

*Buku Ajar*

# Keperawatan Anak Sehat



**Tim Penulis :**

Ana Farida Ulfa, S.Kep., Ners., M.Kep  
Tri Nurminingsih Hatala, S. Kep., Ns., M.Kep  
Ns. Nenty Septiana, M.Kep., Sp.Kep.An  
Ns. Resi Putri Naulia, M.Kep., Sp.Kep.An  
Nova Yulianti, M.Keb  
Ns. Inong Sri Rahayu, S.Kep., M.Kep  
Ns. Rischa Hamdanesti, S.Kep., M.Kep  
Wahyuningsih Triana Nugraheni, S.Kep., Ns., M.Kes  
Ns. Nanda Sartika, S.Kep., M.Kep  
Ns. Nur Eni Lestari, M.Kep., Sp.Kep.An  
Dr. Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes

# BUKU AJAR KEPERAWATAN ANAK SEHAT

## Tim Penulis :

Ana Farida Ulfa, S.Kep., Ners., M.Kep  
Tri Nurminingsih Hatala, S. Kep., Ns., M.Kep  
Ns. Nenty Septiana, M.Kep., Sp.Kep.An  
Ns. Resi Putri Naulia, M.Kep., Sp.Kep.An  
Nova Yulianti, M.Keb  
Ns. Inong Sri Rahayu, S.Kep., M.Kep  
Ns. Rischa Hamdanesti, S.Kep., M.Kep  
Wahyuningsih Triana Nugraheni, S.Kep., Ns., M.Kes  
Ns. Nanda Sartika, S.Kep., M.Kep  
Ns. Nur Eni Lestari, M.Kep., Sp.Kep.An  
Dr. Diah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes

Penerbit

**SONPEDIA.COM**

PT. Sonpedia Publishing Indonesia

# **BUKU AJAR KEPERAWATAN ANAK SEHAT**

## **Tim Penulis :**

Ana Farida Ulfa, S.Kep., Ners., M.Kep  
Tri Nurminingsih Hatala, S. Kep., Ns., M.Kep  
Ns. Nenty Septiana, M.Kep., Sp.Kep.An  
Ns. Resi Putri Naulia, M.Kep., Sp.Kep.An  
Nova Yulianti, M.Keb  
Ns. Inong Sri Rahayu, S.Kep., M.Kep  
Ns. Rischa Hamdanesti, S.Kep., M.Kep  
Wahyuningsih Triana Nugraheni, S.Kep., Ns., M.Kes  
Ns. Nanda Sartika, S.Kep., M.Kep  
Ns. Nur Eni Lestari, M.Kep., Sp.Kep.An  
Dr. Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes

**ISBN : 978-623-8483-65-5**

## **Editor :**

Putu Intan Daryaswanti

## **Penyunting :**

Efitra

## **Desain sampul dan Tata Letak :**

Yayan Agusdi

## **Penerbit :**

PT. Sonpedia Publishing Indonesia

## **Redaksi :**

Jl. Kenali Jaya No 166 Kota Jambi 36129 Telp. +6282177858344

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

Website : [www.buku.sonpedia.com](http://www.buku.sonpedia.com)

**Anggota IKAPI : 006/JBI/2023**

Cetakan Pertama, Januari 2024

Hak cipta dilindungi undang-undang  
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan  
cara Apapun tanpa ijin dari penerbit

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan yang Maha Esa, telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan buku ini dengan baik. Buku ini berjudul “***Buku Ajar Keperawatan Anak Sehat***”. Tidak lupa kami ucapkan terima kasih bagi semua pihak yang telah mendukung dan kontribusi dalam penulisan dan penerbitan buku ini.

Buku ini dirancang untuk memberikan pemahaman yang komprehensif tentang konsep-konsep dasar dalam keperawatan sebagai modal dasar perawat dalam merawat pasien anak di tatanan Rumah Sakit, Puskesmas ataupun Homecare.

Buku Ajar Keperawatan Anak Sehat ini merupakan sebuah buku yang dapat digunakan oleh dosen dalam melaksanakan kegiatan pembelajaran khususnya Program Studi Keperawatan. Buku ini umum dapat digunakan sebagai panduan dan referensi mengajar menyesuaikan Rencana Pembelajaran Semester di lingkungan kampus dan lainnya.

Secara garis besar, buku ajar ini membahas tentang pemahaman dasar tentang konsep utama dalam pemberian layanan keperawatan dasar. Buku ini disusun secara sistematis mencakup beberapa topik penting, mulai Perspektif Keperawatan Anak, *Family Centered Care*, *Atraumatic care*, Peran perawat anak, Pola dan Prinsip Tumbuh kembang anak, Faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang, *Anticipatory guidance*, Terapi bermain, Teknik komunikasi dengan anak, *Sex education*, dan Imunisasi pada anak.

Ditulis dengan bahasa yang jelas dan mudah dipahami, buku ajar ini dirancang untuk digunakan oleh dosen dalam kegiatan pembelajaran mahasiswa.

Buku ini mungkin masih terdapat kekurangan dan kelemahan. Oleh karena itu, saran dan kritik para pemerhati sungguh penulis harapkan. Semoga buku ini memberikan manfaat dan menambah khasanah ilmu pengetahuan.

Surabaya, Desember 2023

**Tim Penulis**

# DAFTAR ISI

|   |           |
|---|-----------|
| <b>KATA PENGANTAR .....</b>                                 | <b>ii</b> |
| <b>DAFTAR ISI.....</b>                                      | <b>iv</b> |
| <b>KEGIATAN BELAJAR 1 PERSPEKTIF KEPERAWATAN ANAK .....</b> | <b>1</b>  |
| DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN          |           |
| A. KONSEP DASAR KEPERAWATAN ANAK.....                       | 2         |
| B. FILOSOFI DAN PARADIGMA KEPERAWATAN ANAK.....             | 4         |
| C. PRINSIP KEPERAWATAN ANAK .....                           | 5         |
| D. FAMILY CENTERED CARE .....                               | 7         |
| E. RANGKUMAN .....  | 9         |
| F. TES FORMATIF .....                                       | 9         |
| G. LATIHAN.....   | 11        |
| <b>KEGIATAN BELAJAR 2 FAMILY CENTERED CARE .....</b>        | <b>12</b> |
| DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN          |           |
| A. SEJARAH FAMILY CENTERED CARE .....                       | 13        |
| B. PENGERTIAN FAMILY CENTERED CARE .....                    | 14        |
| C. TUJUAN FAMILY CENTERED CARE .....                        | 15        |
| D. ELEMEN FAMILY CENTERED CARE .....                        | 15        |
| E. PRINSIP-PRINSIP FAMILY CENTERED CARE.....                | 21        |
| F. APLIKASI FAMILY CENTERED CARE .....                      | 22        |
| G. RANGKUMAN .....  | 24        |
| H. TES FORMATIF .....                                       | 24        |
| I. LATIHAN.....   | 25        |
| <b>KEGIATAN BELAJAR 3 ATRAUMATIC CARE.....</b>              | <b>26</b> |
| DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN          |           |
| A. PENGERTIAN ATRAUMATIC CARE.....                          | 27        |
| B. TUJUAN ATRAUMATIC CARE .....                             | 27        |
| C. MANFAAT ATRAUMATIC CARE .....                            | 28        |
| D. PRINSIP ATRAUMATIC CARE.....                             | 28        |
| E. PERAN PERAWAT DALAM PENERAPAN ATRAUMATIC CARE .....      | 31        |
| F. JENIS INTERVENSI ATRAUMATIC CARE.....                    | 33        |

