

# Sertifikat

NO : 113/MEDSAN/eSP/VI/2021

Diberikan Kepada:

**Eka Adithia Pratiwi, S.Kep., Ners., M.Kep**

Sebagai Penulis Buku Yang Berjudul :

**KONSEP KEPERAWATAN ANAK**

Kota Bandung, 22 Juni 2021



**Pelopop**  
penerbit digital



MEDIA SAINS  
INDONESIA  
**MEDSAN**

**RINTHO RANTE RERUNG, S.KOM., M.KOM.**  
DIREKTUR





Editor : Yosefina Nelista, S.Kep., Ns., M.Kep

# Konsep **KEPERAWATAN ANAK**

EKA ADITHIA PRATIWI | PEMBRONIA NONA FEMBI | TERESIA ELFI  
MARIA KORNELIA RINGGI KUWA | NOVITA MAULIDYA JALAL | EMIRENSIANA WATU  
GABRIEL MANE | ARI DAMAYANTI WAHYUNINGRUM | O. DIANA SUEK  
BAIQ NURUL HIDAYATI

BOOK CHAPTER

**KONSEP KEPERAWATAN ANAK**

## **UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta**

### **Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4**

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

### **Pembatasan Pelindungan Pasal 26**

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

### **Sanksi Pelanggaran Pasal 113**

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

# **KONSEP KEPERAWATAN ANAK**

Eka Adithia Pratiwi, S.Kep., Ners., M.Kep  
Pembronia Nona Fembi, S.Kep., Ns., M.Kep  
Teresia Elfi, S.Kep., Ns., M.Kep  
Maria Kornelia Ringgi Kuwa, S.ST.,M.Kes  
Novita Maulidya Jalal, S.Psi.,M.Psi.,Psikolog  
Emirensiana Watu, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
Gabriel Mane, S.Fil.,Lic  
Ari Damayanti Wahyuningrum, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
O. Diana Suek, M. Kep, Ns Sp. Kep An  
Baiq Nurul Hidayati, S.Kep., Ners., M.Kep

Editor:

Yosefina Nelista, S.Kep., Ns., M.Kep

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA  
Melong Asih Regency B40 - Cijerah  
Kota Bandung - Jawa Barat  
[www.penerbit.medsan.co.id](http://www.penerbit.medsan.co.id)

Anggota IKAPI  
No. 370/JBA/2020

## **KONSEP KEPERAWATAN ANAK**

Eka Adithia Pratiwi, S.Kep., Ners., M.Kep  
Pembronia Nona Fembi, S.Kep., Ns., M.Kep  
Teresia Elfi, S.Kep., Ns., M.Kep  
Maria Kornelia Ringgi Kuwa, S.ST.,M.Kes  
Novita Maulidya Jalal, S.Psi.,M.Psi.,Psikolog  
Emirensiana Watu, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
Gabriel Mane, S.Fil.,Lic  
Ari Damayanti Wahyuningrum, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
O. DIANA SUEK, M. Kep, Ns Sp. Kep An  
Baiq Nurul Hidayati, S.Kep., Ners., M.Kep

Editor :

**Yosefina Nelista, S.Kep., Ns., M.Kep**

Tata Letak :

**Mega Restiana Zendrato**

Desain Cover :

**Rintho R. Rerung**

Ukuran :

**A5 Unesco: 15,5 x 23 cm**

Halaman :

**v, 178**

ISBN :

**978-623-6290-60-6**

Terbit Pada :

**Juni 2021**

Hak Cipta 2021 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

*Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.*

**PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA**

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)

Melong Asih Regency B40 - Cijerah

Kota Bandung - Jawa Barat

[www.penerbit.medsan.co.id](http://www.penerbit.medsan.co.id)

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk book chapter dapat dipublikasikan dan dapat sampai dihadapan pembaca. Book chapter ini disusun oleh sejumlah dosen dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan Keperawatan Anak, buku ini memberikan nuansa berbeda yang saling menyempurnakan dari setiap pembahasannya, bukan hanya dari segi konsep yang tertuang dengan detail, melainkan mudah dipahami.

Sistematika buku ini dengan judul “Konsep Keperawatan Anak” mengacu pada konsep dan aplikasi nyata dalam melaksanakan proses pembelajaran baik di kelas, laboratorium maupun klinik/lapangan. Buku ini terdiri atas 10 bab yang dijelaskan secara rinci dalam pembahasan mengenai perspektif keperawatan anak dalam konteks keluarga, pendekatan teori model keperawatan anak, konsep tumbuh kembang anak, hospitalisasi pada anak, bermain pada anak, imunisasi pada anak, komunikasi pada anak, toilet training pada anak, penilaian risiko jatuh dan pemeriksaan fisik pada anak.

Kami menyadari bahwa tulisan ini jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat banyak kekurangan, sejatinya kesempurnaan itu hanya milik Yang Kuasa. Oleh sebab itu, kami tentu menerima masukan dan saran dari pembaca demi penyempurnaan lebih lanjut.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini,

secara khusus kepada Penerbit Media Sains Indonesia sebagai inisiator book chapter ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Mei 2021

Editor



## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	i
DAFTAR ISI .....	iii
1 PERSPEKTIF KEPERAWATAN ANAK DALAM KONTEKS KELUARGA .....	1
Paradigma dan Prinsip Keperawatan Anak .....	1
Filosofi dan Peran Perawat Anak .....	5
Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Anak ..	7
Konsep Family Centered Care (Tujuan, Prinsip dan Elemen FCC).....	9
Konsep Atraumatic Care .....	14
2 PENDEKATAN TEORI MODEL KEPERAWATAN ANAK.....	18
Pengertian Teori Model Keperawatan Anak.....	18
Tujuan Penerapan Teori Model Keperawatan Anak ..	18
Teori Model Keperawatan Anak .....	19
Penerapan Aplikasi Teori Model Keperawatan Anak pada Asuhan Keperawatan .....	31
3 KONSEP TUMBUH KEMBANG ANAK.....	37
Pengertian Pertumbuhan dan Perkembangan.....	37
Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak.....	39
Tahapan Pertumbuhan dan Perkembangan Anak...	43
Simulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang .....	48
Pemeriksaan <i>Denver Development Screening Test</i> (DDST).....	49
4 HOSPITALISASI PADA ANAK.....	57

	Pengertian Hospitalisasi.....	57
	Faktor Penyebab Stres Hospitalisasi Pada Anak .....	58
	Reaksi Hospitalisasi Sesuai Usia Anak .....	60
	Respon Keluarga dan Sibling Terhadap Hospitalisasi Pada Anak .....	64
	Peran Perawat Terhadap Hospitalisasi Pada Anak ..	66
5	KONSEP BERMAIN PADA ANAK.....	75
	Pengertian dan Fungsi Bermain pada Anak .....	75
	Jenis-Jenis Permainan pada Anak Sesuai Usia Anak.....	79
	Klasifikasi Bermain pada Anak .....	81
	Faktor yang Mempengaruhi Bermain pada Anak ....	84
	Alat Permainan Edukatif (APE).....	86
	Pembuatan Proposal Bermain pada Anak.....	88
6	KONSEP IMUNISASI PADA ANAK .....	91
	Pengertian Dan Tujuan Imunisasi .....	91
	Sasaran Dan Manfaat Imunisasi .....	93
	Jenis Dan Jadwal Imunisasi Pada Anak (Imunisasi Dasar Dan Lanjutan) .....	95
	Penyakit Yang Dapat Di Cegah Dengan Imunisasi ..	96
	Pedoman Pelaksanaan Imunisasi .....	99
7	KONSEP KOMUNIKASI PADA ANAK .....	104
	Aspek Penting Komunikasi Pada Anak .....	104
	Bentuk Komunikasi Pada Bayi Dan Anak.....	110
	Teknik Komunikasi Terhadap Anak.....	112
	Penerapan Komunikasi Sesuai Usia Anak .....	119
8	TOILET TRAINING PADA ANAK .....	126
	Pengertian Toilet Training .....	126

	Syarat Toilet Training.....	128
	Tahapan Toilet Training.....	130
	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesiapan Toilet Training.....	133
9	PENILAIAN RISIKO JATUH PADA ANAK .....	139
	Pengertian Risiko Jatuh Pada Anak.....	139
	Pengkajian Risiko jatuh Pada Anak .....	140
	Instrumen Penilaian Risiko Jatuh Pada Anak.....	141
	Pencegahan Risiko Jatuh Pada Anak di Rumah Sakit .....	145
	Kesimpulan .....	147
10	PEMERIKSAAN FISIK PADA ANAK .....	150
	Pengertian .....	150
	Persiapan Pemeriksaan Fisik Pada Anak .....	152
	Pemeriksaan Fisik <i>Head To Toe</i> Pada Anak .....	154
	Refleks Fisiologis dan Patologis Pada Anak.....	173



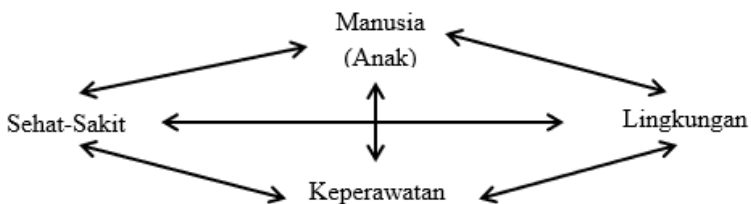
# PERSPEKTIF KEPERAWATAN ANAK DALAM KONTEKS KELUARGA

**Eka Adithia Pratiwi., S.Kep., Ners., M.Kep**  
STIKES Yarsi Mataram

## **Paradigma dan Prinsip Keperawatan Anak**

### 1. Paradigma Keperawatan Anak

Paradigma keperawatan anak adalah suatu landasan berpikir dalam penerapan ilmu keperawatan anak. Landasan berpikir tersebut terdiri dari empat komponen, di antaranya manusia dalam hal ini anak, keperawatan, sehat-sakit dan lingkungan yang dapat di gambarkan sebagai berikut



Gambar 1 Empat Komponen Landasan Berpikir  
Paradigma Keperawatan Anak

#### a. Manusia (Anak)

Anak merupakan individu (klien) dalam keperawatan anak yang diartikan sebagai

seseorang yang berusia kurang dari 18 tahun (UU RI, 2002) masih dalam masa tumbang kembang dengan kebutuhan khusus baik kebutuhan sosiologis, fisik, spiritual, dan sosial. Anak adalah individu yang berada di dalam satu rentang perubahan perkembangan dimulai dari bayi hingga remaja. Masa anak merupakan masa perkembangan dan pertumbuhan di mulai dari bayi (0-1 thn), *toddler* (1-2,5 thn), pra sekolah (2,5-5 thn), usia sekolah(5- 11 thn), remaja (11-18 thn). Rentang tersebut berbeda antara anak yang satu dengan lainnya, mengingat latar belakang setiap anak berbeda-beda.

b. Lingkungan

Lingkungan eksternal dan internal berperan dalam perubahan status kesehatan anak. Anak lahir dalam keadaan kelainan bawaan maka di kemudian hari bisa menyebabkan terjadinya perubahan status kesehatan anak menjadi sakit merupakan faktor lingkungan internal, sedangkan status gizi anak, pola asuh orang tua, teman sebaya, saudara dan masyarakat sekitar juga dapat mempengaruhi status kesehatan anak menjadi faktor lingkungan eksternal.

c. Keperawatan

Tujuan diberikannya pelayanan keperawatan pada anak untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal dengan melibatkan keluarga. Hal tersebut dapat di capai jika keluarga terlibat langsung di dalamnya karena keluarga sangat berperan dalam menentukan keberhasilan suatu asuhan keperawatan selain keluarga juga berperan penting dalam perlindungan anak dan memenuhi kebutuhan anak. Peran lainnya adalah

mempertahankan kelangsungan hidup anak dan keluarga, mensejahterakan anak dan menjaga keselamatan anak untuk mencapai masa depan anak yang lebih baik (Wong, 2009)

d. Sehat-Sakit

Rentang sehat-sakit merupakan batasan yang dapat di berikan bantuan pelayanan keperawatan pada anak dimana merupakan suatu kondisi anak berada dalam status kesehatan yang meliputi sejahtera, sehat optimal, sehat, sakit, sakit kronis, dan meninggal. Rentang ini merupakan alat ukur dalam menilai status kesehatan yang bersifat dinamis setiap waktu, selama dalam batas rentang tersebut anak membutuhkan bantuan perawat baik secara langsung maupun tidak langsung, seperti perawat dapat meningkatkan taraf kesejahteraan fisik, spiritual dan sosial jika dalam rentang sehat. Sebaliknya perawat dapat memberikan dukungan dan bantuan pada keluarga jika anak dalam kondisi krisis ataupun meninggal. Sehingga batasan sehat dapat diartikan sebagai keadaan yang sempurna baik fisik, sosial maupun mental serta tidak hanya bebas dari kelemahan dan penyakit (WHO, 1974).

2. Prinsip Keperawatan Anak

Pemberian asuhan keperawatan pada anak berbeda dengan orang dewasa, karena harus memperhatikan perkembangan dan pertumbuhan anak. Perawatan tidak optimal yang diberikan pada anak akan berdampak tidak baik bagi anak secara psikologis maupun fisiologis, sehingga perawat harus memperhatikan beberapa prinsip penerapan asuhan keperawatan pada anak yaitu:

- a. Anak bukan miniatur orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik, artinya bahwa tidak boleh memandang anak dari segi fisiknya saja melainkan sebagai individu unik yang mempunyai pola perkembangan dan pertumbuhan menuju proses kematangan.
- b. Anak adalah individu yang unik dan memiliki kebutuhan sesuai tahap perkembangannya. Anak memiliki berbagai kebutuhan yang berbeda satu dengan yang lain sesuai dengan tumbuh kembang yang mereka lalui.
- c. Pelayanan keperawatan anak berorientasi pada upaya peningkatan derajat kesehatan dan pencegahan penyakit yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan pada anak, mengingat anak merupakan penerus generasi bangsa.
- d. Keperawatan anak merupakan salah satu disiplin ilmu kesehatan yang fokusnya pada kesejahteraan anak sehingga perawat bertanggung jawab secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak. Mengutamakan kepentingan anak dengan melibatkan keluarga merupakan salah satu hal untuk mensejahterakan anak.
- e. Praktik keperawatan anak mencakup kontrak dengan anak dan keluarga untuk mengkaji, mencegah, mengintervensi dan meningkatkan kesejahteraan hidup, dengan menggunakan proses keperawatan yang sesuai dengan aspek hukum (legal) dan aspek moral (etik).
- f. Peningkatan kematangan atau maturasi yang sehat bagi anak dan remaja sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual dalam konteks



keluarga dan masyarakat merupakan tujuan keperawatan anak dan keluarga dengan selalu memperhatikan yang baik lingkungan eksternal maupun internal untuk kematangan anak.

- g. Keperawatan anak pada masa akan datang cenderung fokus pada ilmu tumbuh kembang.

### **Filosofi dan Peran Perawat Anak**

Filosofi merupakan keyakinan atau pandangan yang dimiliki oleh perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan pada anak, dimana keperawatan anak sejalan dengan pengertian keperawatan yaitu "*The diagnosis and treatment of human responses to actual or potential health problems*" (Whaley & Wong, 1995). Tujuannya adalah pencapaian derajat kesehatan anak merupakan suatu bagian dari sistem pelayanan kesehatan di keluarga. Keberhasilan pelayanan kesehatan dan kunci filosofi keperawatan anak, meliputi *Family Centered Care* (FCC) dan *Atraumatic Care*.

Perawat merupakan bagian dari tim pemberi asuhan keperawatan pada anak dan orang tuanya bekerjasama dengan anggota tim lain dan keluarga dalam membantu memecahkan masalah yang berkaitan dengan perawatan anak. Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan memiliki peran dan fungsi diantaranya:

- a. Sebagai edukator

Perawat berperan sebagai pendidik, dengan cara memberikan pendidikan atau penyuluhan kesehatan pada orang tua atau dapat dilakukan dengan cara memberikan perawatan dan informasi mengenai perawatan dan pengobatan anaknya. Pendidikan kesehatan yang dapat diberikan meliputi informasi terkait penyakit yang di alami oleh anaknya, perawatan

selama di Rumah Sakit (RS) sampai perawatan dan persiapan pulang ke rumah.

b. Sebagai *konselor*

Perawat diperlukan untuk memberikan solusi dari masalah yang dihadapi oleh pasien maupun mengendalikan kemarahan yang terjadi pada pasien, dengan memberikan informasi terkait penyakitnya, perawatan dan pengobatannya. Perawat menjadi tempat bagi keluarga dan klien untuk melakukan konsultasi terhadap masalah maupun tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada klien. Hal tersebut dapat dilakukan dengan cara mendengarkan segala keluhan, melakukan sentuhan dan hadir secara fisik sehingga perawat dapat membantu mencari alternatif pemecahannya.

c. Sebagai koordinator atau kolaborator

Peran sebagai koordinator tersebut dilaksanakan dengan cara merencanakan, mengarahkan, serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan terarah dan sesuai dengan kebutuhan klien sehingga dapat memberikan perasaan nyaman kepada klien selama mendapatkan perawatan di RS.

Selain itu perawat dalam melakukan asuhan keperawatan juga membutuhkan tim kesehatan lainnya (pendekatan interdisiplin) agar dapat bertukar pikiran maupun pendapat dalam menyelesaikan masalah klien, sehingga terlaksananya asuhan yang komprehensif dan holistic.

d. Sebagai pemberi asuhan keperawatan

Perawat memperhatikan keadaan kebutuhan dasar klien melalui pemberian pelayanan keperawatan. Pemberian pelayanan ini menggunakan proses

keperawatan sehingga dapat menentukan diagnosis, merencanakan dan melaksanakan tindakan keperawatan yang tepat sesuai dengan tingkat kebutuhan dasar klien, kemudian dapat mengevaluasi tingkat perkembangannya. Asuhan keperawatan diberikan dengan memfokuskan kebutuhan kesehatan klien secara holistik yang meliputi mengembalikan kesehatan fisik, emosi, perkembangan, sosial dan spiritual (Potter & Perry, 2005)

e. Sebagai pembaharu peran

Dilakukan dengan mengadakan perencanaan, kerja sama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan. Undang-Undang No 38 tahun 2014 pasal 31 ayat 3 menjelaskan wewenang perawat dalam menjalankan tugas sebagai pembaru atau peneliti yaitu dengan melakukan penelitian sesuai dengan etika dan standar, dapat menggunakan sumber daya pada fasilitas pelayanan kesehatan atas izin pimpinan, serta menggunakan pasien sebagai subjek penelitian sesuai dengan etika profesi dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### **Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Anak**

Indonesia merupakan Negara dengan peringkat ke empat dengan populasi penduduk terbesar di dunia yaitu 274,86 juta (Worldmeters, 2020). Jumlah penduduk yang banyak tersebut dan berkualitas dapat menjadi modal pembangunan. Akan tetapi, jika dengan penduduk banyak tetapi tidak berkualitas akan menjadi beban pembangunan. Berdasarkan hal tersebut, maka keluarga merupakan rujukan kebahagiaan dan keberhasilan, dimana keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri atas ibu, ayah dan anak atau

anak dan ayah atau anak dan ibu yang memiliki peranan sangat menentukan bagi tumbuhnya generasi muda yang cerdas dan berkualitas.

Keluarga perlu meningkatkan ketahanannya untuk menghadapi berbagai tantangan yang datang baik dari dalam maupun luar. Karena keluarga merupakan media atau wahana utama dan pertama dalam pendidikan dan penyemaian nilai-nilai luhur bangsa kepada anak-anak. Terdapat 8 fungsi keluarga yaitu fungsi reproduksi, cinta dan kasih sayang, agama, sosialisasi dan pendidikan, perlindungan, sosial budaya, ekonomi, dan pembinaan lingkungan.

Harapannya jika fungsi tersebut dilaksanakan dengan baik, akan terbentuk keluarga yang berketahanan yang pada akhirnya terbentuk ketahanan nasional. Namun, dengan berbagai elaborasi konsep fungsi keluarga BKKBN, tampaknya luput fungsi keluarga dalam konteks kependudukan bagi pencapaian kesehatan fisik dan jiwa. Level keluarga mempengaruhi kesehatan melalui tiga sumber, yaitu genetik, lingkungan sosial, dan lingkungan fisik. Lingkungan fisik dan sosial menjadi penting ketika anggota keluarga hidup dalam satu rumah. Lingkungan sosial mencakup hubungan fungsional seperti lingkungan sosioekonomik, *caregiving*, termasuk kekayaan dan pendapatan (yang berkaitan dengan kesempatan dan hambatan untuk hidup sehat), juga bentuk hubungan yang negatif dan positif.

Salah satu determinan paling kuat dari keluarga adalah sosioekonomik yang memberikan dampak terhadap beberapa situasi kehidupan, diantaranya kualitas tempat tinggal atau rumah, transportasi, kondisi lingkungan tempat tinggal, akses terhadap pelayanan kesehatan yang mempunyai implikasi terhadap kesehatan. Kesehatan (termasuk jiwa) sebagai salah satu dari berbagai indikator kesuksesan program kependudukan lintas-sektoral

---

BKKBN terhadap peningkatan dan pemeliharaan kualitas sumber daya manusia.

Indonesia tidak bisa tereksklusi dari fungsi utama keluarga. Juga kontinum biopsikososial penting dijadikan landasan dalam merancang dan mengevaluasi kebijakan dan intervensi terkait kualitas kesehatan penduduk level individu dengan memaksimalkan peran keluarga. Jika keluarga mampu menjalankan fungsinya dengan baik, maka generasi yang tercipta pun akan baik. Orang tua, terutama ibu, perlu memperhatikan kesehatan anak-anaknya, kesehatan harus diperhatikan sejak anak masih dalam kandungan, seperti memonitor cakupan gizi dalam makanan ibu agar janinnya juga sehat. Saat proses kelahiran terjadi, perlu diperhatikan bagaimana cara merawat anak yang baik agar perkembangan anak tidak terganggu dan sesuai dengan usianya. Setelah anak tersebut lahir diperhatikan pemberian ASI eksklusif, pemberian ASI tersebut adalah memberi makan kepada anak, sehingga asupan nutrisi dan gizi sang ibu harus diperhatikan dengan baik. Pendidikan juga menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi bagaimana orang tua merawat buah hatinya, semakin rendah tingkat pendidikan orang tuanya akan semakin rendah pula perhatiannya terhadap kesehatan anaknya.

### **Konsep Family Centered Care (Tujuan, Prinsip dan Elemen FCC)**

Perawatan yang berpusat pada keluarga atau *Family Centered Care* (FCC) didefinisikan sebagai filosofi perawatan berpusat pada keluarga, mengakui keluarga sebagai konstanta dalam kehidupan anak. FCC meyakini adanya dukungan individu, mendorong, menghormati, dan meningkatkan kompetensi dan kekuatan keluarga. Intervensi keperawatan dengan menggunakan pendekatan FCC menekankan bahwa pembuatan

---

kebijakan, perancangan fasilitas kesehatan, perencanaan program perawatan, dan interaksi sehari-hari antara tenaga kesehatan dan klien harus melibatkan keluarga. Keluarga diberikan kewenangan untuk terlibat dalam perawatan klien, yang artinya keluarga dengan latar belakang pengalaman, keahlian dan kompetensi memberikan manfaat positif dalam perawatan anak. Selain itu dapat membuka jalan bagi keluarga untuk mengetahui kemampuan, kekuatan keluarga dalam merawat anak.

Terdapat dua konsep dasar pada proses filosofi FCC, yaitu *empowering* (dukungan) dimana keluarga memerlukan perasaan aman terhadap kehidupan keluarganya dan *enabling* dengan menciptakan kesempatan pada keluarga untuk menunjukkan kompetensi dan kemampuannya dalam memenuhi kebutuhan anak dan keluarganya. Hal tersebut didukung oleh hasil penelitian Hendrawati, Sri (2017) dimana orang tua lebih membutuhkan kepastian terkait jaminan bayinya mendapatkan perawatan terbaik; perkembangan; kebutuhan terhadap informasi jujur, jelas, dan rutin mengenai kondisi serta tindakan yang dilakukan terhadap bayi; dan kebutuhan terhadap kedekatan untuk selalu dekat dan melakukan kontak dengan bayi. Kebutuhan orang tua lebih berfokus pada kesejahteraan bayi.

#### 1. Tujuan

Tujuan penerapan FCC dalam perawatan anak adalah memberikan kesempatan bagi orang tua untuk merawat anak mereka selama dalam proses hospitalisasi dengan pengawasan dari perawat sesuai dengan aturan yang berlaku. Selain hal tersebut tujuan FCC untuk meminimalkan timbulnya trauma selama anak dirawat di RS dan meningkatkan kemandirian sehingga peningkatan kualitas hidup dapat tercapai.

---

## 2. Prinsip

### a. Martabat dan Kehormatan

Perawat dapat menghormati dan mendengarkan pilihan dan pandangan pasien. Kepercayaan, pandangan, latar belakang budaya dan nilai yang di tanamkan oleh pasien dan keluarga bergabung dalam rencana dan intervensi keperawatan.

### b. Berbagi Informasi

Perawat dalam melakukan asuhan keperawatan tetap melakukan komunikasi dan selalu menginformasikan semua hal yang berguna bagi pasien dan keluarga dengan benar dan tidak memihak kepada keluarga maupun pasien. Informasi dapat diterima setiap waktu, akurat, dan lengkap agar dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan dan perawatan pasien.

### c. Partisipasi

Karena informasi bisa di terima setiap saat, lengkap dan akurat maka keluarga dan pasien termotivasi untuk ikut berpartisipasi dalam mengambil keputusan dan perawatan sesuai dengan kesepakatan yang telah dibuat.

### d. Kolaborasi

Hal tersebut terjadi karena adanya kolaborasi antara perawat dan pasien beserta keluarga dalam mengambil setiap keputusan, kebijakan dan pengembangan program, implementasi serta evaluasi, pendidikan dan desain fasilitas kesehatan dalam pemberian perawatan pasien (Potter & Perry, 2007).

### 3. Elemen

a. Perawat menyadari bahwa keluarga adalah bagian yang konstan dalam kehidupan anak, sementara anggota dalam sistem dan sistem layanan tersebut berfluktuasi. Perawat menyadari bahwa keluarga merupakan bagian yang tidak bisa terpisahkan, oleh karena itu dalam menjalankan system perawatan kesehatan, keluarga di libatkan dalam membuat keputusan, mendidik, mengasuh, serta melakukan pembelaan terhadap hak-hak anak selama perawatan. Setiap pengambilan keputusan, perawat memberikan pertimbangan dalam bentuk saran maupun informasi terkait dengan masalah yang dihadapi keluarga, tetapi tetap keluarga berhak memutuskan layanan yang didapatkannya. Terdapat beberapa hal yang di terapkan untuk mendukung dan menghargai individualitas dan kekuatan yang dimiliki dalam keluarga, yaitu (Fretes, 2012):

- 1) Menyepakati bersama keluarga terkait dengan waktu dan lokasi kunjungan baik di rumah keluarga ataupun di tempat lain.
- 2) Perawat mengkaji keluarga berdasarkan kebutuhan keluarga,
- 3) Orangtua turut merencanakan perawatan yang akan diberikan terhadap anak mereka
- 4) Perencanaan perawatan yang diberikan bersifat komprehensif.

b. Memfasilitasi kerjasama antara perawat dan keluarga di semua tingkat

pelayanan kesehatan, merawat anak secara individual, pengembangan program, pelaksanaan dan evaluasi serta pembentukan kebijakan hal ini



ditujukan ketika melakukan kolaborasi dalam pemberian perawatan kepada anak; kerjasama dalam mengembangkan masyarakat dan pelayanan rumah sakit; serta kolaborasi orang tua dengan tenaga profesional dalam tahap kebijakan FCC.

- c. Menghormati keanekaragaman etnis budaya, sosial ekonomi dan ras dalam keluarga.
- d. FCC harus menggambarkan keseimbangan antara keluarga dan anak serta menghargai dan menghormati mekanisme coping individualitas yang dimiliki oleh keluarga maupun anak dalam kehidupan mereka.
- e. Memberikan informasi yang lengkap dan jelas kepada orangtua dan secara berkelanjutan dengan dukungan penuh
- f. Memfasilitasi dan mendorong keluarga untuk saling mendukung. Hal tersebut dilakukan karena berfungsi untuk hubungan persahabatan; bertukar informasi mengenai kondisi dan perawatan anak; serta memanfaatkan dan meningkatkan sistem pelayanan yang ada untuk kebutuhan perawatan anak mereka.
- g. Menggabungkan dan memahami kebutuhan dalam setiap perkembangan bayi, anak, remaja dan keluarga mereka ke dalam sistem perawatan kesehatan
- h. Menerapkan kebijakan yang komprehensif dan program yang memberikan dukungan keuangan dan emosional untuk memenuhi kebutuhan keluarga
- i. Merancang sistem perawatan kesehatan yang fleksibel, dapat dijangkau dengan mudah dan kebutuhan keluarga teridentifikasi (Fretes, 2012).

## **Konsep Atraumatic Care**

*Atraumatic Care* adalah kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan yang terapeutik oleh individu melalui pelaksanaan intervensi keperawatan yang menghilangkan atau memperkecil distres psikologis dan fisik, ataupun pengalaman yang tidak menyenangkan yang dialami oleh anak-anak dan keluarga mereka dalam sistem pelayanan kesehatan. Dimana tujuan utama perawatan atraumatik adalah “*do no harm*” jangan melukai. Untuk mencapai perawatan tersebut, maka terdapat beberapa prinsip yang dapat dilakukan oleh perawat, yaitu:

1. Menurunkan atau mencegah dampak perpisahan dari keluarga

Dampak perpisahan dari keluarga, anak mengalami gangguan psikologis seperti ketakutan, kecemasan, kurang kasih sayang sehingga hal tersebut akan menghambat proses penyembuhan anak dan dapat mengganggu perkembangan dan pertumbuhan anak.

2. Meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan pada anak.
3. Mencegah dan mengurangi cedera (*injury*) dan nyeri (dampak psikologis)

Mengurangi nyeri merupakan tindakan yang dapat dilakukan dalam perawatan anak. Proses tersebut sering kali tidak bisa dihilangkan secara cepat tetapi dapat di kurangi dengan berbagai teknik seperti relaksasi, imaginary maupun distraksi. Karena nyeri yang berlangsung lama pada anak dapat mengganggu perkembangan maupun pertumbuhan anak.

4. Tidak melakukan kekerasan pada anak
5. Modifikasi lingkungan

Modifikasi lingkungan fisik dengan memberikan lingkungan bernuansa anak sehingga dapat meningkatkan perasaan aman, keceriaan dan rasa nyaman pada anak sehingga anak selalu merasa nyaman berada di lingkungannya.

Berdasarkan hasil penelitian Suroso, Jebul (2018) didapatkan hasil bahwa *Atraumatic care* berdampak pada kepuasan keluarga atau orang tua anak dengan hospitalisasi.

**Daftar Pustaka**

- Frete, F. (2012). Hubungan *Family Centered Care* dengan Efek Hospitalisasi pada Anak di Ruang Dahlia Rumah Sakit Panti Wisata Citarum, Semarang.
- Hendrawati, Sri. (2017). Kajian Kebutuhan Family Centered Care dalam Perawatan Bayi Sakit Kritis di Neonatal Intensive Care Unit JKP Volume 5 Nomor 2. Jurnal Keperawatan Padjajaran: Semarang.
- Kemenkes RI. (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan “Keperawatan Anak”. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Potter, P.A, Perry, A.G. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik* Edisi 4 Volume 1 Alih Bahasa: Yasmin Asih, dkk. Jakarta: EGC.
- Potter, P.A, Perry, A.G. (2007). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik* Edisi 4 Volume 2. Jakarta: EGC.
- Suroso, Jebul, dkk. (2018). Dampak Atraumatic Care Pada Kepuasan Keluarga Pasien di Rumah Sakit Indonesian Journal of Nursing Research, Vol 1 No 2. Indonesian Journal of Nursing Research (IJNR): Semarang.
- UU RI No. 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak. Jakarta
- Whaley & Wong’s. (1995). *Nursing Care of Infant and Children, Fifth Edition*. Mosby Year Book: Missouri.
- Wong, et al. (2009). *Wong Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*, (alih bahasa: Andry Hartono, dkk). Jakarta: EGC.
- Worldometers. (2020). Indonesia Population (2020). Diakses pada tanggal 14 Mei 2021, diperoleh dari <https://www.worldometers.info/world-population/indonesia-population/>

## Profil Penulis



Eka Adithia Pratiwi., S.Kep., Ns., M.Kep, lahir di Mataram, 6 Januari 1986, dari pasangan seorang ayah Drs. H. Abdurrahman., MM dan ibu Hj. Siti Nuraini. Menikah dengan Sumardin, S.Adm (pujaan hati) pada tahun 2012 dan dikaruniai dua orang anak “Aditya” my boy dan Kaylila (Almh). Lulus S1 Program Studi Ilmu Keperawatan Jenjang S1 di Universitas Ngudi Waluyo Ungaran tahun 2009, Lulus pada Program Studi Keperawatan Jenjang Profesi (Ners) tahun 2010, kemudian lulus S2 Program Pascasarjana Magister Keperawatan dengan peminatan.

Keperawatan Anak di STIKES Jenderal Achmad Yani Cimahi Bandung tahun 2014. Saat ini adalah dosen tetap Program Studi Ilmu Keperawatan Jenjang S.1 STIKES YARSI Mataram. Mengampu mata Kuliah Keperawatan Anak dan Keperawatan Dasar. Menjadi narasumber di pada Seminar Nasional. Saat ini menjadi pengurus di Ikatan Perawat Anak Indonesia (IPANI) Provinsi NTB Periode 2020-2025.

