uji klinis untuk memastikan keamanan dan efektivitasnya. Oleh karena itu, imunisasi penting diberikan tepat waktu sesuai jadwal yang telah ditentukan Imunisasi anak yang diberikan tepat waktu sesuai jadwal yang telah ditentukan memiliki efektivitas yang lebih tinggi dalam mencegah kecacatan bahkan kematian akibat PD3I. Vaksinasi yang diberikan kepada anak akan bekerja dengan cara merangsang sistem kekebalan tubuh untuk membentuk perlindungan sebelum anak terpapar penyakit. Seorang anak yang mendapatkan imunisasi sesuai jadwal, tubuhnya akan memiliki cukup waktu untuk membangun kekebalan optimal, sehingga ketika terpapar virus atau bakteri penyebab penyakit, tubuhnya sudah siap melawan infeksi dengan lebih efektif. Sebaliknya, apabila seorang anak terlambat diimunisasi, maka anak tersebut berisiko mengalami infeksi yang lebih berat karena sistem kekebalan tubuhnya belum bekerja dengan optimal untuk melindungi diri dari penyakit (Kkarla, 2021).

Tujuan pemberian vaksinasi tepat waktu dan sesuai jadwal adalah untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas pada anak-anak akibat penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin dan mengurangi kemungkinan wabah penyakit (Konwea, David, & Ogunsile, 2018). WHO tidak memberikan rekomendasi mengenai jadwal yang terputus atau tertunda untuk beberapa antigen. Sementara itu, beberapa rekomendasi didasarkan pada pendapat ahli (WHO, 2019). CDC memberikan jadwal susulan untuk imunisasi rutin yang terputus atau tertunda. Rangkaian vaksin tidak perlu dimulai ulang, terlepas dari waktu yang telah berlalu antara dosis (CDC, 2020). Penundaan vaksin untuk satu dosis dapat memengaruhi pemberian dosis berikutnya yang tepat waktu dan meningkatkan risiko anak terhadap

penyakit yang menjadi target vaksin. Berdasarkan Badan Kesehatan Dunia (WHO) cakupan imunisasi harus mencapai 99% (Tarmizi, 2023).

2. Imunisasi Kejar

Pemberian vaksin yang tepat waktu digunakan untuk memantau program vaksinasi. Dengan menilai interval antara usia yang direkomendasikan dan usia saat dosis diberikan, memberikan perkiraan yang lebih baik tentang periode saat anak-anak terlindungi. Dikatakan anak terlambat mendapatkan vaksin jika telah tertunda 30 hari atau lebih setelah usia yang direkomendasikan untuk setiap dosis (Kiely et al., 2018).

Pemberian imunisasi yang terlambat atau tidak lengkap kepada anak menjadi salah satu hambatan dalam upaya meningkatkan kekebalan anak. Imunisasi kejar diperlukan untuk menyusul imunisasi anak yang tertunda. Untuk mencapai kadar perlindungan maka imunisasi harus diberikan sesuai jadwal yang telah ditentukan. Ada yang cukup satu kali imunisasi, ada yang memerlukan beberapa kali imunisasi dan bahkan pada umur tertentu diperlukan ulangan imunisasi. Jadwal imunisasi terbagi atas jadwal imunisasi dasar dan jadwal imunisasi ulangan. Jika ada imunisasi yang belum diberikan sesuai jadwal yang seharusnya, atau imunisasi tertunda, imunisasi harus secepatnya diberikan atau dikejar. Imunisasi kejar merupakan Upaya memberikan imunisasi kepada individu dengan sebab tertinggal satu atau lebih dosis vaksin dari yang seharusnya diberikan. Pelaksanaanya bisa bersamaan dengan jadwal imunisasi rutin atau pada kegiatan imunisasi khusus. Ketepatan waktu imunisasi harus tetap terjaga karena imunisasi itu selain harus ikut dengan jadwal yang ada, sebisa mungkin harus tepat waktu. Ini penting terbukti dengan ketepatan waktu imunisasi sesuai jadwal tingkat kekebalan itu akan tercapai terhadap PD3I dan secara luas akan mencegah terjadinya wabah. (Widyawati, 2022).

WHO tidak memberikan rekomendasi mengenai jadwal pemberian imunisasi yang terputus atau tertunda untuk beberapa antigen. Sementara itu, beberapa rekomendasi didasarkan pada pendapat ahli (WHO, 2019). Lebih jauh, CDC memberikan jadwal tambahan untuk imunisasi rutin yang terputus atau tertunda. Serangkaian vaksin tidak perlu dimulai ulang, terlepas dari waktu yang telah berlalu antara dosis (CDC, 2020). Imunisasi kejar merupakan kegiatan memberikan imunisasi kepada bayi dan baduta yang belum menerima dosis vaksin sesuai usia yang ditentukan pada jadwal imunisasi nasional. Imunisasi kejar dapat diberikan pada anak sampai usia 36 bulan. (Kemenkes RI, 2021). Adapun pelaksanaan imunisasi kejar berdasarkan Kemenkes RI (2021), yaitu:

a. Berikan informasi kepada orang tua tentang melengkapi status imunisasi pada anak termasuk manfaat imunisasi yang diberikan untuk mencegah PD3I dan pentingnya imunisasi ganda
b. Berikan dosis imunisasi sesuai dengan jenis imunisasi yang tertinggal (imunisasi ganda sangat dianjurkan)
c. Jika pada saat pelaksanaan orang tua belum menyetujui penyuntikan ganda pada anak, maka prioritas vaksin yang diberikan adalah:
    - Vaksin yang dapat melindungi dari peningkatan kasus/KLB yang terjadi di wilayah tersebut
    - Vaksin yang seharusnya diberikan lebih awal sesuai jadwal. Perhatikan interval pemberian antar dosis dari masing-masing jenis vaksin (interval minimal antar dosis yaitu 4 minggu, kecuali vaksin PCV minimal 8 minggu).
d. Catat imunisasi yang diberikan pada KMS atau Buku KIA
e. Berikan informasi mengenai reaksi simpang yang mungkin terjadi dan cata untuk penanganannya dan beritahu kapan harus kembali untuk jadwal selanjutnya.
f. Mencatat jadwal imunisasi berikutnya pada KMS atau buku KIA serta menginformasikan imunisasi yang akan didapat pada jadwal selanjutnya

3. Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI)

KIPI didefinisikan sebagai setiap kejadian medis yang tidak diinginkan setelah imunisasi dan yang tidak selalu memiliki hubungan sebab akibat dengan penggunaan vaksin. KIPI dapat berupa tanda yang tidak diinginkan, temuan laboratorium yang abnormal, suatu gejala, atau suatu penyakit (WHO, 2013). Walaupun tujuan imunisasi adalah untuk melindungi individu dan masyarakat dari PD3I. Selain itu juga vaksin modern aman, tidak ada vaksin yang sepenuhnya bebas risiko; reaksi yang merugikan terkadang akan terjadi setelah vaksinasi.

Pengalaman menunjukkan bahwa cakupan imunisasi cenderung menurun jika terdapat kekhawatiran yang meluas tentang kejadian ikutan. Oleh karena itu, diperlukan pengetahuan yang kuat. Imunisasi rutin harus memberikan perlindungan yang memadai terhadap penyakit yang berpotensi serius, sementara risiko kejadian ikutan serius harus rendah (Blennow dkk., 2009). Masika, Atieli, & Were (2016) menjelaskan bahwa KIPI yang umum ditemui meliputi nyeri di tempat suntikan, pembengkakan, dan kemerahan di tempat suntikan. Gejala lainnya meliputi demam, ruam, menangis berlebihan, kejang, anafilaksis, ensefalitis, rasa kantuk, atau iritabilitas. Menurut Danova, Kocourkova, & Celko (2017), KIPI dapat bersifat lokal (misalnya eritema, edema, nyeri) atau sistemik (misalnya

demam, eksantema, reaksi alergi), dan akut (dalam beberapa menit setelah pemberian) atau tertunda (beberapa jam atau hari setelah pemberian).

Komite Nasional Pengkajian dan Penanggulangan (KomNas-PP) KIPI menyebutkan penyebab KIPI antara lain: kesalahan prosedur atau tehnik pelaksanaan (dosis antigen (terlalu banyak), lokasi dan cara penyuntikan, sterilisasi syringe dan jarum suntik, jarum bekas pakai, tindakan aseptik dan antiseptik, kontaminasi vaksin dan peralatan suntik, penyimpanan vaksin); reaksi suntikan (sakit, bengkak, kemerahan pada tempat suntikan, pusing, mual); induksi/reaksi vaksin (reaksi local, sistemik, atau berat) dan penyebab yang tidak diketahui. Apabila terjadi gejala KIPI dengan reaksi lokal ringan dapat ditangani oleh dengan orang tua. Gejala reaksi lokal ringan yaitu nyeri, eritema, bengkak di daerah bekas suntikan < 1 cm, timbul <48 jam setelah imunisasi. Tindakan yang dapat dilakukan: Kompres hangat, jika nyeri mengganggu beri parasetamol 10 mg/kg BB/kali pemberian, bayi usia < 6 bulan: 60 mg/kali pemberian, bayi usia 6–12 bulan: 90 mg/kali pemberian, anak usia 1–3 tahun: 120 mg/ kali pemberian. Jika terdapat reaksi berat seperti kejang, demam tinggi bawa ke layanan kesehatan terdekat. (Pusat Pendidikan & Pelatihan Tenaga Kesehatan, 2015).

C. Komunikasi dengan Keluarga Terkait Imunisasi pada Anak

Imunisasi merupakan salah satu prosedur rutin untuk menjaga kesehatan anak selain memberikan makanan bergizi dan pola asuh yang positif. Bayi atau anak perlu diberikan imunisasi ini untuk memberi perlindungan terhadap penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi dan sering terjadi pada awal kehidupan seorang anak, karena mereka sistem imunnya belum sempurna. (Kemenkes RI, 2017). Imunisasi harus diberikan pada waktu yang tepat agar anak terlindungi sepenuhnya dari penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin. Hal ini dapat meningkatkan perlindungan anak terhadap penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin, meminimalkan risiko anak tertular dan mengurangi kemungkinan terjangkitnya penyakit. Tujuan pemberian vaksinasi yang tepat waktu dan sesuai jadwal adalah untuk mengurangi angka kesakitan dan kematian pada anak akibat penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin dan mengurangi kemungkinan berjangkitnya penyakit tersebut. (Mcnair, (2013)

Orangtua berperan penting terhadap cakupan imunisasi pada anaknya. Mereka bertanggung jawab untuk memastikan anak mendapat imunisasi yang lengkap dan tepat waktu, karena jika anak tidak mendapatkan imunisasi tepat waktu, anak lebih rentan mengalami sakit berat. Bagi orang tua yang akan membawa anaknya untuk diberikan

vaksin, harus paham bahwa apabila bayi mau diimunisasi bayi harus dalam kondisi benar-benar sehat. Karena, imunisasi yang diberikan pada bayi yang tidak sehat akan menjadi tidak efektif atau malah berubah menjadi penyakit. Saat bayi diimunisasi, penting untuk memastikan kondisinya sehat karena sistem kekebalan tubuh yang sedang sakit atau lemah mungkin tidak dapat merespon vaksin dengan baik, bahkan bisa memicu efek samping yang lebih parah. Bayi yang sedang sakit atau memiliki sistem kekebalan tubuh yang lemah mungkin tidak dapat merespon vaksin dengan baik, sehingga tidak terbentuk antibodi yang cukup untuk melindungi dari penyakit.

Menurut Ostermann et al. (2019), hambatan terhadap imunisasi yang tepat waktu mempunyai banyak aspek dan mencakup kendala sistem imunisasi (misalnya kehabisan stok vaksin, terbatasnya ketersediaan penyedia layanan kesehatan), buruknya akses terhadap fasilitas kesehatan (misalnya biaya transportasi, biaya peluang), kurangnya informasi (misalnya tentang jadwal vaksinasi atau mobilisasi masyarakat), dan sikap orang tua yang negatif serta pengetahuan yang tidak memadai (misalnya, kurangnya kepercayaan terhadap pemberi vaksin, rendahnya pengetahuan tentang manfaat vaksinasi, ketakutan akan efek samping vaksinasi). Selain itu, Kazi et al. (2019) menjelaskan bahwa salah satu alasan utama rendahnya cakupan vaksin pada anak adalah kurang patuh dan sadarnya orang tua dan pengasuh mengenai perlunya imunisasi dan pentingnya melengkapi seluruh rangkaian vaksin.

Bardasarkan studi kepustakaan, tidak ada bukti kuat yang dapat merekomendasikan intervensi khusus kepada orang tua terkait imunisasi bayi/anak. Namun ada beberapa intervensi yang dapar dilakukan untuk membantu komunikasi kepada orang tua terkait imunisasi bayi/anak, yaitu: edukasi dan pemberdayaan orang tua menggunakan komunikasi yang jelas dan dapat dipahami, tindakan berbasis komunitas, dan kampanye dan penyebaran informasi (media massa, pamphlet, media sosial). (Marotta & McNally, 2021; Gagnon & Dubé, 2019).

Edukasi dan pemberdayaan orang tua terkait imunisasi merupakan strategi krusial untuk meningkatkan cakupan imunisasi nasional dan melindungi anak dari Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). Orang tua, baik ibu maupun ayah, memegang kendali penuh atas hak kesehatan anak. Oleh karena itu, pendekatan edukasi harus bergeser dari sekadar penyampaian informasi satu arah menjadi proses belajar yang partisipatif dan memberdayakan. Strategi yang dapat diterapkan diantaranya: proses belajar

partisipatif, edukasi antargenerasi (Child-to-Parent/C2P), pendekatan Door-to-Door dan keterlibatan ayah (Gender Inclusivity).

Imunisasi merupakan kegiatan multisektoral. Kegiatan ini dipengaruhi oleh berbagai struktur demografi, sosial ekonomi dan politik. Juga faktor-faktor seperti penerima layanan kesehatan, penyedia layanan kesehatan dan kebijakan pemerintah. Pendekatan berbasis masyarakat dan pemerintah untuk meningkatkan tingkat kepatuhan vaksinasi mencakup peningkatan program penjangkauan dan pendidikan, menggunakan strategi aplikasi pengingat/reminder, dan menawarkan vaksinasi di tempat selain puskesms (Ventola, 2016). Selain itu, protokol tata tertib (SOP), catatan kesehatan elektronik, pencatatan yang terkomputerisasi, dokumentasi dan pelacakan standar yang menyederhanakan alur kerja klinik, serta meminimalkan beban kerja petugas efektif meningkatkan Imunisasi.

Imunisasi tidak hanya penting bagi bayi dan anak-anak, melainkan juga orang dewasa agar terlindungi dari berbagai penyakit. Namun, banyak masyarakat belum menyadari pentingnya melakukan imunisasi, bahkan tidak mengetahui imunisasi apa saja yang mereka butuhkan. Karena itu, sosialisasi dan edukasi mengenai hal tersebut sangatlah penting demi kesuksesan Program Imunisasi Nasional. Sebab, masyarakat harus percaya bahwa imunisasi merupakan solusi pencegahan penyakit yang aman dan efektif (Tarmizi, 2024). Informasi yang diterima masyarakat banyak dipengaruhi oleh media, terutama di era digital di mana akses ke internet dan media sosial bertambah mudah, dan orang tua banyak menggunakan internet sebagai sumber berbagai informasi kesehatan seperti imunisasi. Penggunaan WhatsApp atau media social lainnya (Instagram, dan Facebook/messenger) merupakan kanal yang paling umum menyebarkan informasi dan penjangkauan layanan imunisasi. Selain itu, media massa seperti TV, radio, koran lokal bagi orang tua/pengasuh dianggap memiliki cakupan yang lebih luas dan bersifat repetitif, sehingga cocok untuk mempromosikan dan menyebarluaskan informasi penting tentang imunisasi. Penggunaan media massa juga dianggap penting khususnya untuk menjangkau masyarakat rural dengan akses internet yang terbatas. (Kemenkes RI, 2022).

D. Penutup

Pemberian kekebalan pada bayi atau anak melalui imunisasi bertujuan agar terhindar dari penularan penyakit tertentu sesuai jenis imunisasinya. Imunisasi melindungi anak terhadap beberapa penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). PD3I merujuk pada penyakit-penyakit menular yang disebabkan oleh virus atau bakteri dan dapat dicegah melalui pemberian vaksin atau imunisasi. Untuk memastikan anak terlindungi sepenuhnya

dari penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin, maka anak tersebut perlu diberikan vaksin yang diberikan pada waktu yang tepat. Vaksinasi harus diberikan pada waktu yang tepat. Hal ini dapat meningkatkan perlindungan anak terhadap penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin, meminimalkan risiko anak tertular dan mengurangi kemungkinan terjangkitnya penyakit.

Jenis imunisasi di Indonesia dikelompokkan menjadi dua yaitu imunisasi program (wajib) dan imunisasi pilihan. Imunisasi wajib merupakan imunisasi yang diwajibkan oleh pemerintah untuk seseorang sesuai dengan kebutuhannya dalam rangka melindungi yang bersangkutan dan masyarakat sekitarnya dari penyakit menular tertentu. Imunisasi wajib terdiri atas imunisasi rutin, imunisasi tambahan, dan imunisasi khusus. Pada bayi dan anak yang sering diberikan yaitu imunisasi rutin yang merupakan kegiatan imunisasi yang dilaksanakan secara terus-menerus sesuai jadwal. Imunisasi rutin terdiri atas imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan. Kementerian Kesehatan menganjurkan agar imunisasi dasar diberikan kepada bayi sebelum berusia 1 (satu) tahun. Pemberian imunisasi dasar lengkap pada bayi merupakan suatu keharusan. Adapun imunisasi dasar yang harus didapatkan bayi sebelum berusia satu terdiri dari imunisasi HB 0 1 kali, BCG 1 kali, pentavalent (DPT – HB – Hib) sebanyak 3 kali, polio sebanyak 5 kali, PCV 3 kali, Rotavirus 3 kali dan campak 1 kali sebelum berusia satu tahun. Imunisasi lanjutan diberikan kepada anak usia bawah tiga tahun (Batita) dan anak usia sekolah dasar yaitu Vaksin DT, Vaksin Td dan Vaksin Campak.

Orangtua berperan penting terhadap cakupan imunisasi pada anaknya. Mereka bertanggung jawab untuk memastikan anak mendapat imunisasi yang lengkap dan tepat waktu, karena jika anak tidak mendapatkan imunisasi tepat waktu, anak lebih rentan mengalami sakit berat. Oleh karena itu pentingnya komunikasi kepada orang tua terkait imunisasi pada anak. Beberapa intervensi yang dapar dilakukan untuk membantu komunikasi kepada orang tua terkait imunisasi bayi/anak, yaitu: edukasi dan pemberdayaan orang tua menggunakan komunikasi yang jelas dan dapat dipahami, tindakan berbasis komunitas, dan kampanye dan penyebaran informasi (media massa, pamphlet, media sosial).

Referensi

Gagnon, D., & Dubé, E. (2019). Literature Review on Effective Strategies to Improve Vaccine Acceptance and Uptake. Diunduh dari: https://canvax.ca/sites/default/files/2019-02/Literature%20Review%20on%20Effective%20Strategies%20to%20Improve%20VAU_3.pdf.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2017). Wong's essentials of pediatric nursing (Ed. 10th). Canada: Elsevier Inc.

Kazi, A. M. et al. (2019). Personalized Text Messages and Automated Calls for Improving Vaccine Coverage Among Children in Pakistan: Protocol for a Community-Based Cluster Randomized Clinical Trial. JMIR Res Protoc, 8 (5). Doi: 10.2196/12851

Kementerian Kesehatan RI. (2021). Imunisasi kejar untuk bayi dan balita.

Kementerian Kesehatan RI (Kemenkes RI). 2024). Buku panduan pekan imunisasi dunia tahun 2024.

Kiely, M. et al. (2018). Impact of vaccine delays at the 2, 4, 6 and 12 month visits on incomplete vaccination status by 24 months of age in Quebec,Canada. BMC Public Health, 18 (1364). Doi.org/10.1186/s12889-018-6235-6.

Kkarla. (2021). Child Vaccination Schedule. Durham: Lulu Press, Inc.

Konwea, P. E., David, F. A., & Ogunsile, S. E. (2018). Determinants of compliance with child immunization among mothers of children under five years of age in Ekiti State, Nigeria. Journal of Health Research, 32 (3): 229-236. DOI 10.1108/JHR-05-2018-024.

Marotta, S., & McNally, V. V. (2021). Increasing Vaccine Confidence Through Parent Education and Empowerment Using Clear and Comprehensible Communication. Academic Pediatrics, 21: S30–S3. Diunduh dari: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8090594/pdf/main.pdf

Mcnair, C. M. (2013). Factors Influencing Vaccination Decisions in African American Mothers of Preschool Age Children. Graduate Theses and Dissertations. Diunduh dari: https://scholarcommons.usf.edu/etd/5073

Ostermann, J., Vasudevan, L., Baumgartner, J. N., Ngadaya, E., & Mfinanga, S. G. (2019). Do mobile phone-based reminders and conditional financial transfers improve the

timeliness of childhood vaccinations in Tanzania? Study protocol for a quasirandomized controlled trial. BMC; 20: 397. Doi.org/10.1186/s13063-019-3430-4

Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan. (2015). Buku Ajar Imunisasi. GAVI & Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta Selatan: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan.

Tarmizi, S. N. (2022). Pemerintah Berikan Imunisasi PCV bagi Seluruh Anak Indonesia Untuk Melindungi dari Bahaya Radang Paru (Pneumonia). Biro Komunikasi dan Pelayanan Publik, Kementerian Kesehatan RI.

Tarmizi, S. N. (2023). Cegah Diare Pada Anak Dengan Imunisasi Rotavirus (RV) Secara Gratis. Biro Komunikasi dan Pelayanan Publik, Kementerian Kesehatan RI.

WHO. (2013). Vaccine safety basics learning manual. Switzerland: WHO Press.

WHO. (2017). Weekly epidemiological record. Measles vaccines: WHO position paper-April 2017. 17 (92): 205–228.

WHO. (2018). Weekly epidemiological record. BCG vaccines: WHO position paper-February 2018. 8 (93): 73–96.

Widyawati. (2022). Imunisasi kejar, lengkapi imunisasi dasar anak yang tertunda. Biro Komunikasi dan Pelayanan Publik, Kementerian Kesehatan RI.

ISSN 3063-9638

BAB VI
Kesehatan Mental, Emosional, Dan Perilaku Anak

Anna Uswatun Qoyyimah,S.SiT,M.Kes

A. Fondasi Kesehatan Mental Anak dalam Perspektif Perkembangan

Kesehatan anak merupakan konsep multidimensional yang tidak dapat dibatasi pada keadaan fisik semata. Anak yang sehat bukan hanya anak yang bebas dari penyakit, tetapi juga anak yang mempunyai kesempatan untuk berkembang secara optimal dalam aspek kognitif, emosional, sosial, perilaku, dan psikologis. Perkembangan tersebut berlangsung secara dinamis melalui interaksi antara karakteristik biologis anak dengan keluarga, sekolah, teman sebaya, lingkungan sosial, kondisi ekonomi, serta lingkungan digital. Kesehatan mental, emosional, dan perilaku merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari keseluruhan proses tumbuh kembang anak.

Masa kanak-kanak merupakan periode penting karena kemampuan regulasi emosi, keterampilan sosial, fungsi eksekutif, konsep diri, serta pola hubungan interpersonal berkembang secara bertahap. Pengalaman yang diperoleh anak pada periode tersebut dapat memberikan dasar bagi kemampuan adaptasi pada tahap kehidupan selanjutnya. Sebaliknya, pengalaman yang penuh tekanan dan berlangsung berulang, terutama apabila tidak disertai dukungan orang dewasa yang memadai, dapat meningkatkan kerentanan terhadap masalah emosional dan perilaku.