|   |           |
|---|-----------|
| G. RANGKUMAN .....  | 37        |
| H. TES FORMATIF .....   | 38        |
| I. LATIHAN.....   | 39        |
| <b>KEGIATAN BELAJAR 4 PERAN PERAWAT ANAK .....</b>                      | <b>40</b> |
| DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN                      |           |
| A. PENGERTIAN PERAN PERAWAT.....  | 41        |
| B. PERAWAT SEBAGAI PEMBERI ASUHAN ( <i>CAREGIVER</i> ) .....            | 42        |
| C. PERAWAT SEBAGAI EDUKATOR.....  | 43        |
| D. PERAWAT SEBAGAI ADVOKAT PASIEN .....                                 | 44        |
| E. PERAWAT SEBAGAI KONSELOR .....                                       | 44        |
| F. PERAWAT SEBAGAI KOORDINATOR DAN KOLABORATOR .....                    | 45        |
| G. PERAWAT SEBAGAI PEMBUAT KEPUTUSAN ETIK.....                          | 46        |
| H. PERAWAT SEBAGAI PENELITI.....  | 46        |
| I. RANGKUMAN .....  | 47        |
| J. TES FORMATIF .....   | 48        |
| K. LATIHAN.....   | 49        |
| <b>KEGIATAN BELAJAR 5 POLA DAN PRINSIP TUMBUH KEMBANG.....</b>          | <b>50</b> |
| DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN                      |           |
| A. PENGERTIAN PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN.....                         | 51        |
| B. CIRI – CIRI DAN PRINSIP TUMBUH KEMBANG .....                         | 52        |
| C. KERANGKA KONSEP PEMANTAUAN TUMBUH KEMBANG .....                      | 54        |
| D. STIMULASI TUMBUH KEMBANG .....                                       | 55        |
| E. PERIODE TUMBUH KEMBANG.....  | 56        |
| F. RANGKUMAN .....  | 57        |
| G. TES FORMATIF .....   | 58        |
| H. LATIHAN.....   | 59        |
| <b>KEGIATAN BELAJAR 6 FAKTOR YANG MEMEPENGARUHI TUMBUH KEMBANG.....</b> | <b>60</b> |
| DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN                      |           |
| A. PENGERTIAN TUMBUH KEMBANG .....                                      | 61        |
| B. FAKTOR FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TUMBUH KEMBANG                       | 63        |
| C. RANGKUMAN .....  | 72        |
| D. TES FORMATIF .....   | 73        |

|  |            |
|--|------------|
| E. LATIHAN.....  | 74         |
| <b>KEGIATAN BELAJAR 7 ANTICIPATORY GUIDANCE.....</b>                 | <b>75</b>  |
| DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN                   |            |
| A. PENGERTIAN ANTICIPATORY GUIDANCE.....                             | 76         |
| B. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KECELAKAAN PADA ANAK.....         | 76         |
| C. PANDUAN <i>ANTICIPATORY GUIDANCE</i> SESUAI TAHAP USIA ANAK ..... | 77         |
| D. RANGKUMAN .....   | 85         |
| E. TES FORMATIF .....  | 86         |
| F. LATIHAN.....  | 86         |
| <b>KEGIATAN BELAJAR 8 TERAPI BERMAIN .....</b>                       | <b>87</b>  |
| DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN                   |            |
| A. PENGERTIAN TERAPI BERMAIN .....                                   | 88         |
| B. TUJUAN DAN MANFAAT TERAPI BERMAIN .....                           | 89         |
| C. MODEL TERAPI BERMAIN .....  | 91         |
| D. MATERI BERMAIN.....   | 93         |
| E. TEKNIK TERAPI BERMAIN.....  | 93         |
| F. PROSES TERAPEUTIK BERMAIN .....                                   | 96         |
| G. RANGKUMAN .....   | 99         |
| H. TES FORMATIF .....  | 100        |
| I. LATIHAN.....  | 101        |
| <b>KEGIATAN BELAJAR 9 TEKNIK KOMUNIKASI DENGAN ANAK .....</b>        | <b>102</b> |
| DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN                   |            |
| A. PENGERTIAN KOMUNIKASI DENGAN ANAK .....                           | 103        |
| B. ASPEK PENTING KOMUNIKASI DENGAN ANAK .....                        | 103        |
| C. MACAM-MACAM TEKNIK KOMUNIKASI DENGAN ANAK .....                   | 104        |
| D. TEKNIK KOMUNIKASI DENGAN ANAK BERDASARKAN TINGKAT USIA .....      | 109        |
| E. RANGKUMAN .....   | 111        |
| F. TES FORMATIF .....  | 112        |
| G. LATIHAN.....  | 113        |
| <b>KEGIATAN BELAJAR 10 <i>SEX EDUCATION</i> PADA ANAK.....</b>       | <b>114</b> |

|  |            |
|--|------------|
| DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN   |            |
| A. MEMAHAMI TEORI PERKEMBANGAN ANAK DAN IMPLIKASINYA<br>DALAM PENDIDIKAN SEKSUAL .....   | 115        |
| B. MENGIDENTIFIKASI METODE PENGAJARAN YANG SESUAI DAN<br>KREATIF DALAM PENDIDIKAN SEKSUAL ANAK-ANAK.....   | 117        |
| C. MENERAPKAN PRINSIP-PRINSIP ETIKA DALAM PENDIDIKAN<br>SEKSUAL ANAK-ANAK .....  | 119        |
| D. MENYUSUN MATERI PENDIDIKAN SEKSUAL YANG RELEVAN<br>DENGAN TINGKAT PERKEMBANGAN ANAK .....   | 121        |
| E. MENGEMBANGKAN KETERAMPILAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF<br>UNTUK BERINTERAKSI DENGAN ANAK-ANAK DAN ORANG TUA<br>DALAM KONTEKS PENDIDIKAN SEKSUAL ..... | 123        |
| F. RANGKUMAN .....   | 126        |
| G. TES FORMATIF .....  | 127        |
| H. LATIHAN.....  | 129        |
| <b>KEGIATAN BELAJAR 11 IMUNISASI .....</b>   | <b>130</b> |
| DESKRIPSI, KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN   |            |
| A. KONSEP DASAR IMUNISASI .....  | 131        |
| B. KEJADIAN IKUTAN PASCA-IMUNISASI (KIPI) .....  | 147        |
| C. RANGKUMAN .....   | 149        |
| D. TES FORMATIF .....  | 149        |
| E. LATIHAN.....  | 150        |
| <b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>  | <b>151</b> |
| <b>TENTANG PENULIS .....</b>   | <b>163</b> |

# KEGIATAN BELAJAR 1

## PERSPEKTIF KEPERAWATAN ANAK

### DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Pada bab ini mahasiswa mempelajari konsep dasar dasar keperawatan anak, sehingga setelah pembelajaran mahasiswa dapat menjelaskan tentang filosofi dan paradigma keperawatan anak serta prinsip keperawatan anak.

### KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan :

1. Mampu menjelaskan tentang konsep dasar keperawatan anak
2. Mampu menjelaskan filosofi dan paradigma keperawatan anak
3. Mampu menjelaskan prinsip-prinsip keperawatan anak

### PETA KONSEP PEMBELAJARAN



## A. KONSEP DASAR KEPERAWATAN ANAK

### 1. Pengertian anak

*World Health Organisation* (WHO) mendefinisikan anak sebagai usia individu mulai dari lahir sampai berusia 19 tahun. Sedangkan dalam bab perlindungan anak menurut Undang Undang Republik Indonesia nomor 23 tahun 2002 dalam pasal 1 ayat 1, definisi anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas tahun), termasuk anak yang masih dalam kandungan. Definisi ini dijadikan rujukan dalam penerapan hukum di Indonesia. Sebagai pembandingan dalam kompilasi hukum Islam pasal 98 ayat 1 dan 2, disebutkan bahwa batas usia anak yang dianggap mampu dewasa atau berdiri sendiri adalah 21 tahun, selama anak tidak dalam kondisi cacat fisik maupun mental dan belum pernah melakukan perkawinan.

Kamus Bahasa B Indonesia mendefinisikan anak adalah individu baik laki-laki maupun Perempuan yang belum dewasa atau *baligh*. Istilah *baligh* ini merujuk pada istilah dalam agama Islam, *baligh* memiliki arti kondisi kedewasaan seseorang, dalam hal ini kedewasaan secara fisik yang ditandai dengan adanya “mimpi basah”. Dalam kajian kesehatan “mimpi basah” merupakan kondisi yang menunjukkan fungsinya hormon khususnya reproduksi, sehingga individu sudah memasuki usia subur.