Email: [pratiwiekaadithia@gmail.com](mailto:pratiwiekaadithia@gmail.com)

# PENDEKATAN TEORI MODEL KEPERAWATAN ANAK

**Pembronia Nona Fembi, S.Kep., Ns., M.Kep**  
Universitas Nusa Nipa

## **Pengertian Teori Model Keperawatan Anak**

Teori model keperawatan anak merupakan sebuah pedoman yang menentukan struktur konseptual terhadap pemahaman dalam keperawatan anak baik untuk pendidikan maupun praktek keperawatan. Teori-teori dalam keperawatan anak dapat diterapkan sebagai penuntun dalam mengimplementasikan asuhan keperawatan pada anak. Teori keperawatan berfungsi untuk membedakan bidang ilmu keperawatan dengan bidang ilmu lain serta bertujuan untuk mendeskripsikan, menguraikan, memprediksi serta meninjau hasil dari proses asuhan keperawatan yang diaplikasikan dalam pelayanan keperawatan.

## **Tujuan Penerapan Teori Model Keperawatan Anak**

Tujuan yang ingin dicapai dalam penerapan teori model keperawatan anak yang merupakan komponen pokok penting dalam peningkatan ilmu keperawatan, yakni:

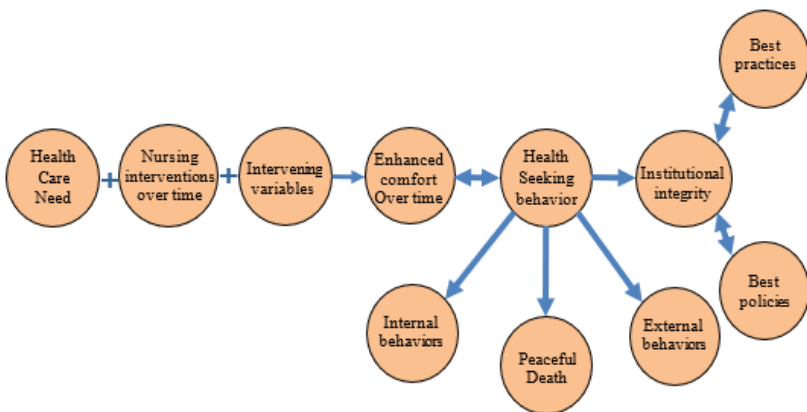
1. Dapat merekomendasikan argumen-argumen terkait fakta yang ditemukan dalam pelayanan keperawatan anak, dalam bentuk tindakan maupun model praktek keperawatan sehingga berbagai problem dapat teratasi;

2. Mengakomodasi komponen profesi perawat untuk menguasai pengetahuan dalam pelayanan asuhan keperawatan anak dan dapat memberikan dasar dalam pengelolaan berbagai problem keperawatan;
3. Menunjang proses pengelolaan masalah dalam keperawatan anak dengan merekomendasikan petunjuk yang jelas bagi tujuan intervensi keperawatan sehingga seluruh bentuk dan intervensi dapat dipertanggungjawabkan;
4. Dapat merekomendasikan dasar dari asumsi dan teori keperawatan sehingga pengetahuan serta interpretasi dalam intervensi keperawatan dapat terus berkembang.

**Teori Model Keperawatan Anak**

1. Theory Of Comfort

*Theory of Comfort* dikembangkan oleh Katharine Kolcaba. Ada beberapa konsep utama yang ditekankan teori *Comfort*, yang digambarkan dalam *Conceptual framework* sebagai berikut:



Gambar 2.1 *Conceptual framework for the Theory of Comfort* (Alligood, 2014).

*Conseptual framework* menurut Kolcaba dapat dijelaskan sebagai berikut:

*Holistic comfort* (kenyamanan yang utuh) digambarkan sebagai sebuah pengalaman hidup yang secara langsung dapat menjadikan kekuatan bagi individu dalam kebutuhan untuk pengurangan *relief* (keringanan/kelegaian), *ease* (ketenangan/ketentraman), *transdence* (transendensi) yang terwujud dalam 4 (empat) hal yaitu *psysical*, *psycospiritual*, *environment*, dan *social*. Anggapan yang dibangun Kolcaba bahwa *comfort* (kenyamanan) merupakan sebuah teori yang memiliki kaitan erat dengan disiplin ilmu keperawatan. Melalui intervensi dengan penyesuaian penilaian kenyamanan, perawat memberikan kenyamanan ke klien serta keluarga. Intervensi konsolasi yang diberikan oleh perawat akan mempertahankan klien serta keluarga yang dirasakan bagaikan berada dalam hunian mereka. Intervensi keperawatan kepada pasien dan keluarga dalam pelaksanaannya tetap memperhatikan aspek *knowledge*, *efektif* dan *psikomotor*. Peningkatan *comfort* (kenyamanan) merupakan output mendasar dari *theory of comfort*. Saat tindakan kenyamanan dialokasikan secara konstan serta berkesinambungan, maka secara konsep dikaitkan dengan sebuah tendensi ke arah ketentraman yang dikembangkan, dan pada akhirnya klien berhasil memperoleh kondisi yang optimal dengan mendapatkan pengobatan untuk proses penyembuhan (*Health Seeking Behavior*).

Klien dan keluarga merupakan unsur utama yang dikemukakan Kolcaba. Teori kenyamanan terdiri atas tiga tipe, yaitu:



- a. Keringanan/kelegaian (*relief*) merupakan suatu kondisi dimana klien terpenuhi kebutuhan spesifiknya;
- b. Ketenangan/ketentraman (*ease*) merupakan suatu kondisi adanya ketenangan dan ketentraman;
- c. Transendensi (*transcendence*) merupakan suatu kondisi dimana klien mampu mengatasi semua permasalahan yang dialami.

Berdasarkan tiga tipe tersebut, Kolcaba membentuk menjadi beberapa hal diantaranya kenyamanan *psysical*, kenyamanan *psycospiritual*, kenyamanan *environment*, kenyamanan sosial seperti yang digambarkan pada skema *Taxonomic structure of comfort* di bawah ini:

<b>Context in whict Comfort Occurts</b>	<b>Type of Comfort</b>		
	<i>Relief</i>	<i>Ease</i>	<i>Tranседence</i>
<b><i>Psysical</i></b>			
<b><i>Psycospiritual</i></b>			
<b><i>Environment</i></b>			
<b><i>Social</i></b>			

Gambar 2.2. *Taxonomic structure of comfort* (Alligood, 2014)

## 2. Theory Modelling

Albeth Bandura mengemukakan teori pembelajaran yang dikenal dengan teori pembelajaran *social-kognitif* dan disebut pula sebagai teori pembelajaran melalui peniruan (*modeling*). Ada tiga asumsi yang dikemukakan oleh teori Bandura yaitu:

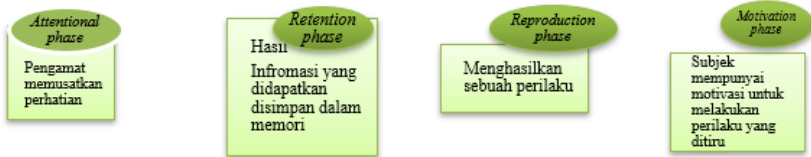
- a. Pembelajaran meniru (*modeling*), segala sesuatu yang ada disekitar lingkungan yang dilakukan oleh individu, terutama pada tingkah laku orang

lain. Perilaku model atau perilaku contoh merupakan tingkah laku yang ditiru dari orang lain. Tingkah laku yang ditiru menjadi tingkah laku dirinya apabila peniruan yang dilakukan memperoleh penguatan;

- b. Antara pelajar dan lingkungannya terdapat korelasi yang baik. Faktor-faktor pribadi, *environment* (lingkungan), *behavior* (perilaku) menjadi saling berkaitan dalam pembelajaran;
- c. Hasil dari pembelajaran yaitu kode perilaku visual serta verbal yang diciptakan dalam tingkah laku sehari-hari.

Berdasarkan asumsi diatas, teori yang dikemukakan oleh Bandura ini dikenal dengan *social cognition* sebab proses kognitif dari diri individu memiliki peranan dalam pembelajaran, sedangkan lingkungan sosial menjadi pengaruh utama dalam proses berjalannya sebuah pembelajaran. Perilaku di lingkungan diobservasi oleh individu sebagai model, dan akan menjadi perilakunya sendiri melalui proses peniruan. Sehingga teori Bandura dikenal dengan sebutan teori pembelajaran melalui peniruan. Melalui peniruan perilaku di lingkungan sehingga terbentuklah perilaku individu tersebut. Perilaku model (contoh), pengaruh perilaku model, dan proses internal pelajar merupakan tiga unsur penting dalam proses pembelajaran menurut Bandura.

Berikut merupakan gambaran tahap-tahap dalam proses belajar:



Gambar 2.3 Tahapan utama dalam proses *modelling*

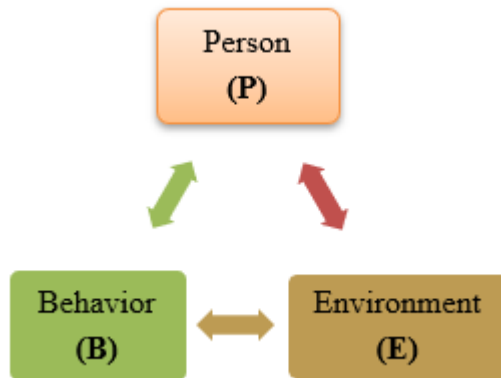
**Perhatian (*Attentional*);** Syarat pertama dalam peniruan sebuah perilaku yaitu perilaku tersebut harus memberikan kesan yang menarik dan mengugah si pengamat. Contoh; ibu dalam mengajarkan anaknya tentang *toilet training*. Jika ibu dalam memberikan informasi pada anak ibu tidak menggunakan metode yang menarik, apakah anak bisa memperhatikan dan memahami dengan baik?

**Pengingat (*Retention*);** Sejauh mana sebuah perilaku diingat oleh pengamat. Sebuah perilaku dapat diketahui oleh pengamat, namun tidak semua dapat ditiru; jika kita tidak mengingat perilakunya, maka proses peniruan tidak dapat berhasil. Contoh; Seorang anak membayangkan dan mengingat apa yang disampaikan oleh ibunya tentang bagaimana melakukan *toilet training* dan dapat melakukan kembali. **Pengulangan (*Reproduction*);** Pengamat sudah memperhatikan, sudah merekam dalam memori serta mengingat dan dapat mempraktikkan. Contoh; anak dapat mempraktikkan bagaimana melakukan *toilet training*. **Motivasi (*Motivation*);** Perilaku sudah diperhatikan oleh pengamat dan tahapan-tahapannya diingat, dan pengamat merasa dapat meniru kembali perilaku tersebut. Apakah proses pembelajaran tersebut dapat terwujud? Sebuah perilaku tidak dapat ditiru, jika pengamat tidak ingin melakukannya. Peran motivasi dalam hal ini menjadi penting. Contoh; anak sudah memperhatikan dan mengingat, merasa dapat meniru cara melakukan *toilet training*. Agar terwujudnya perilaku dari anak

tersebut perlu ada motivasi anak dan sang ibu untuk keberhasilan toilet *training*.

Sementara itu, pilihan pengamat untuk mengikuti atau tidak meniru sebuah perilaku yang ditunjukkan oleh pemodel tergantung pada apakah pengamat memantau pemodel diberikan *reinforcement* seperti *reward*, *punishment*, *motivation*, *emotion* saat mendemonstrasikan sebuah model.

Komponen perilaku merupakan suatu perilaku yang dapat diperkuat pada setiap saat atau pada situasi tertentu. Bandura berpendapat bahwa kepribadian merupakan produk dari tiga kekuatan yang saling berinteraksi yaitu lingkungan, perilaku dan pikiran. Interaksi antara ketiga faktor ini disebut *triadic reciprocal determinism*.



Gambar 2.3. Konsep Bandura mengenai *triadic reciprocal determinism*

Ada tiga komponen penting yang harus ditelaah dalam menganalisis perilaku individu, diantaranya individu itu sendiri, lingkungan serta perilaku individu. Individu akan memunculkan bentuk perilaku yang sama walaupun lingkungannya serupa, tetapi

individu akan bertindak setelah ada proses kognisi atau penilaian terhadap lingkungan sebagai rangsangan yang akan ditindaklanjuti.

### 3. Parent-Child Interaction

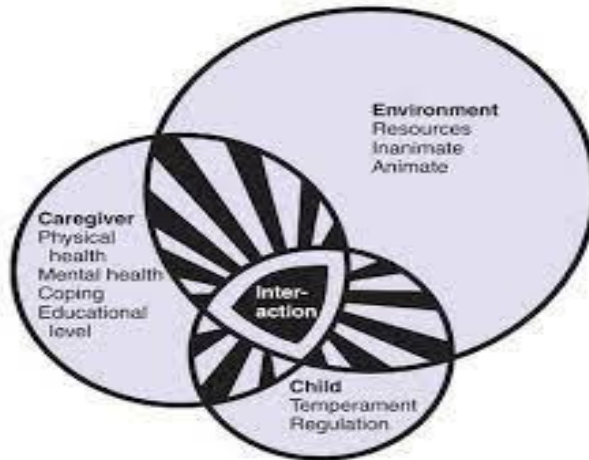
*Parent-Child Interaction* merupakan model keperawatan yang dikemukakan oleh Kathryn E. Barnard. Teori tersebut mengaplikasikan tentang hubungan ayah dan ibu atau pemberi asuhan kepada anak. Teori ini menguraikan tentang keunikan dan keistimewahan individu mempengaruhi sistem orang tua-anak serta keunikan dimodifikasi untuk melengkapi kebutuhan sistem yang diharapkan dapat memunculkan perilaku adaptif (Alligood, 2014).

Konsep *Parent-Child Interaction* kemudian dikembangkan menjadi teori *Child Health Assessment Interaction*, yang mempunyai beberapa rancangan yang fundamental diantaranya *child*, *mother* (ibu atau pengasuh) dan *environment* (lingkungan). Konsep ini mendeskripsikan tentang anak dengan memakai keunikan tingkah laku neonatus, kebiasaan makan serta tidur, penampilan fisik, karakter, potensi untuk berorientasi dengan pengasuh dan kondisi sosial disekitarnya. Konsep ibu atau pengasuh dalam teori ini memakai karakteristik yang mendasar yakni kesehatan fisik, kesehatan mental, koping, tingkat pendidikan, aspek psikososial, kekhawatiran pengasuh tentang anaknya, kesehatan pengasuh sendiri, jumlah perubahan hidup yang di alami, keinginan pengasuh untuk anaknya, dan yang paling mendasar, gaya pengasuhnya dan keahliannya.

Konsep terakhir yang digambarkan dalam teori ini yaitu lingkungan, dimana lingkungan mewakili lingkungan anak dan ibu. Aspek lingkungan fisik, keluarga, keterlibatan ayah, tingkat kebersamaan

---

orang tua dalam hal membesarkan anak merupakan karakteristik lingkungan.



Gambar 2.4. Model Child Health Assesment Interction Child Health Assessment, Alligood 2017.

Sumber: <http://eprints.umm.ac.id>

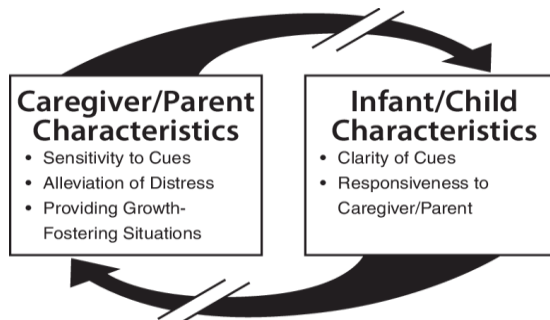
Diagram di atas menjelaskan bahwa:

- a. Lingkaran kecil menunjukkan anak dengan keistimewahan yang mendasar. Barnard menggambarkan karakteristik anak seperti karakter, potensi anak untuk berorientasi, pola tidur dan tampilan fisik;
- b. *Caregiver* (ibu ataupun pengasuh) dan karakteristiknya yang dapat berpengaruh pada interaksi. Ibu dalam teori Barnard sebagai pengasuh atau orangtua yang memiliki karakteristik kemampuan psikososial, perhatian untuk anak dan kesehatannya, pengalaman hidup, angan-angan terhadap anaknya, pola asuh dan keterampilan untuk beradaptasi

terhadap kemampuannya menjadi ayah dan ibu digambarkan pada lingkaran yang lebih besar;

- c. Area antara anak serta ibu digambarkan pada lingkaran yang paling besar;
- d. Area yang tersusun dengan dua ukuran lingkaran menggambarkan hubungan ibu dengan anak, ibu dengan lingkungan, serta anak dengan lingkungan;
- e. Warna hitam pada ketiga area (lingkungan, ibu dan anak) mendeskripsikan banyaknya hubungan.

Hubungan antara ibu dan anak dapat dilihat dalam model Barnard di bawah ini:



Gambar 2.5. Model *Parent Child Interaction* dari Barnard

Sumber: <https://www.researchgate.net>

Hubungan antara ayah/ibu (pengasuh) serta anak pada model Barnard menjelaskan lima isyarat dan aktifitas yaitu:

- a. *The infant's clarity in sending cues*; bayi baru bisa memberikan isyarat tentang kebutuhannya kepada orang tuanya

- b. *The infant's responsiveness to the parent*; aksi bayi terhadap ayah dan ibu dimana bayi dapat mengenali aksi tingkah lalu dari kedua orang tuanya
  - c. *Parent's sensitivity to the child's cues*; ayah dan ibu memiliki kepekaan terhadap tanda-tanda yang diberikan oleh anak
  - d. *Parent's ability to recognize and alleviate and the infant's distress*; potensi ayah dan ibu untuk mengenali bahkan menghindari kondisi stress pada bayi yang bersifat negatif
  - e. *Parent's social, emotional, and cognitive growth forstoring activities*; kemampuan orangtua untuk menstimulasi perkembangan emosional dan sosial anak.
4. The Conservation Model

Myra Estrin Levine adalah seorang intelektual yang menyatakan bahwa penyakit berubah setiap waktu. Fokus model Levin dan area utama yang menjadi konsentrasi perawat dalam menjaga integritas individu yaitu manusia holistik.

a. Konsep dasar *The Conservation Model*

Beberapa prinsip konservasi yang berpusat pada perawatan kekuatan untuk pemulihan pasien sebagai berikut:

1) Konservasi energi

Merupakan balans kekuatan yang diperlukan individu secara konstan untuk mempertahankan aktivitas hidup. Menghindari kelelahan merupakan tujuan dari konservasi energi. Dalam asuhan keperawatan hal ini terlihat di ruang rawat pasien. Contohnya:

---



proses pemulihan pada anak dengan infeksi yang mengalami gangguan cairan dan elektrolit, salah satu intervensi keperawatan yang dilakukan yakni memantau intake output cairan.

2) Konservasi struktur integritas

Mempertahankan struktur tubuh sebagai upaya preventif terhadap terjadinya kemunduran fisik dan peningkatan proses pemulihan. Contohnya: pada anak dengan masalah infeksi yang mengalami gangguan cairan dan elektrolit maka salah satu tindakan keperawatan yang dilakukan yakni memantau tingkat kesadaran, warna kulit, akral, serta perfusi jaringan.

3) Konservasi integritas personal

Harga diri dan identitas diri dari klien serta penghormatan terhadap privasi harus selalu diperhatikan oleh seorang perawat. Kondisi tersebut terpantau saat anak dipanggil dengan namanya. Sikap menghargai tersebut terjadi karena adanya proses nilai personal yang menyediakan privasi selama prosedur. Contohnya: pada anak dengan masalah infeksi yang mengalami gangguan cairan dan elektrolit, tindakan keperawatan yang dilakukan yakni melibatkan orang tua dalam setiap perawatan anaknya.

4) Konservasi integritas sosial

Bentuk perlindungan dari situasi serta kondisi kesatuan hidup dalam hubungan manusia dari organisasi pengikutnya. Perawat bertindak menyiapkan keperluan akan keluarga, perawat berperan menyediakan kebutuhan terhadap

---

keluarga, menunjang aktivitas keagamaan serta memanfaatkan relasi antara individu. Perawat menunjang dalam mendatangkan sanak saudara serta memanfaatkan relasi antara individu dengan individu lain dalam memelihara kesatuan hidup bersama dari beraneka ragam sistem sosial.

b. Tiga Konsep Utama *The Conservation Model*

1) *Wholeness* (keutuhan)

Pendapat Erikson yang dikutip oleh Levine yang mengemukakan bahwa, "*wholeness* memfokuskan pada suara, organik, progresif, dan hubungan timbale balik antara fungsi yang beraneka ragam dan seluruh bagian, batasan yang terekspos dan saling menyesuaikan. Transformasi tingkah laku seseorang dalam upaya untuk berorientasi melalui lingkungan merupakan respon organisme. Tingkah laku ini menunjang seseorang untuk menjaga dan memelihara keutuhan mereka. Ada empat jenis yaitu respon organisme, yaitu melawan, inflamasi, stress, perseptual.

2) Adaptasi

Adaptasi yaitu sebuah proses transformasi yang mempunyai tujuan memelihara keutuhan dalam mengimbangi hakikat lingkungan baik internal maupun eksternal. Sebagian adaptasi dapat terwujud, dan tidak terwujud. Mekanisme koping dari setiap individu menentukan keberhasilan dari adaptasi. *Historis*, *specificity* serta *redundancy* merupakan tiga karakter adaptasi yang dikemukakan oleh Levine.

3) Konservasi

Konservasi merupakan hasil dari sebuah adaptasi. Konservasi menguraikan suatu bentuk yang kompleks yang dapat meneruskan fungsi apabila muncul problem. Dalam konteks konservasi pun, menyatakan bahwa manusia dapat berkonfrontasi dan berorientasi untuk menjaga keistimewahan yang dimiliki.

### **Penerapan Aplikasi Teori Model Keperawatan Anak pada Asuhan Keperawatan**

#### 1. *Theory of Comfort*

Teori *comfort* merupakan pilihan teori yang bersifat global dan tidak terhalang oleh keanekaragaman budaya yang diyakini oleh masyarakat sehingga dapat diterapkan ke wahana pelayanan kesehatan secara langsung. Konsep kenyamanan tertata sebagai dasar dari praktik asuhan dalam keperawatan. Hal ini berdasarkan filosofi keperawatan anak yang menyatakan bahwa perawatan yang diberikan berpusat pada keluarga, sehingga teori ini cocok digunakan pada tatanan pelayanan keperawatan anak. Dalam implementasi asuhan keperawatan Levine menegaskan bahwa perawat harus memiliki kompetensi untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan terutama pada anak. Konsep *comfort* merekomendasikan pedoman dalam memenuhi kebutuhan rasa aman dan nyaman pada klien (anak). Proses keperawatan diterapkan sesuai tahapan *comfort* yakni mulai dari tahap pengkajian, merumuskan diagnose keperawatan, menetapkan intervensi. Tahapan pengkajian meliputi kenyamanan *psysical*, kenyamanan *psycospiritual*, kenyamanan *environment*, kenyamanan *social*, sedangkan penetapan tindakan berdasarkan standar kenyamanan, pembinaan, serta *comfort food* untuk jiwa berupa kenyamanan jiwa dan psikologis.

---

## 2. *Theory Modeling*

Modelling merupakan konsep dasar dari teori belajar sosial yang fokus akhirnya mencapai potensi diri individu melalui upaya peningkatan *attention*, *retention*, *reproduksi* serta motivasi dalam proses pembelajaran. Salah satu aplikasi dari teori Bandura dalam asuhan keperawatan anak yaitu pendidikan kesehatan melalui pendekatan *modelling*. Dengan adanya pendekatan modeling melalui tahap-tahap proses belajar yaitu *attention*, *retention*, *reproduksi*, motivasi, diharapkan dapat meningkatkan potensi serta keahlian individu. Menurut Saleh (2011), dalam penelitiannya membuktikan bahwa pendidikan kesehatan dengan pendekatan *modelling* yang dilakukan perawat efektif dalam meningkatkan pengetahuan, kemampuan praktik, kepercayaan diri ibu dalam pemberian ASI dan menstimulasi bayi. Perawat dapat mengaplikasikan teori ini dalam asuhan keperawatan anak melalui promosi kesehatan (pendidikan kesehatan).

## 3. *Parent-Child Interaction*

Model keperawatan Barnard pada mulanya dikembangkan oleh bayi/infant. Selanjutnya berlanjut menjadi teori interaksi pengkajian pada anak. Model ini dikhususkan pada pengembangan perangkat atau suatu format pengkajian untuk mengevaluasi kesehatan anak, perkembangan dan pertumbuhannya dengan mengobservasi interaksi orangtua dan anak. Karakteristik orang tua dan anak dimodifikasi sedemikian rupa sesuai dengan kebutuhan sistem. Untuk mengidentifikasi keluarga yang berisiko, Barnard mendesain skala penilaian yang dikenal sebagai *Nursing Child Assessment Feeding Scale* (NCAFS) dan *Nursing Child Assessment Teaching Scale* (NCATS), untuk mengukur perilaku

---

antara orang tua dan anak yang valid. Skala ini telah dianalisis dan didapatkan kevalidan dan keandalannya untuk digunakan dalam penilaian untuk kelompok berisiko termasuk bayi yang tergolong sosial ekonomi rendah, *premature*, serta bayi dari ibu yang menikah usia dini. Model Barnard juga dapat diaplikasikan pada disiplin ilmu lain yang mengobservasi hubungan orangtua dan anak.

#### 4. *The Conservation Model*

Bentuk pemberian asuhan keperawatan Levine mampu mempelajari data-data pengkajian yang dibutuhkan untuk membuat kesimpulan problem yang dihadapi pada pasien anak. Aspek fisik, psikologis, sosial dan lingkungan dibutuhkan secara holistik dalam merawat anak. Model Levin mempunyai kelemahan yaitu asuhan keperawatan yang diberikan difokuskan pada kejadian sekarang dan tidak mempunyai alur kerja untuk perencanaan asuhan keperawatan mendatang. Padahal, kebutuhan anak yang dirawat berkesinambungan yaitu butuh perawatan lanjutan dirumah, terkhusus pasien-pasien infeksi yang mempunyai penyakit penyerta. Perencanaan asuhan keperawatan jangka panjang dapat bermanfaat sebagai tindakan preventif supaya tidak terjadi kekambuhan penyakit yang mengakibatkan anak kembali dirawat di rumah sakit. Dalam aplikasinya, model keperawatan lain dapat mengisi dan menunjang alur kerja perencanaan asuhan keperawatan jangka panjang yang belum dimiliki model Levine.

**Daftar Pustaka**

- Aini, N. (2018). *Teori Model Keperawatan: Keperawatan* (Vol. 1). UMMPress.
- Abdullah, S. M. (2019). Social cognitive theory: A Bandura thought review published in 1982-2012. *PSIKODIMENSIA*, 18(1), 85-100.
- Anggrasari, A. P. (2021). Pendekatan Teori Sosial Kognitif untuk Meningkatkan Efikasi Diri Keluarga dalam Pencegahan Infeksi pada Anak Leukemia. *Jurnal Keperawatan*, 13(1), 71-80.
- Allgood, M.R. (2013). *Nursing theory: Utilization & application*. St. Louis: Mosby Elsevier
- \_\_\_\_\_. (2014). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*. Edisi Indonesia Ke-8. Volume 1 dan 2. Elsevier. Singapore.
- Allgood. (2017). *Pakar Teori Keperawatan Dan Karya Mereka*. Elsevier: Singapore
- Annisa, F., Nurhaeni, N., & Wanda, D. (2017). Aplikasi Teori Konservasi Levine Pada Asuhan Keperawatan Anak engan Kasus Infeksi Dan Cairan. *Jurnal Keperawatan*, 6(2), 10-Pages
- Bandura, A. (1989/). Human Agency In Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, 44(9) 1175-1184
- Budiono, & Pertami, S. B. (2016). *Konsep Dasar Keperawatan* Jakarta: Bumi Medika.
- Immawati, I. I., & Wanda, D. (2020). Penerapan Teori Kenyamanan Kolcaba Pada Anak Yang Mengalami Peningkatan Suhu Tubuh. *Jurnal Wacana Kesehatan*, 4(2), 426-476.
- Laila, Q. N. (2015). Pemikiran Pendidikan Moral Albert Bandura. *MODELING: Jurnal Program Studi PGMI*, 2(1), 21-36.
- Mekanik, I. P. K. D. V. 9 Pendekatan Modelling Keperawatan Anak Terhadap Pengetahuan, Kemampuan Praktek Dan Percaya Diri Ibu Dalam

Menstimulasi Tumbuh Kembang Bayi 0-6 Bulan (Pediatric Nursing Modelling Approach On Mother's Knowledge, Practice Ability And Maternal Confidence Of Infant Growth And Development).

Saleh, A. (2011). Pendekatan Modelling Keperawatan Anak Terhadap Pengetahuan, Kemampuan Praktik dan Percaya Diri Ibu dalam Menstimulasi Tumbuh Kembang Bayi 0-6 Bulan. *Jurnal Ners*, 6(2), 175-186.

## Profil Penulis



### **Pembronia Nona Fembri**

Penulis lahir di Kewapante pada tanggal 15 Mei 1986. Penulis menyelesaikan pendidikan pada Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) St. Elisabeth Lela pada tahun 2004. Lulusan SPK St. Elisabeth Lela ini menyelesaikan studi Sarjana (S1) dan Ners di STIKES Insan Unggul Surabaya tahun 2009. Setelah menyelesaikan Pendidikan Ners pada tahun 2009 penulis mulai berkarya sebagai dosen pada Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Nusa Nipa Indonesia-Flores-NTT. Pada tahun 2012 melanjutkan pendidikan Pasca Sarjana dan mendapat gelar Magister Keperawatan (M.Kep) pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Penulis saat ini sebagai dosen profesional dalam bidang ilmu keperawatan anak dengan pangkat Lektor 200 Golongan III-C. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen professional, penulis pun aktif sebagai peneliti dan melakukan pengabdian kepada masyarakat dibidang keahliannya. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi, AIPNI dan juga Kemenristek DIKTI. Selain aktif dalam penelitian dan pengabdian kepada masyarakat, penulispun aktif dalam kegiatan seminar seminar ditingkat lokal, nasional dan internasional. Penulispun aktif dan terlibat dalam kepengurusan dalam organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) tingkat komisariat dan kabupaten. Buku ini merupakan buku pertama yang diselesaikan oleh penulis.

Email Penulis: [fembipembronia9@gmail.com](mailto:fembipembronia9@gmail.com)



## KONSEP TUMBUH KEMBANG ANAK

**Teresia Elfi, S.Kep., Ns., M.Kep**  
Universitas Nusa Nipa

### **Pengertian Pertumbuhan dan Perkembangan**

Anak-anak memiliki ciri-ciri yang unik, mulai dari konsepsi hingga akhir masa pubertas sudah mengalami tumbuh dan berkembang. Inilah perbedaan antara anak-anak dan orang dewasa. Anak-anak bukanlah orang dewasa kecil. Anak menunjukkan ciri tumbuh kembang yang sesuai dengan usianya. Pertumbuhan adalah perubahan kuantitatif (terukur) dari ukuran tubuh dan komponennya, seperti peningkatan jumlah sel, jaringan, struktur, dan sistem. Sebagai contoh, dapat diperkirakan bahwa tinggi badan seseorang akan meningkat seiring dengan penambahan tinggi badan, berat badan, kepadatan tulang, serta struktur. Tahapan pertumbuhan tercepat terjadi sebelum persalinan, masa bayi dan remaja (DeLaune & Ladner, 2011). Definisi lain dari pertumbuhan adalah terkait dengan perubahan ukuran, jumlah atau ukuran pada sel, organ, atau tingkat individu. Yang dapat diukur berdasarkan berat (gram, kilogram), panjang (cm, meter), usia tulang, dll.

Perkembangan adalah pola teratur yang berkaitan dengan perubahan struktur, pikiran, perasaan, atau perilaku karena kematangan, pengalaman, dan proses

pembelajaran. Seiring perkembangan kehidupan, perkembangan adalah proses yang dinamis dan berkelanjutan yang ditandai dengan serangkaian peningkatan, kondisi konstan, dan penurunan. Proses tumbuh kembang manusia merupakan hasil saling pengaruh antara keturunan dan lingkungan. Manusia mengalami proses tumbuh kembang pada saat yang bersamaan pada tataran fisik, kognitif, sosial psikologis, moral dan spiritual. Setiap tingkatan perkembangan merupakan bagian penting dari keseluruhan pribadi. (Taylor, 2011).

Pertumbuhan dan perkembangan manusia ditopang oleh proses perubahan. Perubahan pada aspek fisik dapat terjadi sebagai pembentukan jaringan, pembesaran struktur, dan organ serta otot mencapai tingkat penuh kekuatan dan fungsi mereka. Perubahan perkembangan terjadi pada individu baik secara kognitif, keterampilan bahasa, dan sosial. Teori membantu menjelaskan banyak faktor yang membentuk kepribadian kita dan proses yang mempengaruhi pertumbuhan kita. Perkembangan mengacu pada perubahan kualitatif yang dipandang sebagai individu memperoleh keterampilan baru. Proses bahasa dan pemikiran, kapasitas untuk mengembangkan hubungan sosial, dan munculnya kepribadian yang unik adalah semua produk perkembangan manusia. Alat penilaian perkembangan berkemampuan kognitif, dan penilaian psikologis dapat diukur seiring berubah seiring waktu di area ini (Bowden & Greenberg, 2010).

Pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisik (kuantitas), sedangkan perkembangan berkaitan dengan pematangan fungsi organ/individu yang merupakan hasil interaksi kematangan susunan saraf pusat dengan organ yang dipengaruhinya, misalnya perkembangan sistem neuromuskuler, kemampuan bicara, emosi dan sosialisasi (kualitas).

---

## **Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak**

Kualitas tumbuh kembang anak dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor yang berasal dari dalam (internal) dan faktor yang berasal dari luar (eksternal) (Depkes, 2016).