Dalam perspektif perkembangan, kesehatan mental anak perlu dipahami sebagai hasil interaksi antara faktor risiko dan faktor protektif. Faktor risiko dapat berupa konflik keluarga, kekerasan, pengabaian, kemiskinan, perundungan, isolasi sosial, tekanan akademik, pengalaman traumatis, dan paparan lingkungan yang tidak aman. Faktor protektif dapat berupa hubungan yang aman dengan orang dewasa, dukungan teman sebaya, keterhubungan dengan sekolah, kemampuan regulasi emosi, aktivitas fisik, keterampilan sosial, rasa percaya diri, dan akses terhadap layanan yang sesuai.

Kerangka tersebut penting karena masalah kesehatan mental pada anak jarang disebabkan oleh satu faktor tunggal. Seorang anak yang mengalami kecemasan, misalnya, mungkin memiliki temperamen tertentu, menghadapi tekanan akademik, mengalami konflik dengan teman, memiliki pola tidur yang buruk, serta tidak memiliki ruang komunikasi yang aman di rumah. Dengan demikian intervensi yang hanya diarahkan kepada anak tanpa memperhatikan lingkungan dapat menghasilkan perubahan yang terbatas.

Kondisi kesehatan mental anak dan remaja di Indonesia

Perhatian terhadap kesehatan mental anak dan remaja di Indonesia semakin penting karena telah tersedia data nasional yang memungkinkan gambaran masalah diperoleh secara lebih sistematis. Indonesia National Adolescent Mental Health Survey (I-NAMHS) menggunakan survei nasional pada remaja usia 10–17 tahun dan melaporkan bahwa sekitar 5,5% remaja memenuhi kriteria untuk salah satu gangguan mental yang dinilai dalam 12 bulan sebelumnya. Studi tersebut menilai beberapa kondisi, termasuk gangguan kecemasan, depresi mayor, PTSD, gangguan perilaku, ADHD, dan fobia sosial (Center for Reproductive Health et al., 2022). Temuan tersebut penting karena menunjukkan bahwa persoalan kesehatan mental anak bukan semata-mata isu individual, tetapi merupakan isu kesehatan masyarakat.

Studi lain yang menggunakan desain survei pada remaja Indonesia usia 16–18 tahun menemukan variasi yang cukup besar antara remaja yang masih bersekolah dan yang berada di luar sekolah. Pada remaja yang bersekolah, prevalensi psychological distress diperkirakan 24,3% dan depresi 12,6%; pada remaja di luar sekolah, angka yang dilaporkan masing-masing 23,7% dan 23,5%. Temuan tersebut menunjukkan bahwa karakteristik populasi perlu diperhatikan dan bahwa data kesehatan mental tidak dapat digeneralisasikan secara sederhana dari satu kelompok ke kelompok lainnya.

Data tersebut tidak boleh dibaca sebagai label bahwa anak Indonesia merupakan kelompok yang “bermasalah”. Data justru menunjukkan perlunya memperkuat faktor protektif dan memperbaiki akses terhadap dukungan. Perbedaan antara prevalensi masalah dan jumlah anak yang memperoleh bantuan juga menunjukkan adanya kemungkinan kesenjangan layanan. Dalam penelitian Azzopardi et al. (2024), remaja yang merasa membutuhkan bantuan tetapi tidak mencari layanan kesehatan menunjukkan kemungkinan masalah psikologis yang lebih tinggi.

Masalah kesehatan mental pada anak juga tidak selalu dikenali. Anak dapat menyampaikan tekanan psikologis melalui perilaku, keluhan fisik, penurunan prestasi, perubahan tidur, penolakan sekolah, agresivitas, atau penarikan diri. Kondisi tersebut membuat tenaga pendidik, orang tua, dan tenaga kesehatan membutuhkan kemampuan untuk membedakan variasi perkembangan yang normal dengan perubahan yang memerlukan perhatian lebih lanjut.

Kesehatan mental, emosional, dan perilaku sebagai satu kesatuan

Istilah kesehatan mental, emosional, dan perilaku sering digunakan secara berdampingan, tetapi masing-masing mempunyai fokus yang berbeda. Kesehatan mental berkaitan dengan kesejahteraan psikologis dan kemampuan individu menjalankan fungsi kehidupan. Kesehatan emosional berkaitan dengan kemampuan mengenali, mengekspresikan, memahami, dan mengatur emosi. Sementara itu, aspek perilaku berkaitan dengan tindakan nyata anak dalam merespons diri sendiri maupun lingkungannya.

Ketiga aspek tersebut saling memengaruhi. Anak yang kesulitan mengatur emosi mungkin lebih mudah menunjukkan ledakan marah. Anak yang mengalami kecemasan mungkin menghindari sekolah. Anak yang mengalami depresi mungkin kehilangan minat bermain. Sebaliknya, masalah perilaku yang berulang dapat menimbulkan penolakan sosial sehingga meningkatkan risiko masalah emosional.

Perilaku anak sebaiknya jangan hanya di pandang sebagai “masalah disiplin”. Perilaku merupakan salah satu sumber informasi mengenai keadaan internal anak. Tindakan seperti menangis, berteriak, menghindari, menyerang, atau menolak dapat memiliki fungsi komunikasi tertentu.

Pendekatan tersebut tidak berarti semua perilaku negatif harus dianggap sebagai gejala gangguan mental. Anak tetap perlu belajar aturan, tanggung jawab, dan konsekuensi. Yang membedakan adalah cara orang dewasa memahami perilaku tersebut sebelum menentukan respons.

Perspektif perkembangan dan faktor risiko

Teori perkembangan modern memandang anak sebagai individu yang aktif membangun kemampuan melalui interaksi dengan lingkungan. Bronfenbrenner dan Morris (2006), melalui perspektif bioekologis, menjelaskan bahwa perkembangan

dipengaruhi oleh proses interaksi antara individu dan lingkungan yang berlangsung dari waktu ke waktu.

Dengan perspektif tersebut, kesehatan mental anak dapat dipahami melalui beberapa tingkat:

1. Tingkat individual, mencakup temperamen, perkembangan neurologis, kemampuan kognitif, regulasi emosi, dan kondisi fisik.
2. Tingkat keluarga, mencakup pengasuhan, kelekatan, komunikasi, konflik, dukungan, dan kondisi psikologis orang tua.
3. Tingkat sekolah, mencakup relasi guru, teman sebaya, iklim sekolah, beban akademik, dan perundungan.
4. Tingkat komunitas, mencakup keamanan lingkungan, kondisi sosial-ekonomi, fasilitas bermain, dan akses layanan.
5. Tingkat masyarakat, mencakup kebijakan, norma sosial, ketimpangan, sistem kesehatan, serta perlindungan anak.
6. Tingkat digital, mencakup penggunaan media sosial, paparan konten, cyberbullying, interaksi sosial digital, dan pola penggunaan perangkat.
7. Model ekologis membantu menjelaskan mengapa intervensi kesehatan mental anak perlu bersifat lintas sektor.

Faktor protektif dan ketahanan psikologis

Ketahanan psikologis atau resilience merupakan kemampuan untuk beradaptasi ketika menghadapi kesulitan. Masten (2014) menjelaskan resilience sebagai fenomena perkembangan yang dapat muncul dari sistem adaptif biasa, bukan semata-mata kemampuan luar biasa yang dimiliki sebagian kecil individu.Konsep tersebut mempunyai implikasi penting dalam pelayanan anak. Anak tidak perlu dipandang sebagai individu yang harus "kuat sendiri". Ketahanan justru dapat berkembang ketika tersedia sistem pendukung yang memadai.

Hubungan yang aman dengan orang dewasa merupakan salah satu faktor protektif penting. Hubungan tersebut memberikan pengalaman bahwa anak dapat mencari bantuan ketika menghadapi masalah. Dukungan sosial, keterhubungan dengan sekolah, kesempatan bermain, aktivitas fisik, keterampilan sosial, dan kemampuan pemecahan masalah juga dapat berfungsi sebagai faktor protektif.Dalam penelitian terhadap remaja Indonesia, faktor seperti harga diri, resiliensi, dukungan sosial, dan aktivitas fisik ditemukan

berhubungan dengan tingkat depresi, kecemasan, dan stres yang lebih rendah (studi multisenter pada remaja Indonesia).

Tabel 1.1. Faktor risiko dan faktor protektif kesehatan mental anak

Domain	Faktor risiko	Faktor protektif
Individual	Kesulitan regulasi emosi, masalah perkembangan	Coping, regulasi emosi, harga diri
Keluarga	Konflik, kekerasan, pengabaian	Kehangatan, komunikasi, pengasuhan responsif
Sekolah	Bullying, tekanan akademik, iklim negatif	Keterhubungan sekolah, guru suportif
Teman sebaya	Penolakan sosial, bullying	Pertemanan positif
Sosial	Kemiskinan, ketidakamanan	Dukungan komunitas
Digital	Cyberbullying, penggunaan problematik	Literasi digital, pendampingan
Gaya hidup	Kurang tidur, kurang aktivitas fisik	Tidur cukup dan aktivitas fisik

Sumber: Sintesis literatur perkembangan dan kesehatan mental anak.

Pendekatan penulisan dan landasan argumentasi

Book chapter ini disusun melalui kajian literatur naratif dengan mengutamakan artikel jurnal peer-reviewed, systematic review, meta-analysis, laporan penelitian nasional, dan dokumen lembaga profesional. Literatur yang lebih baru, khususnya publikasi 2019–2026, diprioritaskan untuk menggambarkan perkembangan bukti ilmiah. Literatur klasik digunakan ketika diperlukan untuk menjelaskan teori perkembangan dan konsep fundamental.

Pembahasan tidak dimaksudkan sebagai pedoman diagnosis mandiri. Diagnosis gangguan mental memerlukan assesmen profesional. Fokus chapter adalah memberikan kerangka akademik mengenai bagaimana kesehatan mental, emosional, dan perilaku anak dipahami, faktor apa yang memengaruhinya, bagaimana masalah dapat dikenali, serta bagaimana keluarga, sekolah, tenaga kesehatan, dan komunitas dapat bekerja bersama.

Argumen utama chapter ini adalah bahwa kesehatan mental, emosional, dan perilaku anak merupakan hasil interaksi antara faktor individual dan lingkungan; karena itu, upaya promosi, pencegahan, deteksi dini, dan intervensi perlu dilakukan secara perkembangan,

berpusat pada anak, berbasis keluarga, berbasis sekolah, serta didukung oleh sistem layanan yang terintegrasi.

B. Perkembangan Emosi, Regulasi Diri, dan Pengaruh Lingkungan Pengasuhan

Perkembangan emosi merupakan salah satu fondasi kesehatan mental anak. Emosi memberikan informasi mengenai kebutuhan, ancaman, pengalaman sosial, dan keadaan internal individu. Anak belajar memahami emosi secara bertahap melalui kematangan perkembangan dan pengalaman interaksi sosial.

Pada masa awal kehidupan, kemampuan regulasi emosi masih sangat bergantung pada orang dewasa. Bayi belum mampu menenangkan diri secara mandiri sehingga membutuhkan co-regulation, yaitu proses ketika orang dewasa membantu mengurangi tekanan dan mengembalikan keadaan emosional anak ke tingkat yang lebih stabil.

Seiring pertumbuhan, anak mulai mengembangkan kemampuan untuk menamai emosi, memahami penyebab emosi, memilih strategi menghadapi emosi, serta mempertimbangkan konsekuensi perilakunya. Kemampuan tersebut berkembang bersama bahasa, fungsi eksekutif, perkembangan sosial, dan pengalaman pengasuhan.

Regulasi emosi sebagai kemampuan perkembangan

Regulasi emosi tidak berarti anak harus selalu tenang atau tidak boleh marah. Regulasi emosi merupakan kemampuan mengelola pengalaman emosional sehingga seseorang dapat tetap menjalankan fungsi meskipun mengalami emosi yang kuat.

Anak yang memiliki regulasi emosi baik tetap dapat marah, tetapi mampu menggunakan cara yang lebih adaptif untuk menyampaikan kemarahan. Sebaliknya, kesulitan regulasi dapat muncul ketika anak tidak mampu menghentikan respons emosional, sulit kembali tenang, atau menggunakan perilaku yang merugikan diri sendiri maupun orang lain.

Regulasi emosi menjadi penting karena berkaitan dengan berbagai bentuk psikopatologi. Lin et al. (2024) melakukan meta-analysis terhadap 49 studi dengan 24.524 partisipan dan menemukan bahwa regulasi emosi anak menjadi mediator hubungan antara sejumlah faktor keluarga dan gejala internalisasi. Faktor yang terlibat antara lain unsupportive emotion socialization, kontrol psikologis, konflik keluarga, kelekatan, regulasi emosi orang tua, dan psikopatologi orang tua.

Temuan tersebut menunjukkan bahwa masalah emosional anak tidak dapat dipisahkan dari konteks keluarga. Anak mengembangkan kemampuan mengatur emosi bukan hanya melalui instruksi, tetapi juga melalui pengalaman hubungan.

Pengasuhan dan emotion socialization

Emotion socialization mengacu pada bagaimana orang tua merespons emosi anak dan mengajarkan anak mengenai emosi. Respons orang tua dapat berupa penerimaan, validasi, pengajaran, pemecahan masalah, atau sebaliknya berupa hukuman dan pengabaian.e Raeymaecker dan Dhar (2022) melalui systematic review mengidentifikasi berbagai aspek yang dapat dimodifikasi dalam proses sosialisasi emosi orang tua, termasuk filosofi orang tua mengenai emosi, perilaku sosialisasi emosi, kemampuan regulasi emosi orang tua, dan iklim emosional keluarga.

Artinya, intervensi kepada orang tua tidak harus berfokus pada perubahan kepribadian secara luas. Orang tua dapat dibantu mengembangkan keterampilan yang konkret, seperti mengenali emosi anak, mendengarkan, memberi nama emosi, membantu mencari solusi, dan mengurangi respons yang mempermalukan.

Regulasi emosi orang tua

Orang tua juga memiliki pengalaman emosional. Ketika menghadapi anak yang tantrum, menolak makan, tidak mau belajar, atau bertengkar dengan saudara, orang tua dapat mengalami marah, lelah, kecewa, atau cemas.

Kemampuan orang tua mengatur emosinya dapat memengaruhi cara merespons anak. Meta-analysis Zimmer-Gembeck et al. (2022) yang mencakup 53 studi menemukan hubungan antara regulasi emosi orang tua dengan perilaku pengasuhan serta beberapa aspek penyesuaian anak.

Holzman et al. (2022) juga menemukan bahwa regulasi emosi maladaptif orang tua berkaitan dengan gejala kesehatan mental anak dan remaja dalam 32 studi dengan 6.399 partisipan, sementara regulasi emosi adaptif menunjukkan hubungan negatif yang lebih kecil dengan gejala kesehatan mental.

Temuan ini memberikan implikasi penting: intervensi kesehatan mental anak tidak selalu cukup apabila hanya diberikan kepada anak. Dalam banyak situasi, orang tua perlu dilibatkan.

Tabel 1.2. Bentuk respons orang tua terhadap emosi anak dan kemungkinan implikasinya

Respons orang tua	Contoh	Arah pembelajaran anak
Validasi	"Ibu tahu kamu kecewa."	Emosi dapat dikenali
Pelabelan emosi	"Kamu sedang marah."	Kosakata emosional berkembang
Pemecahan masalah	"Apa yang bisa kita lakukan?"	Coping dan problem solving
Pengalihan adaptif	Mengajak melakukan aktivitas aman	Regulasi bertahap
Hukuman terhadap emosi	"Jangan menangis!"	Emosi dianggap tidak dapat diterima
Pengabaian	Tidak merespons	Anak kesulitan mencari dukungan
Kekerasan verbal	Menghina atau mempermalukan	Risiko masalah emosional

Tabel tersebut tidak berarti satu respons akan secara otomatis menghasilkan satu hasil psikologis. Dampak pengasuhan dipengaruhi frekuensi, konteks, konsistensi, usia anak, karakteristik orang tua, dan faktor lain.

Dari tantrum menuju keterampilan regulasi

Tantrum merupakan contoh yang sering menimbulkan kebingungan. Pada anak usia dini, tantrum dapat merupakan bagian dari perkembangan karena kemampuan bahasa dan regulasi belum matang. Namun, respons orang dewasa akan memengaruhi proses pembelajaran.

Pendekatan yang konstruktif tidak berarti semua tuntutan anak harus dipenuhi. Anak tetap membutuhkan batasan. Perbedaannya terletak pada cara batasan diberikan.Contoh, ketika anak menangis karena tidak diperbolehkan membeli mainan, orang tua dapat mengatakan:"ibu tahu kamu kecewa karena ingin mainan itu. Hari ini kita tidak membelinya. Kamu boleh sedih, tetapi kita tetap akan pulang."Pernyataan tersebut menggabungkan validasi emosi dan batas perilaku.

Kelekatan dan rasa aman

Kelekatan merupakan hubungan emosional antara anak dan pengasuh yang berkembang melalui pengalaman interaksi. Kelekatan yang aman dapat memberikan dasar bagi eksplorasi, pencarian bantuan, dan regulasi emosi.Kelekatan tidak berarti anak harus selalu bersama orang tua. Yang penting adalah tersedianya hubungan yang konsisten dan responsif. Ketika anak menghadapi kesulitan, pengalaman bahwa ada orang dewasa yang dapat diandalkan menjadi salah satu sumber keamanan psikologis.

Pengalaman masa kecil yang merugikan

Pengalaman masa kecil yang merugikan atau adverse childhood experiences (ACEs) mencakup berbagai pengalaman seperti kekerasan, pengabaian, disfungsi keluarga, dan bentuk adversitas lainnya. Bukti dari umbrella review menunjukkan adanya hubungan antara ACEs dengan peningkatan risiko gangguan mental umum dan perilaku bunuh diri (Sahle et al., 2022).

Suatu hal penting untuk tidak menggunakan konsep ACEs secara deterministik. Mengalami adversitas tidak berarti seorang anak pasti mengalami gangguan mental. Faktor protektif dan dukungan sosial dapat memengaruhi perjalanan perkembangan.Penelitian Cooke et al. (2021) juga menunjukkan bahwa ACEs pada ibu berkaitan dengan masalah perilaku anak dalam literatur yang ditinjau. Temuan ini memperlihatkan kemungkinan adanya mekanisme antargenerasi yang perlu dipahami tanpa menyalahkan orang tua.

Contoh kasus 1: Anak yang mudah marah

Seorang anak kelas III SD sering marah ketika diminta mengerjakan pekerjaan rumah. Orang tua menggambarkannya sebagai “anak keras kepala”. Setiap malam terjadi konflik antara anak dan orang tua.

Pendekatan pertama adalah memandang masalah sebagai ketidakpatuhan.

Pendekatan kedua mencoba memahami pola:

Tugas diberikan → anak merasa kewalahan → anak menolak → orang tua meningkatkan tekanan → anak menangis/marah → konflik meningkat.

Dari pola tersebut dapat muncul beberapa hipotesis: tugas terlalu sulit, anak lelah, anak mengalami kesulitan perhatian, anak takut gagal, atau interaksi orang tua-anak telah menjadi sumber tekanan.

Intervensi kemudian dapat diarahkan pada pembagian tugas menjadi bagian kecil, pemberian waktu istirahat, penguatan usaha, dan komunikasi yang lebih adaptif. Jika masalah menetap dan mengganggu fungsi, assesmen profesional diperlukan.

Tabel 1.3. Sintesis penelitian mengenai regulasi emosi dan keluarga

Penelitian	Desain	Sampel/ruang lingkup	Temuan utama	Implikasi
Zimmer-Gembeck et al. (2022)	Meta-analysis	53 studi	Regulasi emosi orang tua berkaitan dengan pengasuhan dan penyesuaian anak	Orang tua perlu menjadi bagian intervensi
Holzman et al. (2022)	Systematic review & meta-analysis	44 studi	Regulasi emosi maladaptif orang tua berkaitan dengan gejala mental anak	Penguatan regulasi emosi orang tua relevan
De Raeymaecker & Dhar (2022)	Systematic review	50 artikel	Sosialisasi emosi orang tua memiliki beberapa komponen yang dapat dimodifikasi	Parenting intervention dapat diarahkan pada keterampilan spesifik
Lin et al. (2024)	Meta-analysis	49 studi; 24.524 partisipan	Regulasi emosi memediasi hubungan faktor keluarga dengan gejala internalisasi	Regulasi emosi menjadi target pencegahan
Cooke et al. (2021)	Systematic review	Literatur ACE maternal	ACE ibu berhubungan dengan masalah perilaku anak	Intervensi perlu mempertimbangkan konteks keluarga

C. Masalah Emosional, Perilaku, Sosial, dan Lingkungan Anak

Masalah emosional dan perilaku merupakan kelompok masalah yang sering dijumpai pada anak dan remaja. Dalam praktik, gejala dapat berupa kecemasan, depresi, penarikan diri, agresivitas, impulsivitas, kesulitan perhatian, penolakan sekolah, gangguan tidur, maupun perubahan perilaku.

Perbedaan antara variasi perkembangan dan masalah klinis menjadi bagian penting dalam penilaian. Anak dapat menunjukkan perilaku tertentu dalam situasi tertentu tanpa mengalami gangguan. Oleh karena itu, frekuensi, intensitas, durasi, konteks, perkembangan anak, dan dampak terhadap fungsi harus diperhatikan.

Kecemasan dan depresi

Kecemasan merupakan respons emosional terhadap ancaman yang dipersepsikan. Dalam batas tertentu, kecemasan dapat adaptif karena membantu anak mempersiapkan diri. Kecemasan menjadi masalah ketika intensitasnya tidak proporsional, menetap, atau

menyebabkan penghindaran dan gangguan fungsi.Anak dengan kecemasan dapat menunjukkan gejala yang tidak selalu dikenali sebagai kecemasan. Misalnya, sakit perut sebelum sekolah, sulit tidur, menangis ketika berpisah dari orang tua, atau menghindari kegiatan tertentu.

Depresi pada anak juga dapat tampil berbeda dari gambaran depresi pada orang dewasa. Anak dapat menjadi mudah tersinggung, kehilangan minat bermain, mengalami penurunan prestasi, menarik diri, atau mengalami perubahan pola tidur dan makan.Data nasional Indonesia memperlihatkan bahwa masalah depresi perlu mendapat perhatian khusus pada masa remaja dan dewasa muda. Data SKI 2023 melaporkan prevalensi depresi sebesar 2% pada kelompok usia 15–24 tahun. Angka tersebut merupakan hasil pengukuran survei dengan instrumen yang ditetapkan dalam SKI dan tidak boleh disamakan secara langsung dengan hasil penelitian yang menggunakan definisi atau instrumen berbeda.

Masalah perilaku

Masalah perilaku dapat berupa agresivitas, perilaku menentang, impulsivitas, pelanggaran aturan, atau perilaku yang mengganggu proses belajar. Perilaku tersebut dapat berhubungan dengan karakteristik perkembangan, pola pengasuhan, lingkungan sekolah, kondisi neurodevelopmental, trauma, atau masalah emosional.

Dalam melakukan penilaian, penting menggunakan pendekatan ABC:

A – Antecedent: apa yang terjadi sebelum perilaku?

B – Behavior: perilaku apa yang sebenarnya terjadi?

C – Consequence: apa yang terjadi setelah perilaku?

Pendekatan ini membantu menghindari label seperti “nakal” dan mengarahkan perhatian pada fungsi perilaku.

Contohnya:

Sebelum: guru memberikan tugas sulit.

Perilaku: anak meninggalkan kursi dan mengganggu teman.

Setelah: tugas dihentikan.

Apabila pola tersebut berulang, perilaku mungkin secara tidak sengaja diperkuat karena anak belajar bahwa meninggalkan tempat duduk membuat tugas berhenti.

ADHD dan kesulitan fungsi eksekutif

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) merupakan gangguan perkembangan yang melibatkan pola menetap kesulitan perhatian dan/atau hiperaktivitas-impulsivitas yang berdampak pada fungsi.Kesalahan yang perlu dihindari adalah menganggap setiap anak yang aktif sebagai anak dengan ADHD. Penilaian ADHD membutuhkan pertimbangan perkembangan, durasi gejala, situasi yang berbeda, tingkat gangguan fungsi, serta kemungkinan penyebab lain.Guru mempunyai peran penting dalam memberikan informasi mengenai perilaku anak di sekolah, tetapi guru bukan pihak yang menetapkan diagnosis klinis.