Berdasarkan beberapa definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa anak akan berada dalam tanggung jawab orang tua selama anak belum mandiri dan bertanggung jawab secara hukum atau dalam rentang maksimal usia 18 tahun dan atau sampai 21 tahun.

### 2. Kedudukan Anak di Indonesia

Perlindungan anak di Indonesia diatur dalam Undang Undang No 23 tahun 2002, dalam pasal 1 ayat 2 disebutkan bahwa perlindungan anak adalah segala kegiatan untuk menjamin dan

melindungi anak dan hak-haknya agar dapat hidup, tumbuh, berkembang, dan berpartisipasi secara optimal sesuai dengan harkat dan martabat kemanusiaan, serta mendapat perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi. Undang-undang ini menjadi dasar dalam pelaksanaan system perlindungan anak di Indonesia.

Dalam buku saku Sistem Perlindungan Anak (SPA) tahun 2023 dijelaskan bahwa SPA merupakan strategi untuk mewujudkan Indonesia Layak Anak (IDOLA) yang responsif terhadap keragaman anak dan karakteristik wilayah untuk memastikan anak menikmati haknya.

Sistem perlindungan anak terdiri dari 5 subsistem, yaitu : 1) Hukum dan kebijakan; 2) Peradilan; 3) Kesejahteraan anak dan keluarga; 4) Perubahan perilaku social; dan 5) Data dan informasi perlindungan anak. Subsistem yang sangat relevan dengan keperawatan pada anak adalah kesejahteraan anak dan keluarga. Sistem kesejahteraan anak dan keluarga meliputi penyelenggaraan pelayanan utama yang menjamin terpenuhinya kebutuhan anak akan tumbuh kembang sesuai tahapan usia, peningkatan kapasitas atau kemampuan keluarga dalam melaksanakan tanggung jawab dan tersedianya Upaya pencegahan dan penanganan kejadian perlakuan salah pada anak, kekerasan, penelantaran maupun eksploitasi pada anak.

Cakupan pelayanan yang dilakukan dibagi menjadi 3 kategori, yaitu:

- a. Kelompok primer. Sasaran pelayanan adalah semua anak yang ada di Indonesia, bentuk layanan pada kelompok primer ini adalah upaya pencegahan tingkat pertama atau promosi Kesehatan, misalnya: KIE, imunisasi, screening tumbuh kembang, *day care*.

- b. Kelompok Sekunder. Sasaran pelayanan adalah anak yang berada dalam situasi rentan. Bentuk layanan pada kelompok sekunder merupakan upaya pencegahan dengan target khusus, kelompok sekunder disebut juga kelompok risiko, misalnya balita, usia sekolah. Contoh bentuk layanan yang diberikan : konseling keluarga tentang gizi balita, pemberian gizi tambahan di Posyandu.
- c. Kelompok Tersier. Sasaran pelayanan adalah anak yang sudah memiliki masalah Kesehatan atau social. Bentuk layanan dapat berupa kuratif atau rehabilitatif.

## **B. FILOSOFI DAN PARADIGMA KEPERAWATAN ANAK**

### **1. Paradigma Keperawatan Anak**

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) filosofi memiliki makna yang sama dengan falsafah yang memiliki arti anggapan, pandangan atau gagasan. Dalam asuhan keperawatan anak kesehatan anak merupakan landasan dalam dalam praktik keperawatan anak, atau penerapan ilmu dalam menangani klien anak, yang biasa disebut sebagai paradigma dalam keperawatan anak. Paradigma keperawatan anak merupakan landasan berfikir dalam penerapan ilmu keperawatan anak. Empat komponen dalam paradigma keperawatan anak meliputi:

#### **a. Manusia (anak)**

Klien dalam asuhan keperawatn anak adalah individu yang berusia kurang dari 18 tahun, dalam masa tumbuh kembang, dengan pemenuhan kebutuhan khusus pada aspek fisiologis, psikologis, social dan spiritual. Anak berada pada rentang pertumbuhan dan perkembangan dari bayi sampai remaja dengan ciri khas masing-masing anak pada setiap tumbuh kembangnya. Dalam pelayanan asuhan keperawatan anak lebih diutamakan dibanding klien

dewasa, karena proses adaptasi atau respon anak terhadap stimulus atau stressor masih dalam tahap perkembangan.

b. Sehat – sakit

Pelayanan keperawatan dapat diberikan dalam rentang sehat – sakit, Dimana kondisi anak sebagai klien dapat berada pada tingkatan Sejahtera, sehat optimal, sehat, sakit, sakit kronis sampai meninggal. Selama berada pada rentang tersebut anak membutuhkan bantuan perawat baik secara langsung maupun tidak langsung. Batasan sehat disini adalah kondisi Dimana anak dalam keadaan sempurna atau sehat baik fisik, emntal dan social, tidak hanya kondisi bebas dari penyakit dan kelemahan.

c. Lingkungan

Kondisi Kesehatan anak sangat dipengaruhi oleh faktor lingkungan, baik internak maupun eksternal. Kondisi internal yang mungkin mempengaruhi Kesehatan anak antara lain; kelainan bawaan. Sedangkan lingkungan eksternal yang dapat mempengaruhi Kesehatan anak antara lain; gizi buruk, peran orang tua, pola asuh, teman sebaya dan Masyarakat secara luas.

d. Keperawatan

Komponen keperawatan merupakan bentuk pelayanan yang diberikan kepad anak dalam mencapai peryumbuhan dan perkembangan yang optimal. Upaya ini membutuhkan peran keluarga dalam memberikan perawatan, keluarga merupakan kemampuan keluarga secara mandiri untuk memberikan perawatan anak dalam rentang sehat-sakit sesuai tumbuh kembangnya.

### **C. PRINSIP KEPERAWATAN ANAK**

Asuhan keperawatan pada anak dalam pelaksanaannya berbeda dengan asuhan keperawatan pada orang dewasa. Beberapa hal yang sangt perlu diperhatikan dalam proses pemberian asuhan

keperawatan pada anak dapat ditinjau dari aspek tumbuh kembang anak, kondisi psikologis anak, dan proses adaptasi anak. Sehingga perawat perlu memperhatikan prinsip-prinsip dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada anak.

Yuliaslati dan Arnis (2016) menyebutkan beberapa prinsip yang harus diperhatikan dalam pemberian asuhan keperawatan pada anak adalah sebagai berikut:

1. Anak adalah individu yang unik, bukan miniatur orang dewasa, dalam arti anak bukanlah orang dewasa dalam bentuk kecil. Anak tetap harus dipandang sebagai individu yang unik yang memiliki pola pertumbuhan dan perkembangan menuju proses pematangan.
2. Anak memiliki kebutuhan khusus sesuai dengan tahapan pertumbuhan dan perkembangan. Sebagai individu yang unik anak juga memiliki kebutuhan pada aspek fisiologis, psikologis, social dan spriritual sesuai tumbuh kembangnya
3. Orientasi pada pelayanan keperawatan pada anak adalah upaya pencegahan penyakit serta peningkatan derajat Kesehatan yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian bagi generasi penerus bangsa.
4. Dalam upaya peningkatan derajat kesehatan anak, perawat bertanggungjawab secara komprehensif untuk memberikan asuhan keperawatan, dengan melibatkan peran keluarga.
5. Cakupan asuhan keperawatan pada anak dan keluarga adalah untuk mencegah, mengkaji, mengintervensi serta meningkatkan kesejahteraan hidup, sesuai dengan dengan aspek moral (etik) dan aspek hukum (legal).
6. Tujuan keperawatan anak dan keluarga adalah meningkatkan kematangan yang sehat bagi anak dan remaja pada aspek biopsikososial dan spiritual dalam kontek keluarga dan masyarakat.
7. Fokus keperawatan anak pada masa yang akan datang adalah tentang tumbuh kembang, karena hal ini menyangkut aspek kehidupan anak.