1. Faktor internal terdiri dari:
  - a. Ras; anak yang dilahirkan dari ras/bangsa Amerika tidak memiliki faktor herediter ras/bangsa Indonesia atau sebaliknya.
  - b. Keluarga; ada kecenderungan keluarga yang memiliki postur tubuh tinggi, pendek, gemuk atau kurus.
  - c. Umur; kecepatan pertumbuhan yang pesat terjadi pada masa prenatal, tahun pertama kehidupan dan masa remaja.
  - d. Jenis kelamin; fungsi reproduksi pada anak perempuan berkembang lebih cepat daripada laki-laki. Tetapi setelah melewati masa pubertas pertumbuhan anak laki-laki akan lebih cepat.
  - e. Genetik; genetik (heredokonstitusional) adalah bawaan anak yaitu potensi anak yang akan menjadi ciri khasnya. Ada beberapa kelainan genetik yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak. Salah satu contohnya adalah tubuh kerdil. Serangkaian proses yang kompleks mentransmisikan informasi genetik dari orang tua ke anak-anak. Komposisi genetik dari suatu individu menentukan karakteristik fisik seperti warna kulit, tekstur rambut, wajah, struktur tubuh, serta kecenderungan untuk penyakit tertentu (mis., Tay-Sachs, anemia sel sabit). Keturunan adalah cetak biru genetik dari mana

seorang individu tumbuh dan berkembang; itu sangat menentukan tingkat perkembangan fisik dan mental (DeLaune & Ladner, 2011)

- f. Kelainan kromosom; kelainan kromosom umumnya disertai dengan kegagalan pertumbuhan dan perkembangan seperti pada sindrom down dan sindrom turner.

## 2. Faktor eksternal terdiri dari:

### a. Faktor prenatal

- 1) Gizi; nutrisi yang dikonsumsi ibu selama hamil akan mempengaruhi pertumbuhan janin yang dikandungnya. Oleh karena itu asupan nutrisi pada saat hamil harus sangat diperhatikan. Pemenuhan zat gizi menurut kaidah gizi seimbang patut dijalankan. Dalam setiap kali makan, usahakan ibu hamil mendapat cukup asupan karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral.
- 2) Mekanis; trauma dan posisi fetus yang abnormal dapat menyebabkan kelainan kongenital seperti club foot, dislokasi panggul, falsi fasialis, dan sebagainya.
- 3) Toksin/zat kimia; beberapa obat-obatan seperti aminopterin, thalidomid dapat menyebabkan kelainan kongenital palatoskisis.
- 4) Endokrin; diabetes mellitus pada ibu hamil dapat menyebabkan makrosomia, kardiomegali, hiperplasia adrenal.
- 5) Radiasi; paparan radium dan sinar rontgen dapat mengakibatkan kelainan pada janin seperti mikrosefali, spina bifida, retardasi

- mental dan deformitas anggota gerak, kelainan kongenital mata, kelainan jantung.
- 6) Infeksi; infeksi pada trimester pertama dan kedua oleh TORCH (toksoplasma, rubella, cytomegalo virus, herpes simpleks) dapat menyebabkan kelainan pada janin, seperti katarak, bisu tuli, mikrosefali, retardasi mental dan kelainan jantung kongenital.
  - 7) Kelainan imunologi; eritoblastosis fetalis disebabkan oleh perbedaan golongan darah antara ibu dan janin. Oleh karena itu ibu membentuk antibodi terhadap sel darah merah janin, kemudian memasuki sirkulasi darah janin melalui plasenta, yang akan menyebabkan terjadinya hemolisis, yang akan berujung pada hiperbilirubinemia dan ikterus. Akan menyebabkan kerusakan jaringan otak.
  - 8) Anoksia embrio; anoksia embrio yang disebabkan oleh gangguan fungsi plasenta menyebabkan pertumbuhan janin terganggu.
  - 9) Psikologis ibu; kehamilan yang tidak diinginkan, perlakuan salah/kekerasan mental pada ibu selama hamil serta gangguan psikologis lainnya dapat mempengaruhi pertumbuhan janin.
- b. Faktor persalinan
- Komplikasi yang terjadi pada saat proses persalinan seperti trauma kepala, asfiksia dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak bayi.
- c. Faktor pasca persalinan
- 1) Gizi; untuk tumbuh kembang yang optimal, bayi dan anak membutuhkan nutrisi yang cukup. Pada masa bayi, makanan utamanya
-

adalah ASI. Berikan ASI eksklusif, yaitu hanya ASI saja selama bayi berusia 6 bulan. Setelah itu tambahkan makanan pendamping (MP ASI) sesuai usia anak. MP ASI sebaiknya diberikan secara bertahap sesuai usia anak. Secara garis besar PASI diberikan dalam dua tahap yaitu MP ASI untuk umur 6 bulan dan MP ASI untuk umur 9 bulan atau lebih. Sesuai dengan pertumbuhan dan kemampuan anak.

- 2) Penyakit kronis/kelainan congenital; penyakit-penyakit kronis seperti tuberculosi, anemia serta kelainan kongenital seperti kelainan jantung bawaan atau penyakit keturunan seperti thalasemia dapat mengakibatkan gangguan pada proses pertumbuhan.
- 3) Lingkungan fisik dan kimia; lingkungan sering disebut milieu adalah tempat anak hidup yang berfungsi sebagai penyedia kebutuhan dasar anak (provider). Sanitasi lingkungan yang kurang baik, kurangnya sinar matahari, paparan sinar radio aktif, zat kimia tertentu (plumbum, merkuri, rokok dan sebagainya) mempunyai dampak negative terhadap pertumbuhan anak.
- 4) Psikologis; faktor psikologis yang dimaksud adalah bagaimana hubungan anak dengan orang di sekitarnya. Seorang anak yang tidak dikehendaki oleh orang tuanya atau anak yang selalu merasa tertekan akan mengalami hambatan dalam proses pertumbuhan dan perkembangannya.

- 5) Endokrin; gangguan hormon, seperti pada penyakit hipotiroid dapat menyebabkan anak mengalami hambatan pertumbuhan.
- 6) Sosio-ekonomi; kemiskinan selalu berkaitan dengan kekurangan makanan, kesehatan lingkungan yang jelek dan ketidaktahuan. Keadaan seperti ini dapat menghambat proses pertumbuhan dan perkembangan anak.
- 7) Lingkungan pengasuhan; pada lingkungan pengasuhan, interaksi ibu-anak sangat mempengaruhi tumbuh kembang anak.
- 8) Obat-obatan; pemakaian kortikosteroid jangka lama akan menghambat pertumbuhan, demikian juga dengan pemakaian obat perangsang terhadap susunan saraf yang menyebabkan terhambatnya produksi hormon pertumbuhan.

### **Tahapan Pertumbuhan dan Perkembangan Anak**

Berdasarkan beberapa teori, maka proses tumbuh kembang anak dibagi menjadi beberapa tahap (Depkes, 2006), yaitu:

1. Masa prenatal atau masa intra uterin (masa janin dalam kandungan). Masa ini dibagi menjadi 3 periode, yaitu:
  - a. Masa zigot/mudigah, yaitu sejak saat konsepsi sampai umur kehamilan 2 minggu.
  - b. Masa embrio, sejak umur kehamilan 2 minggu sampai 8/12 minggu. Sel telur/ovum yang telah dibuahi dengan cepat akan menjadi suatu organism, terjadi diferensiasi yang berlangsung

dengan cepat, terbentuk sistem organ dalam tubuh.

2. Masa janin/fetus, sejak umur kehamilan 9/12 minggu sampai akhir kehamilan. Masa janin ini terdiri dari 2 periode yaitu:
  - a. Masa fetus dini, yaitu sejak umur kehamilan 9 minggu sampai trimester ke 2 kehidupan intra uterin. Pada masa ini terjadi percepatan pertumbuhan, alat tubuh telah terbentuk dan mulai berfungsi.
  - b. Masa fetus lanjut, yaitu trimester akhir kehamilan, pada masa ini pertumbuhan berlangsung pesat disertai perkembangan fungsi organ. Terjadi transfer imunoglobulin G (Ig G) dari darah ibu melalui plasenta. Akumulasi asam lemak esensial omega 3 (docosa hexanic acid) dan omega 6 (arachidonic acid) pada otak dan retina. Trimester pertama kehamilan merupakan periode terpenting bagi berlangsungnya kehidupan janin. Pada masa ini pertumbuhan otak janin sangat peka terhadap lingkungan sekitarnya. Gizi kurang pada ibu hamil, infeksi, merokok dan asap rokok, minuman beralkohol, obat-obatan, bahan-bahan toksik, pola asuh, depresi berat, faktor psikologis seperti kekerasan terhadap ibu hamil dapat menimbulkan pengaruh buruk bagi pertumbuhan janin dan kehamilan. Agar janin dalam kandungan tumbuh dan berkembang menjadi anak sehat, maka selama hamil ibu dianjurkan untuk:
    - 1) Menjaga kesehatannya dengan baik.
    - 2) Selalu berada dalam lingkungan yang menyenangkan.



- 3) Mendapat asupan gizi yang adekuat untuk janin yang dikandungnya.
  - 4) Memeriksa kehamilan dan kesehatannya secara teratur ke sarana kesehatan.
  - 5) Memberi stimulasi dini terhadap janin.
  - 6) Mendapatkan dukungan dari suami dan keluarganya.
  - 7) Menghindari stress baik fisik maupun psikis.
3. Masa bayi (infancy) umur 0-11 bulan. Masa ini dibagi menjadi 2 periode, yaitu:
- a. Masa neonatal (0-28 hari), pada masa ini terjadi adaptasi terhadap lingkungan dan terjadi perubahan sirkulasi darah serta mulai berfungsinya organ-organ. Masa neonatal dibagi menjadi dua periode yaitu masa neonatal dini (umur 0-7 hari) dan masa neonatal lanjut (umur 8-28 hari).
  - b. Masa post neonatal (29 hari sampai 11 bulan), pada masa ini terjadi pertumbuhan yang pesat dan proses pematangan berlangsung secara terus-menerus terutama meningkatnya fungsi sistem saraf. Selain itu untuk menjamin berlangsungnya proses tumbuh kembang optimal, bayi membutuhkan pemeliharaan kesehatan yang baik termasuk mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan, diperkenalkan pada makanan pendamping ASI sesuai dengan umurnya, mendapatkan imunisasi sesuai jadwal serta mendapatkan pola asuh yang sesuai. Masa ini juga masa dimana kontak ibu dan bayi berlangsung sangat erat, sehingga dalam masa ini pengaruh ibu dalam mendidik anak sangat besar.
4. Masa anak toddler (1-3 tahun)
-

Pada periode ini kecepatan pertumbuhan mulai menurun dan terdapat kemajuan dalam perkembangan motorik kasar dan motorik halus serta fungsi ekskresi. Periode ini juga merupakan masa yang penting bagi anak karena pertumbuhan dan perkembangan yang terjadi pada masa balita akan menentukan dan mempengaruhi tumbuh kembang anak selanjutnya. Setelah lahir sampai 3 tahun pertama kehidupannya (masa toddler), pertumbuhan dan perkembangan sel-sel otak masih berlangsung dan terjadi pertumbuhan serabut-serabut saraf dan cabang-cabangnya sehingga terbentuk jaringan saraf dan otak yang kompleks. Jumlah dan pengaturan hubungan antar sel saraf ini akan sangat mempengaruhi kinerja otak mulai dari kemampuan belajar berjalan, mengenal huruf hingga bersosialisasi. Pada masa ini perkembangan kemampuan bicara dan bahasa, kreativitas, kesadaran sosial, emosional dan intelegensia berjalan sangat cepat dan merupakan landasan perkembangan berikutnya. Perkembangan moral dan dasar-dasar kepribadian anak juga dibentuk pada masa ini sehingga setiap kelainan/penyimpangan sekecil apapun apabila tidak dideteksi dan ditangani dengan baik akan mengurangi kualitas sumber daya manusia dikemudian hari.

#### 5. Masa anak pra sekolah (3-6 tahun)

Pada masa ini pertumbuhan berlangsung stabil. Aktivitas jasmani bertambah seiring dengan meningkatnya keterampilan dan proses berfikir. Pada masa ini selain lingkungan di dalam rumah, anak mulai diperkenalkan pada lingkungan di luar rumah. Anak mulai senang bermain di luar rumah dan menjalin pertemanan dengan anak lain. Pada masa ini anak dipersiapkan untuk sekolah, untuk itu panca

---

indera dan sistem reseptor penerima rangsangan serta proses memori harus sudah siap sehingga anak mampu belajar dengan baik.

6. Masa anak sekolah (6-12 tahun)

Pada masa ini pertumbuhan dan penambahan berat badan mulai melambat. Tinggi badan bertambah sedikitnya 5 cm per tahun. Anak mulai masuk sekolah dan mempunyai teman yang lebih banyak sehingga sosialisasinya lebih luas. Mereka terlihat lebih mandiri. Mulai tertarik pada hubungan dengan lawan jenis tetapi tidak terikat. Menunjukkan kesukaan dalam berteman dan berkelompok dan bermain dalam kelompok dengan jenis kelamin yang sama tetapi mulai bercampur.

7. Masa anak usia remaja (12-18 tahun)

Pada remaja awal pertumbuhan meningkat cepat dan mencapai puncaknya. Karakteristik sekunder mulai tampak seperti perubahan suara pada anak laki-laki dan pertumbuhan payudara pada anak perempuan. Pada usia remaja tengah, pertumbuhan melambat pada anak perempuan. Bentuk tubuh mencapai 95% tinggi orang dewasa. Karakteristik sekunder sudah tercapai dengan baik. Pada remaja akhir, mereka sudah matang secara fisik dan struktur dan pertumbuhan organ reproduksi sudah hampir komplet. Pada usia ini identitas diri sangat penting termasuk didalamnya citra diri dan citra tubuh. Pada usia ini anak sangat berfokus pada diri sendiri, narsisme (kecintaan pada diri sendiri) meningkat. Mampu memandang masalah secara komprehensif. Mereka mulai menjalin hubungan dengan lawan jenis dan status emosi biasanya lebih stabil terutama pada usia remaja lanjut.

## **Simulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang**

Stimulasi yang tepat akan merangsang otak balita sehingga perkembangan kemampuan gerak, bicara dan bahasa, sosialisasi dan kemandirian pada balita berlangsung optimal sesuai dengan umur anak. Deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang perlu dilakukan untuk dapat mendeteksi secara dini adanya penyimpangan tumbuh kembang balita termasuk menindaklanjuti setiap keluhan orang tua terhadap masalah tumbuh kembang anaknya. Apabila ditemukan ada penyimpangan, maka dilakukan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita sebagai tindakan koreksi dengan memanfaatkan plastisitas otak anak agar tumbuh kembangnya kembali normal atau penyimpangannya tidak semakin berat. Apabila balita perlu dirujuk, maka rujukan juga harus dilakukan sedini mungkin sesuai dengan indikasi (Depkes, 2016).

Kegiatan stimulasi, deteksi dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita yang menyeluruh dan terkoordinasi diselenggarakan dalam bentuk kemitraan antara keluarga (orang tua, pengasuh anak dan anggota keluarga lainnya), masyarakat (kader, tokoh masyarakat, organisasi profesi, lembaga swadaya masyarakat, dan sebagainya) dengan tenaga profesional (kesehatan, pendidikan dan sosial), akan meningkatkan kualitas tumbuh kembang anak usia dini dan kesiapan memasuki jenjang pendidikan formal. Indikator keberhasilan pembinaan tumbuh kembang anak tidak hanya meningkatnya status kesehatan dan gizi anak tetapi juga mental, emosional, sosial dan kemandirian anak berkembang secara optimal.

Jenis skrining Deteksi Dini Penyimpangan Tumbuh Kembang Pada Balita dan Anak Prasekolah:

1. Deteksi dini penyimpangan pertumbuhan

- a. Berat Badan
  - b. Tinggi Badan
  - c. Lingkar Kepala
2. Deteksi dini penyimpangan perkembangan
    - a. Tes Daya Lihat
    - b. Tes Daya Dengar
    - c. Kuisioner Pra Skrining Perkembangan
  3. Deteksi dini penyimpangan Emosional
    - a. KMPE
    - b. M-CHAT
    - c. GPPH

### **Pemeriksaan *Denver Development Screening Test* (DDST)**

DDST adalah sebuah metode pengkajian yang digunakan untuk menilai perkembangan anak umur 0-6 tahun. DDST memenuhi semua persyaratan yang dapat diandalkan dan menunjukkan validitas yang tinggi. DDST II merupakan revisi dan standarisasi dari DDST dan Revised DDST Development Screening Test (DDST-R) oleh Frakenburg, revisi ini terutama tugas perkembangan pada sektor bahasa (Soetjiningsih, 2012). *Dever* II merupakan salah satu dari metode skrining terhadap kelainan perkembangan anak, bukan tes diagnostik atau tes IQ. Tes ini hanya dapat diterapkan pada anak usia 1 bulan sampai 6 tahun. DDST memenuhi semua persyaratan yang diperlukan untuk metode skrining yang baik. Waktu yang dibutuhkan dalam melaksanakan tes adalah 15-20 menit. Tes ini dapat dilakukan dengan mudah dan cepat, dapat diandalkan dan menunjukkan validitas yang tinggi.

Dari beberapa penelitian yang pernah dilakukan ternyata DDST secara efektif dapat mengidentifikasi antara 85-100 persen bagi anak-anak prasekolah yang mengalami keterlambatan perkembangan dan pada *follow up* selanjutnya ternyata 85% dari DDST abnormal mengalami kegagalan di sekolah 5-6 tahun kemudian. Aspek perkembangan yang dinilai terdiri dari 105 tugas perkembangan pada DDST dan DDST-R yang kemudian pada DDST II dilakukan revisi dan restandarisasi dari DDST menjadi 125 tugas perkembangan. Tugas yang diperiksa pada setiap kali skrining hanya berkisar 25-30 tugas.

Ada 4 sektor perkembangan yang dinilai adalah;

1. Personal social (perilaku sosial)

Aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya.

2. Gerakan motorik halus

Aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak untuk mengamati sesuatu, melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu dan dilakukan otot-otot kecil tetapi memerlukan koordinasi yang cermat.

3. *Language* (bahasa)

Kemampuan untuk memberikan respon terhadap suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan.

4. *Groos motor* (gerakan motorik kasar)

Aspek yang berhubungan dengan pergerakan dan sikap tubuh.

Alat yang digunakan pada pengukuran perkembangan DDST II:

1. Alat peraga yang terdiri dari benang wol merah, kismis atau manik-manik, peralatan makan, peralatan gosok gigi, kartu atau permainan ular tangga, buku gambar, kertas, pensil, kubus warna merah-kuning-biru-hijau-biru, kertas warna (tergantung usia kronologis anak saat diperiksa), permainan anak bola kecil dan bola tenis.
2. Lembar formulir DDST II

Prosedur penilaian perkembangan berdasarkan DDST II:

1. Tahap pertama, dilakukan secara periodik pada semua anak yang berusia 3, 4 dan 5 tahun.
2. Tahap kedua, dilakukan pada anak yang dicurigai adanya hambatan perkembangan pada tahapan pertama, kemudian dilanjutkan dengan evaluasi yang lengkap.

Cara pengukuran DDST II

1. Tentukan umur anak pada saat pemeriksaan dengan menggunakan patokan 30 hari untuk satu bulan, dan 12 bulan untuk satu tahun. Bila dalam perhitungan umur kurang dari 15 hari dibulatkan ke bawah dan bila lebih dari 15 hari dibulatkan menjadi satu bulan.

Contoh:

Cheline lahir pada tanggal 31 Mei 2017 dari kehamilan cukup bulan dan tes dilakukan pada tanggal 14 Mei 2021, maka perhitungannya adalah sebagai berikut:

2021 – 05 – 14 (saat tes dilakukan)

2016 – 05 – 31 (tanggal lahir Cheline) -

4 – 11 – 14, jadi umur Cheline 3 tahun 11 bulan 14 hari. Karena 14 hari lebih kecil dari 15 hari, maka dibulatkan ke bawah sehingga 4 tahun 11 bulan.

Lakukan perhitungan penyesuaian usia bila tanggal lahir anak lebih cepat minimal 15 hari dari taksiran persalinan atau hari perkiraan persalinan (HPL).

Contoh:

Ali lahir tanggal 21 September 2018. Saat dilakukan tes DDST tanggal 19 Mei 2021 menurut ibunya berdasarkan keterangan petugas kesehatan saat pemeriksaan kehamilan, Ali seharusnya lahir tanggal 2 September 2018. Maka usia penyesuaian Ali untuk pemeriksaan DDST adalah:

Tanggal pemeriksaan 2021 – 05 – 14

(Tanggal lahir Ali)      2018 – 09 – 21-

2 Tahun -7 bulan -23 hari

Lama premature: 17

Usia penyesuaian: 02 Tahun– 07 bulan – 06 hari

Jadi yang di buat garis umur adalah 2 tahun 7 bulan, bukan 2 tahun 8 bulan.

2. Tarik garis vertikal pada lembar DDST II, sesuai umur yang telah ditentukan hingga memotong kotak-kotak tugas perkembangan keempat sektor.
3. Lakukan pengukuran pada anak di tiap komponen dengan batasan garis yang ada mulai dari motorik kasar, bahasa, motorik halus dan personal sosial. Tugas-tugas yang berada disebelah kiri garis pada umumnya telah dapat dilakukan oleh anak. Apabila anak gagal dalam melakukan tugas tersebut (f), berarti terdapat keterlambatan pada tugas tersebut. Bila tugas-tugasnya gagal dikerjakan berada pada kotak yang berpotongan dengan garis vertikal umur, berarti bukan suatu keterlambatan karena pada kontrol lebih lanjut masih mungkin terdapat perkembangan lagi. Kalau terdapat kode R pada



kotak, maka tugas perkembangan cukup ditanyakan pada orang tuanya dan bila terdapat kode nomor, maka tugas perkembangan di tes sesuai petunjuk dibalik formulir DDST II. Sedangkan bila tidak terdapat salah satu kode, maka diinstruksikan sesuai petunjuk dalam kotak formulir DDST II

4. Tentukan hasil penilaian

Lakukan penilaian pada tiap sektor, apakah Lulus (*Passed* = P = beri tanda  $\surd$ ), Gagal (*Fail* = F = tanda 0), Menolak (*Refusal* = R = tanda M) atau anak tidak mendapat kesempatan melakukan tugas (*No Opportunity* = No). Setelah itu dihitung pada masing-masing sektor, berapa item yang mendapat P dan F, selanjutnya hasil tes diklasifikasikan dalam: Normal, Abnormal, Meragukan (*Question-Able*) Dan Tidak Dapat dites (*Untestable*). Interpretasi hasil pemeriksaan:

a. Abnormal

- 1) Bila didapatkan 2 atau > delay, pada 2 sektor atau lebih
- 2) Bila dalam 1 sektor atau > didapatkan 2 atau > delay + 1 sektor atau > dengan 1 delay dan pada sektor yang sama tidak ada yang lulus pada kotak yang berpotongan dengan garis vertikal usia.

b. Meragukan/Suspect

- 1) Bila pada 1 sektor didapatkan 2 keterlambatan/lebih.
- 2) Bila pada satu sektor atau lebih didapatkan 1 keterlambatan dan pada sektor yang sama tidak ada yang lulus pada kotak yang berpotongan dengan garis vertikal usia.

- 3) Bila didapatkan minimal 2 *caution* atau minimal 1 *delay* (pada satu sektor).
  - 4) Lakukan uji ulang dalam satu sampai 2 minggu untuk menghilangkan faktor sesaat (rasa takut, keadaan sakit, kelelahan).
- c. Tidak dapat di tes (*Untestable*)
- 1) Apabila terjadi penolakan yang menyebabkan hasil tes menjadi abnormal atau meragukan.
  - 2) Bila ada skor menolak 1 atau lebih item sebelah kiri garis umur.
  - 3) Menolak > 1 item area 75%-90% (warna hijau)
- d. Normal
- 1) Semua yang tidak tercantum dalam kriteria tersebut di atas
  - 2) Bila tidak ada keterlambatan/*delay*
  - 3) Maksimal 1 *caution*
  - 4) Lakukan ulangan pemeriksaan pada kontrak kesehatan berikutnya. Untuk lebih jelasnya kita bisa melihat lembar pemeriksaan DDST II.

**Daftar Pustaka**

- Bowden, V. R., & Greenberg, C. S. (2010). *Children and their families: The continuum of care*. Lippincott Williams & Wilkins
- Depkes RI. (2016). *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di tingkat Pelayanan Dasar*. Jakarta: Dirjen Binkesmas.
- DeLaune, S. C., & Ladner, P. K. (2011). *Nursing Fundamentals: Standards & Practice*. Cengage Learning
- Hidayat, Aziz Alimul. (2005). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, Susilaningrum & Utami. (2005). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak (untuk perawat dan bidan)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Soetjiningsih. (2012). *Pertumbuhan dan Perkembangan Anak*. Jakarta: EGC.
- Supartini, Yupi. (2004). *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC.
- Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P., & Lynn, P. A. (2011). *Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care*. Lippincott Philadelphia.
- Wilson, D., & Hockenberry, M. J. (2014). *Wong's Clinical Manual of Pediatric Nursing-E-Book*. Elsevier Health Sciences

## Profil Penulis



### **Teresia Elfi**

Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 1999 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) dan berhasil lulus pada tahun 2002. Pernah bekerja di Rs. Swasta St. Antonius Jopu Ende.

Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi pada tahun 2004 dan berhasil menyelesaikan studi S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia Timur Makasar pada tahun 2009. Tahun 2013, penulis menyelesaikan studi S2 Keperawatan Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga Surabaya. Penulis memiliki kepakaran dibidang Keperawatan Anak, aktif dalam organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia dan AIPNI. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang Keperawatan Anak. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain meneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: [teresiaelfi8@gmail.com](mailto:teresiaelfi8@gmail.com)

## HOSPITALISASI PADA ANAK

**Maria Kornelia Ringgi Kuwa, S.ST.,M.Kes**  
Duis aute irure dolor in reprehenderit

### **Pengertian Hospitalisasi**

Anak adalah anugerah terbesar yang diberikan oleh maha pencipta kepada makhluk hidup kepercayaan-Nya. Kehadiran seorang anak tidak saja memberikan kebahagiaan kepada keluarga tetapi juga menjadi jaminan keberlangsungan sebuah masyarakat. Masa anak-anak adalah masa yang paling menyenangkan dan penuh dengan kegembiraan. Salah satu kegiatan yang dapat memberikan rasa bahagia pada anak adalah bermain. Bermain sebagai salah satu penghilang rasa jenuh bagi mereka apalagi saat bertemu dengan teman-temannya. Tidak jarang mereka sering bermain sampai tak kenal waktu dan menjadi lelah.

Pada saat seorang anak sakit, banyak dari mereka yang merasakan perubahan baik dari minat maupun aktivitas, apalagi jika anak memerlukan perawatan di rumah sakit dan mengalami hospitalisasi. Ketika anak sakit dan diharuskan untuk rawat inap di rumah sakit, berbagai reaksi yang kompleks dan bervariasi akan muncul, diantaranya regresi (rasa tergantung atau tidak mau ditinggalkan), rasa takut dan cemas, merasa dipisahkan dari keluarga, putus asa dan protes. Beberapa pengertian

Hospitalisasi pada anak menurut beberapa ahli sebagai berikut:

1. Hospitalisasi merupakan keadaan yang mengharuskan anak tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan karena suatu alasan yang berencana maupun kondisi darurat. Tinggal di rumah sakit dapat menimbulkan stres bagi anak-anak, remaja, dan keluarga mereka (Mendri dan Prayogi, 2017).
2. Hospitalisasi merupakan pengalaman penuh stress bagi anak dan juga keluarganya (Nursalam, 2005).
3. Hospitalisasi sering kali menjadi krisis pertama yang harus dihadapi anak. Anak-anak, terutama selama tahun-tahun awal, sangat rentan terhadap krisis penyakit dan hospitalisasi karena stress akibat perubahan dari keadaan sehat biasa dan rutinitas lingkungan. Reaksi anak terhadap krisis-krisis tersebut dipengaruhi oleh usia perkembangan mereka, pengalaman mereka sebelumnya dengan penyakit, perpisahan, atau hospitalisasi, keterampilan coping yang mereka miliki dan dapatkan, keparahan diagnosis dan sistem pendukung yang ada (Wong, 2009).
4. Hospitalisasi merupakan kondisi krisis pada anak karena ketika sakit maka anak harus dirawat di rumah sakit. Kondisi ini membuat anak berusaha untuk beradaptasi di rumah sakit yang menurutnya rumah sakit adalah lingkungan yang asing, sehingga keadaan tersebut menjadi stresor bagi anak dan keluarga (Oktiawati, 2017).

### **Faktor Penyebab Stres Hospitalisasi Pada Anak**

Perawatan di rumah sakit merupakan pemberian pelayanan kesehatan selama 24 jam untuk mendampingi

---

pasien. Perawat dituntut untuk dapat memberikan kontribusi dalam perannya sebagai pemberi perawatan, terutama dalam membantu anak dan keluarga memperoleh pengalaman yang menyenangkan selama hospitalisasi. Seorang perawat di bangsal anak harus memiliki pemahaman yang lebih dalam mengenai pertumbuhan dan perkembangan anak sehingga dapat merencanakan asuhan keperawatan yang sesuai untuk dapat membantu anak dan keluarga agar dapat beradaptasi dengan kondisi yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan baik eksternal dan internal.

Pentingnya peran seorang perawat dalam membantu pasien anak agar beradaptasi dengan lingkungan di rumah sakit. Perawat dapat membantu pasien anak yang mengalami hospitalisasi dengan mengenal faktor apa saja yang dapat menyebabkan stress hospitalisasi yaitu (Nursalam, 2005):

1. Terjadinya perubahan status kesehatan yang bersifat psiko-sosial sehingga menyebabkan tekanan secara psikis. Perubahan status menjadi sakit sehingga anak harus menerima beberapa tindakan invasive seperti: pemasangan infus, maagslang, kateter, mendapat suntikan dan lain-lain. Kondisi ini yang membuat anak semakin tertekan dan merasa disakiti. Rasa sakit dan ketidaknyamanan menyebabkan anak lebih mudah mengalami krisis serta tekanan secara psikis. Kondisi ini merupakan krisis utama yang dialami seorang anak pada saat sedang sakit. Anak juga memiliki sejumlah keterbatasan dalam mekanisme koping untuk mengatasi masalah maupun kejadian yang sifatnya menekan.
2. Perubahan lingkungan fisik ruangan seperti fasilitas tempat tidur yang sempit dan kurang nyaman, tingkat kebersihan kurang, dan pencahayaan yang terlalu

terang atau terlalu redup. Selain itu suara yang gaduh dapat membuat anak merasa terganggu atau bahkan menjadi ketakutan. Warna dinding dan tirai yang serba putih dapat membuat anak merasa kurang nyaman. Pakaian atau atribut yang dikenakan perawat juga sebagai salah satu faktor penyebab hospitalisasi. Beberapa perubahan lingkungan fisik selama dirawat di rumah sakit dapat membuat anak merasa asing dan menyebabkan anak merasa tidak aman dan tidak nyaman. Ditambah lagi, anak mengalami perubahan fisiologis yang tampak melalui tanda dan gejala yang dialaminya saat sakit.

3. Perubahan keadaan sosial. Pada saat anak menjalani masa perawatan, anak harus berpisah dari lingkungannya yang lama serta orang-orang yang dekat dengannya. Seorang anak biasanya memiliki hubungan yang sangat dekat dengan ibunya. Perpisahan dengan ibu akan menimbulkan rasa kehilangan pada anak akan kehadiran orang yang terdekat dengan dirinya dan lingkungan yang dikenalnya, sehingga menimbulkan perasaan tidak aman dan cemas. Selain kecemasan akibat perpisahan, anak juga mengalami cemas akibat kehilangan kendali atas dirinya. Akibat sakit dan dirawat di rumah sakit, anak akan kehilangan kebebasan dalam mengembangkan otonominya. Anak akan bereaksi negatif terhadap ketergantungan yang dialaminya, terutama anak akan menjadi cepat marah dan agresif.

### **Reaksi Hospitalisasi Sesuai Usia Anak**

Reaksi anak terhadap sakit berbeda-beda sesuai tingkat perkembangan, anak dengan usia yang lebih muda akan lebih sukar untuk menyesuaikan diri dengan proses perawatan di rumah sakit. Selain itu, pengalaman anak

---



sebelumnya terhadap proses sakit dan dirawat juga sangat berpengaruh. Apabila anak sebelumnya pernah mengalami pengalaman tidak menyenangkan saat dirawat di rumah sakit dapat menyebabkan anak takut dan trauma. Sebaliknya apabila saat anak dirawat di rumah sakit dan mendapatkan perawatan yang baik serta menyenangkan dapat membuat anak lebih kooperatif pada perawat juga dokter (Supartini, 2004). Respon anak terhadap hospitalisasi dipengaruhi oleh tahapan usia perkembangan, pengalaman sebelumnya terhadap sakit, mekanisme pertahanan diri yang dimiliki, dan sistem dukungan yang tersedia.

Kecemasan akibat hospitalisasi yang terjadi pada anak dapat beresiko mengganggu tumbuh kembang anak dan berdampak pada proses penyembuhan. Kecemasan yang teratasi dengan cepat dan baik akan membuat anak lebih nyaman dan kooperatif dengan tenaga kesehatan sehingga tidak menghambat proses keperawatan. Hal ini akan berdampak nyata pada lamanya hari rawat, proses pengobatan dan perawatan pada anak. Jika kecemasan itu berlangsung lama dan tidak teratasi maka akan menimbulkan sikap pelepasan pada anak sehingga anak mulai tidak peduli dengan lingkungan sekitarnya, lebih memilih untuk berdiam diri atau apatis, menolak untuk diberikan tindakan dan yang paling parah akan menimbulkan trauma setelah keluar dari rumah sakit (Hockenberry, 2016). Secara umum reaksi terhadap hospitalisasi pada anak dibedakan berdasarkan golongan usia sebagai berikut:

1. Bayi

Penyebab utama reaksi stres hospitalisasi pada usia 0-11 bulan adalah karena dampak dari perpisahan dengan orang tua sehingga ada gangguan pembentukan rasa percaya dan kasih sayang. Pada anak usia lebih dari 6 bulan terjadi *stranger anxiety*

---

apabila berhadapan dengan orang yang tidak dikenalnya dan karena perpisahan. Reaksi yang sering muncul pada anak ini adalah menangis, marah dan banyak melakukan gerakan sebagai sikap *stranger anxiety*. Apabila bayi berpisah dengan orang tua maka pembentukan rasa percaya dan pembinaan kasih sayangnya terganggu. Pada bayi usia 6 bulan sulit untuk memahami secara maksimal bagaimana reaksi bayi bila di rawat karena bayi belum dapat mengungkapkan apa yang dirasakannya, sedangkan pada bayi dengan usia lebih dari 6 bulan akan banyak menunjukkan perubahan.