Perundungan dan kesehatan mental

Perundungan merupakan masalah sosial dan kesehatan yang penting. Penelitian pada data Global School-based Student Health Survey Indonesia menunjukkan sekitar 19,9% remaja sekolah melaporkan menjadi korban bullying. Korban bullying memiliki hubungan dengan berbagai hasil kesehatan dan perilaku yang merugikan, termasuk kesepian, kecemasan, ide bunuh diri, ketidakhadiran sekolah, dan perilaku berisiko (Peltzer & Pengpid, 2019).

Penelitian lain terhadap 9.601 siswa Indonesia menunjukkan bahwa hampir dua dari sepuluh siswa mengalami bullying dalam 30 hari terakhir dan bahwa frekuensi bullying berkaitan dengan meningkatnya peluang sejumlah dampak kesehatan dan perilaku (Putra & Dendup, 2022). Temuan tersebut menunjukkan bahwa bullying tidak seharusnya dipandang sebagai persoalan kecil antarteman.

Di Indonesia, penelitian Tarigan et al. (2020) mengenai pendampingan orang tua pada korban bullying di Semarang juga menunjukkan pentingnya dukungan keluarga dalam menghadapi pengalaman bullying.

Kekerasan dan pengalaman traumatis

Kekerasan psikologis, fisik, seksual, dan pengabaian dapat berdampak pada perkembangan emosional. Penelitian di Indonesia oleh Dhamayanti et al. (2020) menemukan hubungan antara pengalaman kekerasan terhadap anak dengan depresi pada remaja, dengan kekerasan psikologis menunjukkan hubungan yang kuat dalam penelitian tersebut.Ketika membahas kekerasan, seharusnya tidak hanya fokus pada dampak setelah kejadian. Pencegahan, deteksi, perlindungan, dan penciptaan lingkungan aman harus menjadi prioritas. Anak yang mengalami trauma membutuhkan pendekatan yang tidak

menyalahkan korban. Lingkungan perlu menyediakan keamanan, prediktabilitas, pilihan, hubungan yang suportif, dan akses terhadap layanan profesional apabila diperlukan.

Penggunaan media digital

Lingkungan digital telah menjadi bagian kehidupan anak dan remaja. Teknologi dapat memberikan manfaat pendidikan dan sosial, tetapi penggunaan yang problematik dapat menjadi salah satu faktor yang perlu diperhatikan.Meta-analysis terhadap anak berusia 12 tahun atau lebih muda yang mencakup 87 studi dan 159.425 partisipan menemukan hubungan kecil tetapi signifikan antara durasi penggunaan layar dan masalah eksternalisasi maupun internalisasi. Namun, heterogenitas antarp penelitian cukup tinggi sehingga hubungan tersebut tidak dapat ditafsirkan sebagai hubungan sebab-akibat sederhana (Eirich et al., 2022).

Literatur mengenai media sosial pada remaja juga menunjukkan hasil yang tidak sepenuhnya seragam. Umbrella review Valkenburg et al. (2022) menemukan bahwa banyak review menilai hubungan antara penggunaan media sosial secara umum dan kesehatan mental sebagai lemah atau tidak konsisten, sedangkan penggunaan yang problematik menunjukkan perhatian yang lebih konsisten.

Meta-analysis yang lebih baru juga menekankan pentingnya membedakan penggunaan media sosial secara umum dengan penggunaan problematik ketika menilai dampak psikologis. pendekatan yang tepat bukan sekadar “gadget harus dilarang”, tetapi memahami:

1. Apa yang dilakukan anak di ruang digital.
2. Berapa lama.
3. Kapan digunakan.
4. Apakah mengganggu tidur.
5. Apakah mengurangi aktivitas fisik.
6. Apakah digunakan untuk membangun hubungan sosial;.
7. Apakah anak mengalami cyberbullying.
8. Apakah anak merasa kehilangan kendali terhadap penggunaan gadget.

Penelitian di Indonesia mengenai anak sekolah dasar juga menunjukkan bahwa pengalaman bullying oleh teman sebaya dan penggunaan media sosial perlu dipertimbangkan dalam memahami munculnya gejala kecemasan.

Tidur, aktivitas fisik, dan kesehatan mental

Tidur merupakan bagian penting dari regulasi emosi dan fungsi kognitif. Anak yang kurang tidur dapat lebih mudah mengalami iritabilitas, kesulitan konsentrasi, dan masalah regulasi emosi.Aktivitas fisik juga dapat menjadi bagian dari strategi promosi kesehatan mental. Systematic review Hale et al. (2023) menilai intervensi aktivitas fisik pada anak usia 6–11 tahun dan menunjukkan bahwa aktivitas fisik merupakan salah satu pendekatan yang berpotensi mendukung kesejahteraan psikologis dan mengurangi masalah psikologis tertentu.

Dengan demikian, intervensi kesehatan mental anak tidak selalu berbentuk terapi psikologis formal. Pola hidup sehat dapat menjadi bagian dari pendekatan promotif dan preventif, meskipun tidak menggantikan terapi ketika anak mengalami gangguan yang membutuhkan penanganan profesional.

Tabel 1.4. Tanda yang dapat menjadi dasar pemantauan lebih lanjut

Domain	Tanda yang perlu diperhatikan
Emosi	Sedih, cemas, mudah marah secara menetap
Perilaku	Agresivitas, penolakan, impulsivitas
Akademik	Penurunan prestasi atau konsentrasi
Sosial	Menarik diri, kehilangan teman
Fisik	Keluhan berulang, perubahan tidur/makan
Sekolah	Sering tidak masuk atau menolak sekolah
Digital	Penggunaan problematik, cyberbullying
Keselamatan	Kekerasan, self-harm, risiko serius

Tanda tersebut bukan alat diagnosis. Fungsinya adalah membantu menentukan kapan diperlukan komunikasi, pemantauan, asesmen, atau rujukan.

Peran sekolah dalam kesehatan mental

Sekolah merupakan lingkungan strategis karena anak menghabiskan waktu yang cukup besar di dalamnya. Sekolah dapat menjadi tempat promosi kesehatan mental sekaligus tempat deteksi dini.Meta-analysis Cipriano et al. (2023) yang mencakup 424 studi dari 53 negara, 252 intervensi social and emotional learning dan 575.361 siswa menemukan bahwa program SEL universal berkaitan dengan peningkatan keterampilan, sikap, perilaku, iklim dan keamanan sekolah, hubungan teman sebaya, fungsi sekolah, serta prestasi akademik.

Temuan tersebut mendukung pentingnya memasukkan pendidikan sosial-emosional dalam sistem sekolah.Meta-analysis Zhang et al. (2023) yang mencakup 29 studi dan 22.420 siswa juga menemukan efek positif intervensi kesehatan mental berbasis sekolah terhadap gejala depresi dan kecemasan, meskipun penulis menyoroti adanya potensi bias publikasi dan seleksi hasil.

Dalam konteks negara berpendapatan rendah dan menengah, bukti juga menunjukkan bahwa intervensi berbasis sekolah dapat bermanfaat untuk beberapa masalah, tetapi kekuatan bukti berbeda menurut kondisi yang ditangani. Oleh karena itu, program harus disesuaikan dengan konteks lokal dan tidak menganggap satu program cocok untuk semua sekolah. PubMed

Tabel 1.5. Sintesis penelitian mengenai lingkungan sekolah dan kesehatan mental

Penelitian	Fokus	Temuan	Implikasi
Cipriano et al. (2023)	SEL	Peningkatan keterampilan dan fungsi sekolah	SEL layak menjadi bagian promosi
Zhang et al. (2023)	Intervensi sekolah	Efek terhadap depresi/kecemasan	Intervensi berbasis sekolah berpotensi efektif
Putra & Dendup (2022)	Bullying Indonesia	Bullying berkaitan dengan berbagai dampak kesehatan	Pencegahan bullying penting
Tarigan et al. (2020)	Pendampingan orang tua	Dukungan keluarga relevan bagi korban	Keluarga perlu dilibatkan
Peltzer & Pengpid (2019)	Bullying Indonesia	Prevalensi dan korelasi kesehatan	Perlu strategi pencegahan sejak dini

Contoh kasus 2: Penolakan sekolah

Seorang anak berusia 11 tahun mulai menolak pergi ke sekolah selama enam minggu. Setiap pagi anak mengeluh sakit perut. Orang tua menganggap anak hanya malas. Setelah guru berbicara dengan anak secara privat, diketahui bahwa anak sering diejek karena bentuk tubuhnya.Kasus ini menunjukkan bahwa penolakan sekolah dapat menjadi "permukaan" dari masalah yang lebih dalam.Pendekatan yang tepat meliputi:

1. Memastikan keselamatan anak;
2. Memahami pengalaman anak;
3. Menghentikan bullying;
4. Melibatkan keluarga;

5. Memantau kondisi emosional;
6. Melakukan asesmen jika gejala menetap;
7. Memberikan dukungan psikologis apabila diperlukan.

Memaksa anak kembali ke sekolah tanpa menangani sumber masalah berisiko tidak menyelesaikan persoalan.

D. Penguatan Sistem Dukungan dan Arah Pengembangan Kesehatan Mental Anak

Pembahasan mengenai kesehatan mental anak pada akhirnya mengarah pada satu kesimpulan utama: tidak ada satu institusi yang dapat menangani seluruh kebutuhan anak. Anak berkembang dalam sistem yang saling berhubungan. Respons kesehatan mental perlu melibatkan keluarga, sekolah, layanan kesehatan, komunitas, dan kebijakan publik.

Deteksi dini tanpa pelabelan

Deteksi dini bertujuan menemukan anak yang membutuhkan bantuan. Deteksi dini harus dilakukan secara hati-hati karena terdapat risiko pelabelan.Skrining tidak sama dengan diagnosis. Hasil skrining positif berarti anak mungkin membutuhkan evaluasi lebih lanjut, bukan bahwa anak pasti mengalami gangguan.Sebelum melakukan skrining, perlu dipastikan:

1. Instrumen sesuai usia;
2. Instrumen memiliki bukti validitas;
3. Tersedia tenaga yang mampu menafsirkan hasil;
4. Terdapat sistem rujukan;
5. Keluarga memahami tujuan pemeriksaan;
6. Keamanan dan kerahasiaan data diperhatikan.

Systematic review mengenai skrining ACE pada anak menunjukkan bahwa skrining dapat meningkatkan identifikasi adversitas dan kemungkinan rujukan, tetapi bukti mengenai peningkatan pemanfaatan layanan dan perbaikan hasil kesehatan mental masih terbatas.

Temuan tersebut menunjukkan bahwa skrining tanpa sistem tindak lanjut tidak cukup.

Model AMATI–PAHAMI–DUKUNG–RUJUK–PANTAU

Untuk memudahkan penerapan praktis, book chapter ini menawarkan model konseptual:



Gambar 1.1. Model AMATI–PAHAMI–DUKUNG–RUJUK–PANTAU dalam dukungan kesehatan mental anak

AMATI → PAHAMI → DUKUNG → RUJUK → PANTAU

Keterangan: Model konseptual penulis berdasarkan sintesis literatur kesehatan mental anak, pengasuhan, sekolah, dan layanan psikososial.Model tersebut bukan instrumen klinis. Model digunakan sebagai kerangka berpikir untuk membantu keluarga dan pendidik merespons masalah secara sistematis.

Intervensi berbasis keluarga

Keluarga merupakan salah satu titik intervensi yang penting. Intervensi pengasuhan dapat mencakup:

1. Komunikasi positif;
2. Penguatan perilaku adaptif;
3. Aturan yang konsisten;
4. Konsekuensi yang proporsional;

5. Keterampilan pemecahan masalah;
6. Pelatihan regulasi emosi;
7. Peningkatan kualitas interaksi orang tua-anak.

Intervensi sebaiknya tidak menyalahkan orang tua. Tujuannya untuk meningkatkan kapasitas keluarga.Bukti tentang intervensi berbasis pengasuhan menunjukkan bahwa orang tua dapat menjadi agen perubahan penting karena interaksi sehari-hari dengan anak berlangsung jauh lebih sering daripada sesi terapi formal.

Intervensi psikologis

Intervensi psikologis perlu disesuaikan dengan kebutuhan anak. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) misalnya, dapat digunakan untuk beberapa masalah kecemasan dan depresi. Pada anak, teknik perlu disesuaikan dengan perkembangan kognitif dan bahasa.Terapi bermain dapat menjadi pendekatan yang sesuai untuk kelompok usia tertentu. Intervensi keluarga dapat digunakan ketika dinamika keluarga berperan penting. Pelatihan orang tua dapat digunakan untuk masalah perilaku.Tidak ada satu pendekatan yang berlaku untuk semua anak. Pemilihan intervensi perlu mempertimbangkan:

1. Usia;
2. Perkembangan;
3. Masalah utama;
4. Tingkat keparahan;
5. Kondisi keluarga;
6. Budaya;
7. Preferensi anak dan keluarga;
8. Sumber daya yang tersedia.

Intervensi berbasis sekolah

Sekolah dapat menjadi lokasi intervensi yang strategis karena dapat menjangkau banyak anak sekaligus.Program dapat dibagi menjadi:

Universal: diberikan kepada seluruh siswa.

Selektif: diberikan kepada kelompok yang memiliki faktor risiko.

Indikatif: diberikan kepada anak yang sudah menunjukkan tanda masalah.Model tersebut membantu mengalokasikan sumber daya secara proporsional.

Systematic review dan meta-analysis mengenai intervensi sekolah menunjukkan bahwa intervensi singkat juga berpotensi memberikan manfaat terhadap kesehatan mental dan kesejahteraan, walaupun efek dan kualitas bukti berbeda antar program.

Tabel 1.6. Tingkatan dukungan kesehatan mental anak

Tingkat	Sasaran	Contoh kegiatan
Universal	Semua anak	SEL, aktivitas fisik, literasi mental
Selektif	Anak berisiko	Kelompok dukungan, konseling
Indikatif	Anak dengan tanda masalah	Evaluasi dan intervensi terarah
Intensif	Kondisi berat/kompleks	Layanan profesional multidisiplin

Peran keluarga

Keluarga berperan sebagai lingkungan utama untuk:

1. Memberikan keamanan.
2. Mengembangkan hubungan positif.
3. Mengamati perubahan.
4. Mendengarkan anak.
5. Membangun rutinitas.
6. Membatasi kekerasan.
7. Berkomunikasi dengan sekolah.
8. mencari bantuan profesional ketika diperlukan.

Orang tua tidak harus menjadi "terapis" bagi anak. Peran utama orang tua adalah menjadi lingkungan aman dan membantu anak memperoleh layanan yang tepat.

Peran guru

Guru dapat berperan sebagai pengamat perubahan perilaku. Guru perlu memperhatikan:

1. Perubahan partisipasi.
2. Penurunan prestasi.
3. Perubahan interaksi teman.
4. Absensi.
5. Perubahan emosi.
6. Tanda bullying.

Guru tidak di perkenankan melakukan diagnosis berdasarkan observasi kelas. Melainkan guru dapat memberikan informasi penting kepada keluarga dan tenaga profesional.

Peran tenaga kesehatan

Tenaga kesehatan mempunyai posisi penting dalam:

1. Promosi kesehatan mental.
2. Deteksi dini.
3. Edukasi keluarga.
4. Asesmen.
5. Intervensi awal.
6. Rujukan.
7. Koordinasi layanan.

Integrasi kesehatan mental dengan pelayanan kesehatan anak dapat membantu mengurangi stigma karena keluarga tidak harus datang ke layanan khusus kesehatan jiwa untuk setiap masalah awal.

Peran komunitas

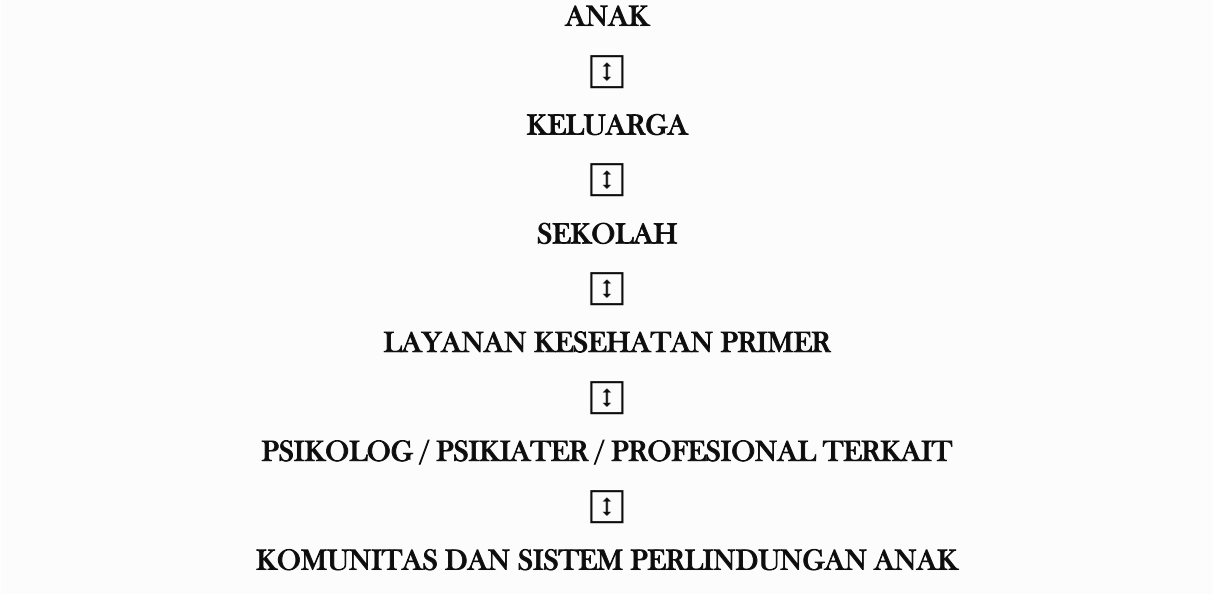
Komunitas dapat menyediakan ruang yang aman bagi anak melalui:

1. Taman bermain.
2. Kegiatan olahraga.
3. Seni.
4. Kelompok sebaya.
5. Kegiatan keagamaan yang ramah anak.
6. Pendidikan orang tua.
7. Layanan sosial.

Kegiatan-kegiatan tersebut dapat memperkuat rasa memiliki dan keterhubungan sosial.

Model kolaborasi lintas sektor

Gambar 1.2. Ekosistem dukungan kesehatan mental anak



Model tersebut menempatkan anak sebagai pusat, bukan sebagai objek pasif.

Literasi kesehatan mental

Salah satu tantangan penting adalah rendahnya literasi kesehatan mental. Studi kualitatif terhadap remaja Indonesia menunjukkan adanya kebutuhan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran mengenai masalah kesehatan mental karena keterbatasan literasi dapat berkontribusi terhadap keterlambatan mengenali dan mencari bantuan. Literasi kesehatan mental perlu diberikan sesuai usia.

Untuk anak:

1. Mengenali emosi;
2. Mengetahui cara meminta bantuan;
3. Memahami bahwa semua emosi dapat dibicarakan.

Untuk remaja:

1. Mengenali kecemasan dan depresi;
2. Memahami stigma;
3. Mengetahui layanan bantuan;
4. Memahami risiko media sosial;
5. Mengembangkan keterampilan coping;
6. Mengetahui kapan harus mencari bantuan.

Media sosial: pendekatan yang seimbang

Penggunaan media sosial tidak seharusnya dianggap sebagai penyebab tunggal gangguan mental. Bukti ilmiah menunjukkan hubungan yang kompleks dan dipengaruhi cara penggunaan.Penggunaan media sosial dapat memberikan:

1. Dukungan sosial;
2. Komunikasi;
3. Informasi;
4. Kesempatan ekspresi;
5. Komunitas berdasarkan minat.

Dapat pula berkaitan dengan:

1. Cyberbullying;
2. Perbandingan sosial;
3. Gangguan tidur;
4. Penggunaan problematik;
5. paparan konten berisiko.

Karena itu, pendidikan digital parenting perlu bergerak dari sekadar membatasi durasi menjadi pendampingan terhadap kualitas dan konteks penggunaan.

Aktivitas fisik dan gaya hidup

Aktivitas fisik dapat menjadi komponen promosi kesehatan mental. Anak membutuhkan kesempatan bergerak, bermain, berolahraga, dan berinteraksi secara langsung.Program kesehatan mental sekolah sebaiknya tidak hanya berisi sesi berbicara tentang emosi, tetapi juga mempertimbangkan aktivitas fisik, tidur, nutrisi, permainan, hubungan sosial, dan lingkungan belajar.

Tabel 1.7. Strategi promotif yang dapat diterapkan dalam berbagai lingkungan

Lingkungan	Strategi
Rumah	Komunikasi, rutinitas, bermain bersama
Sekolah	SEL, anti-bullying, konseling
Komunitas	Olahraga, seni, kelompok sebaya
Layanan kesehatan	Edukasi, skrining sesuai kebutuhan
Digital	Literasi digital, keamanan online
Kebijakan	Perlindungan anak dan akses layanan

Tantangan implementasi di Indonesia

Penerapan kesehatan mental anak di Indonesia menghadapi beberapa tantangan.

1. Stigma. Masalah mental masih dapat dianggap sebagai kelemahan, kurang iman, kurang disiplin, atau akibat pengasuhan yang buruk. Stigma tersebut dapat membuat keluarga menunda mencari bantuan.
2. Kesenjangan akses. Ketersediaan tenaga profesional dan layanan belum tentu merata di semua wilayah.
3. Fragmentasi layanan. Sekolah, keluarga, layanan kesehatan, dan sistem perlindungan anak kadang bekerja dengan jalur yang berbeda.
4. Literasi. Orang tua dan guru mungkin dapat mengenali perilaku bermasalah tetapi belum mengetahui langkah berikutnya.
5. Konteks budaya. Instrumen dan intervensi yang dikembangkan di negara lain perlu diperhatikan validitas dan kesesuaian budayanya ketika diterapkan di Indonesia.

Penelitian masa depan

Penelitian kesehatan mental anak di Indonesia perlu bergerak menuju:

1. Studi longitudinal;
2. Penelitian intervensi;
3. Penelitian berbasis sekolah;
4. Penelitian implementasi;
5. Penelitian multidisiplin;
6. Penelitian dengan sampel daerah yang lebih beragam;
7. Pengembangan instrumen yang sesuai budaya;
8. Penelitian mengenai anak usia dini;
9. Penelitian kesehatan mental digital;
10. Evaluasi program pemerintah dan sekolah.

Data lokal sangat penting karena hasil penelitian negara lain tidak selalu dapat ditransfer secara langsung.

Tabel 1.8. Agenda penelitian kesehatan mental anak di Indonesia

Prioritas	Pertanyaan penelitian
Deteksi dini	Instrumen apa yang paling sesuai untuk konteks Indonesia?
Keluarga	Intervensi parenting apa yang paling dapat diterima?

Prioritas	Pertanyaan penelitian
Sekolah	Model school mental health apa yang berkelanjutan?
Digital	Bagaimana penggunaan media digital memengaruhi anak Indonesia?
Komunitas	Bagaimana layanan dapat menjangkau daerah dengan sumber daya terbatas?
Kebijakan	Bagaimana efektivitas program nasional dapat dievaluasi?