#### D. FAMILY CENTERED CARE

Pelaksanaan asuhan keperawatan yang berpusat pada keluarga, memiliki arti bahwa orang tua sebagai sosok yang selalu ada dan dekat dalam kehidupan anak dan berperan dalam proses pengasuhan anak, baik saat sakit di rumah sakit maupun di rumah. Dalam perawatan yang berpusat pada keluarga, keluarga merupakan motor utama dalam pengembangan rencana pengasuhan. (Hockenberry, Wilson and Roger, 2016; Kyle and Carma, 2017).

Filosofi perawatan yang berpusat pada keluarga memiliki konsep dasar:

1. *Enabling*. Perawat bertugas meningkatkan self care keluarga dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarga agar kebutuhan anak dan keluarga terpenuhi.
2. *Empowerment*. Interaksi perawat dan keluarga adalah untuk meningkatkan kemampuan dan kesadaran keluarga sehingga mampu mengambil Keputusan dalam perawatan anak dan tugas keluarga dibidang Kesehatan dapat terwujud dalam perilaku memiliki kekuatan, kemampuan dalam perawatan anak (Hockenberry and Wilson, 2018).

Keluarga adalah kekuatan dan dukungan utama dalam kesehatan anak. Orang tua memiliki peran penting dalam kesehatan dan keberadaan anak. Keterlibatan orang tua secara optimal dalam kesehatan anak akan mendapatkan hasil yang optimal, sehingga tidak hanya kesejahteraan anak dan keluarga yang meningkat, kepuasan perawat dalam memberikan pelayanan juga meningkat. (Kyle and Carman, 2017).

Hasil penelitian yang dilakukan penulis tentang *self care* keluarga dalam perawatan anak thalasemia, menunjukkan bahwa family psikoedukasi, dalam hal ini adalah pemberian

konseling kepada keluarga dengan anak thalasemia dengan tahapan kegiatan : 1) Mengetahui masalah keluarga; 2) Perawatan anak thalasemia; 3) manajemen stres keluarga; mampu meningkatkan self care keluarga dalam merawat anak thalasemia, yang akhirnya dapat meningkatkan APGAR keluarga dalam perawatan anak thalasemia (Farida, 2019).

Freedman (1981) menyebutkan bahwa keluarga merupakan suatu kelompok yang dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah kesehatan dalam kelompoknya, dan merupakan pengambil keputusan dalam memelihara kesehatan anggota keluarganya.

### **Elemen *Family Centered Care***

Delapan elemen yang berada dalam cakupan perawatan yang berpusat pada keluarga, Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan anak yaitu:

1. Mengakui bahwa keluarga merupakan pihak yang selalu berada pada setiap rentang kehidupan anak, perawat berupaya untuk menggabungkan dan mendukung antara kebijakan system pelayanan dengan praktik keperawatan anak.
2. Perawat sebagai fasilitator dalam kolaborasi keluarga dengan tenaga ahli profesional dalam layanan baik di rumah sakit, perawatan di rumah, maupun keperawatan komunitas, dalam pengembangan program, implementasi dan evaluasi program serta pembentukan kebijakan
3. Sharing informasi yang aktual dan terpercaya antara tenaga kesehatan profesional dengan keluarga.
4. Melaksanakan pelayanan keperawatan dengan tetap menghormati adanya perbedaan budaya yang mencakup keberagaman etnis, ras , spiritual, social, ekonomi, Pendidikan dan geografi, baik untuk pelayanan keperawatan individu maupun keluarga.
5. Mengenali dan menghormati penerapan kebijakan dan program komprehensif yang memberikan dukungan perkembangan,

- pendidikan, emosional, lingkungan, dan keuangan dalam memenuhi keberagaman kebutuhan.
6. Memfasilitasi dan memotivasi peningkatan kemampuan keluarga dalam berhubungan dengan keluarga lain untuk meningkatkan Kesehatan.
  7. Memastikan kondisi pelayanan Kesehatan dapat diakses keluarga dengan baik serta dalam kondisi yang komprehensif untuk memenuhi berbagai kebutuhan keluarga dalam Masyarakat yang heterogeny.
  8. Menghargai keluarga sebagai keluarga, dan anak-anak sebagai anak-anak. Memahami adanya kekuatan, perhatian, emosi, dan aspirasi di luar kebutuhan keluarga akan adanya pelayanan Kesehatan (Hockenberry and Wilson, 2018).

## **E. RANGKUMAN**

Berdasarkan uraian di atas, perspektif keperawatan anak merupakan cara pandang atau landasan dalam emlakukan asuhan keperawatan pada anak, yang dikenal dengan paradigma keperawatan anak. Terdapat empat aspek yang dijadikan landasan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada anak, yaitu; 1) anak sebagai manusia; 2) Rentang sehat-sakit; 3) Lingkungan; dan 4) Keperawatan.

Perspektif dan paradigma dalam keperawatan anak inilah yang membawa prinsip keperawatan anak pada *family centered care*, Dimana pusat pelayanan berpusat pada keluarga. Prinsip ini sangat relevan dengan tugas dan fungsi keluarga dalam perawatan anak, yang terangkum dalam APGAR keluarga.

## **F. TES FORMATIF**

1. Pernyataan dibawah ini termasuk dalam komponen paradigma keperawatan anak, kecuali:

- a. Manusia
  - b. Sehat – sakit
  - c. Pelayanan Kesehatan
  - d. Lingkungan
  - e. Keperawatan
2. Yang dimaksud manusia dalam paradigma keperawatan anak adalah:
- a. Anak yang berusia 0 – 18 tahun
  - b. Anak yang sakit
  - c. Anak dalam masa tumbuh kembang
  - d. Anak dalam keluarga
  - e. Semua anak Indonesia
3. Lingkungan internal yang memengaruhi kesehatan anak adalah:
- a. Penyakit infeksi
  - b. Anak yang lahir dengan kelainan bawaan
  - c. Peran keluarga
  - d. Status gizi anak
  - e. Peran masyarakat
4. Peran orientasi pada keperawatan anak adalah:
- a. Anak merupakan miniatur orang dewasa
  - b. Perawat merupakan sumber informasi yang efektif
  - c. Kerjasama perawat dan orang tua tidak selalu dibutuhkan
  - d. Orang tua didorong untuk aktif berpartisipasi dalam perawatan
  - e. Perawatan anak sepenuhnya merupakan hak perawat
5. Pernyataan dibawah ini yang bukan konsep family centered care adalah:
- a. Optimalisasi keterlibatan orang tua dalam perawatan
  - b. Keluarga sebagai pengunjung yang utama
  - c. Peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat anak

- d. Mengajarkan keterampilan keperawatan kepada orang tua
- e. Memberikan discharge planning

## **G. LATIHAN**

Buatlah contoh kasus asuhan keperawatan pada anak, dan uraikan bentuk atau implementasi dari family centered care pada asuhan keperawatan tersebut.

## KEGIATAN BELAJAR 2

### FAMILY CENTERED CARE

#### DESKRIPSI PEMBELAJARAN

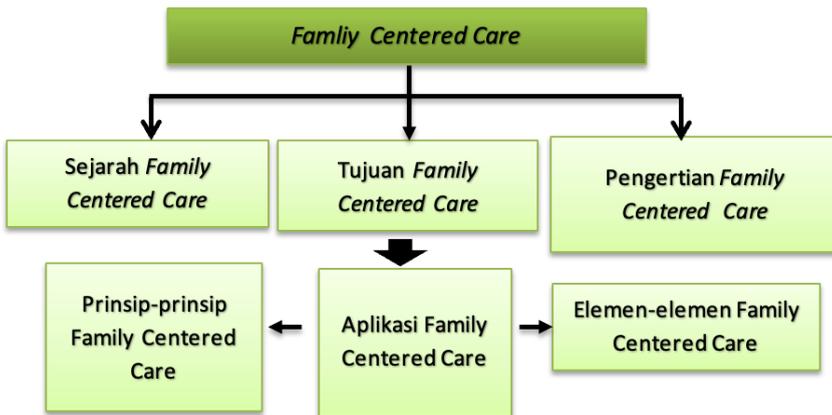
Pada bab ini mahasiswa mempelajari tentang bagaimana konsep *family centered care* dan bagaimana mengaplikasikan *family centered care*.

#### KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan:

1. Mampu mendeskripsikan Sejarah *family centered care*
2. Mampu mendeskripsikan pengertian *family centered care*
3. Mampu mendeskripsikan tujuan *family centered care*
4. Mampu mendeskripsikan elemen-elemen *family centered care*
5. Mampu mendeskripsikan Prinsip-Prinsip *family centered care*
6. Mampu mengaplikasikan *family centered care*

#### PETA KONSEP PEMBELAJARAN



## A. SEJARAH FAMILY CENTERED CARE

Pada tahun 1987, ACCH mengidentifikasi adanya delapan element *Family-Centered Care* (Shelton et al., 1987) yang dikemukakan oleh C. Everest Koop dalam Surgeon General's Report: Children With Special Health Care Needs (U.S. Department of Health and Human Services, 1987). Sejak saat itu, definisi Family-Centered Care telah mendapatkan perhatian social dan cultural dari keluarga (Johnson et al., 1992) dan mendukung peran administrasi para staff. Family-Centered Care tidak hanya di peruntukkan pada standar praktik perawatan pada anak sakit tetapi juga didukung USA dengan tindakan yang dilakukan legislatifnya pada Maternal Child Health Block Grant Amendments in the Omnibus Budget and Reconciliation Act of 1989, the Individuals with Disabilities Education Act, the Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act, and the Mental Health Amendments of 1990 (Johnson et al., 1992). Ada beberapa alasan dilakukannya family centered care antara lain :

1. Membangun sistem kolaborasi daripada kontrol.
2. Berfokus pada kekuatan dan sumber-sumber keluarga daripada kelemahan keluarga
3. Mengakui keahlian keluarga dalam merawat anak seperti sebagaimana profesional
4. Membangun pemberdayaan daripada ketergantungan
5. Meningkatkan lebih banyak sharing informasi dengan pasien, keluarga dan pemberi pelayanan dari pada informasi hanya diketahui oleh professional.
6. Menciptakan program yang fleksibel dan tidak kaku.

Berdasarkan alasan tersebut maka family centered care mendapatkan perhatian khusus untuk menjadi peran penting selama dalam perawatan anak.

## B. PENGERTIAN FAMILY CENTERED CARE

*Family Centered Care* didefinisikan oleh *Association for the Care of Children's Health (ACCH)* sebagai filosofi di mana pengasuh menekankan dan merangkul peran penting anggota keluarga. Dukungan keluarga membangun kekuatan, membantu Anda mengambil keputusan terbaik, dan memperbaiki pola normal yang sudah lama ada dalam kehidupan sehari-hari Anda. Anak itu sakit tetapi dalam masa pemulihan.

Perawatan yang berpusat pada keluarga didefinisikan oleh Hanson (199, dalam Dunst dan Trivette 2009) sebagai pendekatan inovatif dalam merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi perawatan berdasarkan manfaat hubungan antara pengasuh dan keluarga, terutama orang tua.

Stower (1992, Fiane, 2012), Perawatan yang berpusat pada keluarga adalah pendekatan holistik. Pendekatan pengasuhan yang berpusat pada keluarga berfokus pada pengasuhan anak sebagai klien atau individu yang memiliki kebutuhan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual (biopsikologis), serta berfokus pada aktivitas terus-menerus dalam kehidupan anak.

Gill (1993, Fiane, 2012) menyatakan bahwa perawatan yang berpusat pada keluarga merupakan kolaborasi antara orang tua dan profesional. Filosofi pengasuhan yang berpusat pada keluarga adalah dukungan terhadap keluarga, khususnya kolaborasi antara orang tua dan profesional dalam merancang aktivitas pengasuhan yang disediakan keluarga.

Selanjutnya akan saya jelaskan lebih detail bahwa filosofi "family-centered care" tersebut di atas merupakan konsep dasar keperawatan anak yang bertujuan untuk mengasuh anak dengan keluarga sebagai pusat perawatannya. Kutipan definisi ahli di atas menunjukkan bahwa penerapan perawatan yang berpusat pada keluarga adalah pendekatan holistik dan filosofis dalam keperawatan anak. Sebagai profesional, perawat harus melibatkan orang tua dalam pengasuhan anak. Peran perawat

dalam pelaksanaan perawatan yang berpusat pada keluarga adalah menjadi mitra dan fasilitator perawatan anak di rumah sakit.

### **C. TUJUAN FAMILY CENTERED CARE**

Menurut Brunner dan Suddarth (1986 dalam Fretes, 2012), tujuan diperkenalkannya konsep pengasuhan yang berpusat pada keluarga dalam pengasuhan anak adalah untuk memberikan kesempatan kepada orang tua untuk mengasuh anaknya di bawah pengawasan perawat selama dirawat di rumah sakit, sesuai dengan peraturan saat ini adalah memberi.

Lebih lanjut, perawatan yang berpusat pada keluarga bertujuan untuk meminimalkan trauma selama perawatan anak di rumah sakit, sehingga mereka dapat meningkatkan kemandirian dan mencapai peningkatan kualitas hidup.

### **D. ELEMEN FAMILY CENTERED CARE**

Menurut Shelton (1987, Fretes 2012), perawatan yang berpusat pada keluarga memiliki beberapa komponen.

1. Pengasuh menyadari bahwa meskipun sistem pengasuhan dan anggota di dalamnya berfluktuasi, keluarga merupakan bagian integral dari kehidupan anak.

Pengakuan para pengasuh bahwa keluarga merupakan bagian integral adalah penting.

Peran perawat sebagai motivator adalah menghargai dan menghormati peran keluarga dalam pengasuhan anak dan bertanggung jawab penuh terhadap kesehatan anak. Selain itu, pengasuh mendukung perkembangan sosial dan emosional serta memenuhi kebutuhan anak dalam keluarganya. Oleh karena itu, dalam pengelolaan sistem pelayanan kesehatan, keluarga dilibatkan dalam pengambilan keputusan, perawatan, pendidikan, dan advokasi terhadap anaknya selama menjalani

pengobatan. Keputusan keluarga mengenai penitipan anak didasarkan pada mekanisme penanggulangan dan kebutuhan yang ada dalam keluarga dan oleh karena itu merupakan pertimbangan penting. Pengasuh memberikan nasihat yang baik ketika mengambil keputusan, namun keluarga juga mempunyai hak untuk memutuskan layanan mana yang ingin mereka terima. Berbagai inisiatif dilakukan untuk menghormati dan mendukung individualitas dan kekuatan dalam keluarga, antara lain :

- a. Kunjungan ke rumah atau tempat lain pada waktu dan tempat yang disepakati bersama keluarga,
  - b. Perawat melakukan pengkajian keluarga berdasarkan kebutuhan pribadi keluarga,
  - c. Orang tua Sebagai anggota dan fokal point, mereka merencanakan pengasuhan dan juga merencanakan perannya dalam pengasuhan anak.
  - d. Rencana pengasuhan yang diberikan bersifat komprehensif dan pengasuhan tersebut menyediakan semua layanan pengasuhan yang diperlukan, termasuk penitipan anak, dukungan orang tua, dukungan finansial, rekreasi, dan dukungan emosional (Shelton 1987, Fretes, 2012).
2. Memfasilitasi kolaborasi antara keluarga dan perawat di semua tingkat layanan kesehatan, merawat anak secara individual, pengembangan program, implementasi dan evaluasi, dan pengembangan kebijakan. Hal ini bertujuan ketika :
- a. Bekerja sama dalam memberikan perawatan kepada anak. Peran kerjasama antara orang tua dan tenaga profesional sangatlah penting dan esensial. Keluarga bukan hanya sekedar pendamping, mereka juga terlibat dalam perawatan kesehatan anak-anak mereka. Tenaga profesional memberikan layanan sesuai dengan keterampilan dan pengetahuan yang mereka peroleh, dan orang tua berkontribusi dengan memberikan informasi tentang anak-anak mereka. Orang tua dan tenaga profesional bekerja

sama untuk memungkinkan orang tua berkontribusi dalam perawatan anak mereka. Namun tidak semua tenaga profesional dapat menerima pendapat yang diberikan. Hal ini sebagian disebabkan oleh kurangnya pengalaman tenaga profesional yang bekerjasama dengan orang tua (Shelton 1987, Fretes, 2012).