## 2. Todler

Anak secara verbal akan menyampaikan keinginan untuk selalu bersama orang tua dan meminta orang tua untuk selalu bersamanya serta mencari orang tua jika tidak disampingnya. Reaksi Anak usia toddler terhadap hospitalisasi yaitu menunjukkan sikap temper tantrum, menolak makan, tidur, toileting serta kembali pada fase perkembangan anak yang lebih muda.

## 3. Pra sekolah

Menurut Nursalam (2013), terdapat lima reaksi hospitalisasi pada anak usia pra sekolah yaitu:

### a. Cemas disebabkan perpisahan

Sebagian besar kecemasan yang terjadi pada anak pertengahan sampai anak periode prasekolah khususnya anak berumur 6-30 bulan adalah cemas karena perpisahan. Hubungan anak dengan ibu sangat dekat sehingga perpisahan dengan ibu akan menimbulkan rasa kehilangan terhadap orang yang terdekat bagi diri anak. Selain itu, lingkungan yang belum dikenal akan

mengakibatkan perasaan tidak aman dan rasa cemas. Cemas yang dialami anak merupakan perasaan tidak nyaman atau ketakutan yang tidak jelas dan gelisah disertai dengan respon otonom, sumber terkadang tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu, perasaan yang was-was untuk mengatasi bahaya (Nanda, 2012).

b. Kehilangan kontrol

Anak yang mengalami hospitalisasi biasanya kehilangan kontrol. Hal ini terlihat jelas dalam perilaku anak dalam hal kemampuan motorik, bermain, melakukan hubungan interpersonal, melakukan aktivitas hidup sehari-hari *activity daily living* (ADL), dan komunikasi. Akibat sakit dan dirawat di rumah sakit, anak akan kehilangan kebebasan pandangan ego dalam mengembangkan otonominya. Ketergantungan merupakan karakteristik anak dari peran terhadap sakit. Anak akan bereaksi terhadap ketergantungan dengan cara negatif, anak akan menjadi cepat marah dan agresif. Jika terjadi ketergantungan dalam jangka waktu lama (karena penyakit kronis), maka anak akan kehilangan otonominya dan pada akhirnya akan menarik diri dari hubungan *interpersonal*.

c. Luka pada tubuh dan rasa sakit (rasa nyeri)

Konsep tentang citra tubuh, khususnya pengertian *body boundaries* (perlindungan tubuh), pada kanak-kanak sedikit sekali berkembang. Berdasarkan hasil pengamatan, bila dilakukan pemeriksaan telinga, mulut atau suhu pada rektal akan membuat anak sangat cemas. Reaksi anak terhadap tindakan yang tidak menyakitkan sama seperti tindakan yang sangat menyakitkan. Anak

akan bereaksi terhadap rasa nyeri dengan menangis, mengatupkan gigi, menggigit bibir, menendang, memukul atau berlari keluar.

- d. Dampak negatif dari hospitalisasi lainnya pada usia anak prasekolah adalah gangguan fisik, psikis, sosial dan adaptasi terhadap lingkungan.

#### 4. Anak usia sekolah

Anak usia sekolah (6 sampai 12 tahun) mengandalkan pengalaman masa lalu untuk menuntun mereka dan mempunyai coping yang baik untuk menghadapi stress hospitalisasi. Meskipun demikian anak usia sekolah juga sering menunjukkan reaksi stress hospitalisasi seperti perasaan takut, marah dan sedih tergantung pada kualitas pengalaman masa lalu. Anak usia sekolah membayangkan dirawat dirumah sakit merupakan suatu hukuman, dipisahkan, merasa tidak aman dan kemandiriannya terlambat. Menjalani terapi pengobatan, diberikan terapi medis yang terkadang menyakiti anggota tubuh anak cenderung menjadikan anak cemas (Hockenberry, 2016).

#### 5. Remaja

Remaja identik dengan pencarian identitas pribadi dan kebebasan. Reaksi remaja terhadap stress hospitalisasi meliputi penolakan, tidak kooperatif, menarik diri. Respon depersonalisasi pada remaja meliputi marah dan frustrasi.

### **Respon Keluarga dan Sibling Terhadap Hospitalisasi Pada Anak**

Pada dasarnya penyakit kritis sering terjadi secara tiba-tiba, sehingga pasien ataupun keluarga tidak memiliki persiapan. Ketidaksiapan keluarga dalam mengha dapi

---

kondisi tersebut dapat mempengaruhi kondisi fisik dan mentalnya. Keluarga merupakan suatu sistem yang terintegrasi satu sama lain, perubahan di salah satu komponen akan mempengaruhi komponen lainnya. Harvey (2004) menyatakan kondisi krisis yang ditimbulkan oleh penyakit kritis dapat berdampak terhadap pasien maupun keluarganya. Fungsi perawatan keluarga dibutuhkan keterlibatan keluarga dalam upaya perawatan yang dilakukan di rumah sakit. Perawatan yang diberikan keluarga bergantung pada bagaimana respon keluarga dalam hal ini orang tua.

#### 1. Reaksi orang tua

Hampir semua orang tua berespon terhadap penyakit dan hospitalisasi anak dengan reaksi yang luar biasa. Pada awalnya orang tua dapat bereaksi dengan tidak percaya, terutama jika penyakit tersebut muncul tiba-tiba dan serius. Takut, cemas dan frustrasi merupakan perasaan yang banyak diungkapkan oleh orang tua. Takut dan cemas dapat berkaitan dengan keseriusan penyakit dan jenis prosedur medis yang digunakan. Sering kali kecemasan yang paling besar berkaitan dengan trauma dan nyeri yang terjadi pada anak. Selain dampak perpisahan terhadap peran keluarga, kehilangan peran orang tua dan *sibling*. Hal ini dapat mempengaruhi setiap anggota keluarga dengan cara yang berbeda. Salah satu reaksi orang tua yang paling banyak adalah perhatian khusus dan intensif terhadap anak yang sedang sakit.

#### 2. Reaksi saudara kandung (*sibling*)

Reaksi saudara kandung terhadap anak yang sakit dan dirawat di rumah sakit adalah kesiapan, ketakutan, khawatir, marah, cemburu, benci, iri dan merasa bersalah. Orang tua sering kali memberikan perhatian yang lebih pada anak yang

sakit dibandingkan dengan anak yang sehat. Hal tersebut menimbulkan perasaan cemburu pada anak yang sehat dan merasa ditolak (Hockenberry, 2016).

### **Peran Perawat Terhadap Hospitalisasi Pada Anak**

Perawat adalah salah satu profesi di rumah sakit yang berperan penting dalam penyelenggaraan upaya menjaga mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Adapun peran penting seorang perawat anak, yaitu sebagai pembela (*advocasy*), pendidik, konselor, pembuat keputusan etik, perencana kesehatan, pembina hubungan terapeutik, pemantau, evaluator dan peneliti. Perawat sebagai *advocasy* dituntut untuk menjadi pembela bagi anak/keluarganya pada saat mereka membutuhkan pertolongan, tidak dapat mengambil keputusan/menentukan pilihan, dan meyakinkan keluarga untuk menyadari pelayanan yang tersedia, pengobatan, dan prosedur yang dilakukan dengan melibatkan keluarga.

Lingkungan rumah sakit yang dapat menimbulkan trauma bagi anak adalah lingkungan fisik rumah sakit, tenaga kesehatan baik dari sikap maupun pakaian putih, alat-alat yang digunakan, dan lingkungan sosial antar sesama pasien. Distress yang dapat dialami anak adalah gangguan tidur, pembatasan aktifitas, perasaan nyeri, dan suara bising. Sedangkan distress psikologis mencakup kecemasan, takut, marah, kecewa, sedih, malu, dan rasa bersalah. Untuk dapat mengambil sikap sesuai dengan peran perawat dalam usahanya meminimalkan kecemasan akibat hospitalisasi, perlu adanya pengetahuan sebelumnya tentang kecemasan hospitalisasi, karena keberhasilan suatu asuhan keperawatan sangat tergantung dari pemahaman dan kesadaran mengenai makna yang terkandung dalam konsep-konsep keperawatan serta harus memiliki

pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam menjalankan tugas sesuai dengan perannya.

Perawat yang belum menerapkan prinsip-prinsip mengenai meminimalkan kecemasan pada anak, seperti kurangnya komunikasi perawat baik kepada anak maupun orang tua, tidak ada penjelasan mengenai tindakan yang akan dilakukan perawat, perawat tidak melibatkan orang tua saat melakukan tindakan, perawat kurang mempedulikan kecemasan yang dialami anak sehingga banyaknya anak yang tidak kooperatif terhadap petugas kesehatan. Anak menunjukkan respon menangis ketika perawat mendekat, berontak saat perawat melakukan tindakan, serta menolak makan, ini menunjukkan bahwa kurangnya pemahaman perawat terhadap prinsip-prinsip dalam meminimalkan kecemasan akibat hospitalisasi pada anak, hal ini berkaitan erat dengan pengetahuan yang dimiliki perawat.

Perawat juga dapat berperan sebagai *advocator* bagi pasien dan keluarga dengan memenuhi kebutuhan keluarga melalui komunikasi yang baik serta sebagai perantara ketika keluarga tidak memahami hal-hal yang harus dipertanyakan ke dokter. Peran sebagai edukator dan pemberi informasi juga merupakan hal penting yang dapat dilakukan perawat dalam mengurangi reaksi *stress* dan kecemasan pada keluarga. Perawat sebagai layanan kesehatan yang paling lama berada di samping pasien membuat keluarga mengandalkan perawat dalam pemenuhan kebutuhan informasi. Mengenai informasi apa saja yang sebaiknya diberikan perawat dan tim kesehatan yaitu: informasi tentang kemajuan pasien, perawatan pasien, hasil yang diharapkan, serta apa yang dapat dilakukan keluarga saat pasien dirawat. Pemberian informasi secara khusus ini bertujuan agar keluarga memahami informasi yang diberikan secara keseluruhan. Kebutuhan Informasi yang tidak terpenuhi dengan baik

---

akan mempengaruhi respon keluarga terhadap perawatan yang dilakukan. Defisit komunikasi, informasi yang kontradiktif, dan kurangnya dukungan akan menyebabkan kondisi stress, frustrasi, depresi dan ketidakpuasan pada anggota keluarga. Adanya perasaan diabaikan, ketidakjelasan kondisi pasien akibat kurangnya pemahaman atas informasi yang diberikan dan kebutuhan fisiologis yang tidak terpenuhi secara sempurna akan memicu ekspresi emosional sebagai respon stress dari keluarga. Hal ini dapat muncul dalam bentuk perilaku ketidakpercayaan terhadap staf kesehatan, ketidakpatuhan terhadap pengobatan, kemarahan dan ketidakpuasan terhadap layanan bahkan berakhir dengan tuntutan hukum.

Perawat harus mengetahui teknik-teknik dalam berkomunikasi karena komunikasi merupakan cara yang dapat dilakukan untuk memberikan informasi tentang kesehatan. Komunikasi juga dapat mengurangi rasa cemas anak akibat hospitalisasi. Peran perawat dalam meminimalkan stres akibat hospitalisasi pada anak adalah sangat penting. Perawat perlu memahami konsep stres hospitalisasi dan prinsip-prinsip asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan. Perawat dan pasien diperbolehkan memasuki hubungan interpersonal yang akrab. Pasien berhak mengetahui tentang asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat sebagai petugas kesehatan yang profesional. Komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat merupakan salah satu teknik pendekatan dan perawatan pasien yang mengalami hospitalisasi.

1. Beberapa hal yang dapat dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan pada anak yang dihospitalisasi menurut Hockenberry & Wilson (2016) adalah:



a. Persiapan hospitalisasi

Proses persiapan yang dapat dilakukan adalah dengan *tour* keliling rumah sakit, pertunjukan menggunakan boneka dan permainan yang menggunakan miniatur peralatan rumah sakit yang nanti akan dijumpai anak pada saat perawatan. Proses persiapan juga bisa menggunakan buku-buku, video atau film yang menceritakan seputar kondisi di rumah sakit.

b. Mencegah dan meminimalkan perpindahan

Kehadiran orang tua setiap saat dapat mengurangi kecemasan anak. Orang tua diharapkan terlibat dalam aktivitas perawatan sehingga bisa membantu proses perawatan berkelanjutan. Perawat selalu memberikan informasi tentang kondisi anak dan orang tua selalu memberikan dukungan terhadap anak.

c. Meminimalkan kehilangan kendali

Kehilangan kendali dapat terjadi akibat perpindahan, restriksi fisik dan perubahan rutinitas. Kehilangan kendali dapat dicegah dengan meningkatkan kebebasan bergerak, mempertahankan rutinitas anak, mendorong kemandirian dan meningkatkan pemahaman.

d. Mencegah dan meminimalkan ketakutan akan cedera tubuh anak sehingga anak tidak dihantui rasa takut akan nyeri dalam menghadapi prosedur menyakitkan. Teknik manipulasi prosedural untuk setiap kelompok umur dapat meminimalkan ketakutan terhadap cedera tubuh. Intervensi yang paling mendukung adalah dengan prosedur secepat mungkin dan mempertahankan kontak dengan orang tua.

- e. Memfasilitasi aktivitas yang sesuai dengan perkembangan.

Salah satu tujuan dari asuhan keperawatan adalah tetap menjaga perkembangan anak saat dihospitalisasi. Berbagai cara yang bisa dilakukan diantaranya adalah dengan meminimalkan perpisahan, memberikan kesempatan anak untuk berpartisipasi dalam aktivitas-aktivitas yang sesuai dengan tingkat perkembangan anak.

- f. Memberikan kesempatan untuk bermain

Bermain adalah suatu aktivitas yang tidak bisa ditinggalkan anak. Bermain sangat penting untuk perkembangan mental, emosional dan kesejahteraan sosial anak. Kebutuhan bermain tidak dapat dihentikan sewaktu anak mendapat perawatan di rumah sakit. Permainan disesuaikan dengan kondisi anak dan tingkat perkembangannya.

- g. Mendorong partisipasi orang tua

Mencegah dan meminimalkan perpisahan merupakan tujuan utama keperawatan dengan mempertahankan kontak antara orang tua dengan anak. Pendekatan terbaik adalah menganjurkan orang tua untuk tetap bersama anak dan berpartisipasi dalam perawatan jika memungkinkan. Staf rumah sakit harus menghargai kelanjutan kelekatan orang tua dan anak. Orang tua selalu dilibatkan dalam perencanaan asuhan keperawatan dan berperan dalam pemulihan kondisi anak.

## 2. Pendekatan perawat dalam mengatasi hospitalisasi

### a. Komunikasi terapeutik

Memberi informasi yang baik pada anak dalam melakukan komunikasi terapeutik dengan anak usia sekolah, perawat harus tetap memperhatikan tingkat kemampuan bahasa anak, menggunakan kata sederhana yang lebih spesifik, jelaskan sesuatu yang membuat anak bisa mengerti akan sesuatu yang sebelumnya tidak diketahui. Dalam melakukan pendekatan pada anak dapat berupa memberi informasi yang baik pada anak. Informasi yang baik tersebut dengan menjelaskan prosedur atau tindakan yang akan diberikan pada anak usia sekolah dan fungsi alat yang digunakan serta efek fungsional serta prosedural dari objek tertentu sangat tinggi. Perawat dalam melakukan pendekatan pada anak harus menjalin hubungan yang terapeutik, karena anak bukan miniatur orang dewasa. Anak mempunyai dunia sendiri, sudah bisa berpikir sehingga perawat harus dapat menjalin rasa saling percaya (*trust*) dalam merawat anak yang sedang sakit. Apabila terjadi hubungan yang terapeutik antara perawat dan anak akan memudahkan perawat dalam mendekati anak yang sakit.

### b. Melibatkan orang tua anak

Orang tua merupakan orang yang dekat dengan anak, sehingga perawat dalam merawat anak harus dekat dengan orang tua anak. Perawat harus berkomunikasi dengan orang tua anak dan orang tua anak dilibatkan juga dalam tindakan keperawatan serta menemani anak di rumah sakit (*rooming in*), apabila orang tua mau pergi atau

bekerja seharusnya ada anggota yang menemani anak.

c. Lingkungan

Perawat harus dapat memanfaatkan sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit untuk mengatasi anak yang cemas dan takut. Ruang anak harus ada gambar-gambar, buku cerita, buku gambar, dinding bergambar yang dapat membantu anak dalam memodifikasi ruang anak selain ada ruang terapi bermain. Ruang anak juga harus memenuhi kriteria seperti nyaman, bebas bergerak untuk anak, memberikan suasana seperti di lingkungan rumah dan menciptakan suasana yang berpendidikan. Dinding ruangan anak yang bergambar dapat menjadi salah satu cara pendekatan perawat pada anak usia sekolah. Perawat dalam melakukan cara pendekatan pada anak usia sekolah dapat dilakukan juga dengan adanya ruang bermain. Perawat dalam memberikan permainan pada anak usia sekolah harus memiliki pengetahuan tentang jenis alat permainan dan kegunaan dari permainan yang diberikan, sabar dalam bermain, tidak memaksakan pada anak, mampu mengkaji kebutuhan bermain seperti kapan harus dimulai dan kapan harus berhenti, memberi masukan kesempatan untuk mandiri. Alat permainan pada anak usia sekolah bisa dengan alat bermain yang edukatif seperti buku gambar, buku cerita, majalah, radio, tape dan televisi (Supartini, 2012).

**Daftar Pustaka**

- Hawari, D. (2013). *Manajemen Stress, Cemas Dan Depresi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Hockenberry, M. J., Wilson, D. & Rodgers, C. C., 2016. *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. s.l.: Elsevier.
- Kyle, Terry dan Susan Carman. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Pediatric Dialih Bahasakan Oleh Devi Yulianti*. Jakarta: EGC.
- Muscari, M. (2005). *Panduan Belajar Keperawatan Pediatrik*, Ed. 3. Alih bahasa, Alfrina Hany. Jakarta: EGC
- Nursalam, (2005). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak Edisi 1*. Jakarta: Salemba Medika
- Supartini (2012). *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC
- Wong, Donna L, (2015). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Edisi 2. Jakarta. EGC
- Winarsih, B. D. (2012). Hubungan Peran Serta Orang Tua Dengan Dampak Hospitalisasi Pada Anak Usia Prasekolah di RSUD RA Kartini Jepara. *Thesis Keperawatan*. Universitas Indonesia

## Profil Penulis



### **Maria Kornelia Ringgi Kuwa**

Penulis lahir di Kota Ende atau yang terkenal dengan kota Pancasila, Flores, pada tanggal 19 Maret 1978. Penulis adalah seorang dosen Ilmu Kesehatan yang sehari-hari bekerja di Kampus Akademi Keperawatan St. Elisabeth Lela dan juga sebagai tenaga pengajar di salah satu SMK dan sebagai dosen tidak tetap di sebuah Perguruan Tinggi di Kota Maumere.

Setelah menamatkan pendidikan menengah di Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) St. Elisabeth Lela (1996), beliau melanjutkan pendidikan DIII Keperawatan di RKZ Surabaya (2002) dan pendidikan Sarjana Sains Terapan Bidang Keperawatan Medikal Bedah di Poltekkes Kupang (2008). Pada tahun 2013, beliau menyelesaikan pendidikan Magister Bidang Kesehatan di Universitas Diponegoro Semarang. Penulis juga aktif meneliti di bidang keparannya serta menulis di beberapa Jurnal kesehatan.

Email Penulis : [Mariakorneliaringgiukuwa@gmail.com](mailto:Mariakorneliaringgiukuwa@gmail.com)

## KONSEP BERMAIN PADA ANAK

**Novita Maulidya Jalal, S.Psi.,M.Psi.,Psikolog**  
Universitas Negeri Makassar (UNM)

### **Pengertian dan Fungsi Bermain pada Anak**

Bermain merupakan aktivitas yang dapat merangsang pertumbuhan dan perkembangan anak baik secara fisik maupun secara psikologis. Melalui bermain semua aspek perkembangan anak di tumbuhkan sehingga anak menjadi lebih sehat dan cerdas. Bermain merupakan aktivitas bagi anak yang digunakan untuk mempelajari berbagai hal meliputi pengenalan aturan, bersosialisasi, menempatkan diri, menata emosi, toleransi, kerja sama dan sportivitas menjunjung tinggi (Mulyasa, 2014).

Bermain sebagai setiap aktivitas berulang kali yang dilakukan oleh anak guna memperoleh kesenangan kegembiraan, serta kenikmatan tanpa mempertimbangkan hasil akhir. Freud (Gee dan Meredith, 1997) menyatakan bahwa bermain merupakan fantasi atau lamunan sehingga anak dapat memproyeksikan harapan-harapan maupun konflik pribadi.

Suyanto (2003) menyatakan beberapa esensi bermain bagi anak usia dini antara lain:

1. Motivasi internal, maksudnya anak-anak melakukan kegiatan bermain atas motivasi atau dorongan dirinya sendiri dan tanpa paksaan.
2. Aktif, maksudnya anak-anak melakukan berbagai kegiatan bermain yang melibatkan fungsi fisik dan mental.
3. Nonliteral, maksudnya anak-anak mampu melakukan apa saja sesuai keinginan, terlepas dari realitas seperti berpura-pura memainkan sesuatu.
4. Tidak memiliki tujuan eksternal yang ditetapkan sebelumnya, merupakan esensi dari bermain bahwa bermain dilakukan atas dasar partisipasi semata.

Rohmah (2016) menguraikan manfaat bermain bagi aspek-aspek perkembangan anak usia dini, yakni:

1. Bermain dan Perkembangan Moral
2. Bermain merupakan salah satu cara yang dapat digunakan dalam mendukung perkembangan moral pada anak usia dini. Misalnya, anak usia dini yang bermain diajarkan aturan atau tata cara bermain yang diterapkan oleh anak saat bermain yang tidak boleh dilanggar. Hal tersebut menunjukkan peran bermain dalam mengembangkan moral, ketika anak sudah mau mengikuti aturan yang berlaku. Dengan demikian, anak akan lebih mudah diajarkan konsep-konsep aturan yang serupa dalam kehidupan sehari-hari, misalnya anak salim dan berpamitan kepada orang tua sebelum sekolah atau bepergian. Selain itu, anak juga dapat diberikan contoh ketika bermain rumah-rumahan, melaksanakan sholat, berdo'a sebelum makan, mengucapkan salam saat masuk dan keluar rumah. Meskipun terlihat biasa saja, akan tetapi pengenalan-pengenalan tersebut dapat berdampak pada perkembangan moral dan agama anak usia dini.



### 3. Bermain dan Perkembangan Motorik

Perkembangan motorik berkaitan dengan aktivitas gerak, baik gerak motorik kasar yang menggunakan otot besar untuk melompat, lari, berjalan, serta aktivitas gerak motorik halus yang menggunakan jari seperti melipat kertas, menggambar, mewarnai. Gerak dapat menyebabkan anak bermain dan bermain membuat anak menggerakkan anggota tubuhnya. Anak yang mendapatkan kesempatan untuk bermain, maka ia akan melatih kemampuan otot-otot yang menjadikan anak kuat dan sehat. Misalnya, anak bermain petak umpet, anak berlari, jalan, membungkuk, bergegas, sehingga sangat baik dalam menstimulasi otot serta pernafasan anak. Selanjutnya, anak yang bermain bermanfaat dalam perkembangan motorik halus dijumpai ketika anak duduk atau tidak melakukan aktivitas fisik yang berat, seperti pada permainan beklan dan congklak, anak akan melakukan koordinasi mata-tangan dalam memindahkan dan memasukkan biji congklak dalam lubang yang tepat. Selain itu, dalam bermain congklak anak akan menggerakkan jari tangan, menjemput, dan menjatuhkan satu persatu biji congklak sehingga dapat menstimulasi motorik halus anak-anak.

### 4. Bermain dan Perkembangan Kognitif

Bermain merupakan aktivitas anak yang akan memudahkan anak menerima konsep-konsep kognitif. Misalnya, anak sedang bermain boneka, ia dapat mengenal bentuk boneka yang ia mainkan, warna bonekanya, ukuran boneka lebih besar atau lebih kecilkah dengan boneka milik teman lainnya. Selain itu, ketika anak-anak sedang menonton tv juga bisa digunakan sebagai sarana mengenalkan konsep-konsep bagi anak. Bermain berguna dalam perkembangan kognitif karena melalui bermain dapat

---

menstimulasi otak anak: 1) pikiran yang mencercap; 2) periode kritis; 3) anak adalah makhluk pembelajar; 4) anak belajar dengan bermain (Suyadi, 2014).

#### 5. Bermain dan Perkembangan Bahasa

Bahasa merupakan alat interaksi antara individu dengan individu, individu dengan kelompok, maupun kelompok dengan kelompok. Saat anak bermain, maka anak melakukan interaksi dengan anak lainnya yang juga menggunakan bahasa, baik bahasa non verbal maupun verbal. Dalam bermain anak hanya menggunakan bahasa tubuh, tetapi seiring berjalannya waktu, semakin bertambahnya perbendaharaan kata maka anak akan menggunakan bahasa verbal dalam rangka berkomunikasi dengan teman mainnya. Perkembangan bahasa dapat dikembangkan ketika anak mengutarakan keinginannya, mengeluarkan pendapat, serta memberi komentar kepada lawan mainnya. Hayiou dan Thomas (2008) menyatakan bahwa perbedaan kemampuan bahasa anak usia dini, seperti kosa kata dan tata bahasa, tampaknya sebagian besar karena pengaruh lingkungan, meskipun efek genetik juga memainkan peran penting.

#### 6. Bermain dan Perkembangan Sosial

Bermain merupakan aktivitas yang dapat dilakukan oleh sekumpulan anak-anak. Sekumpulan anak-anak tersebut akan saling bersosialisasi dalam kegiatan bermain. Dari kegiatan bermain bersama teman-temannya, anak akan belajar memahami diri dan orang lain. Selain itu, bermain juga dapat melatih rasa tanggung jawab anak, kedisiplinan, serta kejujuran. Dengan bermain bersama teman lainnya, anak akan bersikap untuk dapat bekerja sama dalam kelompok.

## **Jenis-Jenis Permainan pada Anak Sesuai Usia Anak**

Berdasarkan cara bermainnya, Elfiadi (2016) menuliskan beberapa jenis permainan pada anak usia dini meliputi:

### 1. Permainan aktif

Permainan aktif adalah kegiatan yang banyak melibatkan aktivitas tubuh, sehingga anak yang bermain membutuhkan energi yang besar. Anak saat melakukan permainan aktif melibatkan dua jenis motorik, yakni motorik kasar dan halus. Contoh: anak dapat melakukan segala hal yang diinginkannya melalui aktivitas fisik, misal bermain drama, bermain music, mengumpulkan atau mengkoleksi sesuatu, permainan olah raga, permainan dengan balok, permainan dalam melukis menempel atau menggambar.

### 2. Permainan pasif

Permainan pasif adalah kegiatan bermain yang hanya melibatkan sebagian anggota tubuh anak atau hanya menggunakan motorik halus, sehingga anak hanya menghabiskan sedikit energi. Contoh: bermain dengan gadget atau komputer, menonton TV, membaca buku cerita, mendengarkan cerita, mengingat nama-nama benda, bernyanyi, dan kegiatan lain tanpa mengeluarkan banyak tenaga, tetapi tingkat kesenangannya hampir seimbang dengan anak yang bermain aktif.

Kartono (1996) menyatakan 3 (tiga) bentuk permainan yang dimainkan anak bagi usia dini, yakni:

### 1. Permainan gerakan

Anak-anak bermain bersama anak-anak lainnya, melakukan aktivitas bermain bersama yang menggunakan beraneka ragam gerak dan olah tubuh.

## 2. Permainan memberi bentuk

Aktivitas bermain dimana anak memberi bentuk pada fase permulaan berupa kegiatan destruktif seperti meremas-remas, merusak, mencabik-cabik, mempreteli dan lain-lain. Makin lama anak dapat memberikan bentuk yang lebih konstruktif pada macam-macam materi yang disediakan.

## 3. Permainan ilusi

Aktivitas yang menggunakan unsur fantas, misalnya sebuah sapu difantasikan sebagai kuda tunggangan, bermain dokter-dokteran, bermain peran guru dan murid, dan sebagainya. Melalui permainan ini anak menggunakan fantasi mereka untuk mewujudkan kreativitas imajinasinya.

Solehudin (2010) berpendapat bahwa jenis-jenis permainan yang biasa dilakukan oleh anak-anak usia dini yakni:

### 1. Bermain bebas

Permainan bebas berarti anak boleh memilih sendiri aktivitas dan alat-alat yang diinginkan sendiri oleh anak. Bermain bebas merupakan bentuk bermain aktif, baik dengan alat maupun tanpa alat didalam maupun diluar ruangan. Saat bermain bebas anak-anak membutuhkan tempat, waktu, peralatan bermain, serta kebebasan. Kebebasan yang diberikan adalah kebebasan yang tertib, yaitu kebebasan yang bertanggungjawab. Kebebasan tersebut diarahkan pada tumbuhnya disiplin diri secara bertahap. Misalnya, bermain pasir, bermain air, bermain balok, bermain alat manipulatif, bermain perpustakaan, bermain di luar dan lain sebagainya.

## 2. Bermain terpimpin

Bermain terpimpin adalah aktivitas bermain yang dilakukan dengan mengikuti aturan-aturan tertentu sesuai dengan jenis permainannya. Dalam kegiatan bermain terpimpin anak tidak bebas, melainkan terikat pada peraturan permainan atau kegiatan tertentu. Misalnya: bermain peran, bermain sudut rumah tangga, bermain dalam lingkaran, bermain dengan nyanyian, bermain dengan alat dan lain-lain.

### **Klasifikasi Bermain pada Anak**

Ardini dan Lestarinigrum (2018) memaparkan beberapa tahapan bermain pada anak meliputi:

#### 1. *Sensory Motor Play*

Tahap bermain sensory motor play berlangsung ketika anak berusia 3 bulan hingga 2 tahun. Pada tahap ini anak bayi bermain dengan lima alat inderanya, misalnya anak senang bermain dengan menggigit benda-benda yang digapainya.

#### 2. *Symbolic or make believe play*

Tahap bermain simbolik berlangsung di usia 2 hingga 7 tahun. Pada tahap ini kemampuan imajinasi anak berkembang pesat, sehingga anak sudah mampu bermain pura-pura misal berpura-pura sebagai ibu yang merawat anak, sapu dijadikan pesawat terbang, dan berbagai permainan imajinasi lainnya.

#### 3. *Social play games with rules*

Tahap *social play games with rules* berlangsung di usia 8-11 tahun. Pada usia ini, anak sudah mampu bermain bersama anak-anak lainnya, sehingga bermain anak dapat dilakukan secara berkelompok. Pada tahap ini anak-anak dapat bermain dengan

melakukan interaksi sosial dengan aturan yang dibuat bersama, misalnya bermain bola, bermain bom, bermain petak umpet, dan sebagainya.

4. *Games with rules and sport*

Tahap bermain *Games with rules and sport* berlangsung di usia 11 tahun ke atas. Pada tahap ini, anak sudah mampu berfikir secara abstrak seperti orang dewasa, sehingga anak sudah bisa menikmati permainan dengan aturan dan berolah raga.

Rohmah (2016) menyatakan enam tahapan bermain pada anak usia dini, meliputi:

1. Tahap *Unoccupied*

Pada tahap ini, anak memperhatikan dan melihat segala sesuatu yang menarik perhatiannya dan melakukan gerakan-gerakan bebas dalam bentuk tingkah laku yang tidak terkontrol.

2. Tahap *Solitary*

Pada tahap ini, anak dalam sebuah kelompok akan menikmati bermain sendiri-sendiri dengan bermacam-macam alat permainan, sehingga tidak terjadi kontak antara satu sama lain dan tidak peduli terhadap apapun yang terjadi.

3. Tahap *Onlooker*

Pada tahap ini, anak melihat dan memperhatikan serta melakukan komunikasi dengan anak-anak lain namun tidak ikut terlibat dalam aktivitas bermain yang sedang terjadi.

4. Tahap *Parallel*

Pada tahap ini, anak-anak bermain dengan alat-alat permainan yang sama, tetapi tidak terjadi kontak

antara satu dengan yang lain atau tukar menukar alat main.

5. Tahap *Associative*

Pada tahap ini, anak bermain bersama saling pinjam alat permainan, tetapi permainan itu tidak mengarah pada satu tujuan, tidak ada pembagian peran dan pembagian alat main.

6. Tahap *Cooperative*

Pada tahap ini, anak-anak bermain dalam kelompok yang terorganisir, dengan kegiatan-kegiatan konstruktif dan membuat sesuatu yang nyata, dimana setiap anak mempunyai pembagian peran sendiri. Pada tahap bermain jenis *cooperative*, terdapat satu atau dua anak yang bertugas sebagai pemimpin atau pengarah jalannya permainan (Desmita, 2013).

Klasifikasi bermain berdasarkan isinya menurut Ardini dan Lestarinigrum (2018):

1. *Social affective play*

Hubungan interpersonal yang menyenangkan antara anak dan orang lain, misalnya: Ciluk-ba

2. *Sense of pleasure play*

Permainan yang sifatnya memberikan kesenangan pada anak, misalnya : bermain air dan pasir

3. *Skill play*

Permainan yang sifatnya memberikan keterampilan pada anak, misalnya: bermain sepeda

4. *Dramatic Role Play*

Permainan yang dilakukan dengan imajinasi anak, misalnya: bermain guru dan murid, bermain dokter-dokteran

### 5. *Games*

Permainan yang menggunakan alat tertentu yang menggunakan perhitungan atau skor, misalnya ular tangga.