Sintesis penelitian utama

Tabel 1.9. Sintesis bukti penelitian yang mendukung pembahasan

No.	Peneliti	Tahun	Metode	Fokus	Kesimpulan utama
1	De Raeymaecker & Dhar	2022	Systematic review	Parenting dan regulasi emosi	Orang tua berperan dalam perkembangan regulasi emosi
2	Holzman et al.	2022	Meta-analysis	Regulasi emosi orang tua	Regulasi emosi orang tua berkaitan dengan gejala mental anak
3	Zimmer-Gembeck et al.	2022	Meta-analysis	Regulasi emosi orang tua	Regulasi orang tua berkaitan dengan parenting dan adjustment
4	Lin et al.	2024	Meta-analysis	Regulasi emosi	Regulasi emosi memediasi sejumlah faktor keluarga
5	Cooke et al.	2021	Systematic review	ACE maternal	ACE ibu berkaitan dengan masalah perilaku anak
6	Sahle et al.	2022	Umbrella review	ACE	ACE berkaitan dengan gangguan mental dan suicidality

No.	Peneliti	Tahun	Metode	Fokus	Kesimpulan utama
7	Eirich et al.	2022	Meta-analysis	Screen time	Hubungan kecil dengan internalisasi dan eksternalisasi
8	Cipriano et al.	2023	Meta-analysis	SEL	SEL berkaitan dengan berbagai outcome positif
9	Zhang et al.	2023	Meta-analysis	Intervensi sekolah	Efek positif pada depresi dan kecemasan
10	Hale et al.	2023	Systematic review	Aktivitas fisik	Potensi manfaat terhadap kesejahteraan anak
11	Azzopardi et al.	2024	Cross-sectional	Remaja Indonesia	Masalah mental cukup tinggi dan bervariasi menurut konteks
12	Putra & Dendup	2022	Cross-sectional	Bullying Indonesia	Bullying berkaitan dengan berbagai dampak kesehatan
13	Dhamayanti et al.	2020	Cross-sectional	Kekerasan Indonesia	Kekerasan psikologis berkaitan dengan depresi
14	Kaloeti et al.	2021	Empirical study	Media sosial dan bullying	Pengalaman bullying berkaitan dengan kecemasan
15	Tarigan et al.	2020	Qualitative	Pendampingan orang tua	Dukungan orang tua penting bagi korban bullying

Kesimpulan dan rekomendasi

Kesehatan mental, emosional, dan perilaku anak merupakan bagian fundamental dari tumbuh kembang. Masalah psikologis tidak muncul secara terpisah dari kehidupan anak,

tetapi berada dalam interaksi antara karakteristik individu, hubungan keluarga, sekolah, teman sebaya, kondisi sosial, serta lingkungan digital.

Bukti penelitian menunjukkan bahwa regulasi emosi mempunyai peran penting dalam kesehatan mental anak. Regulasi tersebut berkembang melalui proses biologis dan pengalaman sosial. Orang tua berperan melalui emotion socialization, model perilaku, kualitas hubungan, serta respons terhadap emosi anak. Bukti meta-analisis menunjukkan bahwa regulasi emosi orang tua dan faktor keluarga mempunyai hubungan dengan perkembangan regulasi emosi serta gejala internalisasi anak.

Sekolah juga merupakan arena penting untuk promosi dan pencegahan. Bukti mengenai SEL menunjukkan manfaat pada berbagai aspek keterampilan dan fungsi sekolah. Intervensi sekolah terhadap kecemasan dan depresi juga menunjukkan potensi manfaat, walaupun variasi efektivitas dan kualitas implementasi perlu diperhatikan.

Perundungan dan kekerasan merupakan faktor yang perlu mendapat perhatian khusus. Data Indonesia menunjukkan hubungan bullying dengan berbagai dampak kesehatan dan perilaku, sementara penelitian nasional menunjukkan hubungan pengalaman kekerasan dengan depresi pada remaja.

Lingkungan digital perlu dipandang secara seimbang. Penggunaan teknologi tidak otomatis merugikan kesehatan mental, tetapi penggunaan problematik, cyberbullying, gangguan tidur, dan paparan konten tertentu perlu menjadi bagian dari asesmen. Literatur terbaru menunjukkan bahwa kualitas dan pola penggunaan media sosial lebih informatif daripada sekadar menghitung durasi penggunaan.

Kesimpulan dan Saran:

1. Keluarga perlu memperkuat komunikasi dan pengasuhan responsif. Anak perlu memperoleh kesempatan untuk mengungkapkan emosi tanpa takut dipermalukan.
2. Sekolah perlu mengembangkan sistem kesehatan mental yang komprehensif. Program tidak cukup hanya berupa konseling ketika masalah sudah berat, tetapi perlu memasukkan promosi, pencegahan, pendidikan sosial-emosional, pencegahan bullying, dan sistem rujukan.
3. Tenaga kesehatan perlu memperkuat deteksi dini dan layanan terintegrasi. Deteksi dini harus disertai jalur rujukan yang jelas.
4. Intervensi harus melibatkan keluarga. Masalah anak tidak selalu dapat diselesaikan melalui intervensi individual.

5. Literasi kesehatan mental perlu ditingkatkan. Anak, orang tua, guru, dan masyarakat perlu mengetahui tanda masalah dan cara memperoleh bantuan.
6. Penggunaan teknologi perlu didampingi. Pendekatan yang digunakan sebaiknya mempertimbangkan kualitas penggunaan, keamanan digital, tidur, aktivitas fisik, dan hubungan sosial.
7. Perlindungan anak harus menjadi prioritas. Kekerasan, pengabaian, dan bullying membutuhkan respons sistemik, bukan hanya nasihat kepada korban.
8. Penelitian Indonesia perlu terus diperkuat. Penelitian longitudinal, intervensi, dan implementasi diperlukan untuk mengembangkan model yang sesuai dengan konteks sosial-budaya Indonesia.

Kesehatan mental anak bukan hanya persoalan tidak adanya gangguan mental. Kesehatan mental berarti anak memiliki kesempatan untuk merasa aman, membangun hubungan, mengenali dan mengatur emosi, belajar, bermain, berpartisipasi, menghadapi kesulitan, serta berkembang sesuai potensinya.

Dengan demikian, tujuan akhir sistem kesehatan mental anak bukan sekadar "menghilangkan gejala", tetapi membangun ekosistem yang memungkinkan anak tumbuh secara sehat secara mental, emosional, sosial, dan perilaku.

Referensi

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing.

Azzopardi, P. S., et al. (2024). Mental health problems among Indonesian adolescents: Findings from a cross-sectional study utilizing validated scales and innovative sampling methods. Journal of Adolescent Health. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.07.016 PubMed

Blanchard, L., Conway-Moore, K., Aguiar, A., Önal, F., Rutter, H., Helleve, A., Nwosu, E., Falcone, J., Savona, N., Boyland, E., & Knai, C. (2023). Associations between social media, adolescent mental health, and diet: A systematic review. Obesity Reviews, 24(Suppl. 2), e13631. https://doi.org/10.1111/obr.13631 PubMed

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development (6th ed., pp. 793–828). Wiley.

Center for Reproductive Health, University of Queensland, & Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. (2022). Indonesia—National Adolescent Mental Health Survey (I-NAMHS) report. Center for Reproductive Health. QQCMHR

Cipriano, C., Strambler, M. J., Naples, L. H., Ha, C., Kirk, M., Wood, M., Sehgal, K., Zieher, A. K., Eveleigh, A., McCarthy, M. F., Funaro, M., Ponnock, A., Trott, C., & Durlak, J. A. (2023). The state of evidence for social and emotional learning: A contemporary meta-analysis of universal school-based SEL interventions. Child Development, 94(5), 1181–1204. https://doi.org/10.1111/cdev.13968 DOI+1

Cooke, J. E., Racine, N., Pador, P., & Madigan, S. (2021). Maternal adverse childhood experiences and child behavior problems: A systematic review. Pediatrics, 148(3), e2020044131. https://doi.org/10.1542/peds.2020-044131 PubMed

De Raeymaecker, K., & Dhar, M. (2022). The influence of parents on emotion regulation in middle childhood: A systematic review. Children, 9(8), 1200. https://doi.org/10.3390/children9081200 PubMed

Dhamayanti, M., Noviandhari, A., Masdiani, N., Pandia, V., & Sekarwana, N. (2020). The association of depression with child abuse among Indonesian adolescents. BMC Pediatrics, 20, 313. https://doi.org/10.1186/s12887-020-02218-2 PubMed

Eirich, R., McArthur, B. A., Anhorn, C., McDonald, S., Tough, S., & Madigan, S. (2022). Association of screen time with internalizing and externalizing behavior problems in children 12 years or younger: A systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry, 79(5), 393–405. JAMA Network

Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. Psychological Inquiry, 26(1), 1–26. https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781

Hale, G. E., Colquhoun, L., Lancastle, D., Lewis, N., & Tyson, P. J. (2023). Physical activity interventions for the mental health of children: A systematic review. Child: Care, Health and Development, 49(2), 211–229. https://doi.org/10.1111/cch.13048 PubMed

Holzman, J. B. W., Kennedy, S. M., Grassie, H. L., & Ehrenreich-May, J. (2022). Associations between dispositional parental emotion regulation and youth mental health symptoms: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review, 95, 102174. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102174 PubMed

Kaloeti, D. V. S., Manalu, R., Kristiana, I. F., & Bidzan, M. (2021). The role of social media use in peer bullying victimization and onset of anxiety among Indonesian elementary school children. Frontiers in Psychology, 12, 635725. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.635725 PubMed

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Survei Kesehatan Indonesia 2023. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan.

Khalaf, M. A., Alubied, A. A., Khalaf, A. M., & Rifaey, A. A. (2023). The impact of social media on the mental health of adolescents and young adults: A systematic review. Cureus, 15(8), e42990. https://doi.org/10.7759/cureus.42990 PubMed

Lin, S. C., Kehoe, C., Pozzi, E., Liontos, D., & Whittle, S. (2024). Research Review: Child emotion regulation mediates the association between family factors and internalizing symptoms in children and adolescents—A meta-analysis. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 65(3), 260–274. https://doi.org/10.1111/jcpp.13894 DOI+1

Masten, A. S. (2014). Ordinary magic: Resilience in development. Guilford Press.

Morris, A. S., Criss, M. M., Silk, J. S., & Houltberg, B. J. (2017). The impact of parenting on emotion regulation during childhood and adolescence. Child Development Perspectives, 11(4), 233–238.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2019). Fostering healthy mental, emotional, and behavioral development in children and youth: A national agenda. The National Academies Press.

Peltzer, K., & Pengpid, S. (2019). Prevalence and associated factors of being bullied among adolescents in Indonesia: Results from the 2015 Global School-based Student Health Survey. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(24), 4820. PubMed

Putra, G. N. E., & Dendup, T. (2022). Health and behavioural outcomes of bullying victimisation among Indonesian adolescent students: Findings from the 2015 Global School-based Student Health Survey. Psychology, Health & Medicine, 27(3), 513–527. https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1826546 PubMed

Sahle, B. W., Reavley, N. J., Li, W., Morgan, A. J., Yap, M. B. H., Reupert, A., & Jorm, A. F. (2022). The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. European Child & Adolescent Psychiatry, 31, 1489–1499. https://doi.org/10.1007/s00787-021-01745-2 PubMed

Tarigan, A. F. R., Kusumawati, A., & Husodo, B. T. (2020). Praktek orang tua dalam pendampingan pada anak sebagai korban bullying di SMP Kecamatan Banyumanik. Media Kesehatan Masyarakat Indonesia, 19(6), 437–443. https://doi.org/10.14710/mkmi.19.6.437-443 UNDIP Publisher

Thompson, R. A. (2019). Emotion regulation: A theme in search of definition. Monographs of the Society for Research in Child Development.

Valkenburg, P. M., Meier, A., & Beyens, I. (2022). Social media use and its impact on adolescent mental health: An umbrella review of the evidence. Current Opinion in Psychology, 44, 58–68. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.08.017 PubMed

World Health Organization. (2023). Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. World Health Organization.

World Health Organization. (2024). Mental health of children and young people: Service guidance. World Health Organization.

World Health Organization. (2025). Adolescent mental health. World Health Organization.

World Health Organization, & United Nations Children's Fund. (2024). Mental health of children and young people: Service guidance. World Health Organization.

Zimmer-Gembeck, M. J., Rudolph, J., Kerin, J., & Bohadana-Brown, G. (2022). Parent emotional regulation: A meta-analytic review of its association with parenting and child

adjustment. International Journal of Behavioral Development, 46(1), 63–82. https://doi.org/10.1177/01650254211051086 Sage Journals+1

Zhang, Q., Wang, J.,, systematic review, meta-analysis, jurnal internasional, sumber pemerintah, dan teori perkembangan.

Neitzel, A. (2023). School-based mental health interventions targeting depression or anxiety: A meta-analysis of rigorous randomized controlled trials for school-aged children and adolescents. Journal of Youth and Adolescence, 52, 195–217. https://doi.org/10.1007/s10964-022-01684-4 PubMed

Cooke, J. E., Racine, N., Pador, P., & Madigan, S. (2021). Maternal adverse childhood experiences and child behavior problems: A systematic review. Pediatrics, 148(3), e2020044131.

Havighurst, S. S., Kehoe, C. E., & Harley, A. E. (2015). Tuning in to kids: Improving emotion socialization practices in parents of preschool children—Findings from a community trial. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56(9), 1007–1016.

Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. Psychological Bulletin, 113(3), 487–496.

Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). Parental socialization of emotion. Psychological Inquiry, 9(4), 241–273.

Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (Eds.). (2000). From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. National Academies Press.

Vygotsky, L. S. (1978). Mind in society: The development of higher psychological processes. Harvard University Press.

ISSN 3063-9638

BAB VII

Pelayanan Anak dengan Penyakit Kronis dan Kebutuhan Perawatan Berkelanjutan

Yupi Supartini, S.Kp. M.Sc

A. Perubahan pola pelayanan kesehatan anak

Tingginya prevalensi kondisi anak dengan penyakit kronis yang kompleks (Complex Cronic Condition) memerlukan pembatasan yang serius dan kebutuhan akan asuhan yang spesifik atau spesialistik semakin meningkat, dan diagnosis CCC merupakan transisi sehat -sakit bagi anak dan orang tua yang berdampak pada perubahan jangka panjang yang penuh resiko, sehingga dibutuhkan ”Paliative Care” yang lebih tepat jika menggunakan pendekatan teringrasi untuk anak dan keluarganya. (Loura, D. Et al. 2024). Namun terjadinya perubahan paradigma pelayanan dimana dahulu pelayanan anak sangat berorientasi pada acute illness; kemajuan diagnostik dan terapi membuat semakin banyak anak dapat hidup lebih lama dengan kondisi kronis; sebagian anak membutuhkan pelayanan multidisiplin, teknologi medis, obat jangka panjang, rehabilitasi, nutrisi dan dukungan psikososial; akibatnya kebutuhan pelayanan tidak lagi berhenti ketika anak keluar dari rumah sakit. Hal ini sangat relevan dengan fenomena medical complexity. Perkembangan pelayanan medis telah menciptakan tantangan baru bagi rumah sakit anak karena meningkatnya kompleksitas kondisi dan kebutuhan koordinasi pelayanan (Arienzo,D., Diskin, C. Mahant S., 2024). Keberhasilan pelayanan pada anak dengan masalah kronis tidak cukup diukur dari keberhasilan mengendalikan penyakit, tetapi juga dari kemampuan anak dan keluarga dalam menjalani kehidupan sehari-hari secara optimal.

Evidence terbaru mengenai transisi hospital-to-home menunjukkan sembilan kebutuhan utama keluarga, termasuk parental empowerment, care coordination, communication/information, training skills, discharge preparation, resources/support, emotional experiences, parent-professional relationship dan pembentukan rutinitas baru. Perubahan paradigma terjadi dari disease-centred menjadi child- and family-centred care, dimana anak bukan “objek” pelayanan dan orang tua bukan sekadar penerima informasi,

tetapi anak dan keluarga merupakan partner dalam proses pelayanan Kesehatan/pelayanan keperawatan.

Scoping review 2024 terhadap 61 intervensi FCC untuk anak dengan kondisi kronis menemukan bahwa domain yang paling banyak ditargetkan adalah communication and information; family involvement in care dan access to care. Review 2026 juga menunjukkan bahwa FCC terus berkembang sebagai area penting dalam pelayanan pediatrik.

B. Apa itu penyakit kronis pada anak dan mengapa anak dengan penyakit kronis membutuhkan pelayanan khusus.

Penyakit kronis pada anak adalah kondisi kesehatan jangka panjang yang berlangsung beberapa bulan atau bahkan tahun, yang dapat mempengaruhi kondisi fisik, emosional dan kesejahteraan anak, yang memerlukan penanganan medis (Marwellus Clinics and Diagnostic, 2024)

Berikut ini beberapa kondisi dimana ada beberapa karakteristik anak dengan penyakit kronis yaitu

1. Mengalami penyakit berlangsung lama. Penyakit kronis adalah kondisi kesehatan yang berlangsung lama, biasanya lebih dari tiga bulan, dan sering kali tidak dapat disembuhkan sepenuhnya. Contohnya termasuk asma, diabetes tipe 1, dan penyakit jantung bawaan. Karena penyakit ini bersifat menetap, anak akan mengalami kondisi kesehatan yang stabil tapi tidak sehat sepenuhnya, atau kondisi yang bisa memburuk jika tidak dikelola dengan baik.
2. Membutuhkan terapi berulang/jangka panjang. Terapi berulang atau jangka panjang diperlukan untuk mengendalikan gejala, mencegah komplikasi, dan memperbaiki kualitas hidup. Misalnya, anak dengan diabetes harus rutin menjalani suntikan insulin dan memonitor kadar gula darah, sedangkan anak dengan asma harus menggunakan inhaler sesuai jadwal. Tanpa terapi yang kontinyu, risiko kekambuhan, memburuknya gejala, atau kondisi yang lebih serius akan meningkat.
3. Membutuhkan monitoring berkelanjutan. Monitoring berkelanjutan penting untuk menilai efektivitas terapi, deteksi dini komplikasi, serta penyesuaian pengobatan sesuai kebutuhan anak. Ini termasuk pemeriksaan rutin oleh tenaga kesehatan, pemantauan tanda-tanda vital, dan evaluasi perkembangan fisik dan psikososial

anak. Monitoring yang baik membantu mengurangi risiko rawat inap dan meningkatkan hasil jangka panjang.

4. Dapat mengalami keterbatasan fungsi. Dalam kondisi mengalami penyakit berkepanjangan anak dapat mengalami keterbatasan fyngsi tubuhnya yang memerlukan bantuan dan dukungan dari care taker

5. Dapat mengalami gangguan tumbuh-kembang. Kondisi sakit kronis menyebabkan anak tidak dapat melangsungkan pertumbuhan dan perkembangannya, sakit dan perawatan di rumah sakit seringkali memberi dampak pada gangguan pertumbuhan dimana berat badan menurun drastis karena nafsu makan yang menurun dan akibatnya juga perkembangan terganggu baik perkembangan motorik, bahasa, sosial dan kognitif

6. Berdampak pada sekolah dan aktivitas sosial. Anak yang menderita sakit kronis dan memerlukan perawatan di rumah sakit akan berdampak pada aktifitas akademiknya dimana anak tidak dapat mengikuti pembelajaran di sekolah secara langsung. Kondisi sakit yang kronis membuat anak juga kehilangan kemampuan fisik untuk bergerak melakukan aktifitas belajar dan aktifitas sosial dengan teman sebaya di lingkungannya

7. Membutuhkan dukungan psikologis. Kondisi anak yang stres karena sakit dan perawatan di rumah sakit akan memerlukan dukungan psikologis dari orang orang terdekat yaitu orang tua, saudara yang ada di lingkungan rumah. Demikian juga dari lingkungan sekolah anak memerlukan dukungan psikologis dari guru dan pembimbing serta teman teman nya.

8. Membutuhkan keterlibatan keluarga. Sebagai orang terdekat anak, keluarga sangat dibutuhkan untuk terlibat dalam perawatan anak dengan penyakit kronis mengingat sakit yang dijalani anak akan berlangsung lama dan secara prinsip Atraumatic Care, sekalipun anak dirawat di rumah sakit, pemberi asuhan terbaik pada anak adalah orang tuanya, dimana anak akan merasa tenang dan nyaman dengan kehadiran orang tua terutama selama sakit dan menjalani masa perawatan. Tim kesehatan sebagai profesional kesehatan memberikan bantuan dan dukungan profesional tetapi untuk dukungan psikologis anak, orang tua yang tetap terbaik bagi anak, sehingga kehadiran orang tua di rumah sakit mutlak diperlukan dan bertindak sebagai mitra bagi perawat dalam memberikan pelayanan yang terbaik bagi anak

9. Dapat membutuhkan teknologi medis. Dalam kondisi tertentu perawatan anak dengan penyakit kronis dapat membutuhkan teknologi medis baik yang terkait dengan terapi yang diberikan ataupun dalam pemeriksaan diagnostik, sesuai kebutuhan anak
10. Sering berpindah antara rumah sakit–rumah–sekolah–komunitas. Anak yang mengalami penyakit kronis harus menjalani perawatan dalam jangka panjang, sehingga setelah dinyatakan sembuh dan pulang ke rumah mungkin akan kembali untuk perawatan lanjutan di rumah sakit sesuai episodik pengobatan dan perawatannya. Jika kondisi sudah memnungkinkan anak dapat beraktifitas sekolah maka anak harus kembali ke sekolah dan lingkungan sosial bermainnya. Pada episod perawatan berikutnya anak dapat kembali ke rumah sakit. Misal digambarkan pada penanganan dan perawatan pasen anak yang mengalami Thalasemia atau Leukemia dimana anak akan bolak balik berada di rumah sakit untuk perawatan, pulang ke rumahrumah dan sekolah dan kembali menjalani pengobatab/perawatan di rumah sakit

Pada anak dengan complex chronic conditions, kompleksitas penyakit, regimen terapi, ketergantungan fungsional dan kebutuhan sosial-emosional dapat menyebabkan dampak besar terhadap kualitas hidup anak dan keluarga.

C. Spektrum Penyakit Kronis pada Anak

Klasifikasi penyakit kronis pada anak adalah sebagai berikut

1. Penyakit hematologi

1.1. Thalassemia adalah kelainan darah **genetik** akibat gangguan sintesis rantai globin hemoglobin, yang menyebabkan anemia kronis. Pada bentuk berat, anak memerlukan transfusi darah berulang dan terapi kelasi besi jangka panjang.

1.2. Sickle cell disease merupakan kelainan hemoglobin **herediter** yang menyebabkan eritrosit berubah menjadi bentuk sabit dalam kondisi tertentu. Sel abnormal mudah mengalami hemolisis dan menyumbat pembuluh darah kecil sehingga dapat menimbulkan anemia kronis, nyeri berulang (*vaso-occlusive crisis*), dan kerusakan organ.

Sickle Cell Disease (SCD) adalah penyakit darah herediter akibat abnormalitas hemoglobin, terutama hemoglobin S (HbS), yang menyebabkan eritrosit dapat berubah menjadi bentuk sabit. Sel tersebut mudah mengalami hemolisis dan vaso-oklusi sehingga

menyebabkan anemia hemolitik kronis, episode nyeri akut, infeksi, acute chest syndrome, stroke, dan kerusakan berbagai organ.

2. Penyakit endokrin/metabolik

2.1. Diabetes mellitus tipe 1 adalah penyakit autoimun kronis yang menyebabkan kerusakan sel beta pankreas sehingga produksi insulin sangat berkurang atau tidak ada. Anak membutuhkan terapi insulin seumur hidup disertai monitoring glukosa, pengaturan nutrisi, aktivitas, dan edukasi *self-management*.

2.2. Congenital metabolic disorders Adalah sekelompok kelainan genetik bawaan yang menyebabkan gangguan jalur metabolisme akibat defisiensi atau abnormalitas enzim, transporter, atau protein tertentu sehingga terjadi akumulasi zat toksik atau kekurangan metabolit penting. Contohnya phenylketonuria, galactosemia, dan maple syrup urine disease.

3. Penyakit respirasi

1. Cystic fibrosis adalah penyakit genetik kronis akibat mutasi gen CFTR, yang menyebabkan sekret tubuh menjadi lebih kental terutama pada paru dan saluran pencernaan. Kondisi ini dapat menyebabkan infeksi paru berulang, gangguan pernapasan, serta insufisiensi pankreas dan gangguan nutrisi.
2. Severe asthma /asma berat merupakan asma berat adalah asma yang membutuhkan terapi intensif dosis tinggi untuk mencapai kontrol atau tetap tidak terkontrol meskipun terapi telah dioptimalkan dan kepatuhan serta faktor penyulit telah dievaluasi. Anak dapat mengalami eksaserbasi berulang dan membutuhkan monitoring jangka panjang.
3. Chronic lung disease. Istilah umum untuk penyakit paru yang menetap dan menyebabkan gangguan fungsi respirasi jangka panjang. Pada pediatri, salah satu bentuk penting adalah bronchopulmonary dysplasia (BPD) pada bayi prematur, yang dapat menyebabkan kebutuhan oksigen berkepanjangan dan gangguan perkembangan paru.