- b. Melakukan kerjasama dalam mengembangkan masyarakat dan pelayanan rumah sakit. Pada tahap ini, anak berkebutuhan khusus memperoleh manfaat dari kemampuan orang tua dan perawat dalam mengembangkan, melaksanakan, dan mengevaluasi program. Pada tahap ini, kolaborasi dengan disiplin ilmu lain untuk mendukung proses pemeliharaan harus menjadi prioritas. Family Centered Care memberikan kesempatan kepada orang tua dan profesional untuk berkontribusi melalui pengetahuan dan pengalaman mereka miliki untuk kemajuan perawatan anak di rumah sakit. Pengalaman mengasuh anak dapat memberi orang tua perspektif penting mengenai perawatan anak dan cara perawat untuk menerima dan mendukung keluarga (Shelton 1987, Fretes, 2012).
  - c. Kolaborasi di tingkat kebijakan untuk perawatan yang berpusat pada keluarga dapat dicapai melalui kolaborasi antara orang tua dan tenaga profesional di tingkat kebijakan. Kolaborasi ini bertujuan untuk memberikan manfaat bagi orang tua, anak dan tenaga profesional. Orangtua bisa menghargai kemampuan yang mereka miliki dengan memberikan pengetahuan mereka tentang sistem pelayanan kesehatan serta kompetensi mereka. Keterlibatan mereka dalam membuat keputusan menambah kualitas pelayanan kesehatan.
3. Menghargai keberagaman ras, suku, budaya, dan sosial ekonomi dalam keluarga.

Tujuannya untuk menunjang keberhasilan pengobatan anak di rumah sakit, dengan memperhatikan tingkat perkembangan diagnosis medis anak. Hal ini menjadi sulit ketika program pengobatan yang dilaksanakan bertentangan dengan nilai-nilai keluarga (Shelton, 1987; Fretes, 2012).

4. Mengakui kekuatan keluarga dan individualitas serta memperhatikan perbedaan mekanisme koping dalam keluarga  
elemen ini mewujudkan 2 konsep yang seimbang pertama, Family Centered Care harus menggambarkan keseimbangan anak dan keluarga. Artinya, dalam mencari permasalahan yang berkaitan dengan anak, perlu mempertimbangkan secara cermat kekuatan anak dan keluarga. Kedua, menghargai dan menghormati mekanisme koping dan individualitas yang dimiliki oleh anak maupun keluarga dalam kehidupan mereka.
  
5. Memberikan informasi yang lengkap dan jelas kepada orang tua serta memberikan dukungan menyeluruh secara berkesinambungan  
Pemberian informasi kepada orang tua bertujuan untuk mengurangi kekhawatiran orang tua terhadap perawatan anak mereka. Selain itu, informasi dari orang tua juga menjadi salah satu unsur penting dalam perawatan anak.  
Ketersediaan informasi tidak hanya mempengaruhi emosi, tetapi juga merupakan faktor penting bagi partisipasi penuh orang tua dalam proses pengambilan keputusan, terutama dalam semua prosedur medis dalam perawatan anaknya (Shelton, 1987, dalam Fretes, 2012).
  
6. Mendorong dan memfasilitasi keluarga untuk saling mendukung  
Pada bagian ini Shelton menjelaskan bahwa jenis dukungan lain yang diberikan kepada keluarga adalah dukungan antar keluarga. Unsur ini awalnya diterapkan pada perawatan anak berkebutuhan khusus seperti Down Syndrome dan Autisme.

Perawat dan tenaga profesional lainnya memastikan bahwa keluarga menerima dukungan dari keluarga lain yang anaknya juga mengalami masalah. Dukungan antar keluarga ini berfungsi untuk:

- a. Saling mendukung dan membangun hubungan persahabatan.
  - b. bertukar informasi tentang kondisi dan perawatan anak, dan
  - c. memanfaatkan dan meningkatkan system pelayanan yang ada untuk kebutuhan perawatan anak mereka.
7. Memahami dan mengintegrasikan kebutuhan perkembangan bayi, anak-anak, remaja, dan keluarga mereka ke dalam sistem perawatan kesehatan. Memahami dan menerapkan kebutuhan perkembangan semua anak penting bagi perawat untuk menerapkan pendekatan yang komprehensif terhadap anak dan keluarga agar mereka mampu dalam melewati setiap tahap perkembangan dengan baik.
8. Menerapkan kebijakan dan program komprehensif yang memberikan dukungan emosional dan finansial untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- Dukungan keluarga bervariasi tergantung pada kebutuhan keluarga dan berubah seiring waktu. Jenis dukungan yang diberikan antara lain membantu keluarga mematuhi jadwal istirahat, layanan perawatan di rumah, layanan konseling, promosi kesehatan, program bermain, dan membantu keluarga menggunakan layanan medis yang ada untuk mendukung kebutuhan kesehatan mereka secara finansial. Hal ini termasuk koordinasi layanan kesehatan yang tepat untuk memastikan ketersediaan. Dukungan yang baik dapat membantu menurunkan stress yang dialami oleh keluarga karena ketidakseimbangan tuntutan keadaan kondisi dengan ketersediaan tenaga yang dimiliki oleh keluarga saat mendampingi anak selama dirawat dirumah sakit. Oleh karena itu perawat harus kritis dalam mengkaji kebutuhan keluarga sehingga dukungan

dapat diberikan dengan tepat termasuk mempertimbangkan kebijakan yang berlaku baik di rumah sakit maupun di lingkungan untuk menunjang dukungan yang akan diberikan kepada keluarga (Shelton, 1987, dalam Fretes, 2012).

9. Merancang system perawatan kesehatan yang fleksibel, dapat dijangkau dengan mudah dan responsif terhadap kebutuhan keluarga teridentifikasi.

Sistem pelayanan kesehatan yang fleksibel didasarkan pada pemahaman bahwa setiap anak memiliki kebutuhan terhadap layanan kesehatan yang berbeda maka layanan kesehatan yang ada harus menyesuaikan dengan kebutuhan dan kelebihan yang dimiliki oleh anak dan keluarga. Oleh karena itu, tidak hanya satu intervensi kesehatan untuk semua anak tetapi lebih dari satu intervensi yang berbeda untuk setiap anak. Selain layanan yang fleksibel, dalam Family Centered Care juga mendukung agar layanan kesehatan mudah diakses oleh anak dan keluarga misalnya sistem pembayaran layanan kesehatan yang dipakai selama anak menjalani perawatan di rumah sakit baik menggunakan asuransi atau jaminan kesehatan pemerintah dan swasta, konsultasi kesehatan, prosedur pemeriksaan dan pembedahan, layanan selama anak menjalani rawat inap di rumah sakit dan sebagainya. Oleh karena itu perawat harus mengkaji kebutuhan anak atau keluarga terhadap akses layanan kesehatan yang dibutuhkan lalu melakukan intervensi sesuai dengan kebutuhan anak dan keluarga. Apabila layanan kesehatan yang direncanakan fleksibel dan dapat diakses oleh anak dan keluarga maka layanan kesehatan tersebut akan lebih responsif karena memprioritaskan kebutuhan anak dan keluarga (Shelton, 1987, dalam Fretes, 2012).