### 6. *Un Occupied Behaviour*

Anak tidak memainkan alat permainan tertentu, tetapi situasi atau objek yang ada di sekelilingnya, yang digunakan sebagai alat permainan, misalnya: jinjit-jinjit, bungkuk-bungkuk, jongkok, dan lain-lain.

## **Faktor yang Mempengaruhi Bermain pada Anak**

Ardini dan Lestarinigrum (2018) menyatakan beberapa faktor yang berpengaruh pada bermain, meliputi:

### 1. Kesehatan

Semakin sehat seorang anak, maka semakin banyak energi untuk bermain secara aktif. Sedangkan, anak-anak yang kurang sehat atau kurang energi, mereka cenderung membutuhkan hiburan atau bermain secara pasif seperti menonton TV, dan sebagainya.

### 2. Perkembangan motorik

Kordinasi motorik yang baik, baik pada motorik kasar maupun motorik halus memberikan peluang bagi anak untuk bermain secara aktif. Perkembangan koordinasi motorik juga memperluas ruang lingkup bermain pada anak, misalnya saat anak mulai merangkak akan jauh lebih mampu eksplorasi dibandingkan saat ia bayi. Demikian pula anak-anak yang telah dapat berjalan, berlari, bahkan melompat.

### 3. Intelegensi

Kecerdasan seorang anak dapat diperlihatkan saat bermain, dimana anak-anak menggunakan kemampuan berfikirnya dalam memecahkan

---



persoalan ataupun tantangan dalam bermain, seperti saat bermain puzzle, saat menentukan taktik agar mampu menyelesaikan permainan dengan baik.

#### 4. Jenis Kelamin

Anak laki-laki lebih cenderung menyukai permainan yang berisiko dibandingkan anak wanita, dimana anak laki-laki menyukai permainan yang menampilkan perilaku agresif dibandingkan wanita, seperti bermain dengan agresi seperti memukul, memanjat, dan sebagainya.

#### 5. Lingkungan

Anak yang bermain di perkotaan akan berbeda jenis alat permainannya dengan anak yang tinggal di desa. Demikian pula dengan perubahan zaman, dimana anak sebelum era teknologi lebih banyak bermain permainan tradisional, sedangkan saat ini lebih kepada bermain gadget.

#### 6. Status sosial ekonomi

Anak dari keluarga menengah ke atas secara ekonomi akan berpeluang memilih permainan yang mahal seperti sepatu roda, bersepeda, dibandingkan anak-anak dari keluarga ekonomi rendah yang bermain permainan yang mudah diperoleh peralatannya seperti berenang di sungai, bermain bola, dan sebagainya yang mudah diperoleh di sekitarnya.

#### 7. Jumlah waktu bebas

Keragaman aktivitas anak dapat mempengaruhi jumlah jam bermainnya, misalnya anak diberi kursus, tugas rumah yang banyak dari sekolah, sehingga waktu bebas untuk bermain juga semakin minim.

## 8. Peralatan bermain

Peralatan bermain yang dimiliki anak mempengaruhi jenis bermain anak, misalnya anak memiliki banyak boneka, maka jenis permainan yang paling dominan adalah bermain pura-pura seperti bermain dokter-dokteran, dan permainan lainnya yang menggunakan boneka tersebut.

### **Alat Permainan Edukatif (APE)**

Alat Permainan Edukatif (APE) merupakan alat-alat permainan yang dirancang dan dibuat untuk menjadi sumber belajar anak-anak usia dini agar mendapatkan pengalaman belajar. Pengalaman ini akan berguna untuk meningkatkan aspek-aspek perkembangan anak yang meliputi aspek fisik/motorik, sosial, emosi, bahasa, moral dan kognitif. Alat Permainan Edukatif dapat mengoptimalkan perkembangan anak disesuaikan dengan usia dan tingkat perkembangannya. .

Aktivitas bermain bagi anak membutuhkan berbagai alat permainan yang mengandung unsur atau nilai edukatif. Alat permainan yang bersifat mendidik dalam pendidikan anak usia dini dikenal dengan istilah. Alat Permainan Edukatif (APE). Alat permainan edukatif (APE) menurut Ardini dan Lestarinigrum (2018) memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1. Alat permainan dapat merangsang siswa secara aktif berpartisipasi dalam proses bermain
2. Bentuk mainan *unstructured*
3. Mainan dibuat memiliki tujuan untuk pengembangan tertentu.

Manfaat mainan edukatif yakni (Suryadi, 2007):

1. Melatih kemampuan motorik

Mainan edukatif menstimulasi motorik halus diperoleh saat anak menjemput mainan, meraba, memegang dengan kelima jarinya, dan sebagainya, sedangkan rangsangan motorik kasar didapat anak saat menggerakkan mainannya, melempar, mengangkat dan sebagainya.

2. Melatih konsentrasi

Mainan edukatif bermanfaat untuk merangsang kemampuan anak, termasuk kemampuannya dalam berkonsentrasi. Anak yang menyusun puzzle berupaya untuk fokus pada gambar atau bentuk yang ada di depannya, sehingga anak tidak berlari-larian atau melakukan aktifitas fisik lain sehingga konsentrasinya bisa lebih tergal.

3. Mengembangkan konsep sebab akibat

Anak yang memasukkan benda kecil ke dalam benda yang besar, sehingga anak akan memahami bahwa benda yang lebih kecil bisa dimuat ke dalam benda yang lebih besar. Sedangkan benda yang lebih besar tidak bisa masuk ke dalam benda yang lebih kecil. Aktivitas tersebut merupakan pemahaman konsep sebab akibat yang sangat dasar.

4. Melatih bahasa dan wawasan

Permainan edukatif sangat baik bila diikuti dengan penuturan cerita yang akan memberikan manfaat tambahan buat anak, yakni meningkatkan kemampuan bahasa juga keluasan wawasan.

5. Mengenalkan warna dan bentuk

Permainan edukatif dapat memperkenalkan kepada anak tentang ragam atau variasi bentuk dan warna. Ada benda berbentuk kotak, segi empat, bulat, dengan berbagai warna, biru, merah, hijau dan lainnya.

## **Pembuatan Proposal Bermain pada Anak**

Proposal bermain pada anak tentu saja membuat perlu dipersiapkan dengan mempertimbangkan usia anak, tujuan permainan, waktu bermain, alat-alat yang digunakan, dan risiko dari permainan tersebut. Alat permainan edukatif (APE) berfungsi sebagai stimulasi terhadap seluruh aspek perkembangan anak, sebagai fungsi stimulasi tentu saja APE, Ardini dan Lestaringrum (2018) menyatakan perlu memperhatikan hal-hal berikut dalam mempersiapkan proposal permainan pada anak:

1. Ketepatan memilih alat permainan edukatif dengan usia anak.
2. Keamanan alat permainan edukatif bagi anak.
3. Besar kecilnya atau ukuran alat permainan edukatif sesuai usia anak.
4. Fungsi masing-masing alat permainan edukatif bisa spesifik terhadap aspek perkembangan yang akan dikembangkan.
5. Kualitas bahan alat permainan edukatif.
6. Kebersihan alat permainan edukatif,

**Daftar Pustaka**

- Ailwood, Jo. (2003). *Governing Early Childhood Education Through Play. Contemporary Issues in Early Childhood*. 4 (3) 286-299
- Ardini, Pupung Puspa.,&Lestarinigrum,Anik. (2018). *Bermain dan Permainan Anak Usia Dini (Sebuah Kajian Teori dan Praktik)*. Nganjuk: Penerbit Adjie Media Nusantara
- Desmita (2013). *Psikologi Perkembangan*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Elfiadi (2016). *Bermain dan Permainan Bagi Anak Usia Dini. Itqan, Vol. VII, No. 1, Januari - Juni 2016*
- Gee, Robyn., & Meredith, Susan.(1997). *Entertaining and Educating Your Preschool Child*. London : Osborn Publishing
- Rohmah, Naili. (2016). *Bermain Dan Pemanfaatannya Dalam Perkembangan Anak Usia Dini. Jurnal Tarbawi Vol. 13. No. 2. Juli-Desember 2016 ISSN: 2088-3102*
- Hayiou, Marianna E. &Thomas (2008). *Genetic And Environmental Influences On Earlyspeech, Language And Literacy Development. Journal of Communication Disorders 41 (2008) 397-408*
- Kartini, Kartono (1995). *Psikologi Anak (Psikologi Perkembangan)*. Bandung: CV Mandar Maju
- Mulyasa (2014). *Manajemen PAUD*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya
- Solehudin, M. (2010). *Bermain merupakan Sarana Yang Unik dan Alami bagi Perkembangan dan Belajar Anak. Jurnal Pendidikan*
- Santrock, John W (2012). *LifeSpan*. New York: Mac Graw Hill
- Suyadi (2014). *Teori pembelajaran Anak Usia Dini: dalam kajian Neurosains*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya

Suyanto, Slamet (2005). *Konsep Dasar PAUD*. Jakarta: DEPDIKBUD

Suryadi (2007). *Cara Efektif Memahami Perilaku Anak Usia Dini*. Jakarta: EDSA Mahkota

Tedjasaputra, Meyke (2001). *Bermain, Mainan dan Alat Permainan*. Jakarta: Gramedia Widiasarana Indonesia

### **Profil Penulis**



**Novita Maulidya Jalal, S.Psi.,M.Psi.,Psikolog**

Lahir di Ujung Pandang, Sulawesi Selatan, 10 November 1987. Penulis telah menikah dengan Miftah Idris, S.Hi., M.H, serta dikaruniai 2 orang anak yakni Abdullah dan Aisyah. Penulis menyelesaikan studi di Fakultas Psikologi Universitas Negeri Makassar, kemudian melanjutkan pendidikan di Magister Psikologi Profesi UGM Yogyakarta. Saat ini, menjadi Dosen di Fakultas Psikologi Universitas Negeri Makassar (UNM). Penulis menggeluti dan mengajar di bidang Psikologi Pendidikan, Psikologi Perkembangan, dan Psikologi Keluarga. Selain itu, penulis juga aktif melakukan Praktek kerja Profesi Psikolog, serta memberikan layanan kepada masyarakat berupa Psikoedukasi dan Training. Buku yang sudah diterbitkan antara lain Buku Ajar Psikologi Anak Berbakat (2018), Buku Saku Perkembangan Anak (2018), Buku Kekerasan Seksual pada Anak (2019), Buku Ajar Psikologi Perkembangan Anak (2021).

Email Penulis: [novitamaulidya@yahoo.com](mailto:novitamaulidya@yahoo.com)

# KONSEP IMUNISASI PADA ANAK

**Emirensiana Watu, S.Kep.,Ns.,M.Kep**  
AKPER St. Elisabeth Lela

## **Pengertian Dan Tujuan Imunisasi**

### 1. Pengertian

Imunisasi merupakan salah satu cara pencegahan penyakit menular khususnya pada Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) yang pemberiannya tidak hanya kepada bayi dan balita saja tetapi dapat diberikan juga untuk remaja dan dewasa (Kemenkes, 2016). Menurut Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, Imunisasi merupakan salah satu upaya untuk mencegah terjadinya penyakit menular yang merupakan salah satu kegiatan prioritas Kemnetrian Kesehatan sebagai salah satu bentuk nyata komitmen pemerintah untuk mencapai *Sustainable Development Goals* (SDGs) khususnya untuk menurunkan kematian pada anak.

Imunisasi bekerja dengan cara memberikan bakteri atau virus yang dilemahkan baik hidup ataupun mati untuk tubuh kita membentuk antibodi terhadap suatu penyakit tertentu. Program imunisasi ini diatur oleh Kemenkes RI yang mana pemerintah bertanggung jawab menetapkan sasaran jumlah penerima imunisasi, kelompok umur serta cara memberikan imunisasi pada sasaran (Probandari dkk,

2013). Imunisasi dasar wajib merupakan program nasional yang di canangkan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan mengurangi persebaran PD3I (Riptek, 2017).

Sejak Indonesia melaporkan kasus Covid-19 pertama pada bulan Maret 2020, cakupan imunisasi rutin untuk mencegah penyakit pada anak seperti campak, rubella dan difteri semakin menurun. Efek pandemi Covid-19 terhadap imunisasi, Kementerian Kesehatan dan UNICEF melakukan penilaian cepat pada April 2020, hasilnya menunjukkan bahwa 84 % dari semua fasilitas kesehatan (FASKES) melaporkan layanan imunisasi terganggu di kedua level yaitu Puskesmas dan Posyandu.

## 2. Tujuan Imunisasi

### a. Tujuan Umum

Turunnya angka kesakitan, kecacatan dan kematian bayi akibat PD3I

### b. Tujuan Khusus

- 1) Tercapainya cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) pada bayi sesuai target RPJMN
- 2) Tercapainya target *Universal Child Immunization*, yaitu cakupan imunisasi lengkap minimal 80 % secara merata pada bayi di 100% desa atau kelurahan
- 3) Tercapainya Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal (Insiden di bawah 1 per 1.000 kelahiran hidup dalam satu tahun)
- 4) Tercapainya target imunisasi lanjutan pada anak umur dibawah dua tahun dan anak usia sekolah dasar serta Wanita Usia Subur (WUS)



- 5) Tercapainya reduksi, eliminasi dan eradikasi penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi
- 6) Tercapainya perlindungan optimal kepada masyarakat yang akan bepergian ke daerah endemis penyakit tertentu
- 7) Terselenggaranya pemberian imunisasi yang aman serta pengelolaan limbah medis (*safety injection practise and waste disposal management*)

### **Sasaran Dan Manfaat Imunisasi**

#### 1. Sasaran Imunisasi

##### a. Sasaran imunisasi lanjutan

- 1) Sasaran anak Bawah Usia Dua Tahun (Baduta)

Data sasaran imunisasi lanjutan pada bulan baduta sama dengan jumlah *Surviving Infant* (SI) tahun lalu

- 2) Menentukan sasaran anak usia Sekolah Dasar (SD/ sederajat)

Pada setiap awal tahun ajaran, petugas Puskesmas meminta data jumlah anak sekolah SD/MI/ sederajat kepada Dinas Pendidikan Kabupaten/Kota dan kantor wilayah agama kabupaten/kota. Sedangkan untuk anak usia sekolah yang tidak bersekolah data dapat diperoleh dari Dinas Sosial kabupaten/Kota atau dengan melakukan pendataan langsung oleh kader di masyarakat.

3) Menentukan sasaran Wanita Usia Subur (WUS)

WUS yang diintervensi program imunisasi adalah semua wanita usia 15 sampai dengan 39 tahun termasuk ibu hamil. Sebelum memutuskan pemberian imunisasi Td kepada WUS perlu didahului dengan skrining untuk menentukan status T pada WUS yang bersangkutan. Menghitung estimasi sasaran WUS dapat menggunakan data yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan atau pemerintah daerah atau dengan menggunakan rumus  $21,9 \% \times \text{jumlah penduduk}$ .

b. Sasaran Imunisasi Tambahan

Sasaran imunisasi tambahan adalah kelompok (golongan umur) yang paling beresiko terkenanya kasus berdasarkan kajian epidemiologis. Jumlah sasaran didapatkan berdasarkan data yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan atau pemerintah daerah atau pendataan langsung.

c. Sasaran Imunisasi Khusus

Sasaran imunisasi khusus ditetapkan dengan keputusan tersendiri (misalnya jema'ah Ibadah Haji dan masyarakat yang akan pergi ke negara tertentu).

2. Manfaat Imunisasi

- a. Memperkuat sistem kekebalan tubuh
- b. Menekan angka kematian anak
- c. Mencegah kecacatan pada anak
- d. Memperbaiki tingkat kesehatan anak

## Jenis Dan Jadwal Imunisasi Pada Anak (Imunisasi Dasar Dan Lanjutan)

### 1. Imunisasi Rutin

#### a. Imunisasi dasar

Tabel 1 Jadwal pemberian Imunisasi

Umur	Jenis	Interval Minimal untuk jenis Imunisasi yang sama
0 – 24 jam	Hepatitis B	
1 Bulan	BCG, Polio 1	
2 Bulan	BCG- HB-Hib 1, polio 2	1 Bulan
3 Bulan	DPT- HB- Hib 2, Polio 3	
4 Bulan	DPT-HB-Hib 3, Polio 4, IPV	
9 Bulan	Campak	

### 2. Imunisasi Lanjutan

Tabel 2. Jadwal Imunisasi lanjutan pada Anak Bawah Dua Tahun

Umur	Jenis Imunisasi	Interval minimal setelah Imunisasi dasar
18 Bulan	DPT-HB_Hib Campak	12 bulan dari DPT- HB- Hib 3 6 bulan dari campak dosis pertama

Catatan :

- 1) Pemberian imunisasi lanjutan pada baduta DPT-HB\_Hib dan campak dapat diberikan dalam rentang usia 18 – 24 bulan

- 2) Baduta yang telah lengkap imunisasi dasar dan mendapatkan Imunisasi lanjutan DPT – HB- Hib dinyatakan mempunyai status Imunisasi T3

Tabel 3. Jadwal Imunisasi Lanjutan pada Anak Usia Sekolah Dasar

Sasaran	Imunisasi	Waktu Pelaksanaan
Kelas 1 SD	Campak DT	Agustus November
Kelas 2 SD	Td	November
Kelas 5 SD	Td	November

Catatan :

Anak usia sekolah dasar yang telah lengkap Imunisasi dasar dan Imunisasi lanjutan DPT-HB-Hib serta mendapatkan Imunisasi DT dan Td dinyatakan mempunyai status Imunisasi T5

### **Penyakit Yang Dapat Di Cegah Dengan Imunisasi**

Penyakit yang dapat dicegah dengan Imunisasi (PD3I) yaitu:

#### 1. Difteri

Penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Corynebacterium diphtheriae* yang mana penularan terjadi melalui kontak fisik dan pernafasan yang ditandai dengan gejala seperti: Radang tenggorokan, hilang nafsu makan, demam ringan, timbul selaput putih kebiru – biruan pada tenggorokan dan tonsil.

#### 2. Pertusis

Penyakit saluran pernapasan yang disebabkan oleh bakteri *Bordetella pertusis* (batuk rejan) yang ditularkan melalui percikan air liur (*droplet infection*) dari batuk atau bersin dengan gejala seperti pilek,

mata merah, bersin, demam, batuk ringan yang lama kelamaan menjadi parah dan menimbulkan batuk yang cepat dan keras.

### 3. Tetanus

Penyakit yang disebabkan oleh *Clostridium tetani* yang menghasilkan neurotoksin melalui kotoran yang ke dalam luka yang dalam dengan gejala awal seperti kaku otot pada rahang, disertai kaku pada leher, kesulitan menelan, kaku otot perut, berkeringat dan demam. Pada bayi terdapat gejala berhenti menetek (sucking) antara 3 sampai dengan 28 hari setelah lahir

### 4. Tuberculosis (TBC)

Penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* disebut juga batuk darah dengan penularan melalui pernafasan (bersin dan batuk). Gejala awal adalah badan lemah, penurunan berat badan, demam dan keluar kerigat pada malam hari. Sedangkan gejala selanjutya terjadi batuk terus menerus, nyeri dada dan (mungkin) batuk darah serta adanya gejala lain pada organ yang diserang.

### 5. Campak

Penyakit yang disebabkan oleh virus *myxovirusviridae measles* melalui percikan air liur dari bersin atau batuk penderita yang tandai dengan demam, bercak kemerahan, batuk, pilek, konjunctivitis (mata merah) dan koplik sopts dan gejala selanjutnya timbul ruam pada muka dan leher, kemudia menyebar ke tubuh dan tangan serta kaki.

### 6. Poliomielitis

Penyakit pada susunan saraf pusat yang disebabkan oleh virus polio tipe 1,2 atau 3 yang menyerang anak dibawah umur 15 tahun dan menderita lumpuh layu akut (*acute flaccid paralysis* = AFP) melalui kotoran

---

manusia (tinja) yang terkontaminasi yang di tandai dengan demam, nyeri otot dan kelumpuhan terjadi pada minggu pertama.

#### 7. Hepatitis B

Penyakit yang disebabkan oleh virus hepatitis B yang merusak hati (penyakit kuning). Penyakit ini biasanya terjadi penularan horizontal seperti: dari darah dan produknya, suntikan yang tidak aman, Transfusi darah, melalui hubungan seksual. Selain itu ada juga penularan vertikal seperti dari ibu ke bayi selama proses persalinan. Gejala dari Hepatitis B adalah seseorang merasa lemah, gangguan perut, gejala lain seperti flu, urin menjadi kuning, kotoran menjadi pucat, serta warna kuning bisa terlihat pada mata ataupun kulit.

#### 8. Hemofilus Influenza tipe b (Hib)

Salah satu bakteri yang dapat menyebabkan infeksi dibberapa organ, seperti meningitis, epiglottitis, pneumonia, artritis dan selulitis. Banyak menyerang anak di bawah usia 5 tahun, terutama pada usia 6 bulan- 1 tahun.

#### 9. HPV (Human Papiloma Virus)

Virus yang menyerang kulit dan membran mukosa manusia dan hewan yang mana virus ini ditular melalui hubungan kulit ke kulit, ditandai dengan gejala munculnya kutil dan juga menyebabkan infeksi yang menimbulkan lesi, ca serviks yang juga disebabkan oleh HPV melalui hubungan seks.

#### 10. Hepatitis A

Suatu penyakit yang disebabkan oleh virus dari kotoran atau tinja penderita selain itu juga dari melalui makanan (*fecal oral*) yang ditandai dengan kelelahan, mual dan muntah, nyeri perut atau rasa

---

tidak nyaman terutama didaerah hati, kehilangan napsu makan, demam, urin berwarna gelap, nyeri otot serta menguningnya kulit dan mata (*jaundice*).

### **Pedoman Pelaksanaan Imunisasi**

1. Ketentuan Ruang/tempat pelayanan Imunisasi posyandu pada masa pandemi Covid-19
  - a. Menggunakan ruang/tempat yang cukup besar dengan sirkulasi udara yang baik (dapat juga mendirikan tenda di lapangan terbuka). Bila menggunakan kipas angin, letakkan kipas angin di belakang petugas kesehatan agar arah aliran udara kipas angin mengalir dari tenaga kesehatan ke sasaran imunisasi.
  - b. Memastikan ruang atau tempat pelayanan imunisasi bersih dengan kebersihan sebelum dan sesudah pelayanan dengan caoran desinfektan.
  - c. Tersedia fasilitas mencuci tangan pakai sabun dan air mengalir atau *hand sanitizer*.
  - d. Atur meja pelayanan antar petugas agar menjaga jarak aman 1–2 meter
  - e. Ruang/tempat pelayanan imunisasi hanya untuk bayi dan anak sehat
  - f. Jika memungkinkan sediakan jalan masuk dan keluar terpisah bagi orang tua atau pengantar. Apabila tidak tersedia, atur agarsasaran imunisasi dan pengantar keluar dan masuk bergantian.
  - g. Sediakan tempat duduk bagi sasaran imunisasi dan orang tua atau pengantar untuk menunggu sebelum dan 30 menit sesudah imunisasi dengan jarak aman antar tempat duduk 1–2 meter. Atur agar tempat/ruang tunggu sasaran yang sudah

dan sebelum imunisasi terpisah. Jika memungkinkan tempat untuk menunggu 30 menit sesudah imunisasi di tempat terbuka.

2. Ketentuan Waktu Pelayanan Imunisasi
  - a. Tentukan jadwal atau jam pelayanan khusus imunisasi di Puskesmas yang terpisah dari layanan MTBS atau dewasa sakit. Atur agar pelayanan imunisasi dilaksanakan di ruang terpisah dari pelayanan MTBS.
  - b. Jam pelayanan tidak perlu lama dan batasi jumlah sasaran yang dilayani dalam satu kali sesi pelayanan.
  - c. Koordinasi dengan lintas program lainnya untuk memberikan pelayanan kesehatan lain bersamaan dengan imunisasi jika memungkinkan
  - d. Informasikan nomor telepon petugas kesehatan atau kader yang dapat dihubungi oleh orang tua atau pengantar untuk membuat jadwal janji atau temu imunisasi yang akan datang.
3. Pelayanan Imunisasi Melalui Puskesmas Keliling
  - a. Ketentuan Pelayanan Imunisasi
    - 1) Prinsip PPI dan menjaga jarak aman 1–2 meter
    - 2) Resiko transmisi penyakit COVID 19 yang sangat cepat dan tidak mudah dideteksi terutama pada karier simptomatik
    - 3) Pentingnya menjaga suhu dan mutu vaksin, logistik dan kit anafilatik untuk pelayanan imunisasi yang berkualitas
    - 4) Prinsip penyuntikan yang aman dan kemungkinan terjadi KIPI
    - 5) Biaya transportasi yang cukup besar



- 6) Jumlah dan lokasi sasaran : Bayi/baduta yang tidak datang saat pelaksanaan posyandu atau janji temu dengan tenaga kesehatan di Puskesmas atau fasilitas kesehatan lainnya dan Bayi/baduta di wilayah geografis sulit
4. Pencatatan dan pelaporan

Mekanisme pencatatan dan pelaporan pelaksanaan imunisasi rutin pada masa pandemi COVID-19 sama dengan pencatatan dan pelaporan pelaksanaan imunisasi rutin biasa sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi. Pencatatan pelayanan imunisasi rutin pada bayi, baduta dan wanita usia subur dilakukan di register kohort, register kohort anak balita dan pra sekolah dan register kohort ibu. Untuk pencatatan hasil imunisasi sebagai bukti yang dipegang oleh keluarga atau sasaran dapat menggunakan buku KIA atau buku pencatatan imunisasi lainnya. Hasil pencatatan imunisasi yang dilakukan dilaporkan secara berjenjang, mulai dari pukesmas, dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan propinsi, hingga Kementerian sesuai dengan batas waktu yang sudah ditentukan.

---

**DAFTAR PUSTAKA**

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesi. (2014). Buku Ajar Imunisasi.
- Kementerian Kesehatan. (2016). Situasi Imunisasi di Indonesia. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Petunjuk Teknis Pelayanan Imunisasi Pada Masa Pandemi COVID – 19. <https://www.who.int/docs/default-source/searo/indonesia/covid19/juknis-pelayanan-imunisasi-pada-masa-pandemi-covid-19.pdf?sfvrsn=cf2391f2>. Diakses pada Tanggal 12 Mei 2021.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Imunisasi Rutin pada Anak selama Pandemi COVID-19 di ndonesia: Persepsi Orang Tua dan Pengasuh. <https://www.unicef.org/indonesia/media/6166/file/Imunisasi%20Rutin%20pada%20Anak%20Selama%20Pandemi%20COVID19%20di%20Indonesia:%20Persepsi%20Orang%20tua%20dan%20Pengasuh.pdf>. Di akses pada tanggal 29 April 2021.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2004). Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi. <https://persi.or.id/wp-content/uploads/2020/11/kmk10592004.pdf>. Di akses pada tanggal 29 April 2021.
- Makarim. (2017). Kewajiban Imunisasi Dasar, Manfaat dan Keamanan. Riptek Vol II, No. 2, Tahun 2017. Hal. 87-96.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi. [http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk\\_hukum/PMK\\_No.\\_12\\_ttg\\_Penyelenggaraan\\_Imunisasi.pdf](http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No._12_ttg_Penyelenggaraan_Imunisasi.pdf). Diakses pada tanggal 13 Mei 2020.
- Probandari dkk. (2013). Keterampilan Imunisasi. Modul *Field Lab*. Edisi Revisi II.
-

## **Profil Penulis**



### **Emirensiana Watu, S.Kep.Ns.,M.Kep**

Penulis lahir di Wogo Kabupaten Ngada pada tanggal 30 Oktober 1991. Penulis menempuh pendidikan S1 Keperawatan pada tahun 2014 dan Ners di Universitas Nusa Nipa Maumere 2015. Penulis menyelesaikan studi S2 Keperawatan di Universitas Gadjah Mada pada tahun 2019. Saat ini penulis aktif sebagai Dosen Akademik Keperawatan St. Elisabeth Lela. Penulisan buku ini merupakan tulisan pertama dari penulis.

Email : [emirensiana702@gmail.com](mailto:emirensiana702@gmail.com)

## KONSEP KOMUNIKASI PADA ANAK

**Gabriel Mane, S.Fil.,Lic**  
AKPER St. Elisabeth Lela

### **Aspek Penting Komunikasi Pada Anak**

Anak adalah anugerah luhur dari Yang Kuasa kepada setiap keluarga. Pertumbuhan dan perkembangan seorang anak sangat ditentukan oleh proses komunikasi dan sosialisasi diri dengan semua orang yang dijumpainya baik di rumah maupun di lingkungan sekitarnya. Salah satu komponen tempat anak-anak mengalami perjumpaan dan komunikasi adalah para perawat di rumah sakit.

Seorang perawat yang dieprcayakan untuk menangani pasien anak harus memiliki kemampuan melakukan pendekatan dan komunikasi sesuai dengan karakteristik perkembangan usia anak. Komunikasi sebagai alat utama perawat dalam menyampaikan empati, rasa hormat dan tindakan keperawatan kepada anak dan keluarga. Komunikasi efektif merupakan hal yang sangat penting dan kunci suksesnya pemberian asuhan keperawatan kepada anak.

Perawat sebagai orang dewasa dalam berkomunikasi dengan anak harus berusaha melakukan komunikasi yang bisa dipahami anak, dan sebaliknya anak juga perlu

menggunakan bahasa atau isyarat-isyarat yang bisa dipahami orang dewasa. Dalam berkomunikasi dengan anak, orang dewasa harus memahami yang dipikirkan dan perasaan apa yang akan disampaikan anak serta berusaha memberikan pemahaman pada anak dengan bahasa yang tepat.

#### 1. Komponen Komunikasi Terapeutik Perawat Pada Anak

Beberapa aspek komponen komunikasi terapeutik yang perlu diketahui oleh perawat, antara lain:

##### a. Lingkungan dan jarak personal

Lingkungan dan jarak personal merupakan elemen dari komunikasi terapeutik perawat–klien. Sebelum menemui klien, perawat hendaknya menyiapkan lingkungan yang mendukung komunikasi efektif dengan klien. Misalnya memilih lingkungan yang tenang supaya dialog tidak terganggu. Perawat juga perlu menjaga jarak yang tepat dengan klien (tidak terlalu dekat dan tidak terlalu jauh). Jarak yang terlalu dekat dapat membuat klien tidak nyaman, jarak yang terlalu jauh dapat mengganggu komunikasi, misalnya suara tidak terdengar jelas. Karena itu, perawat perlu menyiapkan lingkungan yang nyaman dan jarak yang tepat.

##### b. Teknik komunikasi terapeutik

Perawat dalam melakukan komunikasi terapeutik dengan anak perlu memperhatikan beberapa teknik berikut ini:

###### 1) Mendengarkan

Mendengarkan adalah teknik dasar yang harus dimiliki seorang perawat dalam berkomunikasi dengan anak. Untuk menjadi pendengar yang

---

baik, perawat perlu menghindari gerakan tubuh yang mengganggu dan memusatkan perhatian kepada anak yang dirawat dengan mengarahkan pandangan kepada anak, menganggukkan kepala dan memberikan sentuhan yang tepat.

## 2) Perhatian

Perhatian adalah keutamaan yang harus dimiliki oleh perawat untuk menunjukkan bahwa perawat hadir baik secara fisik maupun jiwa. Perhatian yang demikian sangat penting agar pasien merasa dihargai dan dapat meningkatkan kepercayaan anak kepada perawat.

## 3) Klarifikasi

Klarifikasi adalah teknik komunikasi dengan mengulangi kata atau frase yang diucapkan oleh anak. Hal ini sangat berguna untuk menunjukkan perhatian perawat terhadap anak. Namun proses klarifikasi yang dilakukan perawat sama sekali tidak menawarkan interpretasi; hanya mendengar dan mengulangi kata-kata yang diucapkan oleh anak-anak.

## 4) Empati

Empati didefinisikan sebagai kapasitas untuk mengakui emosi yang sedang dialami oleh pasien anak dan menunjukkan bahwa perawat mengenali serta menghargai emosi anak.

## 5) Keterbukaan

Dalam berkomunikasi dengan anak, perawat perlu menunjukkan sikap terbuka, yaitu

memberikan respon dengan baik dan tidak beprasangka pada klien.

#### 6) Diam

Diam adalah sebuah teknik yang harus dilewati oleh pasien dalam berkomunikasi dengan anak. Teknik ini bertujuan agar perawat dan anak dapat berkomunikasi dengan dirinya sendiri, mengorganisir pikirannya dan memproses informasi terutama pada saat harus mengambil keputusan.

#### 7) Humor

Keceriaan adalah bagian dari kehidupan anak-anak yang harus dipahami dan diterapkan oleh perawat sehingga dapat mencairkan suasana yang kaku antara perawat dan anak. Teknik humor juga dapat membantu meminimalisir ketakutan atau ketegangan pada anak berhubungan dengan stress dan rasa sakit yang di alaminya.

#### 8) Sentuhan

Sentuhan adalah salah satu bentuk komunikasi non verbal yang sangat mendukung proses perawatan anak oleh pasien. Sentuhan makin memperdalam komunikasi verbal yang dilakukan demi mencapai kesembuhan terutama ketika anak-anak sedang dilanda oleh ketakutan atau kecemasan. Dengan sentuhan perawat dapat memahami kesedihan yang di rasakan oleh klien, misalnya dengan memegang tangan atau bahu klien. Penggunaan sentuhan ini memberikan multi pesan antara lain: empati,

ketulusan, keamanan, kenyamanan, dukungan dan penerimaan.

#### 9) Menyimpulkan

Menyimpulkan merupakan teknik yang bagus untuk membuktikan bahwa perawat memahami dengan benar apa yang dikatakan klien (Boyle, 2005). Demikian juga dalam berkomunikasi dengan anak, perawat perlu memberikan kesempatan kepada anak untuk klarifikasi dan kemudian menyimpulkannya.