4.Penyakit Neurologis

1. Cerebral palsy adalahekelompok gangguan permanen pada perkembangan gerak dan postur akibat gangguan/cedera otak yang sedang berkembang. CP dapat disertai gangguan sensorik, kognitif, komunikasi, makan, muskuloskeletal, dan epilepsi.

2. Epilepsy nerupakaan gangguan neurologis kronis yang ditandai oleh predisposisi menetap untuk mengalami **kejang epileptik berulang** akibat aktivitas listrik abnormal di otak. Kondisi ini dapat membutuhkan terapi antikejang jangka panjang dan pemantauan perkembangan anak.
3. Neuromuscular disease. Kelompok penyakit yang memengaruhi saraf perifer, neuromuscular junction, atau otot sehingga menimbulkan kelemahan otot progresif atau menetap dan gangguan fungsi motorik. Contohnya **Duchenne muscular dystrophy (DMD)** dan **spinal muscular atrophy (SMA)**.

5.Penyakit Kardiovaskular

Congenital heart disease. Merupakan kelainan struktural jantung atau pembuluh darah besar yang sudah terbentuk sejak lahir dan dapat memengaruhi aliran darah serta fungsi jantung. Spektrumnya mulai dari kelainan ringan hingga penyakit kompleks yang membutuhkan operasi, kateterisasi, obat, dan follow-up seumur hidup.

6. Penyakit Ginjal

Gangguan ginjal kronis merupakan kelainan struktur atau fungsi ginjal yang berlangsung **≥3 bulan** dan berdampak terhadap kesehatan. Pada anak, CKD dapat menyebabkan gangguan cairan-elektrolit, anemia, hipertensi, gangguan mineral-tulang, serta gangguan pertumbuhan; stadium lanjut dapat membutuhkan dialisis atau transplantasi ginjal.

7. Penyakit endokrin/metabolik

Diabetes mellitus tipe 1; Diabetes Mellitus Tipe 1 (DMT1) merupakan penyakit autoimun kronis ketika sistem imun merusak sel beta pankreas sehingga produksi insulin sangat berkurang atau berhenti. Akibat kekurangan insulin, glukosa tidak dapat dimanfaatkan secara optimal oleh sel dan terjadi hiperglikemia. Penyakit ini sering muncul pada masa anak atau remaja dan membutuhkan terapi insulin seumur hidup, pemantauan glukosa, pengaturan nutrisi dan aktivitas, serta pendidikan self-management. Tantangan penting pada anak meliputi risiko hipoglikemia, ketoasidosis diabetik, pengaruh terhadap kehidupan sekolah dan aktivitas sosial, serta kebutuhan meningkatkan kemandirian pengelolaan diabetes sesuai perkembangan usia.

Congenital metabolic disorders. Congenital metabolic disorders atau inborn errors of metabolism (IEM) merupakan kelompok kelainan genetik yang mengganggu proses metabolisme tubuh karena abnormalitas enzim, transporter, atau protein tertentu.

Gangguan tersebut dapat menyebabkan akumulasi metabolit toksik, kegagalan pembentukan zat yang dibutuhkan tubuh, atau gangguan produksi energi. Contohnya phenylketonuria (PKU), galactosemia, maple syrup urine disease (MSUD), glycogen storage disorders, dan urea-cycle disorders. Manifestasinya sangat bervariasi, mulai dari gangguan makan dan pertumbuhan sampai gangguan neurologis berat. Penanganannya dapat mencakup diet khusus, penghindaran substrat tertentu, suplementasi, terapi enzim, obat, dan monitoring metabolik jangka panjang.

8. Penyakit respirasi

Cystic fibrosis; Cystic fibrosis (CF) adalah penyakit genetik autosomal resesif akibat varian patogen pada gen CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator). Gangguan transport klorida dan bikarbonat menyebabkan sekret menjadi kental, terutama pada saluran pernapasan dan pencernaan. Anak dapat mengalami infeksi saluran napas berulang, batuk kronis, bronchiectasis, penurunan fungsi paru, insufisiensi pankreas, malabsorpsi, dan gangguan pertumbuhan. Karena bersifat multisistem dan progresif, anak membutuhkan airway clearance, terapi inhalasi, nutrisi, pancreatic enzyme replacement pada yang membutuhkan, antibiotik, serta pada pasien yang memenuhi indikasi terapi modulator CFTR.

Severe asthma (asma berat) adalah bentuk asma yang membutuhkan terapi intensif—umumnya kortikosteroid inhalasi dosis tinggi dengan controller tambahan—untuk mempertahankan kontrol, atau tetap tidak terkontrol meskipun terapi sudah dioptimalkan dan faktor seperti teknik inhaler, adherence, paparan lingkungan, serta komorbiditas telah dievaluasi. Anak dapat mengalami eksaserbasi berulang, kunjungan gawat darurat dan hospitalisasi sehingga memerlukan asthma action plan, edukasi keluarga, monitoring, pengendalian trigger, serta terapi jangka panjang yang terindividualisasi.

Chronic lung disease (penyakit paru menahun) merupakan istilah untuk kondisi yang menyebabkan gangguan struktur atau fungsi paru dalam jangka panjang. Salah satu bentuk penting pada pediatri adalah bronchopulmonary dysplasia (BPD), terutama pada bayi sangat prematur yang membutuhkan respiratory support. Anak dapat mengalami kebutuhan oksigen berkepanjangan, gangguan pertumbuhan paru, infeksi respirasi berulang, keterbatasan aktivitas, dan pada sebagian anak masalah pertumbuhan serta perkembangan. Perawatannya membutuhkan kolaborasi respirasi, nutrisi, developmental care, pencegahan infeksi, dan follow-up jangka panjang.

9.Penyakit Neurologis

Cerebral palsy; Cerebral palsy (CP) merupakan kelompok gangguan permanen perkembangan gerak dan postur akibat gangguan nonprogresif pada otak yang sedang berkembang. Walaupun lesi otaknya tidak progresif, kebutuhan dan komplikasi klinis dapat berubah sepanjang pertumbuhan anak. Selain gangguan motorik, anak dapat mengalami spastisitas, gangguan muskuloskeletal, epilepsi, gangguan menelan dan nutrisi, komunikasi, kognitif, sensorik, dan perilaku. Karena itu pelayanan CP membutuhkan tim multidisiplin serta keterlibatan keluarga dalam rehabilitasi jangka panjang.

Epilepsy, merupakan gangguan neurologis yang ditandai predisposisi menetap untuk mengalami kejang epileptik akibat aktivitas listrik abnormal di otak. Pada anak, epilepsi dapat memiliki etiologi genetik, struktural, metabolik, imunologis, infeksi, atau tidak diketahui. Selain pengendalian kejang dengan obat antikejang atau terapi lainnya, perhatian diperlukan terhadap perkembangan kognitif, pembelajaran, kesehatan psikososial, keselamatan, kepatuhan obat, serta stigma.

Neuromuscular disease, merupakan kelompok penyakit yang memengaruhi motor neuron, saraf perifer, neuromuscular junction, atau otot. Contohnya Duchenne muscular dystrophy (DMD), spinal muscular atrophy (SMA), congenital myopathies, dan beberapa muscular dystrophies lainnya. Manifestasinya terutama berupa kelemahan otot dan gangguan motorik yang dapat progresif. Pada kondisi tertentu dapat berkembang gangguan respirasi, kontraktur, gangguan menelan, dan komplikasi jantung. Kemajuan terapi genetik dan disease-modifying therapies membuat monitoring dan continuity of care semakin penting.

10. Penyakit Kardiovaskular

Congenital heart disease. (Penyakit Jantung Bawaan) merupakan kelainan struktural jantung atau pembuluh darah besar yang terbentuk selama perkembangan janin dan sudah terdapat sejak lahir. Spektrumnya luas, dari defek sederhana seperti ASD dan VSD sampai kelainan kompleks seperti Tetralogy of Fallot, transposition of the great arteries, dan hypoplastic left heart syndrome.

Anak dapat mengalami sianosis, gagal jantung, gangguan pertumbuhan, exercise intolerance, atau masalah perkembangan. Sebagian membutuhkan intervensi kateterisasi atau operasi sejak dini dan tetap membutuhkan surveillance jangka panjang, karena tindakan koreksi tidak selalu berarti penyakit telah sepenuhnya “sembuh”.

11. Penyakit Onkologi

Retinoblastoma adalah keganasan retina yang terutama terjadi pada anak usia dini dan berkaitan dengan perubahan gen RB1, baik herediter maupun sporadik. Tanda klasiknya adalah leukocoria (refleks putih pada pupil), sementara strabismus juga dapat ditemukan. Diagnosis dan terapi dini sangat penting karena tujuan perawatan bertingkat: menyelamatkan kehidupan → mempertahankan bola mata bila memungkinkan → mempertahankan penglihatan → mengurangi efek jangka panjang terapi. Penatalaksanaan dapat menggunakan kemoterapi sistemik atau intra-arterial, terapi lokal, intravitreal chemotherapy, atau enukleasi sesuai stadium.

Leukemia pada anak merupakan keganasan jaringan pembentuk darah akibat proliferasi abnormal sel hematopoietik di sumsum tulang. Acute lymphoblastic leukemia (ALL) merupakan tipe leukemia anak yang paling sering. Manifestasinya dapat berupa pucat, fatigue, demam, infeksi berulang, perdarahan/petekie, nyeri tulang, hepatosplenomegali, atau limfadenopati. Terapi berlangsung dalam beberapa fase dan dapat cukup panjang sehingga anak dan keluarga membutuhkan dukungan untuk pencegahan infeksi, nutrisi, efek samping kemoterapi, sekolah, kesehatan psikososial, dan survivorship.(American Academy of Pediatric, 2020)

12. Penyakit Ginjal

Chronic Kidney Disease (CKD)/Penyakit Ginjal Kronis pada anak merupakan abnormalitas struktur atau fungsi ginjal yang berlangsung lebih dari tiga bulan dan mempunyai implikasi terhadap kesehatan. Penyebab pada anak berbeda dari dewasa; kelainan kongenital ginjal dan saluran kemih (CAKUT), penyakit glomerulus, dan kelainan herediter merupakan penyebab penting.

CKD dapat menimbulkan gangguan cairan dan elektrolit, hipertensi, anemia, gangguan mineral dan tulang, gangguan nutrisi, serta hambatan pertumbuhan. Penyakit stadium lanjut dapat membutuhkan dialisis dan transplantasi ginjal. Anak memerlukan monitoring jangka panjang bukan hanya terhadap fungsi ginjal tetapi juga pertumbuhan, perkembangan, pendidikan, psikososial, dan kualitas hidup.

D. Dampak penyakit kronis terhadap anak dan keluarga

Dampak penyakit kronis pada anak dapat timbul beberapa keluhan pada fisik yaitu nyeri/fatigue;pertumbuhan dan perkembangan terganggu; Demikian pula pada aspek

psikologis; sosial;pendidikan; kemandirian dan pada akhirnya mempengaruhi kualitas hidupnya.

1.Dampak pada Orang tua

1.1. Caregiver burden dimana penyakit kronis membutuhkan perawatan jangka panjang: pemberian obat, pemantauan gejala, diet, kontrol, rehabilitasi, koordinasi pelayanan, menemani hospitalisasi, serta kesiapan menghadapi eksaserbasi. Akumulasi tuntutan tersebut menimbulkan kelelahan fisik, psikologis, sosial, dan waktu. Doğaner & Celen (2025) menemukan pada 144 orang tua bahwa *caregiver burden* dipengaruhi secara signifikan oleh **frekuensi hospitalisasi anak, pendapatan keluarga, dan intolerance of uncertainty**. Studi Asadi et al. (2026) juga menunjukkan caregiver burden berhubungan negatif dengan kemampuan coping orang tua ($\beta = -0{,}27$; $p=0{,}024$).

1.2. Kecemasan dimana oang tua terus menghadapi kekhawatiran tentang perburukan penyakit, komplikasi, nyeri, kegagalan terapi, keadaan darurat, hospitalisasi ulang, perkembangan anak, hingga masa depan anak. Orang tua juga dapat takut melakukan kesalahan ketika merawat anak di rumah. Systematic review terbaru mengenai orang tua anak dengan kondisi kronis menemukan prevalensi gejala kecemasan meningkat pada berbagai kelompok penyakit, dengan rentang **9,6–62,9%**. Kondisi ini menunjukkan bahwa kesehatan mental orang tua perlu menjadi bagian dari asesmen pelayanan anak kronis (Coscini, N, et.al. 2025)

1.3. Ketidakpastian, sekaitan dengan perjalanan penyakit kronis sering tidak dapat diprediksi: “Apakah anak akan membaik?”, “Apakah penyakit akan kambuh?”, “Apa komplikasinya?”, dan “Apa yang harus dilakukan bila kondisi memburuk?”. Informasi medis yang kompleks atau tidak konsisten dapat memperbesar ketidakpastian. Doğaner & Celen (2025) menunjukkan bahwa *intolerance of uncertainty* merupakan prediktor signifikan caregiver burden. Pada caregiver anak dengan chronic uveitis, ketidakpastian penyakit berhubungan kuat dengan caregiver burden dan rendahnya kapasitas caregiving; caregiver burden juga memediasi sekitar **40,13% efek uncertainty terhadap caregiver capacity**. Studi 2026 pada caregiver anak dengan esophageal atresia juga mengidentifikasi **information gaps dan kompleksitas penyakit** sebagai sumber penting uncertainty (Doganer and Celen, 2025).

1.4. Perubahan peran orang tua tidak lagi hanya berperan sebagai ayah/ibu, tetapi juga menjadi **caregiver, medication manager, symptom monitor, care coordinator, advocate, educator**, bahkan melakukan tindakan yang sebelumnya dilakukan tenaga kesehatan. Peran pekerjaan, pasangan, pengasuhan anak lain, dan aktivitas sosial harus disesuaikan. Integrative review 2024 tentang perawatan *children with medical complexity* di rumah menunjukkan tingginya caregiver burden yang berasal bukan hanya dari disease management tetapi juga hambatan sistem pelayanan kesehatan. Studi ekonomi keluarga 2024 juga menemukan caregiving menyebabkan hilangnya waktu bekerja serta memengaruhi kesehatan, leisure, self-care, dan jaringan sosial keluarga. (Geyyer, D dan Vessey, J 2024)

1.5. Beban finansial karena biaya yang dibutuhkan bukan hanya biaya pengobatan langsung. Ada biaya transportasi, diet khusus, alat kesehatan, rehabilitasi, akomodasi, serta **indirect cost** berupa kehilangan jam kerja, cuti, penurunan produktivitas, bahkan berhenti bekerja untuk merawat anak. Studi kualitatif 2024 pada keluarga *children with medical complexity* menemukan dampak ekonomi berupa **time lost from employment** dan berbagai *spillover costs* pada keluarga. Doğaner & Celen (2025) juga menemukan tingkat pendapatan merupakan prediktor signifikan caregiver burden. (Malpass, et.al, 2024)

1.6. Kebutuhan pengetahuan. Ketika anak pulang, orang tua harus memahami penyakit, tujuan terapi, obat dan efek samping, nutrisi, aktivitas, tanda bahaya, pencegahan komplikasi, kapan mencari pertolongan, serta jadwal tindak lanjut. Kekurangan pengetahuan meningkatkan uncertainty dan rasa tidak mampu merawat anak. Studi quasi-experimental 2024 pada ibu anak dengan trakeostomi menunjukkan bahwa **digital education-supported telehealth meningkatkan pengetahuan ibu**, menurunkan caregiver burden, komplikasi, dan hospitalisasi. Artinya, pemberian pengetahuan kepada caregiver bukan sekadar edukasi tambahan tetapi merupakan bagian dari keselamatan dan continuity of care.(Gozetici, E. dan Donmez H. 2024)

1.7.Kebutuhan keterampilan perawatan. Pengetahuan saja tidak cukup karena orang tua mungkin perlu mampu memberikan obat, menggunakan alat medis, melakukan perawatan trakeostomi/gastrostomi, monitoring glukosa, mengelola nutrisi, mengenali distress respirasi atau infeksi, dan mengambil keputusan ketika terjadi perubahan kondisi. Studi pada orang tua anak dengan T1 DM menunjukkan **diabetes-management skills** merupakan faktor yang memengaruhi caregiver burden

dan life satisfaction. Bukti 2024 pada home-care tracheostomy juga menunjukkan edukasi berbasis telehealth meningkatkan kemampuan caregiver dan berkaitan dengan penurunan komplikasi/hospitalisasi (Bilgehan T. Bagriacik, E dan Sonmez M., 2024)

2. Dampak pada keluarga

2.1.Perubahan rutinitas dimana jadwal keluarga harus menyesuaikan obat, terapi, kontrol, pemeriksaan, diet, perawatan di rumah, dan hospitalisasi. Aktivitas rekreasi, waktu bersama keluarga, sekolah saudara kandung, bahkan tidur dan self-care orang tua dapat terganggu. Keim-Malpass et al. (2024) menemukan caregiving anak dengan *medical complexity* berdampak pada aktivitas rekreasi, self-care, pekerjaan, kesehatan keluarga, dan social network

Penyakit kronis menyebabkan kehidupan keluarga yang sebelumnya relatif fleksibel menjadi disease-centered family routine. Jadwal sehari-hari dapat ditentukan oleh waktu pemberian obat, terapi, diet khusus, monitoring kondisi anak, kontrol rumah sakit, pemeriksaan laboratorium, serta kemungkinan rawat inap.

Dampaknya dapat terlihat pada perubahan pola tidur, makan bersama, rekreasi, aktivitas sosial, liburan, pekerjaan orang tua, dan aktivitas saudara kandung. Keim-Malpass et al. (2024), dalam penelitian terhadap caregiver children with medical complexity, menemukan bahwa caregiving tidak hanya mengambil waktu untuk perawatan langsung tetapi juga berdampak pada leisure activities, self-care, kesehatan fisik/mental, pekerjaan, dan social network keluarga.

Dengan demikian penyakit kronis pada anak membutuhkan banyak pengobatn dan perubahan rutinitas keluarga, menurunkan kesenangan atau kemandirian dan pada akhirnya dapat menimbulkan tekananpada keluarga. Implikasinya bagi perawat adalah pentingnya membuat rencana perawatan yang realistis dan compatible dengan kehidupan sehari-hari keluarga, bukan hanya sesuai kebutuhan klinis anak.

2.2. Dampak pada saudara kandung, karena saudara kandung dapat memperoleh perhatian orang tua lebih sedikit, harus menyesuaikan aktivitasnya, mengalami khawatir, sedih atau kecemburuan, dan kadang mengambil tanggung jawab lebih besar. Namun pengalaman ini juga dapat menumbuhkan empati, kedewasaan, dan perilaku caring. Studi Subasinghe et al. (2025) menemukan sibling mengalami tekanan emosional dan psikologis serta mixed emotions, tetapi juga berkembang

menjadi lebih bertanggung jawab dan caring. Studi 2026 menunjukkan sibling sering menekan kebutuhan pribadi agar tidak membebani orang tua dan mengambil tanggung jawab keluarga lebih besar.

Sibling sering disebut sebagai kelompok yang relatif "tidak terlihat" dalam pelayanan anak kronis karena perhatian keluarga dan tenaga kesehatan secara alamiah lebih banyak diberikan kepada anak yang sakit. Subasinghe et al. (2025) menemukan bahwa sibling usia 5–12 tahun mengalami mixed emotions dan daily emotional/psychological stress dalam menghadapi kondisi kronis saudara mereka. Namun, pengalaman tersebut juga dapat membentuk perilaku lebih bertanggung jawab dan caring. Mereka membutuhkan informasi mengenai penyakit saudaranya yang diberikan secara tepat waktu dan sesuai usia.

Bukti yang lebih baru pada 2026 bahkan menunjukkan bahwa sibling dapat menekan keinginan dan kebutuhannya sendiri agar tidak menambah beban orang tua, dan ketika keterlibatan orang tua berkurang, mereka dapat mengambil tanggung jawab lebih besar dalam keluarga.

Karena itu sibling dapat mengalami dua kemungkinan dampak negatif: kecemasan, kesepian, kecemburuan, merasa kurang diperhatikan, pembatasan aktivitas, dan tanggung jawab berlebihan. Dampak adaptif: peningkatan empati, kemandirian, maturity, responsibility, dan caring behavior. Artinya, dalam Family-Centered Care (FCC), sibling juga merupakan bagian dari unit pelayanan, bukan sekadar anggota keluarga yang berada di luar fokus perawatan.

2.3. Hubungan keluarga, dimana perhatian keluarga yang terpusat pada anak sakit, kelelahan caregiver, pembagian tugas yang tidak seimbang dan berkurangnya waktu pasangan dapat menimbulkan konflik atau ketegangan. Sebaliknya, sebagian keluarga menjadi lebih kompak melalui shared caregiving dan adaptasi bersama. Studi 2026 menemukan suasana keluarga dapat berubah karena kehidupan keluarga berpusat pada anak sakit, muncul pembatasan aktivitas keluarga, dan dalam sebagian kasus terjadi deterioration of family atmosphere. Studi 2024 juga menunjukkan penyakit kronis memengaruhi hubungan penting dan aktivitas keluarga.

Penyakit kronis dapat mengubah hubungan suami–istri, orang tua–anak, sibling–sibling, bahkan hubungan keluarga dengan extended family. Penelitian 2026

tentang pengalaman sibling menunjukkan adanya fenomena "family life revolving around the sibling", yaitu kehidupan keluarga semakin berpusat pada anak yang sakit. Penelitian tersebut juga menemukan pembatasan aktivitas akibat penyakit dan pada sebagian keluarga memburuknya suasana keluarga karena tekanan caregiving.

2.4. Pekerjaan orang tua akan terdampak karena orang tua dapat sering izin kerja untuk kontrol/hospitalisasi, mengurangi jam kerja, menolak promosi, berpindah pekerjaan, atau berhenti bekerja. Dampaknya kemudian berlanjut menjadi penurunan pendapatan dan financial burden. Keim-Malpass et al. (2024) mengidentifikasi time lost from employment sebagai salah satu dampak ekonomi utama. Orang tua harus mengalokasikan waktu untuk appointment, terapi, koordinasi pelayanan, asuransi, dan direct caregiving.

Masalah terkait pekerjaan orang tua ini merupakan aspek penting karena penyakit anak menciptakan hubungan antara caregiving burden dan economic burden.Orang tua mungkin harus mengantar anak untuk konsultasi berulang, menemani hospitalisasi, mengikuti terapi, mengambil obat, mengurus administrasi/asuransi, dan melakukan perawatan di rumah. Aktivitas tersebut sering berlangsung selama bertahun-tahun. Keim-Malpass et al. (2024) menemukan time lost from employment sebagai salah satu tema utama dampak ekonomi pada keluarga children with medical complexity. Bahkan caregiver dalam penelitian tersebut menggambarkan kebutuhan menghadiri terapi dan appointment medis yang sangat sering sehingga anggota keluarga harus bergantian menyesuaikan pekerjaan.

2.5. Akses pelayanan untuk penyakit kronis memerlukan banyak layanan spesialis, rehabilitasi, farmasi, laboratorium, home care, dan layanan primer. Pelayanan yang terfragmentasi meningkatkan beban koordinasi, perjalanan, waktu tunggu, biaya, dan kesulitan memperoleh layanan yang tepat. Hodgson et al. (2024) menemukan kurangnya integrasi dan koordinasi pelayanan sebagai masalah penting pada children with medical complexity. Materula et al. (2024) menemukan kurangnya akses terhadap layanan yang diperlukan menurunkan kualitas hidup keluarga.