## E. PRINSIP-PRINSIP FAMILY CENTERED CARE

Beberapa prinsip-prinsip *Family Centered Care* meliputi:

1. Menghormati setiap anak dan keluarganya.  
Perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada anak menghormati anak dan keluarga sebagai subjek perawatan. Perawat menghormati anak dan keluarga memiliki pilihan yang terbaik bagi perawatan mereka.
2. Menghargai perbedaan suku, budaya, sosial, ekonomi, agama, dan pengalaman tentang sehat sakit yang ada pada anak dan keluarga.  
Perawat menghargai perbedaan suku, budaya, sosial ekonomi, agama dan pengalaman tentang sehat sakit anak dan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan. Pelayanan yang diberikan mengacu kepada standar asuhan keperawatan dan diperlakukan sama pada semua pasien dan keluarga.
3. Mengenali dan memperkuat kelebihan yang ada pada anak dan keluarga.  
Mengkaji kelebihan keluarga dan membantu mengembangkan kelebihan keluarga dalam proses asuhan keperawatan pada klien.
4. Mendukung dan memfasilitasi pilihan anak dan keluarga dalam memilih pelayanan kesehatannya.  
Memberikan kesempatan kepada keluarga dan anak untuk memilih fasilitas kesehatan yang sesuai untuk mereka, menghargai pilihan dan mendukung keluarga.
5. Menjamin pelayanan yang diperoleh anak dan keluarga sesuai dengan kebutuhan, keyakinan, nilai, dan budaya mereka.  
Memonitor pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan, nilai, keyakinan dan budaya pasien dan keluarga.
6. Berbagi informasi secara jujur dan tidak bias dengan anak dan keluarga sebagai cara untuk memperkuat dan mendayagunakan anak dan keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan.

Petugas kesehatan memberikan informasi yang berguna bagi pasien dan keluarga, dengan benar dan tidak memihak. Informasi yang diberikan harus lengkap, benar dan akurat.

7. Memberikan dan menjamin dukungan formal dan informal untuk anak dan keluarga. Memfasilitasi pembentukan support grup untuk anak dan keluarga, melakukan pendampingan kepada keluarga, menyediakan akses informasi support grup yang tersedia dimasyarakat.
8. Berkolaborasi dengan anak dan keluarga dalam penyusunan dan pengembangan program perawatan anak di berbagai tingkat pelayanan kesehatan.  
Melibatkan keluarga dalam perencanaan program perawatan anak, meminta pendapat dan ide keluarga untuk pengembangan program yang akan dilakukan.
9. Mendorong anak dan keluarga untuk menemukan kelebihan dan kekuatan yang dimiliki, membangun rasa percaya diri, dan membuat pilihan dalam menentukan pelayanan kesehatan anak. Petugas kesehatan berupaya meningkatkan rasa percaya diri keluarga dengan memberikan pengetahuan yang keluarga butuhkan dalam perawatan anak (American Academy of Pediatric, 2009).

## F. APLIKASI FAMILY CENTERED CARE

Aplikasi *family centered care* (Kusumaningrum, 2010) harus melibatkan semua aspek dari kebijakan, fasilitas, dan perawat. Kebijakan terkait *family centered care* yaitu adanya jam kunjung, keluarga sebagai sumber kekuatan dan pendukung anak sangat ideal jika anak dapat didampingi selama 24 jam oleh orangtuanya. Dalam hal ini yang perlu diperhatikan adalah *visit time* orangtua dan waktu kunjung untuk saudara *sibling* perlu dibuat untuk memberikan support pada anak, tetapi harus memperhatikan prinsip *aseptic*. Konseling yang dilakukan tenaga kesehatan kepada orangtua dan anak, terkait prosedur dan kebijakan dan

peraturan di rumah sakit sebelum anak dirawat dengan menghormati anak dan keluarga bahwa mereka punya hak untuk bertanya.

Melibatkan orangtua dan keluarga dalam perawatan anak akan memberikan pengalaman yang positif pada keluarga untuk merawat anak. Pengaturan jadwal kegiatan untuk anak seperti yang dilakukan dirumah, seperti jam makan, bermain, istirahat, untuk membantu anak beradaptasi dan meningkatkan control diri. Memfasilitasi terbentuknya dukungan diantara orangtua dan anak, dukungan keluarga ke keluarga sehingga keluarga dapat bertukar pengalaman selama merawat anak. Menyediakan fasilitas penunjang seperti bed untuk penunggu, bangku untuk anak, ruangan dicat dengan warna yang menarik, menyediakan ruangan untuk bermain, ruangan konsultasi untuk orangtua untuk melakukan konsultasi dengan petugas kesehatan secara terbuka. *The Children's Hospital of Philadelphia* sudah menerapkan *family centered care* di semua ruangan. Rumah sakit ini menyakinkan bahwa komunikasi antara tim klinik dan keluarga terjalin secara terbuka dan terusmenerus sehingga informasi diberikan secara lengkap.

Di ruang bayi dan NICU, pelayanan terhadap keluarga sebagai berikut:

1. Pelayanan dukungan keluarga. Pelayanan dukungan keluarga ini meliputi bimbingan spiritual dan emosi dari rohaniawan, beberapa fasilitasnya adalah (dapur, tempat tidur, perpustakaan), staf spesialis laktasi yang akan memberikan dukungan laktasi dan perawatannya, pendidikan kesehatan serta tersediannya kelompok orangtua yang akan bertemu setiap minggu.
2. Fasilitas ruangan keluarga. Fasilitas tersebut meliputi, ruang tunggu, ruang tidur keluarga yang memungkinkan untuk perawatan gabung, ruang konsultasi, ruang dapur keluarga, ruang mandi keluarga dan ruang menyusui.

## **G. RANGKUMAN**

Family centered care adalah penerapan perawatan yang berpusat pada keluarga adalah pendekatan holistik dan filosofis dalam keperawatan anak. Sebagai profesional, perawat harus melibatkan orang tua dalam pengasuhan anak. Peran perawat dalam pelaksanaan perawatan yang berpusat pada keluarga adalah menjadi mitra dan fasilitator perawatan anak di rumah sakit. perawatan yang berpusat pada keluarga bertujuan untuk meminimalkan trauma selama perawatan anak di rumah sakit, sehingga mereka dapat meningkatkan kemandirian dan mencapai peningkatan kualitas hidup. Pelayanan dukungan keluarga. Pelayanan dukungan keluarga ini meliputi bimbingan spiritual dan emosi dari rokhaniawan, beberapa fasilitasnya adalah (dapur, tempat tidur, perpustakaan), staf spesialis laktasi yang akan memberikan dukungan laktasi dan perawatannya, pendidikan kesehatan serta tersediannya kelompok orangtua yang akan bertemu setiap minggu. Apabila layanan kesehatan yang direncanakan fleksibel dan dapat diakses oleh anak dan keluarga maka layanan kesehatan tersebut akan lebih responsif karena memprioritaskan kebutuhan anak dan keluarga

## **H. TES FORMATIF**

1. Mendukung dan memfasilitasi pilihan anak dan keluarga dalam memilih pelayanan kesehatannya merupakan proses dari family centered care?
  - a. Elemen-elemen family centered care
  - b. Prinsip-prinsip family centered care
  - c. Tujuan family centered care
  - d. Fungsi family centered care
  - e. Pengertian family centered care

2. Apa saja pelayanan dukungan keluarga dalam family centered care?
  - a. Bimbingan spiritual dan emosi
  - b. Memberikan kebijakan dukungan emosional
  - c. Memberikan informasi
  - d. Meningkatkan kemandirian
  - e. Mencapai peningkatan kualitas hidup

## I. LATIHAN

Bagaimana penerapan *family centered care* di ruang NICU (*Neonatus Inetnsive Care Unit*) dan PICU (*Pediatric Intensive Care Unit*)?