#### c. Visualisasi

Visualisasi adalah proses rekayasa pengambilan gambar atau diagram untuk menampilkan suatu informasi. Perawat dalam asuhan keperawatan terhadap anak dapat memperjelas apa yang akan disampaikan kepada anak dengan menunjukkan gambaran. Misalnya perawat dapat menunjukkan gambar jarum suntik yang berbentuk kupu-kupu kepada anak, sehingga anak mendapatkan gambaran yang lebih jelas tentang jarum suntik dan tidak takut untuk disuntik.

#### d. Bahasa tubuh

##### 1) Kinesis

Perawat perlu mengetahui dan menafsirkan tanda-tanda kinetik pada anak yang sedang dirawat. Beberapa tanda-tanda yang sering muncul adalah mengepalkan tangan, alis mata berkerut, lengan dilipat, melihat jauh atau sering menelan air liur tanda gugup.

##### 2) Prosemik

Prosemik berkaitan dengan jarak antara perawat dan pasien. Dalam keperawatan anak,



perlu diperhatikan jarak vertikal maupun horizontal antara perawat dan anak. Misalnya, posisi perawat yang terlalu tinggi atau mata tidak sejajar dengan anak dapat memberikan kesan menakutkan bagi anak kecil. Karena itu perawat perlu mensejajarkan posisi dengan anak, dengan berlutut di samping tempat tidur atau duduk sejajar dengan anak.

### 3) Paralinguistik

Paralinguistik adalah karakteristik dari nada suara, volume dan penekanan. Misalnya, bisikan merupakan tanda kerahasiaan dan volume naik menandakan kemarahan. Perawat dapat mencocokkan kata-kata yang digunakan pasien dengan volume suaranya.

### 4) Otonom

Otonom adalah reaksi tubuh umumnya diluar kendali, misalnya klien terlihat pucat ketika shock atau takut; dan klien mengeluarkan airmata ketika bahagia.

### e. Waktu

Manusia adalah makhluk peziarah dalam peredaran waktu. Segala sesuatu berjalan dalam putaran waktu termasuk dalam proses perawatan terhadap anak-anak. Perawat dapat memanfaatkan waktu secara efisien namun tidak boleh tergoda untuk memangkas waktu perawatan terhadap anak-anak. Oleh karena itu, perawat perlu menyediakan waktu yang cukup untuk berkomunikasi secara efektif dengan anak, mendengarkan secara baik dan kemudian menyimpulkan secara tepat agar tidak

menimbulkan kesalahan yang fatal dalam merawat anak-anak.

### **Bentuk Komunikasi Pada Bayi Dan Anak**

Komunikasi pada bayi selalu berkaitan dengan proses pertumbuhan serta perkembangan bayi tersebut. Setelah bayi lahir, dia belum mampu menyampaikan keinginan melalui kata-kata dan komunikasi yang dilakukan melalui kode-kode. Komunikasi demikian disebut sebagai bentuk komunikasi pra bicara (*prespeech*) dan berlangsung selama tahun pertama kelahiran bayi dan berakhir seiring dengan perkembangan bayi atau anak ketika menunjukkan kematangan fungsi mental dan emosionalnya. Berikut ini akan diuraikan empat bentuk komunikasi prabicara.

#### 1. Tangisan

Tangisan bayi adalah komunikasi pertama yang disampaikan bayi kepada ibu serta lingkungan di sekitarnya. Melalui tangisan, bayi menyampaikan pesan dan mengharapkan tanggapan dari ibunya atau orang dewasa. Tangisan mengindikasikan beberapa keadaan yang harus segera ditangani antara lain lapar, dingin, panas, lelah dan kebutuhan untuk diperhatikan. Bayi hanya akan menangis bila ia merasa sakit atau tertekan dan frekwensi tangisan menurun pada usia 6 bulan karena keinginan & kebutuhan mereka cukup terpenuhi. Frekuensi tangis seharusnya menurun sejalan dengan meningkatnya kemampuan bicara kecuali ada hal-hal khusus yang dialami bayi. Perawat perlu mendalami berbagai arti tangisan bayi dan mengedukasi ibu untuk memenuhi kebutuhan bayi.

## 2. Ocehan dan Celoteh

Ocehan (*cooing*) atau celoteh (*babbling*) adalah bentuk komunikasi prabicara. Ocehan timbul karena bunyi eksplosif awal yang disebabkan oleh perubahan gerakan mekanisme 'suara'. Sementara itu, celoteh merupakan indikator mekanisme perkembangan otot saraf bayi. Ocehan biasanya terjadi pada bulan awal kehidupan bayi seperti: merengek, menjerit, menguap, bersin, menagis & mengeluh. Sebagian bayi mulai berceloteh pada awal bulan kedua, kemudian meningkat cepat antara bulan ke-6 & ke-8. Dalam perjalanan waktu, sebagian ocehan akan berkembang menjadi celoteh dan sebagian akan hilang. Manfaat celoteh pada perkembangan bayi adalah:

- a. Celoteh mempercepat ketrampilan berbicara.
- b. Celoteh mendorong keinginan berkomunikasi dengan orang lain.
- c. Berceloteh membantu bayi merasakan bahwa dia adalah bagian dari kelompok sosial.

## 3. Isyarat

Isyarat adalah gerakan anggota badan tertentu yang berfungsi sebagai pengganti atau pelengkap bicara. Bahasa isyarat membantu mempercepat komunikasi pada bayi dan anak usia dini. Beberapa contoh isyarat pada masa bayi:

- a. Mendorong puting susu dari mulut artinya kenyang
- b. Terseyum dan mengacungkan tangan yang berarti ingin digendong
- c. Menggeliat, meronta, menangis pada saat ibu mengenakan pakaiannya atau memandikannya

adalah ungkapan penolakan bayi terhadap pembatasan gerakannya.

#### 4. Ungkapan Emosional

Ungkapan emosional nampak melalui perubahan tubuh dan rona muka pada bayi dan anak. Beberapa contoh ungkapan emosional antara lain:

- a. Tubuh yang menegang atau gerakan tangan / kaki yang disertai jeritan dan wajah tertawa adalah bentuk ekspresi kegembiraan pada bayi.
- b. Menegangkan badan, gerakan membanting tangan / kaki, rona muka tegang dan menangis adalah ungkapan marah atau tidak suka.

### **Teknik Komunikasi Terhadap Anak**

Komunikasi memberi warna tersendiri dalam perjalanan hidup manusia. Manusia melakukan komunikasi sepanjang hidup yaitu sejak dalam rahim ibu sampai lansia dan bahkan sampai menjelang ajal. Sejak dalam kandungan anak berkomunikasi dengan ibunya dengan menendang dan melakukan pergerakan-pergerakan secara teratur, sementara itu, ibu atau bapak berkomunikasi dengan bayi dalam kandungan melalui elusan atau kecupan lembut pada perut ibu serta dengan sapaan lembut dekat perut ibu. Hal ini dilakukan dalam rangka membina hubungan sedini mungkin dengan anak untuk memberikan stimulasi komunikasi secara usia dini.

#### 1. Teknik-teknik komunikasi yang dapat digunakan pada pasien anak

##### a. Teknik Verbal

##### 1) Menggunakan kata pesan “saya”

Penggunaan kata pesan ‘saya’ lebih menunjukkan keterbukaan atau penerimaan

---

serta menghindari kesan menghakimi. Contohnya pesan 'saya': *“saya sangat memperhatikan jalannya pengobatan anda karena saya ingin pasien saya mencapai status kesehatan yang terbaik.*

2) Teknik orang ketiga

Teknik orang ketiga sangat cocok untuk usia infant dan toddler. Perawat dapat menggunakan orang terdekat seperti ayah atau ibu sebagai perantara dalam berkomunikasi. Teknik ini dianggap lebih bersahabat dan kurang mengancam dibandingkan dengan bertanya secara langsung kepada anak. Teknik ini membuat anak lebih merasa nyaman dan dapat mengungkapkan perasaannya secara lebih terbuka.

3) Respon fasilitatif

Respon fasilitatif merupakan upaya perawat dalam memberikan feedback terhadap ungkapan perasaan anak. Dalam memfasilitasi perawat harus mampu memberikan respon positif dan mengekspresikan perasaannya dengan tidak mendominasi percakapan. Gunakan teknik mendengar dengan perhatian, empati, dan cerminkan kembali pada pasien perasaan dan isi pernyataan yang mereka ungkapkan. Respon yang dilakukan oleh perawat tidak boleh menghakimi. Contoh: bila anak berkata, “Saya benci ketika perawat datang untuk memasang infus”. Respon fasilitatifnya adalah: “Kamu merasa tidak senang ya dengan yang dilakukan oleh perawat padamu, apakah kamu bisa menceritakan apa yang membuatmu tidak senang?”

## 4) Story telling

Bercerita adalah salah satu media komunikasi yang efektif dengan anak-anak karena anak-anak menyukai cerita. Dengan menggunakan cerita, harapannya pesan dapat diterima lebih mudah oleh anak. Namun perawat harus memperhatikan bahwa cerita yang disampaikan hendaknya sesuai dengan pesan yang akan disampaikan, yang dapat diekspresikan melalui tulisan maupun gambar. Perawat harus masuk dalam area berpikir anak dan menggunakan bahasa yang mudah dipahami anak.

## 5) Biblioterapi

Biblioterapi adalah pola komunikasi dengan menggunakan buku atau majalah. Perawat dapat menggunakan buku/majalah untuk membantu anak mengekspresikan perasaan, dengan menceritakan isi buku atau majalah yang sesuai dengan pesan yang akan disampaikan kepada anak. Penerapan teknik biblioterapi perlu memperhatikan beberapa hal ini:

- a) Mengkaji perkembangan emosi dan kognitif anak untuk dapat mengukur kesiapan anak dalam memahami pesan dari buku atau majalah.
- b) Mengetahui dan memahami isi buku serta pesan yang akan disampaikan.
- c) Memilih buku atau majalah yang sesuai dengan usia anak.
- d) Membacakan buku tersebut bila si anak tidak dapat membaca.

e) Bersama anak menggali makna buku atau majalah tersebut.

6) Dreams atau mimpi

Perawat dapat mengajak anak untuk menceritakan tentang mimpi indah atau mimpi buruk yang dialaminya selama dirawat di rumah sakit. Menggali bersama tentang kemungkinan arti mimpi tersebut untuk membantu anak dalam mengungkapkan perasaannya.

7) “*What if*” questions

Teknik ini dapat membantu anak menentukan pilihan pemecahan masalah yang dihadapinya. Contoh: “Bagaimana jika kamu sakit dan harus pergi ke rumah sakit?” Respons anak menunjukkan apa yang sudah mereka ketahui dan apa yang ingin mereka ketahui, pertanyaan ini juga member kesempatan untuk membantu anak mempelajari keterampilan koping, terutama pada situasi yang sulit.

8) Harapan

Setiap orang terlahir dengan sejuta harapan untuk dipenuhi dalam hidupnya. Harapan tersebut mengekspresikan keinginan, cita-cita dan tujuan hidupnya. Demikian juga yang terjadi dalam diri seorang anak. Harapan seorang anak dapat terungkap kalau perawat mampu menggantinya secara baik lewat komunikasi interpersonal antara perawat dan anak. Perawat dapat menggunakan pertanyaan sederhana ini: “*Ayo, sebutkan tiga hal yang kamu harapkan di dunia ini?*”

## 9) Menggunakan skala

Teknik skala digunakan untuk mengukur nyeri pada seorang anak. Perawat dapat menggunakan beberapa tipe skala peringkat yaitu angka, wajah sedih, sampai senang untuk rentang kejadian atau perasaan. Contoh skala nyeri; pada skala 1 sampai 10, dengan angka 10 adalah hari yang paling nyeri.

## 10) Melengkapi kalimat

Komunikasi dengan anak dapat menggunakan teknik melengkapi kalimat, agar anak lebih terlibat dalam komunikasi tersebut. Perawat menyiapkan pertanyaan dan meminta anak untuk melengkapinya. Beberapa contoh pernyataan tersebut sebagai berikut: “Minuman yang paling saya sukai adalah.....” atau “Warna yang paling saya sukai adalah.....”

11) *Pros dan cons* (Pro dan kontra/baik-buruk)

Teknik ini digunakan untuk mengetahui perasaan dan pikiran anak serta mengetahui pilihan positif dan negatif sesuai dengan pendapat anak. Contoh: “Ketika berada di rumah sakit”, sebutkan tiga hal yang baik dan tiga hal yang buruk.

## b. Teknik Non Verbal

## 1) Menulis

Teknik komunikasi menulis, digunakan perawat ketika berhadapan dengan anak-anak yang sudah lebih besar atau yang sudah dapat menulis dengan lancar. Anak dapat didampingi oleh perawat untuk mengungkapkan apa yang ia rasakan melalui tulisan pada buku atau diari.



## 2) Menggambar

Salah satu kesukaan anak-anak adalah menggambar atau melihat gambar. Media gambar ini, dapat digunakan oleh perawat untuk mengetahui pikiran dan perasaan anak. Karena melalui gambar anak-anak dapat proyeksikan apa yang ada dalam diri mereka.

## 3) Sulap

Komunikasi dengan anak dapat dilakukan juga dengan teknik sulap sederhana. Trik ini dapat memperlancar hubungan perawat dengan anak dan selanjutnya akan meningkatkan kepatuhan anak terhadap intervensi kesehatan serta memberikan distraksi efektif selama prosedur yang menyakitkan.

## 4) Bermain

Kehidupan anak-anak tak pernah terpisah dari dunia bermain. Melalui permainan tertentu, anak menunjukkan jati diri mereka. Bermain yang dimaksud disini adalah bermain terapeutik yang dapat memberikan manfaat pada regimen keperawatan, misalnya meniup balon untuk anak dengan asma. Perawat melalui arahan yang lebih spesifik, seperti memberi peralatan medis yang tidak berbahaya atau boneka untuk memfokuskan anak sehingga dapat melakukan tindakan keperawatan kepada anak.

## 2. Teknik komunikasi sesuai usia anak

### a. Bayi (0-1) Tahun

Anak usia 0-1 tahun adalah usia dimana anak-anak belum bisa berbicara. Komunikasi yang digunakan adalah komunikasi non verbal yaitu dengan menggerakkan tangan, kaki atau badan. Pada

---

usia ini, anak-anak merasa cemas dengan orang asing atau *stranger anxiety*. Sementara itu pada usia 1 tahun, anak mengeluarkan suara atau bunyi-bunyian yang belum terbentuk. Pada usia ini, anak senang meniru suara atau bunyi dari orang yang mengajaknya berbicara, dan mereka terlihat tersenyum atau melebarkan mata bila diajak berbicara. Cara komunikasi yang dapat dilakukan perawat terhadap anak berusia 0-1 tahun adalah dengan sering mengajaknya berbicara, tatap matanya saat berbicara, lakukan pengulangan kalimat sesering mungkin, segera merespons suara dan ekspresi anak, dan terus memberikan senyuman. Perawat harus selalu menampilkan wajah yang selalu tersenyum.

b. Usia 1-3 Tahun

Anak dengan usia 1-3 tahun sudah bisa berbicara walaupun kadang belum jelas. Misalnya menyebut kata 'bola' menjadi 'ola' atau 'makan' menjadi 'akan'. Pada usia ini juga mereka lebih sering menggunakan mimik wajah dan gerakan tubuh saat berbicara, misalnya melotot saat marah atau menunjuk barang yang diinginkannya. Komunikasi yang tepat yang dapat dilakukan perawat terhadap anak usia ini adalah dengan menyimak dengan baik saat anak berbicara, memberinya kesempatan untuk menyelesaikan kalimat saat berbicara, mencontohkan kata dan kalimat dengan benar, memberitahu nama-nama benda, situasi, dan keterangan yang ada di sekitarnya.

c. Usia 3-6 Tahun

Anak usia 3-6 tahun sudah dapat berbicara dengan jelas dan pembicaraan mereka dapat dipahami. Mereka sudah dapat berbicara dengan

menggunakan rangkaian kalimat pendek, misalnya 'saya mau minum'. Pada usia ini, perbendaharaan kosa kata mereka makin banyak dan mereka akan bertanya banyak hal tentang sebab-akibat. Misalnya, "Kenapa api itu panas atau kenapa saya harus minum obat?" Respon yang tepat dari para perawat adalah jangan membatasi mereka untuk bertanya dan berusaha memberikan jawaban yang dapat diterima oleh mereka. Selain itu memberikan kesempatan kepada mereka untuk bercerita banyak hal tentang apa yang ada dalam pikirannya.

### **Penerapan Komunikasi Sesuai Usia Anak**

Komunikasi yang efektif adalah komunikasi yang memperhatikan karakteristik orang-orang yang terlibat di dalamnya. Komunikasi dengan anak-anak harus mempertimbangkan tingkatan usia anak dengan segala proses perkembangan otak dan fungsi kognitifnya. Perkembangan ini berhubungan dengan kematangan atau kemampuan organ sensorik dalam menerima rangsangan atau stimulus internal maupun eksternal. Para perawat yang akan mengadakan komunikasi pada anak harus memperhatikan karakteristik yang berbeda-beda dan spesifik pada setiap tingkat perkembangannya.

#### **1. Penerapan komunikasi berdasarkan tingkatan usia**

##### **a. Penerapan Komunikasi pada bayi (0 – 1 tahun)**

Moment terindah komunikasi antara ibu dan bayi adalah saat setelah bayi dilahirkan dan ibu diizinkan menggendong si kecil dalam dekapannya. Bayi akan merasa nyaman dan tenang karena kontak fisik dengan orang yang paling dekat dengannya yaitu ibunya. Melalui komunikasi non verbal, bayi menyampaikan keinginannya kepada ibu dan dunia sekitarnya. Ketika mengalami hal yang tidak nyaman

misalnya kedinginan, lapar atau popok basah, bayi akan mengkomunikasikan lewat tangisan, sementara itu bila dia nyaman, dia akan menunjukkan tersenyum dan menggerak-gerakkan kaki serta tangannya. Bayi juga akan tersenyum dan kegirangan jika dia merasa kenyang dan akan menangis atau gelisah jika basah, buang air besar, digigit nyamuk atau kepanasan.

- b. Penerapan Komunikasi pada Kelompok Toddler (1–3 tahun) dan Pra Sekolah (3–6 tahun).

Kelompok toddler dan anak usia pra sekolah adalah anak yang sudah mampu berkomunikasi secara verbal maupun non verbal. Anak sudah mampu mengungkapkan keinginan atau menyatakan penolakan. Ciri utama kelompok ini adalah egosentris, dimana mereka melihat segala sesuatu hanya berhubungan dengan dirinya sendiri dan berdasarkan sudut pandangnya sendiri. Mereka belum mampu membedakan antara kenyataan dan fantasi, karena itu ketika berbicara mereka akan menambahkan dengan fantasi diri tentang obyek yang diceritakan. Para perawat dalam berkomunikasi dengan anak pada kelompok ini dapat memperhatikan beberapa hal berikut ini:

- 1) Membangun kedekatan dengan anak dan menyampaikan dengan lembut apa yang terjadi pada anak.
- 2) Membiarkan anak memegang alat pemeriksaan yang akan digunakan supaya ketakutan bisa dihilangkan dari pikiran mereka.
- 3) Ketika anak tidak langsung menjawab, harus mengulang dengan nada suara yang lembut dan raut wajah yang bersahabat serta penjelasan yang lebih sederhana. Dalam hal ini perawat juga tidak

boleh memaksa atau mendesak anak untuk segera menjawab

- 4) Mengalihkan aktivitas saat komunikasi dengan memberikan permainan kepada anak.
- 5) Menghindari konfrontasi langsung dan jangan menyentuh anak tanpa persetujuannya.
- 6) Untuk menghilangkan rasa cemas pada anak, mulailah interaksi dengan bersalaman.
- 7) Menggali pikiran dan perasaan anak dengan mengajaknya untuk menggambar, menulis atau bercerita.

c. Komunikasi Pada Usia Sekolah (7 – 11 tahun)

Usia sekolah adalah masa dimana anak sudah mampu berkomunikasi dan memahami penjelasan sederhana yang diberikan. Pada usia ini, anak akan banyak mencari tahu hal-hal baru dan berusaha menyelesaikan masalah yang dihadapinya berdasarkan pengetahuan yang dimilikinya. Pada tahapan usia ini, anak harus didampingi untuk berani mengajukan pendapatnya, mengekspresikan rasa takut, rasa heran dan rasa penasaran yang ada dalam dirinya. Para perawat harus memperhatikan implemetasi komunikasi dalam keperawatan melalui beberpa hal ini:

- 1) Dengan penuh kesabaran menjelaskan segala sesuatu yang ingin diketahui oleh anak.
- 2) Penjelasan yang diebrikan harus juga memperhatikan kemampuan bahasa mereka dan berusaha menggunakan kata-kata yang spesifik.
- 3) Anak-anak pada usia ini memiliki keingintahuan yang tinggi akan aspek fungsional dan prosedural

dari objek tertentu, karena itu perlu mnejlaskannya secara baik.

- 4) Perawat tidak boleh menyakiti atau mengancam karena hal itu akan membuat anak tidak mampu berkomunikasi secara efektif.

## 2. Strategi komunikasi Berdasarkan Tingkat Perkembangan Usia

### a. Tahap usia bayi

Sebagaiman diketahui bahwa bayi belum mampu berkomunikasi secara verbal. Karena itu pada usia ini teknik komunikasi yang digunakan lebih banyak adalah teknik komunikasi non-verbal, yaitu senyuman, sentuhan mendekap, dan menggendong. Para perawat dapat menggunakan orang tua sebagai fasilitator untuk berkomunikasi dengan bayi karena pada tahap ini salah satu ciri yang melekat adalah stanger anxiety. Pada tahap ini, teknik komunikasi verbal bisa digunakan tetapi terbatas pada kata-kata awal seperti ba-ba, da-da, ma-ma dan lain sebagainya.

### b. Tahap usia dini/ toddler dan pra sekolah

Usia dini dan usia pra sekolah adalah usia dimana anak sudah mampu menguasai banyak kosa kata. Karena itu perawat dapat lebih banyak menggunakan teknik verbal. Pada usia ini, anak-anak memiliki sifar egosentris dan rasa ingin tahu yang tinggi. Oleh karena itu perawat perlu memberitahukan segala sesuatu yang terjadi pada dirinya dan semua tindakan yang akan dilakukan padanya. Gaya bicara juga harus meyakinkan dengan kalimat yang singkat, jelas, dan spesifik, serta menggunakan kata-kata sederhana dan konkret. Posisi tubuh yang terbaik dalam

berkomunikasi dengan anak usia ini adalah sejajar dengan pandangan mata anak. Hindarilah ekspresi yang mengganggu kenyamanan mereka seperti tertawa atau tersenyum saat melakukan tindakan keperawatan yang menimbulkan rasa nyeri pada anak, misalnya ambil darah dan lain-lain.

c. Tahap usia sekolah

Anak usia sekolah sudah mampu berkomunikasi secara lebih baik daripada anak-anak usia sebelumnya. Mereka sangat peka terhadap stimulus yang dirasakannya akan mengancam keutuhan tubuhnya. Oleh karena itu, ketika melakukan perawatan hendak melakukan tindakan keperawatan, anak akan bertanya mengapa dilakukan, untuk apa, dan bagaimana caranya dilakukan?. Terhadap pertanyaan-pertanyaan tersebut, perawat perlu menjelaskan prosedurnya dengan mendemonstrasikan pada anak terlebih dahulu. Misalnya, ketika akan menyuntik, perawat memperagakannya terlebih dahulu pada boneka dan meyakinkan mereka bahwa tidak berbahaya. Perawat juga harus menggunakan bahasa yang dapat dimengerti oleh anak.

**Daftar Pustaka**

- Arnold, E. C., & Boggs, K. U. (2019), *Interpersonal Relationships: Professional Communication Skills for Nurses*.
- Aziz, Alimul (2008), *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak I*, Jakarta: Salemba Medika.
- Damaiyanti, Mukhriyah (2010), *Komunikasi Terapeutik dalam Praktik Keperawatan*, Bandung: PT Refika Aditama.
- Gordon, H. S., Street Jr, R. L., Sharf, B. F., Kelly, P. A., & Soucek, J. (2006), *Racial differences in trust and lung cancer patients' perceptions of physician communication*, *Journal of clinical oncology*, 24 (6), 904-909.
- Dalawi, E., Rochimah, G., Roselina, E., Banon, Endang (2009), *Buku Saku Komunikasi Keperawatan*, Jakarta: Trans InfoMedia.
- Hidayat, A. Aziz Alimul (2009), *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 2*, Jakarta: Salemba Medika.
- Machfoedz, Ircham (2009), *Komunikasi Keperawatan (Komunikasi Terapeutik)*, Yogyakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo (2001), *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Jakarta: Rineka Cipta
- Nurhasanah, Nunung (2009), *Ilmu Komunikasi dalam Konteks Keperawatan*, Jakarta: TIM



## Profil Penulis



### **Gabriel Mane, S.Fil.,Lic**

Penulis lahir di Nangaroro- Nagekeo pada tanggal 13 Februari 1976. Penulis adalah seorang Imam Projo Keuskupan Maumere, yang sehari sehari bekerja sebagai Formator di Seminari Tinggi Interdiokesan St. Petrus Ritapiret dan juga dosen di Akademi Keperawatan St. Elisabeth Lela. Setelah menamatkan Pendidikan Menengah di SMA Seminar St. Yohanes Brechmans Mataloko (1995), beliau melanjutkan Studi Filsafat dan Teologi di STFK Ledalero (2005). Pada tahun 2016 beliau menyelesaikan Pendidikan Magister Teologi Moral di Universitas Urbaniana Roma - Italia.

Email: [manerdgabriel@gmail.com](mailto:manerdgabriel@gmail.com)

## TOILET TRAINING PADA ANAK

**Ari Damayanti Wahyuningrum, S.Kep.,Ns.,M.Kep**  
STIKES Widyagama Husada

### **Pengertian Toilet Training**

Toilet training merupakan usaha untuk melatih agar anak mampu mengontrol dalam melakukan buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB) secara benar dan teratur (Foxx, 2019). Latihan ini termasuk dalam perkembangan psikomotorik karena membutuhkan kematangan otot-otot daerah panggul (Joinson, 2019).



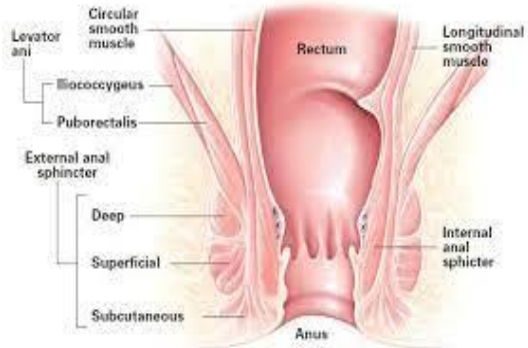
Gambar 1. Toilet training

<https://images.app.goo.gl/GBEETHj3bQNYxw7JA>

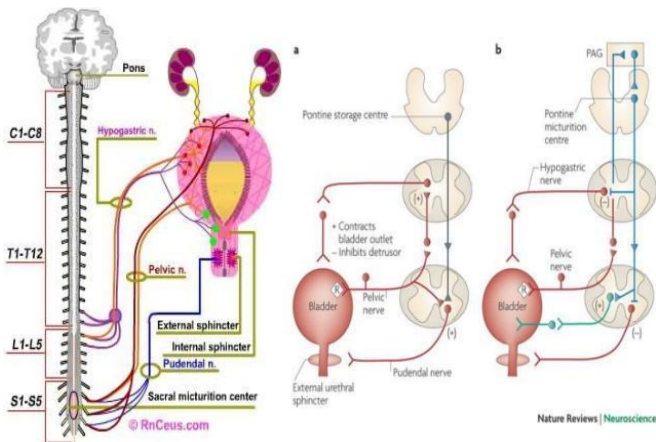
Saat yang tepat untuk dimulai latihan toilet training pada saat anak mulai dapat berjalan, dapat dimulai pada usia 12 bulan. Toilet training merupakan latihan moral yang pertama kali diterima anak dan sangat berpengaruh pada perkembangan anak selanjutnya untuk peningkatan

kemandirian pada tahap perkembangan anak usia 1-3 tahun (Slater, Jones and Procter, 2019). Usia 1-3 tahun anak berada pada tahap anal stage yaitu kepuasan anak berfokus pada lubang alat genital (vagina dan anus). Anak juga dapat menunjukkan beberapa bagian tubuhnya dan menyusun dua kata dan mengulang kata-kata baru yang didengar (Saral and Ulke-Kurkcuoglu, 2020). Anak usia toddler 1-3 tahun berada pada fase anak ditandai dengan berkembangnya kepuasan (kateksis) dan ketidakpuasan (antikateksis) disekitar fungsi eliminasi. Kepuasan ini bersifat egosentris artinya anak mampu mengendalikan sendiri fungsi tubuhnya (Flora, Rach and Brown, 2020). Hal yang perlu diperhatikan pada fase anal yaitu anak mulai menunjukkan sifat egosentris (memikirkan diri sendiri) dan sifat narsistik (kecintaan pada diri sendiri). Tugas perkembangan yang penting pada fase anal tepatnya pada saat anak usia 2 tahun adalah latihan kontrol buang air (toilet training) agar anak dapat buang air secara benar (Wyndaele, 2020).

Anak usia toddler pada usia 1-3 tahun merupakan masa golden age period merupakan masa kritis memerlukan stimulasi untuk mencapai potensi anak dapat berkembang secara optimal sesuai tahap perkembangannya (Netto, 2020). Salah satu tugas perkembangan yaitu untuk mengontrol kemampuan ingin berkemih dan defekasi, kemampuan mengenali defekasi lebih cepat dari pada kemampuan mengenali bekemih dikarenakan maturasi spinter ani lebih cepat dari pada maturasi spinter urin. Melalui stimulasi toilet training anak akan belajar mengendalikan keinginan untuk buang air kecil dan besar sehingga mereka menjadi terbiasa menggunakan toilet secara mandiri (Hussain, 2017).



Gambar 2. Spinter ani  
<https://images.app.goo.gl/vrAfSyYWr268Du659>



Gambar 3. Spinter urin  
<https://images.app.goo.gl/RmjaoZNUZAegJ7HX8>

### Syarat Toilet Training

Syarat toilet traning pada anak antara lain:

#### 1. Kesiapan fisik

Kesiapan fisik merupakan tanda bahwa anak mampu untuk mengontol buang air yang ditandai sebagai berikut:

- a. Adanya ekspresi yang menandakan anak sedang menahan buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB).
  - b. Popok diapres kering saat bangun tidur atau setelah 2 jam pemakaian diapers.
  - c. Tidak buang air besar (BAB) di malam hari.
  - d. Buang air besar (BAB) terjadi pada waktu yang sama setiap harinya atau pada waktu yang tidak dapat diprediksi.
  - e. Anak mampu melepas dan memakai pakaian serta anak mampu berkomunikasi secara sederhana dengan orang tua tentang pemakaian toilet.
2. Kesiapan emosional
- Kesiapan emosional yang diekspresikan anak kepada orang tua atau pengasuhnya antara lain:
- a. Menunjukkan tanda ketidaknyamanan ketika popok diapersnya basah atau kotor dengan minta ganti yang baru.
  - b. Lebih memilih memakai celana dalam berbahan kain dari pada popok diapers
  - c. Menunjukkan ketertarikan ketika orang tua atau pengasuh memakai kamar mandi.
  - d. Memberitahu orang tua atau pengasuh ketika anak saat merasa ingin buang air
  - e. Menghentikan aktifitasnya atau menjauh dari orang lain ketika sadar bahwa dirinya ingin buang air meskipun sedang memakai popok diapres.
  - f. Bersemangat mengikuti seluruh proses toilet training. (Solarin *et al.*, 2017)

## **Tahapan Toilet Training**

Tahapan toilet training pada anak dengan membiasakan menggunakan toilet dan duduk di spulhock meskipun dengan pakaian lengkap dan jelaskan kegunaan toilet agar anak dapat beradaptasi dan lakukan secara rutin kepada anak ketika anak terlihat ingin buang air besar maupun buang air kecil (Grzeda, 2017). Anak dibiarkan duduk di toilet pada waktu tertentu setiap hari  $\pm$  20 menit setelah bangun tidur dan sesudah makan. Anak sesekali enkopresis (mengompol) dalam masa toilet training merupakan hal yang normal, apabila berhasil melakukan toilet training hendaknya orang tua memberikan pujian dan jangan menyalahkan anak apabila anak belum dapat melakukan dengan baik (Li, 2020).

Prinsip tahapan toilet training antara lain:

1. Melihat kesiapan anak

Orang tua harus mengetahui kapan waktu yang tepat bagi anak untuk dilatih buang air besar dan buang air kecil dengan memperhatikan kesiapan anak dalam toilet training.

2. Persiapan dan perencanaan

Tahap persiapan yang dilakukan orang tua yaitu gunakan istilah yang mudah dimengerti oleh anak tentang perilaku yang menunjukkan perilaku ingin buang besar maupun buang air kecil. Orang tua dapat memperlihatkan penggunaan toilet pada anak sebab pada usia ini anak cepat meniru perilaku orang tua, hendaknya orang tua segera mengganti celana anak bila basah karena enkopresis (mengompol) atau terkena kotoran sehingga anak akan merasa risih bila memakai celana basah dan kotor. Meminta anak untuk memberitahu atau menunjukkan bahasa tubuhnya apabila ingin buang air besar maupun kecil

dan bila anak mampu mengendalikan kontrol berkemih dan buang air besar berikan reward berupa pujian. (Saral and Ulke-Kurkcuglu, 2020).

Tahap perencanaan yang dilakukan orang tua antara lain:

- a. Mendiskusikan tentang toilet training dengan anak

Orang tua menunjukkan dan menekankan bahwa pada anak bayi memakai diapers dan anak besar memakai celana dalam, dapat membacakan cerita tentang cara yang benar dan tepat ketika buang air.