Anak dengan penyakit kronis sering tidak hanya membutuhkan satu fasilitas pelayanan. Anak mungkin membutuhkan dokter spesialis/subspesialis, perawat, rehabilitasi, ahli gizi, psikolog, farmasi, laboratorium, sekolah, pelayanan sosial,

home care, hingga alat kesehatan. Masalah kemudian muncul apabila layanan tersebut terfragmentasi

Hodgson et al. (2024) menegaskan bahwa kurangnya healthcare integration and coordination pada anak dengan medical complexity merupakan masalah penting. Penelitian tersebut menyoroti perlunya model pelayanan yang terintegrasi dan family-centered. Materula et al. (2024) juga menemukan bahwa keluarga anak dengan neurodevelopmental disorders dan medical complexity melaporkan bahwa lack of access to required services reduced family quality of life, sedangkan pelayanan menjadi lebih baik ketika perspektif keluarga diintegrasikan ke dalam sistem pelayanan. Karena itu akses tidak hanya berarti "tersedia atau tidak tersedia rumah sakit", tetapi mencakup availability, affordability, accessibility, continuity, coordination, serta kemampuan keluarga menavigasi sistem pelayanan.

E. Kesinambungan asuhan keperawatan yang dibutuhkan anak

Anak dengan penyakit kronis membutuhkan asuhan berkesinambungan mulai dari rumah sakit, asuhan rawat jalan, asuhan di rumah, di sekolah/di masyarakat. Permasalahan yang dapat terjadi adalah informasi tidak tersambung dengan baik; banyak tenaga kesehatan tetapi tidak adanya koordinator pelayanan; keluarga harus mengulang mencari informasi; discharge planning yang kurang optimal saat perawatan di rumah sakit; kurangnya edukasi; akses pelayanan yang tidak merata; dan follow-up care yang tidak konsisten.

Review 2024 tentang transisi anak dengan complex chronic conditions menemukan bahwa komunikasi positif, hubungan terapeutik yang suportif, dan pendekatan kolaboratif menjadi fasilitator penting; sebaliknya kompleksitas penyakit, regimen terapi, serta koordinasi tim yang tidak efektif menjadi hambatan.

Dengan demikian, pada anak dengan penyakit kronis discharge planning seharusnya dipandang sebagai proses transisi, bukan sebuah kejadian pada hari kepulangan. Outcome yang ingin dicapai bukan hanya anak keluar dari rumah sakit, tetapi anak pulang dengan aman, caregiver kompeten dan percaya diri, kebutuhan rumah telah tersedia, serta pelayanan lanjutan sudah terkoordinasi. Pendekatan ini sangat penting pada anak dengan pengobatan yang kompleks, yang memiliki risiko lebih tinggi terhadap masalah setelah transisi rumah sakit dengan rumah.

"Pelayanan Anak dengan Penyakit Kronis dan Kebutuhan Perawatan Berkelanjutan dapat mencapai tujuan apabila ada kesinambungan antara transitional care dengan

Continuity Care melalui sebuah proses yang disebut dengan Discharge Planning, disusun dan ditetapkan mulai pasen anak masuk dirawat di rumah sakit sampai kepulangannya ke rumah dan melaksanakan perawatan lanjutan di rumah/di Masyarakat.

F. Peran teknologi dan digital health dalam penanganan masalah anak dengan penyakit kronis

Teknologi dan digital health semakin penting dalam pelayanan anak dengan penyakit kronis karena perawatan tidak hanya berlangsung ketika anak berada di rumah sakit. Sebagian besar pengelolaan penyakit berlangsung di rumah, sekolah, dan komunitas, sehingga diperlukan sistem yang mampu menghubungkan anak, keluarga, dan tenaga kesehatan secara berkesinambungan.

Systematic review Exner et al. yang terbit daring pada 2025 dan dalam Journal of Telemedicine and Telecare 2026 mencakup 116 studi pada 45 kondisi kronis pediatrik. Intervensinya meliputi konsultasi video, aplikasi/web, symptom tracking, perangkat terintegrasi, gamifikasi, dukungan psikologis, dan edukasi. Secara umum, feasibility dan kepuasan pasien tinggi; beberapa studi menunjukkan perbaikan outcome klinis, dan tidak ditemukan outcome yang lebih buruk dibanding standard care. Namun, heterogenitas studi masih tinggi.

Dengan demikian, digital health sebaiknya dipandang sebagai pelengkap pelayanan tatap muka dalam model hybrid, bukan pengganti seluruh pelayanan langsung. Review pediatrik 2026 juga menekankan manfaatnya untuk akses, kontinuitas, remote monitoring, dan keterlibatan keluarga, terutama pada diabetes dan asma, tetapi mengingatkan bahwa bukti untuk beberapa teknologi baru—termasuk wearables dan AI—belum sama kuatnya.

1.Bentuk dan fungsi utama digital health

Teknologi	Peran pada penyakit kronis anak	Manfaat potensial
Telemedicine/telehealth	Konsultasi dan *follow-up* jarak jauh	Meningkatkan akses dan continuity of care
Health/mobile apps	Edukasi, pencatatan gejala, obat, diet dan aktivitas	Meningkatkan self-management dan self-efficacy
Remote Patient Monitoring (RPM)	Pemantauan data klinis dari rumah	Deteksi dini perubahan kondisi
Wearable & connected devices	Memantau glukosa, aktivitas, tidur atau parameter fisiologis	Monitoring lebih kontinu dan objektif

Teknologi	Peran pada penyakit kronis anak	Manfaat potensial
Digital education	Edukasi anak dan caregiver melalui video/aplikasi/platform daring	Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan caregiver
Electronic medication monitoring	Memantau penggunaan obat	Mendukung medication adherence
Gamification	Mengubah edukasi/self-management menjadi aktivitas interaktif	Meningkatkan engagement anak/remaja
AI/clinical decision support	Analisis data, prediksi risiko dan dukungan keputusan	Mendukung personalized care dan early warning
Patient portal/EHR	Menghubungkan data anak, keluarga dan tim multidisiplin	Memperbaiki koordinasi dan continuity of care

2.Telemedicine meningkatkan akses dan kontinuitas pelayanan

Anak dengan penyakit kronis membutuhkan konsultasi dan monitoring berulang selama berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Kunjungan rutin dapat menjadi beban bagi keluarga karena jarak, transportasi, biaya, waktu tunggu, pekerjaan orang tua dan sekolah anak.

Telemedicine memungkinkan sebagian konsultasi dilakukan melalui video, telepon atau platform digital. Hal ini sangat relevan untuk evaluasi rutin, edukasi, konsultasi hasil pemeriksaan, penyesuaian tertentu dalam rencana perawatan, dan dukungan kepada caregiver.

Systematic review tahun 2024 terhadap 11 studi pediatrik menemukan outcome telemedicine pada kondisi seperti asma, diabetes tipe 1 dan obesitas umumnya sebanding atau lebih baik daripada kelompok kontrol, termasuk pada medication adherence, penyelesaian appointment, symptom management dan life satisfaction.

Manfaat ini menjadi semakin penting untuk keluarga yang tinggal jauh dari pusat pelayanan. Systematic review RCT tahun 2026 pada populasi anak di daerah underserved/rural menemukan intervensi digital dapat memperbaiki sejumlah outcome perilaku/biometrik dan adherence; intervensi mHealth di negara berpendapatan rendah-menengah juga menunjukkan peningkatan referral, cakupan pelayanan, dan caregiver engagement.

Implikasi dari uraian tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa Digital health dapat membantu mengubah pelayanan dari: Rumah Sakit (Centre care) ke arah asuhan di rumah dan mengembalikan lagi ke asuhan Rumah Sakit

3. Remote Patient Monitoring memungkinkan pemantauan anak dari rumah

Pada penyakit kronis, tenaga kesehatan perlu mengetahui apa yang terjadi di antara dua kunjungan rumah sakit. Di sinilah Remote Patient Monitoring (RPM) berperan. Data dari rumah dapat dikirim secara digital, misalnya kadar glukosa, gejala asma, penggunaan obat, aktivitas fisik, berat badan atau parameter fisiologis tertentu sesuai penyakit.

Manfaat utamanya adalah perubahan kondisi anak berpotensi dikenali lebih dini, sekaligus memberikan gambaran longitudinal yang lebih baik dibanding hanya mengandalkan data saat anak datang kontrol. Review terbaru menunjukkan remote monitoring menjadi salah satu komponen yang menjanjikan dalam pengembangan telemedicine pediatrik, walaupun kekuatan bukti berbeda antarpenyakit dan teknologi.

4. Meningkatkan self-management anak dan remaja

Tujuan penting pelayanan penyakit kronis bukan membuat anak selamanya bergantung pada orang tua. Sesuai usia dan tahap perkembangan, anak perlu secara bertahap memperoleh kemampuan melakukan self-management. Aplikasi dapat membantu anak mengingat obat, mencatat gejala, memahami penyakit, memonitor aktivitas, memperoleh feedback, dan belajar mengambil tanggung jawab terhadap kesehatannya.

Pada remaja dengan diabetes tipe 1, misalnya, systematic review dan meta-analysis 2025 menilai intervensi edukasi terstruktur melalui aplikasi mobile terhadap HbA1c dan self-efficacy. Hal ini menggambarkan pergeseran teknologi dari sekadar alat pencatat menjadi sarana edukasi dan pengembangan kompetensi self-management.

Review integratif 2026 juga melaporkan bahwa intervensi digital pada penyakit kronis pediatrik dapat mendukung clinical monitoring, self-management, treatment adherence, dan psychosocial adjustment dengan meningkatkan partisipasi aktif anak dalam pengelolaan penyakitnya.

5. Meningkatkan kepatuhan pengobatan

Salah satu tantangan penyakit kronis adalah treatment fatigue. Anak atau remaja dapat lupa, bosan, atau mengalami kesulitan mempertahankan terapi jangka panjang.

Teknologi dapat membantu melalui medication reminder, electronic monitoring, notification, digital diary, feedback, dan komunikasi dengan tenaga kesehatan.

Systematic review 2024 secara khusus mengevaluasi RCT mengenai electronic monitoring device-informed interventions untuk adherence dan clinical outcomes pada anak/remaja dengan penyakit kronis. Hasilnya menunjukkan teknologi monitoring dapat menjadi komponen intervensi adherence, tetapi efektivitas tidak seragam pada semua kondisi dan intervensi. Jadi teknologi sebaiknya tidak dianggap sebagai "reminder otomatis" saja, melainkan bagian dari intervensi perilaku yang disesuaikan dengan kebutuhan anak dan keluarga.

6. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan orang tua

Ini sangat berkaitan dengan pembahasan sebelumnya tentang caregiver burden dan kebutuhan keterampilan perawatan. Digital education dapat berupa video demonstrasi, modul interaktif, teleconsultation, tutorial tindakan, atau kombinasi edukasi digital dengan pendampingan perawat. Gözetici dan Dönmez (2024) memberikan contoh yang sangat relevan. Mereka memberikan digital education-supported telehealth selama enam minggu kepada 37 ibu yang merawat anak dengan trakeostomi di rumah. Skor pengetahuan perawatan trakeostomi meningkat secara signifikan setelah intervensi dan tetap meningkat pada follow-up ($p < 0,001$). Caregiver burden juga menurun secara numerik, meskipun perubahan tersebut tidak mencapai signifikansi statistik ($p=0,058$); jumlah komplikasi dan hospitalisasi juga tidak berbeda signifikan.

Temuan ini penting untuk penulisan book chapter: digital education dapat memperkuat caregiver competence, tetapi kita perlu berhati-hati agar tidak menyatakan bahwa setiap intervensi digital otomatis mengurangi komplikasi atau hospitalisasi.

7. Gamification (permainan) meningkatkan engagement (ikatan) dengan anak

Pasen anak berbeda dengan pasien dewasa. Program digital yang hanya berisi teks dan instruksi medis mungkin tidak menarik bagi anak. Karena itu berkembang konsep gamification, yaitu memasukkan unsur permainan/reward, points, levels, challenges, avatar atau feedback ke dalam program kesehatan.

Systematic review Stutvoet et al. (2024) mengkaji penggunaan gamification dalam eHealth untuk self-management penyakit kronis pada kelompok usia muda. Pendekatan ini relevan karena dapat membuat aktivitas pengelolaan penyakit lebih sesuai dengan perkembangan anak dan meningkatkan engagement, meskipun bukti efektivitas antarintervensi masih heterogen.

Dalam keperawatan anak prinsipnya menjadi sebagai berikut: Intervensi digital yang sesuai perkembangan akan meningkatkan ikatan, terjadi proses belajar dan terbentuklah perilaku manajemen diri.

8. AI dan clinical decision support

Perkembangan berikutnya adalah penggunaan Artificial Intelligence (AI) untuk menganalisis data dalam jumlah besar, melakukan klasifikasi penyakit, memprediksi outcome, mengenali pola risiko, dan memberikan dukungan keputusan klinis.

Systematic review Kerth et al. (2024) menemukan 31 studi mengenai penggunaan AI pada anak dan remaja dengan penyakit kronis. Aplikasinya meliputi disease classification, outcome prediction, monitoring dan decision support. Namun, banyak model masih diuji menggunakan data retrospektif sehingga hasil yang menjanjikan tersebut belum berarti seluruh sistem AI siap digunakan secara mandiri dalam praktik klinis. Karena itu AI lebih tepat diposisikan sebagai:AI-supported clinical decision making, bukan AI replacing clinical judgment. Perawat dan dokter tetap bertanggung jawab melakukan interpretasi klinis, komunikasi, verifikasi, dan pengambilan keputusan bersama keluarga.

9. Memperkuat Family-Centered Care

Manfaat digital health tidak hanya untuk anak. Teknologi dapat menciptakan komunikasi dua arah antara anak dengan orang tua, orang tua sebagai caregiver dengan perawat, perawat dengan dokter dan tim multidisiplin

Orang tua dapat mengirimkan informasi perkembangan anak, memperoleh edukasi, melakukan konsultasi ketika menghadapi masalah di rumah, dan memperoleh feedback tanpa selalu menunggu kunjungan berikutnya.Review telemedicine pediatrik terbaru menempatkan family engagement sebagai salah satu manfaat penting teknologi digital dalam chronic care.

Dalam perspektif keperawatan anak, ini sangat sesuai dengan Family-Centered Care, karena teknologi dapat memperkuat partnership, information sharing, participation, dan empowerment keluarga.

10. Mendukung transisi remaja menuju pelayanan dewasa

Pada anak yang memasuki usia remaja, tanggung jawab pengelolaan penyakit perlu secara bertahap berpindah seperti penjelasan sebagai berikut:

Parent-managed care → Shared management → Adolescent self-management → Adult healthcare transition.

Aplikasi, portal pasien, digital diary, reminders, edukasi dan komunikasi digital dapat membantu remaja belajar mengenali gejala, memahami obat, mengatur appointment, memantau kondisi, dan berkomunikasi dengan tenaga kesehatan. Review 2026 tentang chronic pediatric digital care menekankan potensi teknologi untuk meningkatkan partisipasi aktif dan digital autonomy, meskipun penerapannya tetap harus disesuaikan dengan usia perkembangan dan kemampuan anak.

Keterbatasan penggunaan teknologi

Digital health dapat menimbulkan digital divide sebab memiliki keterbatasan dimana tidak semua keluarga memiliki smartphone, internet stabil, perangkat, kemampuan digital, atau literasi kesehatan yang sama. Selain itu ada persoalan privasi dan keamanan data anak, interoperabilitas, biaya perangkat, alarm fatigue, kualitas informasi, serta risiko berkurangnya pemeriksaan fisik dan hubungan terapeutik bila teknologi digunakan secara berlebihan.

Systematic review 2026 menekankan perlunya investasi infrastruktur dan kebijakan yang mendukung equitable access, sementara review telemedicine pediatrik terbaru merekomendasikan hybrid care yang mengintegrasikan digital dengan pelayanan tatap muka secara klinis tepat.

Jadi, peran utama teknologi bukan menggantikan perawat atau pelayanan langsung, tetapi memperluas pelayanan dari rumah sakit ke rumah dan komunitas serta menciptakan pelayanan yang lebih continuous, connected, family-centered, developmentally appropriate, dan data-informed. Bukti 2024–2026 cukup mendukung arah tersebut, tetapi efektivitas berbeda menurut penyakit dan jenis teknologi sehingga implementasi harus tetap individual, aman, dan dievaluasi. ((Exner, B. et.al 2026)

Dengan demikian Discharge planning pada anak dengan penyakit kronis merupakan tanggung jawab interprofessional team, dengan perawat/care coordinator memainkan peran sentral dalam koordinasi, pendidikan, penilaian kesiapan keluarga, dan kesinambungan perawatan, serta anak dan keluarga sebagai partner utama dalam pengambilan keputusan.

1. Assessment dimulai sejak admission

Begitu anak masuk rumah sakit, harus dilakukan asesmen bukan hanya terhadap kondisi patologisnya tetapi juga terhadap kondisi hubungan antara anak, rumah dan keluarga.

Yang dikaji meliputi kondisi klinis dan prognosis; fungsi dan perkembangan anak; kondisi psikologis; kemampuan komunikasi; kebutuhan obat; nutrisi; mobilitas; teknologi/peralatan; kemampuan melakukan ADL; kondisi rumah; kemampuan caregiver; health literacy; dukungan keluarga; kondisi ekonomi; transportasi; akses fasilitas kesehatan; sekolah; dan kebutuhan home care. Hal ini sangat penting pada anak dengan penyakit kronis karena keberhasilan discharge bukan hanya berarti anak dalam kondisi stabil saja tetapi juga bagaimana anak stabi dan keluarga siap menerima kepulngan anak dengan segala kondisi lingkungan rumah yang ada untuk asuhan lanjutan

Systematic review tentang discharge anak dengan medical complexity menunjukkan bahwa faktor caregiver seperti stres, fatigue, anxiety, self-efficacy, pengalaman merawat, pekerjaan, masalah finansial, dan kualitas hidup dapat memengaruhi pemahaman serta kemampuan menjalankan instruksi discharge. (American Academy of Pediatrics, 2025)

2. Menentukan kebutuhan individual anak

Tahap selanjutnya dibuat perencanaan asuhan anak dalam konteks discharge planning (discharge care plan). Tidak semua anak kronis membutuhkan rencana yang sama. Anak dengan diabetes tipe 1 berbeda kebutuhannya dari anak dengan thalassemia, kanker, cerebral palsy, cystic fibrosis, penyakit jantung bawaan, epilepsi, atau anak dengan trakeostomi.

Rencana tersebut harus menjawab pertanyaan tentang apa yang dibutuhkan anak di rumah? Siapa yang akan melakukannya? Apakah orang tersebut mampu? Apa yang harus dilakukan bila terjadi masalah? Siapa yang harus dihubungi? Kapan anak harus kembali?

3. Menentukan tujuan discharge bersama keluarga

Tujuan harus disepakati antara tim, orang tua dan—sesuai usia/perkembangan—anak. Contohnya sebelum anak dengan diabetes pulang, orang tua/anak mampu melakukan monitoring glukosa, pemberian insulin, mengenali dan menangani hipoglikemia, memahami diet, mengetahui sick-day management, serta mengetahui kapan harus mencari pertolongan. Pada anak dengan trakeostomi, caregiver harus mampu melakukan perawatan rutin, suction sesuai indikasi, mengenali obstruksi atau distress respirasi, menggunakan

peralatan, dan melakukan tindakan emergency sesuai rencana. Jadi kesiapan untuk pulang bukan hanya keaiapan anak tetapi juga kesiapan yang merawat di rumah

4. Edukasi dan pelatihan caregiver

Hal ini merupakan salah satu bagian terpenting dalam proses discharge planning. Keluarga perlu memahami diagnosis dan kondisi anak, tujuan terapi, obat dan efek samping, nutrisi, aktivitas, monitoring, tanda bahaya, perawatan alat, pencegahan komplikasi, appointment, dan emergency plan. Gunakan metoda pemberian edukasi yang efektif dengan mengevaluasi kemampuan orang tua dalam merawat secara benar , lakukan simulasi untuk hasil evaluasi edukasi yang lebih baik dimana orang tua dapat diminta memperagakan prosedur tertentu yang diajarkan perawat secara benar

5. Medication reconciliation

Sebelum anak pulang harus jelas bagi anak dan orang tua nya tentang obat apa yang dilanjutkan + obat apa yang dihentikan + dosis + waktu + cara pemberian + efek samping + penyimpanan + apa yang dilakukan bila dosis terlewat + bagaimana mendapatkan refill.

Medication reconciliation sangat penting karena perubahan regimen selama hospitalisasi dapat menyebabkan keluarga keliru menggunakan obat lama dan baru secara bersamaan. AAP memasukkan medication reconciliation dan instruksi verbal serta tertulis sebagai bagian penting discharge yang aman. (American Academy of Pediatrics, 2025)

6. Menyiapkan kebutuhan rumah dan peralatan

Pada anak dengan kompleksitas tinggi, tim harus memastikan bahwa alat tersedia sebelum anak tiba di rumah, bukan sekadar memberikan resep alat.

Misalnya oxygen, suction, feeding pump, nebulizer, wheelchair, pulse oximeter, glucometer/CGM, tracheostomy supplies atau alat lain sesuai kondisi anak.

Studi nasional rumah sakit anak pada 2024 menunjukkan durable medical equipment delivery dan medication delivery termasuk layanan discharge yang relatif sering digunakan pada children with medical complexity. (American Academy of Pediatrics, 2025)

7. Menyiapkan emergency plan

Setiap keluarga anak kronis perlu mengetahui:

What is normal? → What is concerning? → What is an emergency? → What should we do? → Whom should we call? → Where should we go?

Misalnya keluarga perlu mengetahui tanda sesak, sianosis, kejang berkepanjangan, hipoglikemia berat, demam tertentu pada anak immunocompromised, dehidrasi, perdarahan, atau perubahan kesadaran sesuai penyakit.

Nomor kontak dan jalur rujukan harus jelas

Faktor yang harus diperhatikan agar discharge planning dapat dilaksanakan dengan komprehensif

Ada 10 domain penting yang harus disiapkan untuk proses discharge planning , sebagai berikut

Domain	Hal yang harus dinilai
1. Clinical readiness	Stabilitas klinis, gejala, hasil pemeriksaan, kebutuhan monitoring
2. Medication	Rekonsiliasi, dosis, jadwal, efek samping, akses obat
3. Caregiver readiness	Pengetahuan, keterampilan, confidence/self-efficacy
4. Child readiness	Usia, perkembangan, kemampuan self-management
5. Psychosocial	Anxiety, caregiver burden, coping, family functioning
6. Home environment	Keamanan rumah, sanitasi, listrik, air, ruang/peralatan
7. Socioeconomic	Biaya, pekerjaan orang tua, asuransi, transportasi
8. Equipment/home care	Alat kesehatan, consumables, home nursing/rehabilitation
9. School/community	Kembali sekolah, kebutuhan khusus, aktivitas, dukungan komunitas
10. Continuity & follow-up	PCP, specialist, nurse, home care, jadwal kontrol, referral dan emergency contact

Faktor sosial tidak boleh dianggap sekunder. Bukti systematic review menunjukkan transportasi, dukungan sosial/komunitas, akses kepada provider setelah discharge, ketersediaan home care, pekerjaan dan masalah finansial caregiver semuanya dapat memengaruhi keberhasilan keluarga mengikuti rencana setelah pulang. (American Academy of Pediatrics, 2025)

Selain itu pada kasus anak dengan penyakit kronis, discharge planning sebaiknya tidak hanya menanyakan kebutuhan anak. Perawat juga perlu mengkaji: Siapa caregiver utama? Apakah ada caregiver kedua? Bagaimana kondisi sibling? Apakah orang tua harus kembali bekerja? Apakah keluarga mampu membawa anak kontrol? Apakah caregiver mengalami kelelahan? Siapa yang dapat menggantikan caregiver bila sakit?