- b. Menunjukkan penggunaan toilet

Orang tua melakukan sesuai dengan jenis kelamin anak (ayah dengan anak laki-laki dan ibu dengan anak perempuan), orang tua juga dapat meminta kakaknya untuk menunjukkan pada adiknya tentang cara menggunakan toilet dengan benar sesuai jenis kelamin.

- c. Membeli pispot sesuai kenyamanan anak

Pispot anak digunakan untuk melatih anak sebelum ia bisa dan terbiasa duduk di toilet. Anak bila langsung menggunakan toilet dewasa ada kemungkinan anak akan takut karena lebar dan terlalu tinggi untuk anak atau tidak merasa nyaman. Pispot disesuaikan dengan kebutuhan anak, diharapkan anak akan terbiasa terlebih dahulu buang air di pispotnya kemudian diarahkan ke toilet sebenarnya. Orang tua ketika membeli pispot hendaknya melibatkan anak agar dapat menyesuaikan dudukan pispotnya atau dapat memilih warna, gambar dan bentuk yang disukai anak.

d. Pilih dan rencanakan pemberian reward

Reward diberikan ketika anak menunjukkan kemajuan dan dapat mengerjakan apa yang diinformasikan oleh orang tuanya agar menambah rasa mandiri dan percaya diri. Sistem reward dapat berupa ucapan pujian, pemberian pelukan, tepuk tangan, stiker yang diberikan pada anak akan capaian keberhasilannya.

3. Toilet training

Proses toilet training antara lain

a. Membuat jadwal untuk anak

Orang tua dapat menyusun jadwal kapan waktu yang tepat, dapat memilih waktu selama 4 kali dalam sehari untuk melatih yaitu pagi, siang, sore dan malam.

b. Melatih anak duduk di pispotnya

Anak dibiasakan duduk di pispotnya dan ceritakan bahwa pispot digunakan sebagai tempat membuang kotoran, orang tua dapat memberikan reward ketika anak dapat duduk di pispotnya 2-3 menit misalnya ketika anak dapat menggunakan pispotnya untuk buang air kecil (BAK) atau buang air besar (BAB).

c. Orang tua menyesuaikan jadwal yang telah dibuat dengan kemajuan yang dibuat oleh anak

Orang tua menyesuaikan jadwal yang dibuat dengan kemajuan yang diperlihatkan oleh anak, misalnya hari ini anak pukul 09.00 pagi buang air kecil (BAK) di popoknya maka besok pukul 08.30 pagi atau bila orang tua melihat beberapa jam setelah buang air kecil (BAK) yang terakhir tetap kering bawalah anak ke pispot untuk buang air



kecil (BAK). Hal yang terpenting yaitu pro aktif orang tua membawa anak duduk di pispot beberapa menit.

d. Membuat bagan kemajuan

Kemajuan yang dapat dicapai anak dapat diberikan reward berupa stiker lucu berkarakter dan berwarna, orang tua meminta anak untuk menempel stiker. Anak akan mengetahui bahwa telah banyak kemajuan yang di buat dan orang tua mengatakan bangga atas usaha yang telah dilakukan anak. (Tatlow-Golden, 2017).

### **Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesiapan Toilet Training**

Faktor-faktor yang mempengaruhi kesiapan anak dalam melakukan toilet training antara lain:

1. Minat

Minat merupakan sesuatu dengan apa anak mengidentifikasi kebenaran pribadinya. Minat tumbuh dari tiga jenis pengalaman belajar antara lain ketika anak-anak menemukan sesuatu yang menarik perhatian mereka, anak belajar melalui identifikasi dengan orang yang dicintai atau dikagumi dengan mengambil minat orang lain dan pola perilaku anggota keluarga, berkembang melalui bimbingan dan pengarahan yang mahir menilai kemampuan anak. Perkembangan kemampuan intelektual memungkinkan anak menangkap perubahan-perubahan pada tubuhnya sendiri dan perbedaan antara tubuhnya dengan teman dengan orang dewasa sehingga dengan adanya bimbingan dan arahan orang tua sangat memungkinkan seorang anak dapat melakukan toilet training sesuai harapan.

## 2. Pengalaman

Pengalaman merupakan sumber pengetahuan atau suatu cara untuk memperoleh cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang telah diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa lalu.

## 3. Lingkungan

Lingkungan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terhadap pembentukan dan perkembangan perilaku individu baik lingkungan fisik maupun lingkungan sosio-psikologis termasuk didalamnya adalah belajar.

(Albaramki, Allawama and Yousef, 2017).

## 4. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam toilet training

### a. Berikan penghargaan

Anak berhasil menahan buang air kecil, berilah penghargaan pada anak sehingga anak memahami tujuan dari toilet training yang sedang dilaksanakannya.

### b. Jangan marah atau memberi hujatan pada anak

Orang tua hendaknya menahan amarah apabila anak belum bisa menahan kencing atau enkopresis (mengompol), terkadang orang tua terlalu memaksakan anak agar dapat segera buang air dengan benar.

### c. Jelaskan pada anak tentang toilet training

Orang tua perlu menjelaskan kepada anak apabila umurnya sudah harus buang air di tempatnya dengan benar dan tidak lagi memerlukan popok diapers.

d. Perhatikan siklus buang air

Orang tua memperhatikan siklus buang air anak, maka dengan begitu pelatihan buang air dapat berjalan dengan baik dan lancar tanpa adanya paksaan dari orang tua.

e. Gunakan kursi toilet

Kursi toilet digunakan sebagai panjatan anak menuju toilet yang lebih tinggi dan pijakan saat duduk di toilet untuk menjaga keamanan anak jika sedang tidak diawasi dan perasaan mengendalikan diri sendiri yang dimiliki anak.

f. Menjaga kebersihan

Menjaga keseimbangan saat buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK) ada kemungkinan anak akan menggunakan tangannya sebagai tumpuan pada toilet sehingga toilet harus dibersihkan terlebih dahulu selain itu anak dibiasakan cuci tangan dan berdiri dengan pijakan bangku.

g. Jangan paksaan melakukan toilet training bila anak belum siap

Pada anak yang belum siap secara fisik, emosional atau anak berkebutuhan khusus jangan memaksakan melakukan toilet training secara dini, hal ini dapat menyebabkan tidak optimal dalam melakukan toilet training dan menjadikan anak trauma. (Gaither *et al.*, 2018).

---

**Daftar Pustaka**

- Albaramki, J. H., Allawama, M. A. and Yousef, A. M. F. (2017) 'Toilet training and influencing factors that affect initiation and duration of training: A cross sectional study', *Iranian Journal of Pediatrics*, 27(3), pp. 0–4. doi: 10.5812/ijp.9656.
- Flora, S., Rach, J. and Brown, K. (2020) "Errorless" toilet training: "The potty party", *International Electronic Journal of Elementary Education*, 12(5), pp. 453–457. doi: 10.26822/iejee.2020562135.
- Foxx, N. H. A. and R. M. (2019) *Toilet Training in Less than a Day*. First Gall. New York: NY : Gallery Books.
- Gaither, T. W., Cooper, C. S., Kornberg, Z., Baskin, L. S., & Copp, H. L. (2018). Risk factors for the development of bladder and bowel dysfunction. *Pediatrics*, 141(1).
- Grzeda, M. T., Heron, J., Tilling, K., Wright, A., & Joinson, C. (2017). Examining the effectiveness of parental strategies to overcome bedwetting: an observational cohort study. *BMJ open*, 7(7).
- Hussain, F., Luby, S. P., Unicomb, L., Leontsini, E., Naushin, T., Buckland, A. J., & Winch, P. J. (2017). Assessment of the acceptability and feasibility of child potties for safe child feces disposal in rural Bangladesh. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 97(2), 469-476.
- Joinson, C., Grzeda, M. T., von Gontard, A., & Heron, J. (2019). A prospective cohort study of biopsychosocial factors associated with childhood urinary incontinence. *European child & adolescent psychiatry*, 28(1), 123-130.
- L Li, X., Wen, J. G., Shen, T., Yang, X. Q., Peng, S. X., Wang, X. Z., ... & Du, Y. K. (2020). Disposable diaper overuse is associated with primary enuresis in children. *Scientific reports*, 10(1), 1-9.

- Netto, M. B., Paula, J. C. D., Bastos, C. R., Soares, D. G., Castro, N. C. T. D., Sousa, K. K. D. V., ... & Bessa Jr, J. D. (2021). Personal and familial factors associated with toilet training. *International braz j urol*, 47(1), 169-177.
- Saral, D. and Ulke-Kurkcuoglu, B. (2020) 'Toilet training individuals with developmental delays: A comprehensive review', *International Journal of Early Childhood Special Education*, 12(1), pp. 120-137. doi: 10.20489/intjecse.728240.
- Slater, J., Jones, C. and Procter, L. (2019) 'Troubling school toilets: resisting discourses of "development" through a critical disability studies and critical psychology lens', *Discourse*, 40(3), pp. 412-423. doi: 10.1080/01596306.2017.1316237.
- Solarin, A. U., Olutekunbi, O. A., Madise-Wobo, A. D., & Senbanjo, I. (2017). Toilet training practices in Nigerian children. *South African Journal of Child Health*, 11(3), 122-128.
- Tatlow-Golden, M., O'Farrelly, C., Booth, A., & Doyle, O. (2017). "Bursting" to Go and Other Experiences: Children's Views on Using the Toilet in the First School Year. *The Journal of School Nursing*, 33(3), 214-222.
- Wyndaele, J. J., Kaerts, N., Wyndaele, M., & Vermandel, A. (2020). Development Signs in Healthy Toddlers in Different Stages of Toilet Training: Can They Help Define Readiness and Probability of Success?. *Global Pediatric Health*, 7, 2333794X20951086.

## Profil Penulis



**Ari Damayanti Wahyuningrum, S.Kep., Ners.,  
M.Kep**

Ketertarikan penulis terhadap bidang keperawatan dimulai pada tahun 1998. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Perawat Kesehatan Sutomo Surabaya tahun 1998 dan lulus tahun 2001. Melanjutkan pendidikan D3 Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Malang tahun 2002 dan lulus 2005. Melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan Universitas Brawijaya tahun 2006 dan lulus tahun 2009. Melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan Universitas Airlangga tahun 2010 dan lulus 2013. Ongoing tahun 2021 pendidikan Doktor Keperawatan di Universitas Airlangga.

Pengalaman kerja penulis sebagai perawat pelaksana di RSUD.Prof.Dr.Sukandar Mojokerto tahun 2005-2007, Dosen Keperawatan di STIKES Widyagama Husada Malang 2009-Sekarang, owner rumah khitan sehat dengan menekuni bidang sirkumsisi pada pediatric sejak 2013-sekarang. Penulis memiliki kepakaran dibidang Keperawatan Anak sejak 2009 dan tergabung dalam keanggotaan Ikatan Perawat Anak Indonesia (IPANI) Jatim dan keanggotaan Perawat di Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Jatim. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan telah didanai oleh internal perguruan tinggi dan Kemenristek DIKTI. Penulis aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi pembaca, bangsa dan negara.

Email Penulis: [damayantiari1982@gmail.com](mailto:damayantiari1982@gmail.com)

## PENILAIAN RISIKO JATUH PADA ANAK

**O. DIANA SUEK, MKep, Ns Sp. Kep An**

Jurusun Keperawatan Kupang-Poltekkes Kemenkes Kupang

### **Pengertian Risiko Jatuh Pada Anak**

Jatuh adalah bagian normal dari cara seorang anak berkembang - belajar berjalan, memanjat, berlari, melompat, dan menjelajahi lingkungan fisik. Untungnya, sebagian anak jatuh berkali-kali dalam hidup mereka tanpa mengalami lebih dari beberapa luka dan memar. Tapi beberapa kejadian jatuh dapat beresiko buruk, menjadikannya penyebab terbesar keempat dari kematian akibat cedera yang tidak disengaja untuk anak-anak. Jatuh adalah jenis cedera masa kanak-kanak yang paling umum dijumpai di unit gawat darurat, terhitung antara 20 - 25 % dari kunjungan balita sakit pada fasilitas perawatan kesehatan di seluruh dunia. Jatuh memiliki risiko berat yaitu cedera kepala sehingga pencegahan cedera akibat jatuh menjadi fokus penting dari upaya keselamatan anak di seluruh dunia.

Jatuh atau *Fall* merupakan suatu peristiwa seseorang mengalami jatuh dengan atau tanpa sengaja yang mengarah ke lantai/ tanah yang dapat mencedera dirinya (WHO, 2008). Pasien jatuh di rumah sakit merupakan insiden yang sering terjadi dan dapat mengakibatkan cedera serius bahkan kematian. Pencegahan risiko jatuh

merupakan sasaran keselamatan pasien keenam dan penting untuk dilakukan karena pasien jatuh menjadi suatu insiden yang sangat mengkhawatirkan pada seluruh pasien rawat inap dan menjadi *adverse event* kedua terbanyak dalam perawatan kesehatan setelah kesalahan pengobatan (JCI, 2015 & KARS, 2012).

Insiden pasien jatuh di rumah sakit Amerika Serikat dilaporkan sebanyak 700.000 sampai 1.000.000 orang mengalami jatuh setiap tahun. Di Indonesia data terkait insiden pasien jatuh berdasarkan laporan dari kongres XII PERSI pada tahun 2012 menunjukkan bahwa insiden pasien jatuh termasuk ke dalam tiga besar insiden medis rumah sakit dan menduduki peringkat kedua setelah *medicine error*. Data dari laporan tersebut memperlihatkan bahwa sebanyak 34 kasus atau setara 14% insiden jatuh di Rumah Sakit di Indonesia (PERSI, 2012). Hal ini membuktikan bahwa insiden pasien jatuh masih tinggi dan masih jauh dari standar akreditasi yang menyatakan untuk insiden pasien jatuh diharapkan tidak terjadi di rumah sakit atau 0% kejadian.

### **Pengkajian Risiko jatuh Pada Anak**

Jatuh adalah penyebab utama cedera otak traumatis dengan risiko gejala sisa jangka panjang yang signifikan, terutama di kalangan anak kecil. Asia Tenggara dan negara-negara berpenghasilan rendah di Mediterania Timur dan Pasifik Barat memiliki tingkat kecelakaan fatal tertinggi dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien anak perlu adanya sarana pelayanan Kesehatan yang diharapkan tidak merugikan pasien, salah satunya risiko jatuh pada anak saat dirawat di rumah sakit. Oleh karena itu, pengkajian risiko jatuh menjadi penting dan diharapkan dapat mengidentifikasi besar risiko dan membantu dalam menetapkan intervensi lanjutan.



Perawat membutuhkan pemahaman yang lebih tentang program pencegahan risiko jatuh. Ketidaktahuan perawat tentang program pencegahan risiko jatuh inilah yang dapat mengakibatkan perawat tidak melaksanakan program pencegahan risiko jatuh tersebut yang salah satunya yaitu pelaksanaan asesmen risiko jatuh (Harten-Krouwel, Marieke S, Marielle Emmelot-Vonk, Ruth Pel-Little, 2011).

### **Instrumen Penilaian Risiko Jatuh Pada Anak**

Keselamatan di rumah sakit menjadi fokus dan perhatian bagi penyedia layanan kesehatan, terutama bagi pasien anak-anak yang memiliki risiko tinggi mengalami jatuh. Anak-anak di bawah usia 10 tahun memiliki risiko tinggi mengalami cedera karena jatuh karena pada usia ini mereka memiliki rasa ingin tahu atau perkembangan motorik. Untuk itu perlu dilakukan pencegahan atau penilaian pasien anak-anak agar tidak jatuh.

Berdasarkan beberapa analisis literatur yang relevan, hanya enam alat penilaian yang berhubungan dengan masalah penilaian risiko jatuh pada anak-anak yaitu:

Skala	Penulis	Skor Risiko Jatuh	<i>Internal consistency</i>
Humpty Dumpty	Hill-Rodriguez dkk.	$\geq 12$	0.64
CHAMPS	Razmus, Wilson	> 4 faktor	0.40
GRAF-PIF	Graf	$\geq 2$	0.77
Pediatric Falls Risk Assessment Tool (PFRA)	Ryan-Wengger dkk		0,60
Cummings Tool	Communings	$\geq 8$	0,68
CNMC	Children's National Medical Centre	$\geq 3$	0,69

Ada beberapa instrumen penilaian risiko jatuh pada anak-anak yaitu:

### 1. Humpty Dumpty Falls Scale (HDFS)

Salah satu alat ukur/instrumen penilaiain risiko jatuh pada pasien anak dengan 7 tujuh item yakni usia, jenis kelamin, diagnosis, gangguan kognitif, faktor lingkungan, respons terhadap pembedahan/sedasi, dan penggunaan obat.

Parameter	Kriteria	Skor
Umur	o < 3 tahun	4
	o 3 – 7 tahun	3
	o 7 – 13 tahun	2
	o 13 -18 tahun	1
Jenis Kelamin	o Laki – laki	2
	o Perempuan	1
Diagnosis	o Kelainan neurologi	4
	o Gangguan oksigenasi (gangguan pernapasan, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop, sakit kepala, dll)	3
	o Kelemahan fisik/kelainan psikis	2
	o Ada diagnosis tambahan	1
Gangguan kognitif	o Tidak memahami keterbatasan	3
	o Lupa keterbatasan	2
	o Orientasi terhadap kelemahan	1
Faktor Lingkungan	o Riwayat jatuh dari tempat tidur	4
	o Pasien menggunakan alat bantu	3
	o Pasien berada di tempat tidur	2
	o Pasien berada di luar area ruang perawatan	1
Respon terhadap operasi/obat	o Kurang dari 24 jam	3
	o Kurang dari 48 jam	2
	o Lebih dari 48 jam	1

penenang/efek anestesi		
Penggunaan obat	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Penggunaan obat sedative (kecuali pasien ICU yang menggunakan sedasi dan paralisi). Hipotonik, barbitural, fenotazin, antidepresan, laksatif/diuretic, narotik/metadon</li> <li>○ Salah satu obat diatas</li> <li>○ Pengobatan lain</li> </ul>	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p>

Sumber: Nursalam (2015)

Keterangan (tingkat risiko dan Tindakan)

- a. Skor 7 – 11 : risiko rendah untuk jatuh
- b. Skor  $\geq$  12 : risiko tinggi untuk jatuh
- c. Skor minimal : 7
- d. Skor maksimal : 23

## 2. CHAMPS

CHAMPS adalah alat penilaian risiko jatuh pada anak yang dikembangkan pada tahun 2006 dari studi retrospektif, matching dan kasus terkontrol. Nama Alat penilaian risiko jatuh ini di ambil dari inisial atau item yang akan diperiksa dan merupakan singkatan dari *change in mental status* (perubahan status mental), *history of fall* (riwayat jatuh), *age of less than 3 years* (usia kurang dari 3 tahun), *altered mobility* (gangguan mobilitas), *parental involvement* (keterlibatan orang tua), dan *safety interventions* (tindakan yang aman).

## 3. GRAF -PIF (*The General Risk Assessment for Pediatric In-patient Falls*)

Tujuan dari skala GRAF © PIF adalah untuk mengidentifikasi risiko jatuh pada anak usia di atas

12 bulan (Nursing Practice Council, 2011). Alat ukur ini diteliti dan dikembangkan di rumah sakit Lurie Children's Chicago oleh Elaine Graft, peneliti dan sekaligus koordinator keuangan klinik dan pengembangan organisasi. Kemudian penelitian dilanjutkan oleh rumah sakit Barbara Bush Children's di Maine. Skala ini menilai tujuh dimensi khusus, yaitu: lama hari rawat, tidak adanya pemasangan intravena atau heparin, adanya indikasi untuk dilakukan terapi fisik atau ergoterapi, terapi antikonvulsan, adanya ortopedi atau diagnosis medis terkait masalah pada muskuloskeletal, riwayat jatuh dalam sebulan terakhir, dan jatuh selama dirawat saat ini.

#### 4. Pediatric Falls Risk Assessment Tool (PFRA)

Pediatric Falls Risk Assessment Tool adalah instrumen dengan 10 item yang mengevaluasi risiko jatuh pada anak, dikembangkan untuk mengidentifikasi pasien dengan risiko jatuh rendah dan tinggi (Rayen-Wenger *et al.*, 2012).

#### 5. Cummings Tool

Cummings Fall Pediatric Assessment Tool adalah alat ukur pada enam item yang dikembangkan oleh R. Cummings di Rumah Sakit Anak-anak, Phoenix, Arizona. Pengujian dilakukan dalam uji coba dengan melibatkan 78 anak. Skala ini mengevaluasi beberapa kriteria seperti: riwayat jatuh, perubahan atau gangguan fisik, status fungsional anak, perlengkapan dan lama hari rawat inap, gangguan kognitif, dan kondisi psikologis, serta pemberian pengobatan yang bisa mempengaruhi keseimbangan tubuh.

#### 6. CNMC

CNMC merupakan instrument untuk menilai risiko jatuh pada anak-anak yang digunakan oleh rumah sakit sesuai dengan pedoman National Center for Nursing Quality (NCNQ), ANA (ANA, 1996). Tetapi instrument ini tidak dianjurkan untuk menilai risiko jatuh pada anak-anak dengan risiko jatuh yang tinggi.

### **Pencegahan Risiko Jatuh Pada Anak di Rumah Sakit**

Menjamin keselamatan pasien selama di rawat di rumah sakit merupakan hal utama dalam pelayanan di suatu Rumah Sakit. Jatuh menjadi penyebab cedera pada pasien rawat inap. Rumah Sakit perlu mengevaluasi resiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi resiko cedera jika sampai jatuh. Evaluasi resiko jatuh menggunakan skala resiko jatuh. Pasien yang dirawat di RS akan selalu memiliki resiko jatuh terkait dengan kondisi dan penyakit yang diderita, contohnya pada pasien dengan kelemahan fisik akibat dehidrasi, status nutrisi yang buruk, perubahan kimia darah (hipoglikemi, hipokalemi); perubahan gaya berjalan pada pasien usia tua dengan gaya jalan berayun/tidak aman, langkah kaki pendek-pendek atau menghentak; pasien bingung atau gelisah yang mencoba untuk turun atau melompati pagar tempat tidur yang dipasang; pada pasien dengan diare atau inkontinensia dan juga pada pasien anak-anak yang masih membutuhkan pengawasan dari orang tua.

Selain itu faktor lingkungan juga mempengaruhi pasien jatuh, contohnya lantai kamar mandi yang licin, tempat tidur yang terlalu tinggi, pencahayaan yang kurang. Sedangkan dampak dari insiden jatuh yang dialami pasien secara fisik adalah cedera ringan, sampai dengan kematian, secara financial memperpanjang waktu rawat dan tambahan biaya pemeriksaan penunjang (CT Scan kepala, rontgen, dll) yang seharusnya tidak perlu

dilakukan, dan dari segi hukum berisiko untuk timbulnya tuntutan hukum bagi rumah sakit.

Adapun beberapa intervensi yang dapat dilakukan sebagai upaya pencegahan jatuh pada anak di rumah sakit menurut Pamiarsih (2018) yaitu:

1. Risiko rendah : orientasi lingkungan, pastikan roda tempat tidur berada pada posisi terkunci, naikan pagar pengaman/ bedside rail, pastikan lampu tidur hidup saat malam hari, berikan edukasi kepada pasien dan keluarga, lakukan pengkajian ulang secara rutin setiap hari.
2. Risiko tinggi : lakukan semua pedoman pencegahan jatuh resiko rendah, pasang kancing kuning pada gelang identitas pasien, berikan tanda segitiga warna kuning pada pintu/ tempat tidur pasien / brankart/ kursi roda., tempatkan pasien di kamar yang dekat dengan *nurse station*, pastikan pasien menggunakan alat bantu jalan, libatkan keluarga untuk mengawasi pasien, mintakan tanda tangan keluarga sebagai bukti sudah menerima dan memahami penjelasan risiko jatuh dan pencegahannya, lakukan pengkajian ulang setiap shif untuk resiko tinggi, atau sewaktu-waktu apabila terjadi :
  - a. Perubahan status klinis meliputi perubahan fisik, fisiologis, maupun psikologis
  - b. Pasien pindah ruang/unit. Penambahan obat yang bisa menimbulkan pasien berisiko jatuh.
  - c. Pasien mengalami insiden jatuh saat dirawat. Tenaga kesehatan yang berpartisipasi dalam pencegahan resiko jatuh pada pasien salahsatunya adalah perawat.

**Kesimpulan**

Keselamatan pasien adalah isu global yang terus mendapat perhatian. Salah satunya adalah pencegahan pasien jatuh selama perawatan. Penilaian risiko jatuh merupakan langkah awal dalam pencegahan jatuh selama anak dirawat di rumah sakit. Hal ini menjadi perhatian penting bagi petugas perawatan di rawat inap. Banyak intervensi yang dapat dilakukan dan tentunya melibatkan peran orang tua selama perawatan menjadi salah satu perhatian penting dalam menjaga keselamatan anak selama di rawat.

**Daftar Pustaka**

- Harten-Krouwel, Marieke S, Marielle Emmelot-Vonk, Ruth Pel-Littel. (2011). Development and Feasibility of Falls Prevention Advice. *J Clin Nurs*; 20:2761–76.
- Hirza Ainin Nur, Edi Dharmana, Agus Santoso. (2017). Pelaksanaan Asesmen Risiko Jatuh di Rumah Sakit. *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*.
- Joint Commission International. (2015). Sentinel Alert Event. Available from: [www. joincommission.org](http://www.joincommission.org)
- Komite Akreditasi Rumah Sakit. (2012). Instrumen Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012. Jakarta.
- Nursalam, 2015. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Penerbit Salemba: Jakarta
- Pamiarsih, Yuni Lestari. (2018) Hubungan Pengetahuan Perawat Dan Praktik Pencegahan Risiko Jatuh Di Rumah Sakit Islam Kendal. Undergraduate thesis, Universitas Muhammadiyah Semarang.
- WHO. (2008). World report on child injury prevention. WHO Library: Switzerland



## Profil Penulis



### **O. Diana Suek**

Memulai karir sebagai dosen sejak tahun 2000 dan memilih peminatan pada Keperawatan Anak sejak tahun 2010. Penulis merupakan lulusan S2 Keperawatan dengan Ners Spesialis Keperawatan Anak pada Universitas Indonesia di tahun 2013. Penulis memiliki kepakaran dibidang Manajemen Terpadu Balita Sakit dan tumbuh kembang anak. Penulis merupakan fasilitator nasional terkait pelatihan MTBS dan SDIDTK sejak tahun 2012. Aktif dalam memberikan pelatihan, pendampingan dan supervise terkait pelaksanaan MTBS. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga sumber dana riset lainnya Selain peneliti, penulis juga menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: [dianasuek@yahoo.com](mailto:dianasuek@yahoo.com)

## PEMERIKSAAN FISIK PADA ANAK

**Baiq Nurul Hidayati, S.Kep., Ners., M.Kep**

### **Pengertian**

Pengkajian fisik pada anak adalah proses berkelanjutan yang dimulai selama wawancara, terutama dengan menggunakan inspeksi atau observasi (Wong, 2008). Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi, dan dokumentasi data (informasi) yang sistematis dan berkesinambungan (Kozier dkk, 2010). Jadi pemeriksaan fisik adalah proses pengumpulan data yang dilakukan dengan tehnik meliputi inspeksi, perkusi, palpasi dan auskultasi yang dilakukan secara sistematis yang membutuhkan alat dan kemampuan pemeriksa.

Tujuan pemeriksaan fisik menurut Potter & Perry (2009) adalah:

1. Untuk mengumpulkan data dasar tentang kesehatan klien
2. Untuk menambah, mengonfirmasi atau menyangkal data yang diperoleh dalam riwayat keperawatan
3. Untuk mengonfirmasi dan mengidentifikasi diagnosis keperawatan
4. Untuk membuat penilaian klinis tentang perubahan status kesehatan klien dan penatalaksanaannya.

## 5. Untuk mengevaluasi hasil fisiologi dari asuhan.

Menurut Engel (2008), Teknik pengkajian fisik pada anak meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi, akan tetapi untuk pengkajian abdomen adalah inspeksi, auskultasi, perkusi dan palpasi.

### 1. Inspeksi

Inspeksi adalah sederhana, akan tetapi membutuhkan keterampilan yang terlatih dengan melibatkan indra penglihatan, penciuman, pendengaran yang dilkaukan secara teliti pada setiap bagian tubuh.

### 2. Palpasi

Palpasi dilakukan dengan jari dan telapak tangan untuk menentukan suhu, hidrasi, tekstur, bentuk, gerakan dan area nyeri tekan. Sebelum melakukan palpasi sebaiknya tangan dihangatkan dan menjaga kuku jari tetap pendek. Lakukan palpasi dengan telapak tangan untuk vibrasi dan penggung tangan untuk suhu.

### 3. Perkusi

Perkusi dilakukan dengan ketukan untuk menghasilkan gelombang bunyi yang ditandai dengan intensitas, nada, durasi dan kualitas. Perkusi dilakukan dari daerah resonan ke daerah redup.

### 4. Auskultasi

Auskultasi merupakan proses mendengarkan bunyi tubuh dengan menggunakan stetoskop. Stetoskop ditempelkan rapat pada bagian tubuh. Bel (bagian kubah) stetoskop digunakan untuk bunyi dengan nada rendah (contoh bunyi kardiovaskuler) dan diafragma (bagian datar) untuk bunyi dengan nada tinggi (contoh, gangguan pada paru-paru dan usus).

Pemeriksa harus terlatih dalam mengidentifikasi bunyi normal sebelum mengidentifikasi bunyi abnormal.

### **Persiapan Pemeriksaan Fisik Pada Anak**

#### 1. Metode pengumpulan data

Menurut Koziar (2010) ada beberapa metode pengumpulan data dalam pemeriksaan fisik secara umum yaitu:

##### a. Observasi

Mengobservasi adalah mengumpulkan data dengan menggunakan indera yang disadari dan disengaja yang dikembangkan melalui upaya dan pendekatan terorganisasi.

##### b. Wawancara

Wawancara adalah komunikasi yang direncanakan atau perbincangan dengan suatu tujuan untuk mendapatkan informasi, mengidentifikasi masalah, mengevaluasi perubahan, mengajarkan, memberikan dukungan atau memberikan konseling.

##### c. Pemeriksaan

Pemeriksaan fisik dilakukan dilakukan secara sistematis dengan menggunakan beberapa pendekatan diantaranya adalah pendekatan sefalokaudal atau head to toe. Pemeriksaan fisik pada anak biasa dilakukan dengan *head to toe*, namun untuk mendapatkan data pada anak rangkaian pemeriksaan dapat diubah untuk menyesuaikan kebutuhan perkembangan anak tetapi pencatatan hasil pengkajian tetap sama. Tujuan dilakukan seperti ini adalah untuk: a)

meminimalkan stress dan cemas yang berkaitan dengan pemeriksaan berbagai bagian tubuh, b) meningkatkan hubungan saling percaya antara pemeriksa, anak dan orang tua, c) memperhitungkan persiapan yang maksimal pada anak, d) memelihara kepentingan, keamanan hubungan orang tua dan anak, e) meningkatkan keakuratan dan kepercayaan hasil-hasil pemeriksaan (Maryunani, 2013).

## 2. Persiapan pemeriksaan fisik pada anak

Beberapa hal yang perlu dipersiapkan dalam melakukan pemeriksaan fisik antara lain:

### a. Pengendalian infeksi

Selama pemeriksaan perawat dapat menentukan untuk menggunakan sarung tangan selama palpasi dan perkusi untuk klien untuk mengurangi kontak dengan mikroorganisme (Potter & Perry, 2005)

### b. Persiapan lingkungan

- 1) Pemeriksaan fisik memerlukan privasi
- 2) Dirumah sakit pemeriksaan dilakukan disamping dekat tempat tidur klien atau ditempat bermain anak
- 3) Letakkan mainan, poster-poster menarik dan lukisan untuk membuat ruang tersebut terkesan tidak menakutkan
- 4) Batasi jumlah orang dalam ruang pemeriksaan
- 5) Nyalakan AC dengan suhu rendah karena kipas angin yang berisik dapat mempengaruhi auskultasi.

Kurangi aliran udara dari tempat pemeriksaan.  
Dingin tidak nyaman bagi bayi atau anak yang berpakaian tipis dan dapat mengubah temuan.

### 3. Persiapan alat

- |                                     |                                    |  |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| 1) Lidi kapas                       | 10) Pita ukur                      | 18) Oftalmoskop                                |
| 2) Lap dan kertas tisu              | 11) Stetoskop                      | 19) Kartu mata                                 |
| 3) Bantal disposibel                | 12) Manset tekanan darah pediatric | 20) Palu perkusi                               |
| 4) Tirai                            | 13) Sfigmomanometer                | 21) Pin pengaman                               |
| 5) Gaun untuk anak                  | 14) Thermometer (rektal dan oral)  | 22) Jam tangan dengan jarum detik              |
| 6) Sarung tangan                    | 15) Spate lidah                    | 23) Format pengkajian fisik                    |
| 7) Lubrikan                         | 16) Senter                         | 24) Denver Developmental Screening Test (DDST) |
| 8) Timbangan untuk berat badan anak | 17) Otoskop                        |  |
| 9) Papan ukur atau baku ukur        |                                    |  |

### 4. Persiapan klien

Persiapan klien terdiri dari persiapan fisik dan persiapan psikologis. Lorem ipsum dolor sit amet

## **Pemeriksaan Fisik *Head To Toe* Pada Anak**

### 1. Data umum

- a. Usia anak dihitung dengan mengurangi tanggal, hari, tahun pengkajian dengan tanggal, hari dan tahun lahir anak.