Continuity of care harus sudah dapat diyakini dapat terlaksana disaat anak akan pulang dari rumah sakit. Pada anak dengan penyakit kronis, discharge planning belum selesai hanya karena keluarga menerima surat pulang. Untuk itu harus ada hubungan yang jelas antara rumah sakit, Primary care (Puskesmas/klinik), dokter spesialis yang dibutuhkan, rumah , sekolah dan juga rumah sakit tempat asal dirawat jika diperlukan. Scoping review 2025 mengenai continuity of care pada penyakit kronis pediatrik menempatkan koordinasi antartenaga kesehatan, care processes, transition planning antarprofesi/sektor, koordinasi layanan dan transisi setelah hospital discharge sebagai bagian penting continuity of care. (American Academy of Pediatrics, 2025)

Dengan demikian, pada anak dengan penyakit kronis discharge planning seharusnya dipandang sebagai proses transisi, bukan sebuah kejadian pada hari kepulangan. Outcome yang ingin dicapai bukan hanya anak keluar dari rumah sakit, tetapi anak pulang dengan aman, caregiver kompeten dan percaya diri, kebutuhan rumah telah tersedia, serta pelayanan lanjutan sudah terkoordinasi. Pendekatan ini sangat penting pada children with medical complexity, yang memiliki risiko lebih tinggi terhadap masalah setelah transisi rumah sakit–rumah. (American Academy of Pediatrics, 2025)

G. Penutup

Pada anak dengan penyakit kronis, dampaknya tidak berhenti pada kondisi fisik anak. Penyakit yang berlangsung lama, kebutuhan kontrol berulang, kemungkinan hospitalisasi, ketidakpastian prognosis, serta perawatan yang berpindah dari rumah sakit ke rumah membuat orang tua mengalami perubahan besar secara psikologis, sosial, ekonomi, dan dalam fungsi keluarga. Literatur 2024–2026 semakin menegaskan bahwa orang tua merupakan “co-patient” sekaligus partner utama dalam continuity of care, sehingga kebutuhan orang tua perlu menjadi bagian dari pelayanan keperawatan anak berbasis family-centered care. Pada anak dengan penyakit kronis berkepanjangan, dampak penyakit sebaiknya dipahami sebagai family impact, bukan hanya dampak pada anak. Kondisi kronis dapat mengubah cara keluarga mengatur waktu, pembagian peran, hubungan antar anggota

keluarga, pekerjaan, aktivitas sosial, hingga cara keluarga berinteraksi dengan sistem pelayanan kesehatan.

Penyakit kronis yang diderita oleh anak pada orang tuanya dapat menyebabkan caregiver burden; kecemasan; ketidakpastian; perubahan peran; beban finansial; kebutuhan pengetahuan; dan kebutuhan keterampilan perawatan yang harus disiapkan oleh perawat. Bagaimana perawat dan sistem pelayanan kesehatan memastikan anak dengan penyakit kronis tetap mendapatkan pelayanan yang terintegrasi, berkesinambungan, berpusat pada anak dan keluarga, sejak diagnosis, di rumah sakit, pulang ke rumah, Kembali ke sekolah/ komunitas, hingga transisi ke pelayanan dewasa di tahap berikutnya, penting mendapat perhatian dari perawat selaku care giver utama

Untuk anak dengan penyakit kronis, Discharge Planning, Transitional Care, dan Continuity of Care sebaiknya tidak dipandang sebagai tiga kegiatan terpisah, tetapi sebagai satu continuum of care. Tujuan akhirnya bukan sekadar anak dapat keluar dari rumah sakit, melainkan anak dan keluarga mampu mempertahankan perawatan yang aman, terkoordinasi, dan sesuai kebutuhan dalam jangka panjang.

Referensi

Aljohani et al. (2024) – The Journey to Adulthood: A Systematic Review of Interventions in Type 1 Diabetes Paediatric to Adult Transition Care. DOI: 10.1155/2024/1773726.

Asadi, M., Motefakker, S., Hosseinkhani, Z., et al. (2026). Coping strategies of parents of children with chronic diseases and their relationship with caregiving burden. BMC Pediatrics, 26, 518. DOI: 10.1186/s12887-026-06730-9.

Almulla, H., Aljaloud, O., Almulla, H., et al. (2024). Caregiver burden, perceived stress, and social support among parents of chronically ill children in Saudi Arabia. BMC Nursing, 23, 811.

Bilgehan T. Bagriacik, E dan Sonmez M., (2024). Journal of Pediatric Nursing. Vol 77. July-August. Pages e394-e400. Factors affecting care burden and life satisfaction among parents of children with type 1 diabetes

Butler et al. (2026) – Family-centred care research in paediatrics: A scoping review. Journal of Child Health Care, 30(1), 150–166. DOI: 10.1177/13674935251337492

Chow et al. (2024) – Family-centred care interventions for children with chronic conditions: A scoping review. Health Expectations, 27(1), e13897. DOI: 10.1111/hex.13897.

Coscini, N, et.al. (2025). Screening parents of children with a chronic condition for mental Health problems: a systematic review. Arch Dish Child. Feb 20;110(9):e328300. doi: 10.1136/archdischild-2024-328300

Diaczun et al. (2025) – Complex Care Needs a Team Approach: How Implementation of a Nurse Key-Worker Can Improve Care for Children With Medical Complexity and Their Families. Child: Care, Health and Development, 51(3), e70093. DOI: 10.1111/cch.70093.

Doganer and Celen, (2025) The effect of intolerance of uncertainty, sleep quality, and social support on caregiver burden in parents of children with chronic diseases: A cross-sectional study. Doganer F dan Celen R. (2025). Pediatr.Nurse. March-Apr:81:e106-e112. doi: 10.1016/j.pedn.2025.02.006. Epub 2025 Feb 17.

Exner, B., Frielitz-Wagner, I. V., & Frielitz, F.-S. (2026; epub 2025). Telemedicine and digital health for chronic conditions in pediatrics: A systematic review. Journal of Telemedicine and Telecare, 32(3), 165–211. DOI: 10.1177/1357633X251334423.

Gözetici, E., & Dönmez, H. (2024). Digital education-supported telehealth intervention in mothers of children with tracheostomy: A quasi-experimental study. Journal of Pediatric Nursing, 77, e319–e326. DOI: 10.1016/j.pedn.2024.04.047.

Foster et al. (2025) – Home Health Care Research for Children With Disability and Medical Complexity. Pediatrics, 155(2), e2024067966. DOI: 10.1542/peds.2024-067966.

Geyer D, Vessey J. (2024). Caring for Children with Complexity at home . An Integrative Review. Journal of Paediatric Nursing, Vol. 76, Mei-Juni . p: 167-175

Gozetici, E. dan Donmez H. (2024). Digital education–supported telehealth intervention in mothers of children with tracheostomy: A quasi-experimental study. Journal of Pediatric Nursing. Vol. 77. July–August 2024, Pages e319-e326

Haspels, H.N et.al (2026). An Innovative Transitional Care Unit for Hospital to Home Transition of Children With Medical Complexity: A Qualitative Study of Parents' Experiences. Chid Care Health Dev. Mar;52(2):e70253.DOI: 10.1111/cch.70253.

Hendarto, A (2014). Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI-RSCM n Cetakan Pertama 2014 ISBN 978-979-8271-46-5

Interventions to assess social needs for children with medical complexity and their families: A scoping review (2026). DOI: 10.1016/j.pec.2026.109555.

Kerth, J.-L., et al. (2024). Artificial intelligence in the care of children and adolescents with chronic diseases: A systematic review. European Journal of Pediatrics, 184, 83. DOI: 10.1007/s00431-024-05846-3.

Loura et al. (2024) – Health-illness transition processes in children with complex chronic conditions and their parents: A scoping review. BMC Pediatrics, 24, 446. DOI: 10.1186/s12887-024-04919-4.

Malpass, et.al (2024). Examining the Spillover Economic Impacts of Caregiving Among Families of Children With Medical Complexity to Inform Inclusive Economic Models: Qualitative Study. Journal of Participatory Medicine.Vol 16.

Moore et al. (2024) – Transition From Pediatric to Adult Healthcare for Colorectal Conditions: A Systematic Review. Journal of Pediatric Surgery, 59(6), 1028–1036. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2024.02.012.

Nurses' experiences of providing digital and in-person healthcare support to children living with complex chronic conditions (2025). Journal of Pediatric Nursing. DOI: 10.1016/j.pedn.2025.03.003..

Sobotka et al. (2024) – Home Health Nursing Agencies' Services for Children With Medical Complexity: Parent and Nurse Perspectives. Academic Pediatrics, 24(3), 477–485. DOI: 10.1016/j.acap.2024.01.015.

Tadayon, A. (2020) American Academy of Pediatric. Sunday, July 12, 2020 — 1:25 pm

The Value of a Medical Home for Children with Medical Complexity from the Perspective of Their Families (2026). Academic Pediatrics. DOI: 10.1016/j.acap.2026.103404. Sangat baik untuk konsep medical home, comprehensive care, trust dan family burden.

The American Academy of Pediatrics . Professional Association (2025) Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. Policy Statements

Stutvoet, M. D., et al. (2024). Gamification in eHealth for chronic disease self-management in youth: A systematic review. Games for Health Journal, 13(5), 314–331. DOI: 10.1089/g4h.2023.0111.

Beltrán, V., et al. (2026). Effectiveness of digital and remote health interventions in pediatric populations from underserved or rural areas: A systematic review of randomized controlled trials. International Journal of Telemedicine and Applications, 2026, 5586850. DOI: 10.1155/ijta/5586850.

ISSN 3063-9638

BAB VIII
Masalah Kesehatan Akut pada Anak: Pengenalan, Tanda Bahaya, dan Prinsip Penanganan

Dr. Atik Badi'ah, S.Pd, S.Kp, M.Kes

A. Konsep Dasar Masalah Kesehatan Akut pada Anak

1. Pengertian

Masalah kesehatan akut pada anak adalah kondisi gangguan kesehatan yang muncul secara mendadak atau berkembang dalam waktu singkat dan berpotensi mengganggu fungsi fisiologis, aktivitas, kenyamanan, maupun keselamatan anak. Kondisi ini dapat disebabkan oleh infeksi, gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, gangguan pernapasan, reaksi imunologis, trauma, keracunan, atau gangguan neurologis.

Masalah akut tidak selalu identik dengan kondisi gawat darurat. Demam ringan pada anak yang masih aktif, dapat minum, dan tidak menunjukkan tanda bahaya dapat memerlukan penilaian serta perawatan yang berbeda dari demam yang disertai penurunan kesadaran, sesak napas, atau gangguan sirkulasi. Dengan demikian, tingkat kegawatan ditentukan oleh kondisi klinis anak, bukan semata-mata oleh jenis keluhan atau tingginya suhu tubuh (WHO, 2013).

2. Karakteristik anak yang memengaruhi kondisi akut

Beberapa karakteristik anak yang perlu dipahami perawat meliputi:

a. Cadangan fisiologis terbatas. Bayi dan anak kecil dapat mengalami perburukan lebih cepat ketika kehilangan cairan, mengalami gangguan pernapasan, atau mengalami infeksi berat.

b. Ketergantungan pada pengasuh. Bayi belum mampu menjelaskan rasa nyeri, sesak, pusing, atau gejala lain sehingga penilaian bergantung pada observasi dan informasi pengasuh.

c. Tanda klinis sesuai usia. Frekuensi napas, frekuensi nadi, tekanan darah, kemampuan berkomunikasi, dan respons perilaku harus ditafsirkan berdasarkan usia serta kondisi anak.

d. Perubahan perilaku sebagai petunjuk klinis. Anak yang biasanya aktif tetapi menjadi sangat lemah, sulit dibangunkan, atau tidak mau berinteraksi mungkin mengalami perburukan yang bermakna.

e. Risiko keterlambatan pengenalan gejala. Keluarga mungkin menganggap gejala tertentu sebagai penyakit biasa sehingga membutuhkan edukasi tentang tanda bahaya dan waktu mencari pertolongan.

Perawat perlu menghindari penggunaan standar tanda vital orang dewasa untuk menilai anak. Interpretasi harus menggunakan rentang normal sesuai kelompok usia, pedoman klinis yang berlaku, dan kondisi individual pasien.

3. Jenis masalah kesehatan akut yang sering dijumpai

Tabel 1. Kelompok masalah kesehatan akut dan fokus pengkajian keperawatan

Masalah kesehatan	Manifestasi yang mungkin ditemukan	Fokus pengkajian
Demam dan infeksi	Suhu meningkat, rewel, lesu, perubahan asupan	Kesadaran, suhu, hidrasi, sumber infeksi, tanda bahaya
Gangguan pernapasan	Batuk, napas cepat, retraksi, napas berbunyi	Jalan napas, usaha napas, warna kulit, saturasi oksigen
Diare dan dehidrasi	BAB cair, muntah, haus, berkurangnya urine	Status hidrasi, perfusi, asupan, kehilangan cairan
Kejang	Gerakan tidak terkendali, tatapan kosong, penurunan respons	Durasi, keamanan jalan napas, kesadaran, pemulihan
Reaksi alergi berat	Biduran, pembengkakan, sesak, gangguan sirkulasi	Jalan napas, pernapasan, sirkulasi, progres gejala
Trauma dan keracunan	Nyeri, perdarahan, muntah, perubahan perilaku	Mekanisme kejadian, ABCDE, perdarahan, kemungkinan paparan zat berbahaya

Tabel tersebut merupakan panduan awal, bukan alat diagnosis. Seorang anak dapat mengalami beberapa masalah secara bersamaan, misalnya diare disertai dehidrasi dan gangguan sirkulasi. Karena itu, pengkajian harus mempertimbangkan keseluruhan kondisi pasien.

4. Pengenalan Tanda Bahaya pada Anak

a.Konsep tanda bahaya

Tanda bahaya adalah gejala atau temuan klinis yang menunjukkan kemungkinan adanya penyakit berat, gangguan fungsi organ, atau kondisi yang dapat mengancam nyawa sehingga membutuhkan penilaian dan tindakan segera. Tanda bahaya tidak selalu memastikan suatu diagnosis tertentu, tetapi menjadi dasar untuk meningkatkan prioritas pelayanan.

Dalam MTBS, tanda bahaya umum pada anak usia 2 bulan sampai 5 tahun meliputi ketidakmampuan minum atau menyusu, muntah segala sesuatu yang diberikan, riwayat atau kejadian kejang, serta letargis atau tidak sadar. Apabila ditemukan tanda bahaya umum, anak harus segera memperoleh penanganan sesuai protokol dan dirujuk bila diperlukan (WHO, 2014). Bayi berusia kurang dari 2 bulan memerlukan penilaian khusus karena tanda penyakit berat dan ambang kewaspadaannya berbeda.

b.Tanda bahaya umum

1). Tidak mampu minum atau menyusu

Anak tidak mampu menelan cairan, menolak seluruh asupan karena kondisi sangat lemah, atau tidak mampu menyusu secara efektif. Kondisi ini dapat berkaitan dengan gangguan kesadaran, penyakit berat, atau dehidrasi.

2). Muntah semua yang diberikan

Anak terus memuntahkan setiap upaya pemberian cairan atau makanan sehingga asupan tidak dapat dipertahankan. Temuan ini harus dinilai bersama status hidrasi, kesadaran, nyeri perut, dan gejala lain.

3). Kejang

Kejang yang sedang berlangsung, kejang berulang, kejang berkepanjangan, atau kejang yang disertai gangguan kesadaran memerlukan penanganan segera. Jangan memasukkan benda ke dalam mulut anak.

4). Letargis atau tidak sadar

Anak sulit dibangunkan, respons terhadap suara atau sentuhan sangat berkurang, atau tidak merespons. Kondisi ini memerlukan penilaian segera terhadap jalan napas, pernapasan, sirkulasi, dan fungsi neurologis.

Sumber: diadaptasi dari WHO (2014). Daftar tanda bahaya umum tersebut digunakan terutama dalam konteks MTBS untuk kelompok usia yang sesuai; tanda kegawatan lain tetap harus dikenali pada semua kelompok usia.

c.Tanda bahaya berdasarkan sistem tubuh

Selain tanda bahaya umum, perawat harus mengenali tanda kegawatan berikut.

1). Sistem pernapasan

a) Sesak napas berat atau usaha napas yang meningkat.

b) Tarikan dinding dada yang nyata, napas megap-megap, atau jeda napas.

c) Stridor saat anak tenang, terutama jika disertai kesulitan bernapas.

d) Bibir atau lidah kebiruan.

e) Penurunan kesadaran atau kelelahan yang menyertai gangguan pernapasan.

Napas cepat harus dinilai berdasarkan usia. Pada anak yang mengalami gangguan pernapasan, perawat perlu menilai frekuensi napas selama satu menit bila memungkinkan, pola napas, retraksi, suara napas, kemampuan berbicara atau menangis, serta saturasi oksigen apabila tersedia (WHO, 2013, 2016).

2). Sistem sirkulasi

a) Kulit pucat, dingin, atau belang disertai kondisi umum yang memburuk.

b) Nadi lemah, pengisian kapiler memanjang, atau takikardia yang tidak sesuai kondisi.

c) Penurunan kesadaran, kelemahan berat, atau produksi urine yang sangat berkurang.

d) Perdarahan yang tidak terkendali.

Tanda tersebut dapat menunjukkan gangguan perfusi atau syok. Tekanan darah yang masih normal tidak selalu menyingkirkan syok pada anak karena hipotensi dapat muncul pada tahap lanjut. Oleh sebab itu, penilaian harus menggabungkan kondisi mental, nadi, perfusi perifer, tekanan darah, dan tren tanda vital.

3). Sistem neurologis

a) Penurunan kesadaran atau respons yang tidak sesuai.

b) Kejang yang sedang berlangsung atau berulang tanpa pemulihan kesadaran.

c) Kelemahan mendadak atau gangguan gerak baru.

d) Sakit kepala berat disertai kaku kuduk, penurunan kesadaran, atau tanda neurologis lain.

4). Sistem gastrointestinal dan hidrasi

a) Ketidakmampuan minum.

b) Tanda dehidrasi berat, seperti letargis, mata cekung disertai temuan klinis lain, atau gangguan perfusi.

c) Muntah hijau, muntah berdarah, atau muntah berulang yang disertai kondisi umum memburuk.

d) Nyeri perut berat, perut membuncit, atau perdarahan saluran cerna.

e) 5). Infeksi berat dan kondisi sistemik

f) Anak tampak sangat sakit atau memburuk dengan cepat.

g) Demam atau suhu tubuh rendah yang disertai gangguan kesadaran, perfusi buruk, atau kesulitan bernapas.

h) Ruam yang tidak memucat saat ditekan, terutama jika disertai kondisi umum memburuk.

i) Pada bayi muda, kesulitan menyusu, gerakan spontan berkurang, suhu tidak stabil, atau gangguan napas.

Bayi muda, khususnya bayi berusia kurang dari 3 bulan dengan suhu terukur 38°C atau lebih, memerlukan penilaian medis segera karena risiko infeksi serius lebih tinggi. Penilaian pada bayi muda tidak boleh ditunda hanya karena bayi tampak tenang atau masih dapat menyusu.

d.Prinsip pengambilan keputusan ketika ditemukan tanda bahaya

Apabila ditemukan tanda bahaya, perawat tidak perlu menunggu seluruh pengkajian selesai sebelum memulai pertolongan. Penilaian dan tindakan awal dilakukan secara simultan sesuai prioritas klinis. Anak dengan gangguan jalan napas, pernapasan, sirkulasi, atau

kesadaran harus memperoleh pertolongan segera, sementara tim menyiapkan pemeriksaan lanjutan dan rujukan sesuai kebutuhan (WHO, 2016).

e.Prinsip Pengkajian Awal pada Anak dengan Masalah Kesehatan Akut

Pengkajian awal bertujuan mengidentifikasi ancaman terhadap keselamatan anak, menentukan prioritas tindakan, dan memperoleh informasi yang diperlukan untuk penatalaksanaan berikutnya. Pengkajian dilakukan secara cepat, terstruktur, dan berulang karena kondisi klinis anak dapat berubah dalam waktu singkat (WHO, 2016).

B. Triase pediatrik

Triase adalah proses menentukan tingkat prioritas pelayanan berdasarkan tingkat kegawatan, bukan berdasarkan urutan kedatangan. Anak yang mengalami gangguan jalan napas, sesak berat, syok, kejang aktif, atau penurunan kesadaran harus mendapatkan perhatian segera.

Prinsip ETAT mengelompokkan kondisi yang membutuhkan tindakan segera, kondisi prioritas tinggi, dan kondisi yang dapat menunggu dengan pengawasan sesuai hasil penilaian. Pelaksanaan triase harus mengikuti sistem triase dan protokol yang berlaku di fasilitas pelayanan kesehatan.

1. Pengkajian ABCDE

   Pendekatan ABCDE membantu perawat mengenali masalah yang mengancam nyawa secara berurutan. Tindakan koreksi terhadap masalah yang ditemukan dilakukan segera, tanpa menunggu seluruh pemeriksaan selesai.

A: Airway – Jalan napas

Nilai apakah jalan napas terbuka, terdapat sumbatan, suara napas abnormal, atau ketidakmampuan mempertahankan jalan napas. Lakukan tindakan pembebasan jalan napas sesuai kompetensi dan protokol.

B: Breathing – Pernapasan

Amati frekuensi dan usaha napas, ekspansi dada, suara napas, warna kulit, dan saturasi oksigen apabila tersedia. Berikan dukungan oksigen jika terindikasi sesuai protokol dan kewenangan.

C: Circulation — Sirkulasi

Periksa nadi, warna dan suhu ekstremitas, pengisian kapiler, tekanan darah, perdarahan, dan tanda perfusi. Kenali kemungkinan syok dan segera aktifkan bantuan.

D: Disability — Status neurologis

Nilai tingkat kesadaran, respons terhadap rangsangan, pupil bila relevan, kejang, dan glukosa darah bila tersedia serta terindikasi. Perubahan kesadaran harus diperlakukan sebagai tanda bahaya.

E: Exposure — Pemeriksaan menyeluruh

Periksa suhu tubuh, ruam, trauma, perdarahan, tanda infeksi, dan kelainan lain dengan menjaga privasi serta mencegah hipotermia. Riwayat kejadian dan pemeriksaan lanjutan dilakukan setelah ancaman langsung ditangani (WHO, 2016).

2. Pengkajian lanjutan

Setelah ancaman langsung terhadap keselamatan ditangani, pengkajian dilanjutkan dengan mengumpulkan data berikut:

a. Identitas dan usia anak: usia dalam bulan untuk bayi, berat badan terkini bila tersedia, serta riwayat kelahiran dan kondisi khusus.
b. Keluhan utama: keluhan yang paling mengganggu dan alasan keluarga mencari pertolongan.
c. Riwayat penyakit sekarang: waktu mulai gejala, perkembangan, frekuensi, faktor yang memperburuk atau mengurangi gejala, serta terapi yang telah diberikan.
d. Riwayat kesehatan: penyakit sebelumnya, alergi, imunisasi, obat yang digunakan, dan penyakit penyerta.
e. Asupan dan eliminasi: kemampuan minum atau menyusu, muntah, diare, frekuensi buang air kecil, dan perubahan jumlah urine.
f. Pemeriksaan fisik: tanda vital berdasarkan usia, status hidrasi, pemeriksaan sistem tubuh yang relevan, dan tanda bahaya.
g. Kondisi keluarga: pemahaman pengasuh, akses transportasi, dukungan keluarga, dan kemampuan melakukan pemantauan di rumah.

Pengkajian harus dicatat secara objektif. Pernyataan seperti “anak tampak lemah” sebaiknya dilengkapi temuan yang lebih spesifik, misalnya “anak sulit dibangunkan, kontak mata minimal, dan tidak merespons panggilan seperti biasanya”.

C. Prinsip Penanganan Masalah Kesehatan Akut pada Anak

1. Mengutamakan keselamatan dan stabilisasi

Prinsip pertama adalah menangani ancaman terhadap jalan napas, pernapasan, sirkulasi, dan fungsi neurologis. Anak yang mengalami kegawatan tidak boleh menunggu penyelesaian administrasi atau pemeriksaan penunjang sebelum pertolongan awal diberikan.