- b. Keadaan umum
2. Data antropometrik (Berat badan dan tinggi badan anak)
  - a. Dalam pengukuran ini memerlukan meteran tinggi badan dan timbangan.
  - b. Pengkategorian BB/U
    - 1) Gizi kurang :  $SSB < -2 SD$
    - 2) Gizi baik :  $SSB -2s/d +2SD$
    - 3) Gizi lebih :  $SSB > +2 SD$
  - c. TB/ U
    - 1) Pendek :  $SSB < -2SD$
    - 2) Normal :  $SSB -2 s/d +2 SD$
    - 3) Tinggi :  $> +2 SD$
  - d. BB/TB
    - 1) Kurus :  $SSB < -2SD$
    - 2) Normal :  $-2 s/d +2SD$
    - 3) Gemuk :  $SSB > +2SD$
3. Pengkajian integument

Pengkajian integumen meliputi inspeksi dan palpasi kulit, kuku, rambut da kulit kepala.

  - a. Pengkajian kulit
    - 1) Amati kulit terhadap bau, adanya bau menunjukkan higiene yang buruk.
    - 2) Amati warna dan pigmentasi kulit. Jika dicurigai terjadi perubahan warna lakukan inspeksi dengan seksama diarea tubuh yang mengandung sedikit melanin (bantalan kuku,

daun telinga, sclera konjungtiva, bibir dan mulut).

- 3) Gunakan cahaya jika ikterus dicurigai.
- 4) Amati kelembaban area kulit yang terbuka dan membrane mukosa.
- 5) Lakukan palpasi kulit dengan punggung tangan untuk menentukan suhu.
- 6) Lakukan inpeksi dan palpasi terhadap tekstur kulit. Catat adanya jaringan parut berlebihan.
- 7) Lakukan palpasi pada kulit untuk menentukan turgor kulit dengan mencubit lipatan lengan atas atau abdomen dan melepasnya dengan cepat.
- 8) Lakukan palpasi pada kulit untuk menentukan edema dengan menekan bagian kulit yang kelihatan membengkak dengan telunjuk.
- 9) Lakukan inspeksi dan palpasi pada kulit untuk menentukan lesi.
- 10) Tanyakan mengenai pruritus (gatal-gatal).

Warna kulit keseluruhan normalnya bervariasi antara ras dan pada ras yang sama. Contohnya anak-anak kulit hitam memiliki gusi, bantalan kuku yang berwarna kebiru-biruan. Beberapa anak mediterania dapat mempunyai warna bibir kebiruna pucat dan anak-anak asia normalnya warna kuning lembut.

#### b. Pengkajian kuku

- 1) Lakukan inspeksi terhadap warna, bentuk dan keadaan kuku.
- 2) Lakukan inspeksi terhadap kuku yang digigit, menusuk kulit, dan infeksi



- 3) Jika jari tabuh dapat mengindikasikan adanya gangguan pernafasan kronis dan jantung.
- 4) Kecembungan atau kecekungan lengkung kuku dapat bersifat diwariskan atau berhubungan dengan cedera, defisiensi besi atau infeksi.

c. Pengkajian rambut dan kulit kepala

- 1) Kaji distribusi, warna, tekstur, jumlah dan kualitas rambut.
- 2) Kaji rambut terhadap adanya ketombe dan kutu.

4. Pengkajian kepala

Pengkajian kepala dan leher meliputi evaluasi trakea dan kelenjar tiroid. Kepala dikaji ukuran dan kesimetrisannya. Ukuran lingkar kepala 32 sampai 38 cm saat lahir, normalnya melebihi lingkar dada sekitar 1 cm sampai 2 cm sampai usia 18 bulan. Setelah 18 bulan pertumbuhan dada melebihi ukuran kepala sekitar 5 cm sampai 7 cm. Fontanel posterior mungkin tertutup pada saat lahir dan akan selalu tertutup pada bulan kedua. Fontanel anterior menutup antara 7 sampai 19 bulan. Pengukuran lingkar kepala dilakukan jika anak berusia 2 tahun atau kurang atau jika ukuran kepala anak memerlukan perhatian. Letakkan meteran melingkari kepala tepat diatas alis dan pinna dan melingkari oksipital yang menonjol.

- a. Amati bentuk dan kesimetrisan kepala bayi dari sudut yang berbeda.
- b. Lakukan palpasi pada garis sutura bayi
- c. Amati dan lakukan palpasi pada fontanel.
- d. Ukur lebar dan panjang fontanel anterior yang terbuka

- e. Perkusi tulang parietal dimasing-masing sisi dengan mengetukkan jari telunjuk ke permukaan
5. Pengkajian leher
- a. Letakkan bayi dalam posisi duduk saat mengamati pengendalian kepala
  - b. Gerakkan kepala dan leher anak dengan ROM (*range of motion*) penuh.
  - c. Periksa leher terhadap pembengkakan, massa, kista, selapot, lipatan kulit tambahan, dan distensi vena
  - d. Letakkan palpasi trakea dengan menempatkan ibu jari disalah satu sisi trakea dan jari telunjuk disisi lainnya. Geser jari-jari keatas dan kebawah ketika leher anak agak hiperekstensi.
  - e. Lakukan palpasi kelenjar tiroid dengan berdiri dibelakang anak dan letakkan jari-jari ayau tang anda dengan lembut pada dasar leher. Palpasi kelenjar tiroid pada bayi dan anak kecil sulit karena leher yang pendek.
- a. Pengkajian telinga
- Pengkajian telinga meliputi inspeksi telinga luar dan telinga dalam, menguji ketajaman pendengaran, dan pemeriksaan otoskopik. Alat pengkajian yang diperlukan berupa garputala, otoskop, spekulum telinga dan bel.
- a) Periksa penempatan dan posisi telinga
  - b) Amati penonjolan atau pendataran telinga (telinga neonates rata terhadap kepala)
  - c) Periksa struktur telinga luar dan ciri-ciri yang tidak normal.
-

- d) Periksa saluran telinga luar terhadap hygiene, rabas, dan pengelupasan.
- e) Tarik aurikel, tindakan menarik aurikel normalnya tidak mengakibatkan nyeri dan menyebabkan nyeri pada otitis media purulent
- f) Lakukan palpasi pada tulang yang menonjol di belakang telinga (mastoid) untuk mengetahui adanya nyeri tekan.

Pengkajian ketajaman pendengaran ditujukan untuk mendeteksi adanya tuli, ada tiga jenis yaitu tuli konduksi akibat gangguan transmisi suara melalui telinga luar dan telinga dalam, yang mana disebabkan oleh otitis media serosa, sedangkan untuk tuli sensorineural adalah akibat kerusakan telinga dalam atau nervus auditorius. Sementara untuk tuli campuran disebabkan oleh keduanya. Ada dua jenis tes yang dilakukan untuk menguji ketajaman pendengaran yaitu tes rinne dan tes Webber, akan tetapi tes ini sulit dilakukan kepada anak yang lebih kecil.

## 6. Pengkajian mata

Pengkajian mata terdiri atas pemeriksaan mata eksternal dan internal, ketajaman penglihatan, gerakan ekstraokuler, posisi, kesejajaran dan penglihatan warna.

Ketajaman penglihatan pada bayi dan anak

Umur	Ketajaman penglihatan
Lahir	Bayi berfokus pada jarak objek 0,2 sampai 0,3 m
4 bulan	20/300 sampai 20/50
3 tahun	$\pm 20/40$
5 tahun	20/30 sampai 20/20

- a. Perhatikan apakah jarak mata lebar atau lebih dekat

- b. Amati lipatan ventrikal yang menutupi kantung dalam sebagian atau seluruhnya
  - c. Amati kemiringan pandangan mata dengan menggambar garis khayal melewati kantung dalam
  - d. Amati kelopak mata terhadap kantung tebal
  - e. Alis mata: Periksa alis mata terhadap kesimetrisan dan pertumbuhan rambutnya. Alis mata tidak bertemu digaris tengah
  - f. Kelopak mata: Amati distribusi dan kondisi bulu mata, periksa kelopak mata terhadap warna, pembengkakan, rabasms dan lesi.
  - g. Konjungtiva
    - 1) Periksa kelopak mata bawah dengan menarik kelopak mata ke arah bawah ketika anak melihat ke atas.
    - 2) Periksa warna konjungtiva bulbi
    - 3) Periksa warna sklera
  - h. Pupil dan iris
    - 1) Periksa warna, bentuk dan ukuran iris dan apakah ada peradangan.
    - 2) Iris berbentuk bulat dan bening
    - 3) Kornea yang menutupi iris dan pupil harus bening
7. Pengkajian wajah, hidung dan rongga mulut
- Bayi dan anak-anak menganggap pemeriksaan mulut bersifat mengancam dan sebaiknya dilakukan diakhir pemeriksaan. Tehnik pengkajian yang dilakukan dalam pemeriksaan wajah dan hidung sebagai berikut:
- a. Amati bentuk dan ukuran roman wajah
-

- b. Amati dengan seksama ekspresi wajah
- c. Amati kesimetrisan lipatan-lipatan nasolabial ketika menangis dan tertawa.
- d. Amati ukuran dan bentuk hidung.
- e. Tanyakan pada anak yang lebih besar mengenai indera penciuman dengan meyeruh anak menutup mata.

Pengkajian yang dilakukan dalam pemeriksaan rongga mulut:

- a. Periksa bibir terhadap warna, kesimetrisan, kelembaban, pembengkakan, lesi dan fisura
- b. Periksa bats tepi bukal, gusi, lidah, dan palatum terhadap kelembaban, keutuhan pendarahan.
- c. Amati adanya bau dan halitosis.
- d. Periksa lidah terhadap gerakan dan bentuk
- e. Amati gerakan lidah saat bayi dan anak yang lebih kecil berteriak atau menangis, ketidakmampuan untuk menyentuh lidah ke tonjolan areolar menunjukkan kaku lidah atau berlanjut dengan gangguan bicara.
- f. Periksa gigi terhadap jumlah, jenis, keadaan dan oklusi. Untuk memperkirakan jumlah gigi yang harus pada anak berusia 2 tahun atau lebih muda. Gigi yang sebenarnya muncul pada usia 6 bulan. Pada usia 30 bulan anak mempunyai 20 gigi dan gigi susu sudah lengkap. Selama masa kanak-kanak pertengahan molar gigi geraham muncul dan gigi primer tanggal.
- g. Tonsil dapat diperiksa pada anak yang lebih besar dengan meminta anak untuk mengatakan “ahh”.

- h. Jika anak mengalami kesulitan enahan lidah ke bawah, lidah dapat ditekan dengan spatel lidah.
  - i. Amati gerakan uvula selama pemeriksaan tonsil. Gerakan uvula dapat dikaji dengan pemeriksaan reflek muntah. Ketika untah uvula bergerak ke atas.
8. Toraks dan paru-paru

Tanyakan pada orang tua atau anak tentang batuk, demam, dyspnea, kesulitan bernapas, mengi, mudah letih, infeksi saluran pernafasan sebelumnya, sering pilek dan riwayat keluatga mengenai gangguan pernafasan dan merokok, riwayat alergi, staus imunisasi, dan jenis tempat anak dirawat. Pengkajian pada toraks dan paru-paru meliputi:

a. Inspeksi

- 1) Kaji dada terhadap stridor, serak, dengtkur, mengi, dan batuk
- 2) Amati pengembangan daun hidung.
- 3) Amati bantalan kuku terhadap warna dan tand ajari tabuh (melebar atau memanjang)
- 4) Evaluasi saturasi tingkat oksigen melalui oksimeter nadi.
- 5) Amati warna badan anak
- 6) Periksa toraks terhadap konfigurasi, kesimetrisan, dan abnormalitas.
- 7) Perhatikan ukuran payudara dalam hubungannnya dengan usia anak.
- 8) Amati dada terhadap retraksi atau tertarik ke dalam, diarea supraklavikula (diatas klavikula), trakea (ditarik sternal), substernal (di bawah sternum) dan intercostal (diantara tulang iga)

- 9) Amati jenis pernafasan anak.
- 10) Amati kedalaman dan regularitas pernafasan serta lama inspirasi dan ekspirasi

b. Palpasi

- 1) Untuk mengkaji ekskursi pernafasan. Letakkan tangan dan ibu jari secara bersama-sama sepanjang batas iga dada atau punggung anak ketika anak sedang duduk.
- 2) Palpasi terhadap taktil fremitus dengan menggunakan jari telunjuk atau permukaan telapak tangan. Gerakkan secara simetris ketika anak mengatani "77" atau "*blue moon*". Pada bayi fremitus dapat dirasakan saat bayi menangis.

c. Perkusi

- 1) Perkusi bermanfaat pada anak yang lebih besar
- 2) Dengan menggunakan metode tidak langsung, lakukan perkusi pada dada anterior dan posterior
- 3) Lakukan perkusi di atas sela iga. Anak dapat duduk atau berbaring.

d. Auskultasi

- 1) Dengan menggunakan diafragma dan bel stetoskop, lakukan auskultasi lapang paru dari apeks ke dasar paru.
- 2) Lakukan auskultasi diaksila untuk anak penderita pneumonia. Rales atau crackles dengan mudah terdengar di area ini.
- 3) Bunyi nafas normalnya lebih keras atau kasar pada bayi dan anak kecil disebabkan oleh tipisnya dinding dada.

- i. Frekuensi pernafasan normal pada bayi dan anak USIA 2-6 tahun: 21-30x/menit, anak usia 6-10 tahun: 20-26x/ menit, dan anak usia 12-14 tahun: 18-22 x/menit (Putra dkk, 2014).

Tabel 2. Bunyi nafas

Bunyi	Hubungan inspirasi dan ekspirasi	Normal	Abnormal
vesikuler	Inspirasi>ekspirasi	Seluruh lapang paru	Tidak ada paru
bronkovesikuler	Inspirasi= ekspirasi	Ruang interkosta satu atau dua	Perifer paru
bronkotubular	Inspirasi< ekspirasi	Diatas trakea	Area paru

## 9. Sistem kardiovaskuler

### a. Inspeksi

- 1) Amati postur tubuh anak
- 2) Amati anak terhadap sianosis, bercak dan edema.
- 3) Amati anak terhadap kesuitan bernafas (merintih, retraksi iga, hidung mengembang, bunyi nafas tambahan)
- 4) Periksa bantalan kuku anak terhadap jari tabuh (clubbing)
- 5) Periksa dada anterior dari satu sudut, amati kesimetrisan dada.

### b. Palpasi

- 1) Dengan menggunakan ujung jari tangan, lakukan palpasi dada anterior terhadap denyut apikal atau titik impuls maksimal (TIM). Lokasi TIM biasanya ditemukan disela iga keempat



anak usia 7 tahun atau kurang; dan sela iga kelima anak usia di atas 7 tahun.

- 2) Ujung jari lebih berguna dalam mendeteksi pulsasi dan permukaan palmar/ telapak tangan yang merupakan dasar dari jari-jari untuk mendeteksi getaran vibrasi atau *precordial friction rub*.

c. Perkusi

Perkusi biasanya digunakan untuk memperkirakan ukuran jantung dengan menentukan batas jantung.

d. Auskultasi

Lakukan auskultasi terhadap bunyi jantung s1, s2 dan bunyi tambahan s3 dan s4, yang paling baik dikaji dengan posisi bayi miring ke kiri (Kozier, 2008).

Frekuensi nadi normal berdasarkan usia seseorang:

- 1) Bayi baru lahir : 140x/menit
- 2) Umur < 1 bulan : 110x/menit
- 3) Umur 1-6 bulan : 130x/menit
- 4) Umur 6-12 bulan : 115x/menit
- 5) Umur 1-2 tahun : 110x/menit
- 6) Umur 2-6 tahun : 105x/menit
- 7) Umur 6-10 tahun : 95x/ menit
- 8) Umur 10-14 tahun : 85x/menit
- 9) Umur 14-18 tahun : 82x/ menit
- 10) Umur diatas 18 tahun: 60-70x/menit (Putra dkk, 2014)

### Pengkajian pembuluh darah

Pengkajian integritas pembuluh darah harus dilakukan pada penggunaan gips dan keadaan-keadaan lain yang mengganggu aliran darah. Area femoralis dan dorsalis pedis harus dipalpasi jika dicurigai defek jantung.

- 1) Lakukan palpasi arteri perifer terhadap kesamaan, irama, dan frekuensi nadi.
- 2) Lakukan palpasi nadi radialis.
- 3) Lakukan palpasi nadi femoralis menggunakan palpasi dalam ditengah antara krista iliak dan simfisis pubis.
- 4) Lakukan palpasi nadi popliteal dengan menyuruh anak memfleksikan lututnya
- 5) Lakukan palpasi nadi dorsalis pedis depanjang bagian medial atas kaki.

### Tekanan darah pada anak

Tabel 3. Nilai tekanan darah pada anak (mmHg)

Usia	Systole	Diastole
Pada masa bayi	70-90	50
Pada masa anak-anak	80-100	60
Pada masa remaja	90-110	60

## 10. Abdomen

### a. Inspeksi

- 1) Periksa kontur abdomen ketika bayi atau anak sedang berdiri dan sedang berbaring terlentang
- 2) Periksa warna dan keadaan kulit abdomen

- 3) Periksa abdomen terhadap gerakan pada posisi berdiri dengan mata sejajar abdomen
- 4) Periksa umbilikus terhadap warna, bau rabas, inflamasi, dan herniasi.

b. Auskultasi

- 1) Lakukan asukultasi bising usus dengan menekan bel dan diafragma stetoskop rapat di atas abdomen. Dengarkan di keempat kuadran dan hitung bising usus disetiap kuadran selama satu menit.
- 2) Bising usus normal terjadi pada setiap 10 sampai 30 detik dan terdengar seperti bunyi gelembung, bunyi klik dan bunyi keroncongan.

c. Perkusi

- 1) Dengan menggunakan perkusi secara tidak langsung, lakukan perkusi secara sitematik disemua area abdomen.
- 2) Bunyi pekak atau datar normal ditemukan disepanjang iga kanan dan 1 sampai 3 cm di bawah batas iga dari hepar.
- 3) Bunyi pekak di atas simfisis pubis menunjukkan kanding kemih yang penuh
- 4) Bunyi timpani normal terdengar diseluruh abdomen

d. Palpasi

- 1) Jika anak mengeluh nyeri di area abdomen, lakukan palpasi area tersebut belakangan
- 2) Dengan melakukan palpasi suferfisial kaji abdomen terhadap nyeri tekan, lesi superfisial, tonus otot, turgor kulit (mencubit kulit), dan

hiperestesia kutaneus (mengangkat lipatan kulit tetapi bukan mencubit).

- 3) Lakukan palpasi dalam dengan menempatkan satu tangan diatas tangan yang lain atau menopang struktur posterior dnegan tangan yang lainnya. Lakukan palpasi dari kuadran bawah ke atas sehingga pembesaran hati dapat terdeteksi.
- 4) Lakukan palpasi terhadap hernia inguinalis dengan menyelipkan jari yang kecil ke dalam saluran inguinal didasar skrotum dan minta anak untuk batuk.
- 5) Pengkajian area anus
- 6) Dengan posisi anak tengkurap, periksa bokong dan paha, periksa kulit sekitar anus terhadap tanda kemerahan dan ruam
- 7) Periksa anus terhadap tanda fisura, hemoroid, prolapsus, polip, dan pertumbuhan keluar (*skin tag*).
- 8) Tepuk/usap anus untuk memicu refleks anus

## 11. Sistem limfatik

Pemeriksaan nodus limfe:

- a. Dengan menggunakan bagian distal jari dan gerakan melingkar yang lembut lakukan palpasi pada kepala, leher, aksila, dan lipatan paha untuk mendeteksi nodus limfe yang membesar. Perhatikan warna, ukuran, lokasi, suhum konsistensi, dan nyeri tekan dari nodus yang membesar.
- b. Untuk melakukan palpasi nodus di kepala dan leher minta anak memfleksikan kepala kearah depan atau menekuk kearah samping ketika diperiksa.

- c. Untuk melakukan palpasi nodus aksila ratakan jaringan limfe ke dinding dada dan otot-otot aksila.
- d. Untuk melakukan palpasi nodus di area inguinalis, letakkan anak pada posisi terlentang.

## 12. Sistem reproduksi

Pengkajian dengan posisi remaja duduk dengan lengan disamping. Karena remaja harus membuka bajunya sampai ke pinggang. Privasi adalah esensial.

Pengkajian payudara pada wanita

- a. Periksa payudara, perhatikan ukuran, kontur, kesimetrisan, dan warna payudara.
- b. Periksa puting susu dan areola. Perhatikan warna, bentuk, dan adanya perubahan pada rabas.
- c. Lakukan palpasi jaringan payudara dengan posisi pasien telentang dan tangan pasien dibelakang lehernya.
- d. Lakukan palpasi massa abnormal dan perhatikan lokasinya, bentuk, konsistensi, nyeri tekan, mobilitas, ketegasan.

Pengkajian genitalia wanita

- a. Inspeksi rambut mons pubis. Perhatikan warna, kualitas, jumlah dan distribusi rambut jika ada
- b. Periksa labia mayora dan lania minora terhadap ukuran, warna, integritas kulit, massa dan lesi
- c. Perhatikan ukuran klitoris
- d. Palpasi kelenjar skene dan bartholin
- e. Inspeksi uretra dan lubang vagina terhadap edema, kemerahan, dan rabas.

### Pengkajian pada pria

- a. Periksa penis untuk ukuran, warna, intensitas kulit, massa, dan lesi. Perhatikan apakah anak sudah disirkumsisi.
- b. Periksa meatus urinarius untuk bentuk, letak, rabas, dan ulserasi, jika mungkin perhatikan kekuatan dan kelancaran aliran urin.
- c. Periksa kualitas, jumlah dan distribusi rambut pubis.
- d. Periksa skrotum untuk warna, ukuran, kesimetrisan, edema, massa, dan lesi.
- e. Lakukan palpasi pada testis dengan menahan jari di atas kanalis inguinalis ketika melakukan palpasi di kantung skrotum.

### 13. Sistem muskuloskeletal

- a. Jika anak-anak dapat berjalan amati cara berjalan.
- b. Amati lengkung tulang belakang anak atau bayi dan perhatikan kesimetrisan panggul dan bahu. Lakukan pemeriksaan scoliosis dengan menyeluruh anak membungkuk dan mengamati anak dari depan, belakang, samping.
- c. Amati area lumbokarsal untuk abnormalitas kulit di atasnya (pigmentasi kulit, bercak rambut, atau bentuk lesung
- d. Perhatikan mobilitas tulang belakang, khususnya tulang servikal.
- e. Periksa dan lakukan palpasi ekstremitas bagian atas. Perhatikan ukuran, warna, suhu, mobilitas sendi, dan abnormalitas ekstemitas atas. Periksa lipatan telapak tangan.

- f. Kaji kekuatan ekstremitas atas dengan meminta anak untuk meremas jari anda.
- g. Periksa dan palpasi ekstremitas bawah. Kaji terhadap abnormalitas mobilitas, panjang, bentuk, dan nadi
- h. Kaji terhadap genu valgum (kaki pengkar ke dalam) atau genu varum (kaki pengkar keluar) dengan menyuruh anak berdiri dengan merapatkan pergelangan kaki.
- i. Kaji anak terhadap iritasi meningeal dengan fleksi pinggul kemudian meluruskan masing-masing lutut (tanda kernig).
- j. Kaji terhadap dislokasi panggul kongenital
- k. Kaji kekuatan ekstremitas bawah dengan meminta anak mendorong tangan anda dengan telapak kaki
- l. Palpasi lutut untuk nyeri tekan, hangat dan konsistensi.

#### 14. Sistem persarafan

- a. Pengkajian fungsi saraf kranial
  - 1) I Olfaktorius: minta anak menutup mata dan menutup salah satu lubang hidung bersamaan, mengidentifikasi dengan benar bau yang berbeda (misalnya kopi, jeruk).
  - 2) II Optikus: periksa ketajaman penglihatan anak, persepsi terhadap cahaya dan warna, dan penglihatan perifer. Periksa diskus optikus.
  - 3) III Okulomotorius: periksa ukuran dan reaksi pupil. Periksa kelopak mata terhadap posisi jika terbuka. Suruh anak mengikuti cahaya

- atau mainan yang terang melalui enam posisi lapang pandang utama.
- 4) IV Troklearis: minta anak menggerakkan mata ke arah bawah dan ke arah atas.
  - 5) V Trigeminus: lakukan palpasi pada pelipis dan rahang ketika anak merapatkan giginya dengan kuat. Kaji kesimetrisan dan kekuatannya. Tentukan apakah anak dapat merasakan sentuhan halus di pipi (bayi muda menoleh jika area pipi dekat mulut disentuh). Dekati dari samping, sentuh bagian mata yang berwarna dengan lembut dengan sepotong kapas untuk menguji reflex berkedip dan reflex kornea.
  - 6) VI Abducent: minta anak untuk melihat ke samping. Kaji kemampuan menggerakkan mata ke arah lateral.
  - 7) VII Fasialis: uji kemampuan anak mengidentifikasi larutan manis (gula), asam, atau hambar di anterior lidah. Kaji fungsi motorik dengan meminta anak yang lebih besar untuk senyum, menggembungkan pipi, atau memperlihatkan gigi.
  - 8) VIII Akustikus: uji pendengaran bayi.
  - 9) IX Glosofaringeus: Uji kemampuan anak mengidentifikasi rasa larutan diposterior lidah
  - 10) X Vagus: kaji anak terhadap suara parau dan kemampuan menelan. Sentuhkan spatel lidah ke posterior faring untuk menentukan apakah reflex muntah ada (saraf kranial IX dan X mempengaruhi respon ini).
  - 11) XI Aksesorius: minta anak memutar kepala ke samping dengan melawan tahanan. Minta
-



anak mengangkat bahu ketika bahunya ditekan kebawah.

- 12) XII Hipoglosus: minta anak untuk mengeluarkan lidahnya. Periksa lidah terhadap deviasi garis tengah. Dengarkan kemampuan anak mengucapkan huruf “r”. Letakkan spatel lidah di sisi lidah anak dan minta anak menjauhkan lidah. Kaji kekuatannya.

### Refleks Fisiologis dan Patologis Pada Anak

#### 1. Pengkajian refleks tendon profunda dan superfisial

##### a. Refleks tendon profunda

Refleks	Pengkajian	Temuan
Biceps	fleksikan lengan bawah anak. Letakkan ibu jari anda diatas ruang antekubiti dan ketuk dengan palu refleks	lengan bawah sedikit fleksi
Triseps	Tekuk siku anak sambil menopang lengan bawah. Ketuk tendon triseps diatas siku	Lengan bawah sedikit ekstensi
Brakioradialis	Letakkan lengan dan tangan anak pada posisi relaks dengan telapak tangan dibawah. Ketuk radius 2,5 cm diatas pergelangan tangan.	Lengan bawah fleksi dan telapak tangan mengangkat keatas
Patella ( <i>knee jark</i> )	Minta anak duduk diatas meja datau pangkuan orang tua dengan tungkai fleksi dan tergantung. Ketuk tendon patella tepat dibawah tempurung lutut.	Tungkai bawah ekkstensi
Achiles	Minta anak duduk diatas meja atau pangkuan orang tua dengan tungkai fleksi dan beri sedikit topangan pada kaki. Ketuk tendon achiles	Plantar fleksi kaki(mengarah kebawah)

## b. Refleks superfisial

Refleks	Pengkajian	Temuan
Abdomen	Gores kulit ke arah umbilicus. Kaji refleksi diempat kuadran. Refleksi abdominal mungkin tidak dijumpai pada 6 bulan pertama	Umbilicus bergerak ke arah stimulus
Kremasterik	Gores paha bagian dalam atas	Testis tertarik ke arah kanalis inguinalis
Anus	Rangsang kulit diarah perianal	Terjadi reaksi spingter ani yang kuat.

## c. Pengkajian Refleks Bayi

## 1) Berkedip

Sorotkan cahaya ke mata bayi. Kelopak mata menutup sebagai respon terhadap cahaya terang, dijumpai pada tahun pertama. Jika reflek ini tidak ditemukan menunjukkan adanya kebutaan.

## 2) Tanda Babinski

Gores telapak kaki sepanjang tepi jari terluar, mulai dari tumit. Jari kaki mengembang dan ibu jari dorsofleksi, dijumpai sampai usia 2 tahun. Pengembangan jari kaki dan ibu jari kaki dorsofleksi setelah usia 2 tahun menunjukkan lesi ekstrapiramidal.

## 3) Merangkak

Letakkan bayi tengkurap diatas permukaan rata. Bayi membuat gerakan merangkak dengan lengan dan kaki jika diletakkan diatas abdomennya (tengkurap). Ketidaksimetrisan gerakan menunjukkan gangguan neurologis.

4) Menari atau melangkah

Gendong bayi sehingga kakinya sedikit menyentuh permukaan keras. Kaki bayi bergerak ke atas dan ke bawah jika kaki disentuh ke permukaan keras. Dijumpai selama 4-8 minggu pertama. Reflekas yang menetap lebih dari 40-8 minggu merupakan keadaan abnormal.

5) Ekstrusi

Sentuh lidah dengan ujung spatel lidah. Lidah ekstensi kearah luar jika disentuh, dijumpai sampai usia 4 bulan. Ekstensi lidah yang persisten menunjukkan sindrom down.

6) Gallant (inkurvasi badan)

Gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari bahu sampai bokong. Punggung bergerak kearah samping jika distimulasi, dijumpai selama 4-8 minggu pertama. Tidak ada refleks menunjukkan lesi medulla spinalis transversa.

7) Moro

Ubah posisi bayi dengan tiba-tiba atau pukul meja. Lengan ekstensi, jari-jari menggenggam, kepala jatuh ke belakang dan tungkai sedikir ekstensi. Lengan kembali ke tengah dengan tangan menggenggam. Lebih kuat selama 2 bulan pertama. Menghilang pada usia 3-4

bulan. Refleks menetap 4 sampai 6 bulan menunjukkan kerusakan otak.

8) Neck Righting

Letakkan bayi dalam posisi telentang. Coba menarik perhatian bayi dari satu sisi. Jika bayi telentang, bahu dan badan kemudian pelvis berotasi kearah bayi berputar. Dijumpai selama 10 bulan pertama. Tidak adanya refleks ini atau refleks menetap menunjukkan adanya gangguan sistem saraf pusat

9) Menggenggam (palmar grasp)

Letakkan jari di telapak tangan bayi dari sisi ulnar. Jika refleks lemah atau tidak ada beri bayi botol atau dot karena mengisap menguatkan refleks. Jari-jari bayi melengkung disekitar jari. Redleks ini menghilang pada usia 3-4 bulan. Refleks menggenggam yang menetap menunjukkan gangguan serebral.

10) Rooting

Gores sudut mulut bayi atau garis tengah bibir. Bayi memutar kearah pipi yang digores. Refleks ini menghilang pada usia 3-4 bulan. Tidak adanya refleks menunjukkan gangguan neurologi berat

11) Kaget (startle)

Bertepuk tangan dengan keras. Bayi mengekstensi dan memfleksi lengan sebagai respon terhadap suara keras. Tidak adanya refleks menunjukkan adanya gangguan pendengaran.

## 12) Mengisap

Bayi mengisap dengan kuat. Refleks menetap selama masa bayi. Refleks yang lemah atau tidak ada menunjukkan kelambatan perkembangan atau abnormalitas neurologi.

## 13) Tonic Neck

Putar kepala dengan cepat ke arah satu sisi. Bayi melakukan perubahan posisi jika kepala diputar ke satu sisi. Lengan dan tungkai ekstensi ke arah sisi putaran kepala dan fleksi pada sisi berlawanan. Dianggap tidak normal jika respons terjadi setiap kali kepala di putar. Jika menetap menunjukkan kerusakan serebral mayor.

**Daftar Pustaka**

- Engel, Joyce. (2008). *Seri Pedoman Praktis Pengkajian Pediatrik*. EGC. Jakarta.
- Maryunani, Anik. (2013). *Ilmu Kesehatan Anak Dalam Kebidanan*. CV. Trans Info Media. Jakarta.
- Kozier, Barbara. Erb, Glenora. Berman, Audrey. Snyder, Shirlee J. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. EGC. Jakarta.
- Putra, Doni Setiawan H. Satuso, Hadi. Isnun, Fahmi dkk. (2014). *Keperawatan Anak dan Tumbuh Kembang (Pengkajian dan Pengukuran)*. Nuha Medika. Yogyakarta.
- Potter, Patricia A & Perry, Anne G. (2009). *Fundamental Keperawatan edisi 7 buku 2*. Salemba Medika. Jakarta.
- Wong, Dona L. et al. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Wong (edisi 6)*. Jakarta: EGC.

- 1 PERSPEKTIF KEPERAWATAN ANAK DALAM KONTEKS KELUARGA  
Eka Adithia Pratiwi, S.Kep., Ners., M.Kep
- 2 PENDEKATAN TEORI MODEL KEPERAWATAN ANAK  
Pembronia Nona Fembi, S.Kep., Ns., M.Kep
- 3 KONSEP TUMBUH KEMBANG ANAK  
Teresia Elfi, S.Kep., Ns., M.Kep
- 4 HOSPITALISASI PADA ANAK  
Maria Kornelia Ringgi Kuwa, S.ST.,M.Kes
- 5 KONSEP BERMAIN PADA ANAK  
Novita Maulidya Jalal, S.Psi.,M.Psi.,Psikolog
- 6 KONSEP IMUNISASI PADA ANAK  
Emirensiana Watu, S.Kep.,Ns.,M.Kep
- 7 KONSEP KOMUNIKASI PADA ANAK  
Gabriel Mane, S.Fil.,Lic
- 8 TOILET TRAINING PADA ANAK  
Ari Damayanti Wahyuningrum, S.Kep.,Ns.,M.Kep
- 9 PENILAIAN RISIKO JATUH PADA ANAK  
O. Diana Suek, M. Kep, Ns Sp. Kep An
- 10 PEMERIKSAAN FISIK PADA ANAK  
Baiq Nurul Hidayati, S.Kep., Ners., M.Kep

*Editor :*

Yosefina Nelisti, S.Kep., Ns., M.Kep

Untuk akses **Buku Digital**,  
Scan **QR CODE**



**Media Sains Indonesia**  
Melong Asih Regency B.40, Cijerah  
Kota Bandung - Jawa Barat  
Email : [penerbit@medsan.co.id](mailto:penerbit@medsan.co.id)  
Website : [www.medsan.co.id](http://www.medsan.co.id)