Perawat perlu:

a. Mengidentifikasi dan menangani masalah berdasarkan prioritas klinis.
b. Memanggil bantuan atau mengaktifkan tim kegawatdaruratan sesuai sistem fasilitas.
c. Menyiapkan peralatan dan obat yang diperlukan sesuai protokol.
d. Melakukan intervensi dalam batas kompetensi, kewenangan, dan instruksi klinis yang berlaku.
e. Mengevaluasi respons anak setelah setiap intervensi.
f. Menyiapkan rujukan segera apabila kemampuan fasilitas tidak mencukupi.

Penanganan awal harus dilakukan secara simultan bila diperlukan. Sebagai contoh, seorang anak dengan sesak berat membutuhkan penilaian jalan napas dan pernapasan, pemantauan saturasi, dukungan oksigen sesuai indikasi, serta koordinasi bantuan medis secara bersamaan.

2. Penanganan berdasarkan masalah utama

Tabel 2. Prinsip penanganan awal berdasarkan masalah kesehatan akut

Masalah	Prinsip penanganan awal	Hal yang harus dihindari
Demam	Nilai kondisi umum, tanda vital, hidrasi, dan tanda bahaya; berikan cairan dan terapi sesuai indikasi	Menganggap semua demam sebagai infeksi ringan atau memberikan antibiotik tanpa indikasi
Gangguan pernapasan	Nilai ABCDE, posisikan anak sesuai toleransi, pantau saturasi, dan berikan oksigen sesuai indikasi	Memaksa anak berbaring apabila memperburuk sesak atau menunda bantuan pada sesak berat
Diare	Nilai dehidrasi; berikan oralit bila anak sadar, mampu menelan, dan tidak menunjukkan tanda yang mengharuskan penanganan darurat	Memaksa pemberian oralit pada anak dengan gangguan kesadaran atau ketidakmampuan menelan
Kejang	Lindungi dari cedera, catat durasi, jaga jalan napas, dan evaluasi pernapasan serta kesadaran	Menahan gerakan secara paksa atau memasukkan benda, makanan, atau obat ke mulut saat kejang
Anafilaksis	Kenali gangguan jalan napas, pernapasan, atau sirkulasi setelah paparan; aktifkan bantuan darurat dan lakukan tata laksana sesuai protokol	Menunda epinefrin intramuskular ketika anafilaksis teridentifikasi oleh tenaga klinis yang berwenang
Trauma	Nilai ABCDE, kendalikan perdarahan, dan minimalkan pergerakan bila dicurigai cedera tulang belakang	Memindahkan anak secara tidak perlu atau mengabaikan perdarahan tersembunyi

Tabel tersebut merupakan ringkasan prinsip, bukan pengganti algoritma klinis lengkap. Intervensi spesifik harus mengikuti kondisi anak, pedoman terbaru, kompetensi tenaga kesehatan, dan protokol fasilitas.

3. Penanganan demam

Demam merupakan gejala yang dapat menyertai berbagai penyakit, terutama infeksi. Tujuan penanganan adalah mengenali penyebab yang memerlukan terapi khusus, mempertahankan kenyamanan, mencegah dehidrasi, dan mengidentifikasi tanda bahaya.

Perawat melakukan pengukuran suhu dengan metode yang sesuai, menilai kesadaran, kemampuan minum, aktivitas, pola napas, dan gejala penyerta. Anak dianjurkan memperoleh cairan yang cukup dan pakaian yang nyaman. Antipiretik dapat digunakan sesuai indikasi, berat badan, kontraindikasi, dan pedoman yang berlaku. Antipiretik tidak boleh digunakan sebagai alasan untuk menunda pemeriksaan pada anak dengan tanda kegawatan.

Contoh aplikatif: Anak usia 4 tahun datang dengan suhu 38,5°C, masih aktif, dapat minum, dan tidak menunjukkan gangguan pernapasan. Perawat melakukan pengkajian menyeluruh, menilai tanda bahaya, memberikan edukasi tentang cairan dan pemantauan, serta menjelaskan kapan keluarga harus kembali. Jika anak kemudian sulit dibangunkan atau mengalami sesak, prioritas berubah menjadi penanganan kegawatan.

4. Penanganan gangguan pernapasan

Gangguan pernapasan dapat disebabkan oleh infeksi saluran pernapasan, pneumonia, asma, aspirasi benda asing, atau reaksi alergi. Tingkat kegawatan dinilai dari usaha napas, kesadaran, warna kulit, kemampuan berbicara atau menangis, dan saturasi oksigen.

Perawat menjaga anak dalam posisi yang memudahkan pernapasan sesuai toleransi, meminimalkan tindakan yang membuat anak semakin gelisah, serta memberikan dukungan oksigen dan terapi lain sesuai indikasi dan protokol. Bila terdapat ancaman jalan napas atau kelelahan pernapasan, bantuan segera harus diaktifkan.

Contoh aplikatif: Anak usia 2 tahun datang dengan batuk, napas cepat, dan tarikan dinding dada. Perawat menghitung frekuensi napas sesuai prosedur, memeriksa saturasi oksigen, menilai kemampuan minum dan kesadaran, serta melakukan triase. Bila terdapat tanda distres berat atau hipoksemia, anak membutuhkan stabilisasi segera dan penilaian medis lanjutan, bukan sekadar pemberian obat batuk.

5. Penanganan diare dan dehidrasi

Diare dapat menyebabkan kehilangan air dan elektrolit. Risiko perburukan meningkat pada bayi, anak dengan status gizi buruk, atau anak yang mengalami muntah berulang dan tidak mampu mengganti cairan yang hilang.

Prinsip penanganan meliputi penilaian derajat dehidrasi, penggantian cairan yang sesuai, pemberian oralit pada anak yang mampu minum, kelanjutan ASI dan makanan sesuai toleransi, serta pemantauan respons. Anak dengan dehidrasi berat, syok, gangguan kesadaran, atau ketidakmampuan minum membutuhkan penanganan segera sesuai protokol. Cairan intravena diberikan berdasarkan indikasi klinis dan pemantauan tenaga kesehatan yang kompeten (WHO, 2013). WHO (2024) juga menekankan pentingnya penatalaksanaan diare dan pneumonia berdasarkan bukti ilmiah serta penyesuaian pedoman untuk kelompok usia anak yang lebih luas.

Contoh aplikatif: Anak usia 18 bulan mengalami diare cair enam kali sejak pagi dan muntah dua kali. Anak masih sadar dan dapat minum sedikit demi sedikit. Perawat mengkaji tanda dehidrasi, frekuensi urine, kemampuan minum, dan tanda bahaya. Bila tidak ada kontraindikasi, oralit dapat diberikan sesuai rencana rehidrasi yang berlaku. Keluarga diajarkan untuk melanjutkan pemberian ASI, menggunakan oralit yang disiapkan sesuai petunjuk, dan segera mencari pertolongan apabila anak menjadi lemas, tidak mampu minum, atau urine sangat berkurang.

6. Penanganan kejang

Kejang pada anak dapat berhubungan dengan demam, infeksi sistem saraf pusat, gangguan metabolik, epilepsi, atau penyebab lainnya. Kejang pertama, kejang berkepanjangan, kejang berulang tanpa pemulihan kesadaran, dan kejang yang disertai gangguan pernapasan harus dinilai sebagai kondisi serius.

Tindakan awal keperawatan meliputi:

a. Mencatat waktu mulai kejang dan mengamati pola gerakan.
b. Melindungi anak dari benturan dan menyingkirkan benda berbahaya di sekitarnya.
c. Tidak menahan gerakan secara paksa.
d. Tidak memasukkan jari, sendok, atau benda lain ke dalam mulut.
e. Menilai jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi.

f. Setelah gerakan kejang berhenti, menilai kesadaran dan posisi aman sesuai kondisi klinis.

g. Memanggil bantuan segera dan menyiapkan penanganan sesuai protokol, terutama jika kejang berlangsung lima menit atau lebih.

Pada kejang yang masih berlangsung, obat antikejang diberikan sesuai protokol kegawatdaruratan oleh tenaga kesehatan yang berwenang. Pemeriksaan glukosa darah dan evaluasi penyebab dilakukan sesuai indikasi. WHO (2016) menekankan pentingnya penanganan segera pada anak dengan kejang akut dan gangguan kesadaran.

Contoh aplikatif: Anak usia 3 tahun mengalami gerakan kaku dan sentakan kedua lengan serta tungkai di ruang tunggu. Perawat segera meminta bantuan, mencatat waktu, melindungi anak dari cedera, menilai pernapasan, dan menyiapkan peralatan kegawatdaruratan. Perawat tidak memberikan minum atau obat melalui mulut selama anak kejang. Setelah kejang berhenti, kondisi kesadaran, pernapasan, dan tanda vital dinilai kembali, kemudian anak mendapatkan pemeriksaan lanjutan.

7. Penanganan reaksi alergi berat

Anafilaksis merupakan reaksi alergi sistemik yang dapat berkembang cepat dan mengancam nyawa. Gejala dapat berupa pembengkakan lidah atau tenggorokan, suara serak, mengi, sesak napas, gangguan sirkulasi, atau kombinasi gejala pada beberapa sistem tubuh setelah paparan alergen.

Apabila anafilaksis dicurigai, perawat segera mengaktifkan bantuan darurat, menilai ABCDE, dan membantu pelaksanaan pemberian epinefrin intramuskular sesuai protokol serta kewenangan. Antihistamin tidak menggantikan epinefrin sebagai terapi lini pertama pada anafilaksis. Pemantauan dan evaluasi lanjutan diperlukan meskipun gejala awal membaik.

Contoh aplikatif: Seorang anak mengalami biduran menyeluruh, pembengkakan bibir, dan kesulitan bernapas setelah mengonsumsi makanan tertentu. Perawat mengenali kemungkinan anafilaksis, memanggil tim kegawatdaruratan, membantu penanganan jalan napas dan pernapasan, serta menyiapkan epinefrin sesuai protokol. Anak tidak cukup hanya diberi obat antialergi oral.

D. Peran Perawat dalam Penanganan Anak dengan Masalah Kesehatan Akut

Peran perawat tidak terbatas pada pelaksanaan tindakan, tetapi juga mencakup pengambilan keputusan keperawatan, komunikasi terapeutik, advokasi keselamatan, koordinasi tim, dan pemberdayaan keluarga.

1. Pengkajian dan pemantauan

Perawat mengidentifikasi perubahan kondisi sejak kontak pertama, mendokumentasikan temuan, serta memantau respons terhadap intervensi. Frekuensi pemantauan disesuaikan dengan tingkat kegawatan; anak yang tidak stabil memerlukan observasi lebih sering daripada anak yang stabil.

Parameter yang dipantau antara lain:

a. Frekuensi napas dan usaha napas.

b. Frekuensi nadi dan tekanan darah sesuai usia.

c. Saturasi oksigen jika tersedia dan terindikasi.

d. Tingkat kesadaran dan perilaku.

e. Suhu tubuh dan tanda perfusi.

f. Asupan cairan, muntah, diare, dan produksi urine.

g. Respons terhadap terapi dan munculnya tanda bahaya baru.

2. Edukasi keluarga

Orang tua atau pengasuh merupakan mitra penting dalam perawatan anak. Edukasi harus menggunakan bahasa sederhana, mempertimbangkan tingkat pemahaman keluarga, dan memberikan kesempatan untuk bertanya.

Informasi yang disampaikan meliputi cara memberikan obat dengan benar, pemberian cairan, pemantauan gejala, jadwal kontrol, dan tanda bahaya yang membutuhkan pertolongan segera. Pemahaman keluarga perlu dikonfirmasi dengan meminta pengasuh menjelaskan kembali instruksi menggunakan bahasanya sendiri (teach-back).

3. Dokumentasi dan komunikasi antarprofesi

Dokumentasi harus memuat waktu pengkajian, temuan objektif, tindakan yang diberikan, respons anak, komunikasi dengan dokter atau tim kegawatdaruratan, keputusan rujukan, dan kondisi saat serah terima.

Komunikasi terstruktur seperti SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) dapat membantu menyampaikan kondisi anak secara singkat dan sistematis.

Contoh:

a. Situation: Anak usia 2 tahun mengalami sesak napas dan tampak lemah.
b. Background: Batuk dan demam sejak dua hari lalu.
c. Assessment: Frekuensi napas meningkat, terdapat retraksi, dan saturasi oksigen rendah berdasarkan hasil pengukuran.
d. Recommendation: Memerlukan penilaian medis segera, stabilisasi pernapasan, dan pertimbangan rujukan.

Data angka, waktu, dan tindakan pada komunikasi klinis harus diisi berdasarkan hasil pengkajian nyata, bukan perkiraan.

4. Rujukan dan kesinambungan pelayanan

Rujukan diperlukan apabila kondisi anak membutuhkan pemeriksaan atau intervensi yang tidak tersedia di fasilitas awal. Stabilisasi harus dilakukan sesuai kemampuan fasilitas tanpa menunda rujukan yang mendesak.

Sebelum transfer, perawat memastikan komunikasi dengan fasilitas penerima, kesiapan transportasi, pendampingan sesuai kebutuhan, dokumentasi, dan serah terima informasi klinis. Selama proses rujukan, pemantauan dan dukungan yang diperlukan harus tetap dilakukan sesuai kondisi anak.

E. Contoh Kasus Aplikatif dan Pembahasan Keperawatan

Bagian ini menyajikan skenario pembelajaran untuk melatih penalaran klinis mahasiswa. Semua kasus bersifat ilustratif, bukan laporan pasien nyata.

Kasus 1. Diare akut disertai tanda dehidrasi

Skenario: Anak laki-laki usia 20 bulan dibawa ibunya ke puskesmas karena diare cair delapan kali sejak kemarin. Anak muntah tiga kali, minum lebih sedikit dari biasanya, dan buang air kecil berkurang. Anak tampak lemah, tetapi masih merespons ketika dipanggil.

Pengkajian yang harus dilakukan:

1. Menilai kesadaran, jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi.
2. Mengukur tanda vital berdasarkan usia.
3. Mengkaji kemampuan minum, frekuensi muntah, jumlah urine, dan durasi diare.
4. Memeriksa tanda dehidrasi, termasuk kondisi umum, mata, rasa haus, dan kemampuan minum.
5. Menilai adanya darah dalam tinja, nyeri perut berat, atau tanda penyakit lain.

Analisis: Frekuensi diare yang tinggi dan penurunan urine meningkatkan kecurigaan terhadap kehilangan cairan. Namun, derajat dehidrasi tidak dapat ditentukan hanya berdasarkan frekuensi diare. Diperlukan pemeriksaan klinis menyeluruh dan klasifikasi sesuai pedoman.

Rencana tindakan keperawatan:

1. Melakukan triase dan mengidentifikasi apakah terdapat tanda kegawatan.
2. Memantau tanda vital, status hidrasi, kemampuan minum, dan produksi urine.
3. Memberikan oralit sesuai rencana rehidrasi jika anak sadar, mampu menelan, dan tidak memerlukan penanganan darurat lain.
4. Melanjutkan ASI dan pemberian makanan sesuai toleransi.
5. Mengomunikasikan temuan kepada tenaga medis dan melaksanakan terapi sesuai klasifikasi serta protokol.
6. Memberikan edukasi kepada ibu mengenai pembuatan oralit sesuai petunjuk kemasan, kebersihan tangan, dan tanda bahaya.

Evaluasi: Anak dinilai ulang berdasarkan kemampuan minum, kondisi umum, tanda vital, dan status hidrasi. Jika muncul letargis, tidak mampu minum, perfusi buruk, atau tanda dehidrasi berat, penanganan segera dan rujukan harus diprioritaskan.

Kasus 2. Anak dengan demam dan gangguan pernapasan

Skenario: Anak perempuan usia 3 tahun dibawa ke instalasi gawat darurat dengan demam dan batuk sejak dua hari lalu. Sejak pagi, ibu melihat napas anak lebih cepat dan dada tampak tertarik ke dalam. Anak menjadi lebih rewel dan hanya minum sedikit.

Pengkajian yang harus dilakukan:

1. Melakukan penilaian ABCDE.
2. Menghitung frekuensi napas selama satu menit dan menilai retraksi serta suara napas.
3. Mengukur saturasi oksigen bila tersedia.
4. Menilai kesadaran, perfusi, suhu, dan kemampuan minum.
5. Menggali riwayat penyakit, obat yang telah diberikan, dan perkembangan gejala.

Analisis: Demam disertai napas cepat dan retraksi merupakan temuan yang membutuhkan penilaian segera terhadap gangguan pernapasan, termasuk kemungkinan pneumonia. Diagnosis tidak dapat ditegakkan hanya berdasarkan batuk dan demam.

Rencana tindakan keperawatan:

1. Memprioritaskan penilaian dan stabilisasi pernapasan.
2. Mengurangi aktivitas yang membuat anak semakin lelah atau gelisah.
3. Memberikan oksigen sesuai indikasi dan protokol apabila terdapat hipoksemia atau kebutuhan klinis lain.
4. Memantau perubahan usaha napas, saturasi, dan kesadaran.
5. Menyiapkan pemeriksaan medis serta rujukan bila diperlukan.
6. Mendokumentasikan respons anak dan mengomunikasikan temuan secara terstruktur.

Evaluasi: Perbaikan dinilai berdasarkan berkurangnya usaha napas, kestabilan saturasi, perbaikan kondisi umum, dan hasil evaluasi klinis. Penurunan kesadaran, sianosis, atau kelelahan pernapasan merupakan alasan untuk meningkatkan prioritas penanganan.

Kasus 3. Kejang pada anak dengan demam

Skenario: Anak usia 2 tahun mengalami demam sejak sore. Saat berada di rumah, anak mendadak kaku dan mengalami sentakan pada kedua lengan serta tungkai. Orang tua membawa anak ke IGD ketika gerakan kejang masih berlangsung.

Pengkajian yang harus dilakukan:

1. Mencatat waktu mulai dan durasi kejang.
2. Menilai jalan napas, pernapasan, sirkulasi, dan kesadaran.
3. Mengidentifikasi apakah kejang masih berlangsung, berulang, atau telah berhenti.
4. Menggali riwayat kejang sebelumnya, obat, kemungkinan paparan zat berbahaya, dan gejala infeksi.
5. Memeriksa glukosa darah bila tersedia dan terindikasi.

Analisis: Kejang disertai demam tidak boleh langsung dianggap sebagai kejang demam sederhana. Penyebab lain, termasuk infeksi sistem saraf pusat dan gangguan metabolik, perlu dipertimbangkan sesuai temuan klinis.

Rencana tindakan keperawatan:

1. Memanggil bantuan dan menjaga keamanan anak.
2. Tidak menahan gerakan secara paksa atau memasukkan benda ke dalam mulut.
3. Memantau pernapasan dan menyiapkan dukungan jalan napas sesuai kebutuhan.
4. Menyiapkan obat antikejang dan tindakan emergensi sesuai protokol apabila kejang berkepanjangan.
5. Melakukan pengkajian ulang setelah kejang berhenti.
6. Mendukung keluarga dan menjelaskan perlunya evaluasi penyebab kejang.

Evaluasi: Evaluasi mencakup berhentinya kejang, kestabilan pernapasan dan sirkulasi, pemulihan kesadaran, serta hasil pemeriksaan lanjutan. Kejang yang berkepanjangan atau berulang tanpa pemulihan memerlukan penanganan emergensi.

F. Edukasi Keluarga dan Pencegahan Keterlambatan Penanganan

Pencegahan komplikasi tidak hanya dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan, tetapi juga melalui kemampuan keluarga mengenali perubahan kondisi anak dan mengambil keputusan yang tepat. Edukasi keluarga sebaiknya mencakup tiga komponen utama. Pertama, mengenali tanda bahaya. Keluarga perlu memahami bahwa kesulitan bernapas, tidak mampu minum, kejang, sulit dibangunkan, sianosis, atau kondisi yang memburuk dengan cepat memerlukan pertolongan segera.

Kedua, melakukan perawatan rumah yang aman. Perawatan harus disesuaikan dengan penyakit dan kondisi anak. Pada diare, misalnya, oralit dapat membantu mengganti cairan yang hilang pada anak yang mampu minum. ASI dan makanan sesuai usia tetap dilanjutkan jika memungkinkan. Penggunaan antibiotik, obat antidiare, atau obat lain harus mengikuti indikasi dan petunjuk tenaga kesehatan.

Ketiga, mengetahui kapan dan ke mana mencari pertolongan. Keluarga perlu mengetahui fasilitas kesehatan yang dapat diakses, cara menghubungi bantuan darurat setempat, serta pentingnya tidak menunda rujukan ketika terdapat tanda bahaya.

G. Penutup

WHO (2014) menekankan bahwa pengenalan tanda bahaya, konseling pengasuh, dan tindak lanjut merupakan komponen penting dalam pendekatan pelayanan anak sakit. Dalam praktik keperawatan, edukasi yang efektif harus spesifik, mudah dipahami, dan disertai konfirmasi pemahaman keluarga. Masalah kesehatan akut pada anak merupakan kondisi yang membutuhkan pengkajian sistematis, pengenalan dini tanda bahaya, serta penanganan yang cepat dan tepat. Karakteristik fisiologis dan perkembangan anak menyebabkan manifestasi penyakit dapat berbeda dari orang dewasa dan kondisi klinis dapat memburuk dalam waktu singkat. Oleh karena itu, perawat harus mampu mengenali perubahan perilaku, gangguan pernapasan, gangguan sirkulasi, penurunan kesadaran, kejang, serta tanda dehidrasi dan infeksi berat.

Pendekatan MTBS membantu tenaga kesehatan melakukan penilaian terstruktur terhadap anak sakit, sedangkan prinsip ETAT dan ABCDE mendukung penentuan prioritas pada kondisi kegawatdaruratan. Penanganan awal meliputi stabilisasi sesuai masalah klinis, pemantauan berulang, komunikasi antarprofesi, dan rujukan tepat waktu apabila diperlukan. Pada saat yang sama, keluarga harus memperoleh edukasi mengenai perawatan yang aman, tanda bahaya, dan kapan mencari pertolongan. Keberhasilan asuhan keperawatan anak dengan masalah kesehatan akut tidak hanya ditentukan oleh ketepatan tindakan, tetapi juga oleh kemampuan perawat melakukan penalaran klinis, bekerja dalam tim, mendokumentasikan perubahan kondisi, serta melibatkan keluarga dalam perawatan. Penerapan prinsip berbasis bukti dan kepatuhan terhadap pedoman klinis yang berlaku diharapkan dapat meningkatkan keselamatan anak dan mengurangi risiko komplikasi yang dapat dicegah.

Referensi

Agustini, N. (2010). Petunjuk praktis manajemen pengelolaan limbah pertanian untuk pakan ternak sapi. Kementerian Pertanian Badan Penelitian dan Pengembangan Pertanian BB Pengkajian dan Pengembangan Teknologi Pertanian

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Dokumen pedoman

World Health Organization. (2013). Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common childhood illnesses (2nd ed.). World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789241548373

World Health Organization. (2014). Integrated management of childhood illness: Chart booklet. World Health Organization. https://www.who.int/publications/m/item/integrated-management-of-childhood-illness---chart-booklet-%28march-2014%29

World Health Organization. (2016). Paediatric emergency triage, assessment and treatment: Care of critically-ill children. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789241510219

World Health Organization. (2024). Guideline on management of pneumonia and diarrhoea in children up to 10 years of age. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240103412

World Health Organization. (2023, August 9). Zinc supplementation in the management of diarrhoea. https://www.who.int/tools/elena/interventions/zinc-diarrhoea .

Book Chapter Kesehatan Anak menyajikan pembahasan komprehensif mengenai kesehatan anak, mulai dari konsep pelayanan berpusat pada anak dan keluarga, pertumbuhan fisik, pemenuhan gizi, kesehatan mental dan perilaku, hingga promosi kesehatan, imunisasi, serta pelayanan anak dengan penyakit kronis.

Melalui pendekatan ilmiah dan aplikatif, buku ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi mahasiswa, akademisi, dan tenaga kesehatan dalam memahami kebutuhan anak serta mendukung pelayanan kesehatan yang holistik, berkualitas, dan berkesinambungan.