## KEGIATAN BELAJAR 3

### ATRAUMATIC CARE

#### DESKRIPSI PEMBELAJARAN

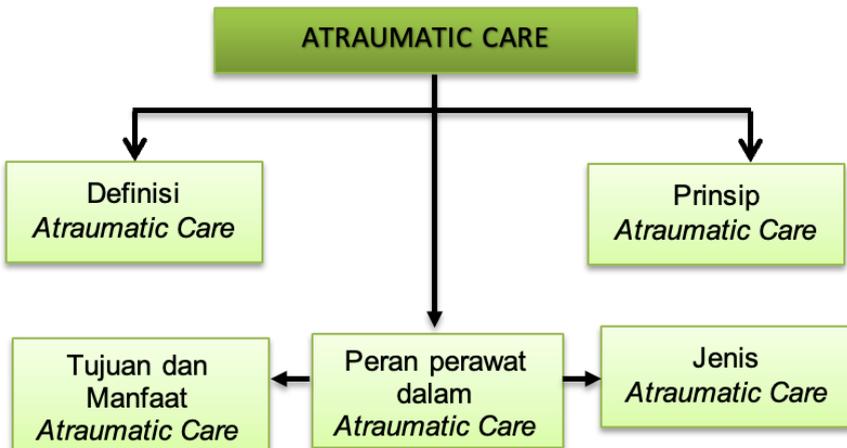
Pada bab ini mahasiswa mempelajari pengenalan dan konsep dasar teoritis *atraumatic care*. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman untuk modal dasar mempelajari *atraumatic care* lebih lanjut.

#### KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan:

1. Mampu menguraikan definisi *atraumatic care*.
2. Mampu menjelaskan prinsip *atraumatic care*
3. Mampu menjelaskan peran perawat dalam penerapan *atraumatic care*
4. Mampu menjelaskan jenis intervensi *atraumatic care*.

#### PETA KONSEP PEMBELAJARAN



## A. PENGERTIAN ATRAUMATIC CARE

Atraumatic care merupakan pemberian asuhan terapeutik kepada anak dan keluarga untuk meminimalisir atau mengurangi distress psikologis dan fisik selama menjalani perawatan dalam tatanan pelayanan kesehatan. Atraumatic care adalah tindakan yang berhubungan dengan apa, siapa, kapan, dimana, mengapa dan bagaimana setiap prosedur tindakan dapat dan mencegah dan mengurangi cedera fisik maupun stress psikologis pada anak selama menjalani hospitalisasi. Ketika anak sedang dirawat, anak seringkali mengalami prosedur yang menyakitkan, sehingga mereka rentan mengalami distress fisik maupun psikologis. Distress fisik yang terjadi pada anak berupa imobilisasi, kesulitan tidur, serta gangguan stimulus sensori (seperti nyeri, temperatur ekstrem, suara yang keras, dan cahaya yang menyilaukan atau suasana gelap). Sedangkan distress psikologis meliputi rasa cemas, takut, marah, kecewa, sedih, malu, maupun rasa bersalah.

Atraumatic care merupakan salah satu fokus pada keperawatan anak. Perawatan ini meliputi pencegahan, diagnosis, penanganan serta penyembuhan penyakit akut atau kronik. Implementasi atraumatic care dapat dilakukan baik di rumah, rumah sakit, klinik kesehatan atau pusat pelayanan kesehatan lainnya. Perawatan tersebut tentunya melibatkan keluarga melalui pendekatan *family centered care* dengan memberikan informasi yang tepat, memberikan motivasi pada anak dan keluarga, dan memfasilitasi keluarga untuk meningkatkan kemandiriannya merawat anak sakit (Hockenberry, Rodgers, & Wilson, 2016).

## B. TUJUAN ATRAUMATIC CARE

Adapun tujuan dari Atraumatic Care sebagai berikut:

1. Tidak menimbulkan cedera
2. Mencegah dan mengurangi stress psikologis anak
3. Mencegah dan mengurangi fisik anak

### **C. MANFAAT ATRAUMATIC CARE**

Penerapan atraumatic care di lingkungan pelayanan kesehatan dapat mencegah ansietas pada anak, mempercepat proses penyembuhan, serta mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan anak (Mansur, 2019).

### **D. PRINSIP ATRAUMATIC CARE**

Secara garis besar, Hockenberry, Rodgers, & Wilson (2016) membagi prinsip atraumatic care menjadi 3 yaitu:

1. Mencegah atau meminimalisir perpisahan anak dan orang tua  
Perpisahan anak dengan orang tua dapat menimbulkan kecemasan yang berdampak terhadap proses perawatan dan penyembuhan anak. Selain itu, kecemasan yang dirasakan anak dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak (Rukmana, Rukmasari, & Maulana, 2022). Perawat harus mendukung pelibatan orang tua selama anak menjalani perawatan. Kehadiran orang tua merupakan sumber utama coping anak selama perawatan. Pelibatan orang tua pada saat anak dilakukan tindakan invasif membuat mereka tidak merasa sendirian sehingga rasa takut dan cemas menjadi berkurang. Orang tua dapat melakukan beberapa teknik distraksi seperti menenangkan anak dengan berbicara menggunakan kalimat positif dan penguatan, sentuhan atau dekapan. Lebih lanjut, pelibatan orang tua selama perawatan dapat membuat anak merasa aman dan nyaman. Kehadiran orang tua juga sebagai penghibur untuk menghilangkan kebosanan anak selama perawatan. Selain itu, orang tua memiliki peran dalam pemenuhan kebutuhan psikologis anak baik dalam kondisi sehat maupun sakit. Kehadiran orang tua menjadi sangat penting karena orang tua tidak hanya mendampingi tetapi juga ikut serta dalam proses pengobatannya. Hubungan yang erat antara anak dan orang tua serta keluarganya menjadi

mekanisme koping bagi anak dalam menghadapi situasi yang sulit (Handayani & Daulima, 2020).

2. Meningkatkan kontrol diri anak dan orang tua

Saat anak menjalani hospitalisasi atau pemeriksaan kesehatan, anak dan keluarga dapat mengalami kehilangan kontrol diri. Kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan pada anak akan meningkatkan kemandirian dan kewaspadaan anak. Tentunya peran perawat sangat diperlukan dalam berkomunikasi dengan anak dan keluarga untuk memastikan mereka berpartisipasi/kooperatif selama menjalani perawatan. Komunikasi yang efektif dengan anak dan orang tua menjadi penting dalam pemberian asuhan keperawatan atraumatic yang berkualitas. Peningkatan kontrol diri orang tua dalam merawat anak sakit dapat dilakukan dengan pemberian informasi tentang kondisi anak dan prosedur yang akan dilakukan serta pendampingan kepada orang tua dalam perawatan menggunakan komunikasi efektif sehingga dapat menumbuhkan perasaan kontrol dan meningkatkan kemampuan orang tua dan anak dalam mengatasi kesulitan selama perawatan. Selain itu, perawat sebaiknya memberikan edukasi kesehatan kepada keluarga tentang kondisi yang dialami anak, pencegahan dan pertolongan pertama di rumah jika kondisi/kasus penyakit anak terulang kembali (Kyle & Charman, 2013).

Komunikasi dengan anak tentunya lebih sulit dibandingkan orang dewasa. Perawat harus bisa berkomunikasi dengan berbagai tingkat usia dan karakteristik anak. Beberapa tahapan berkomunikasi dengan anak yaitu:

1. Perkenalkan diri dan jelaskan peran anda.
2. Posisikan diri sejajar dengan anak.
3. Izinkan anak untuk tetap berada di dekat orang tuanya jika diperlukan, sehingga anak dapat tetap nyaman dan santai.
4. tetap tersenyum dan lakukan kontak mata dengan anak.

5. Arahkan pertanyaan dan penjelasan kepada anak.
  6. Dengarkan dengan penuh perhatian dan jeda untuk memberikan waktu bagi anak untuk memahami informasi yang didengar.
  7. Gunakan istilah anak atau keluarga untuk bagian tubuh dan perawatan medis jika memungkinkan.
  8. Berbicaralah dengan suara yang tenang, percaya diri, dan tidak tergesa-gesa.
  9. Gunakan pernyataan dan arahan positif dibandingkan negatif.
  10. Dorong anak untuk mengungkapkan perasaannya dan mengajukan pertanyaan.
  11. Amati isyarat nonverbal.
  12. Mintalah izin jika Anda perlu mendekati anak tersebut agar tidak terlihat mengancam.
3. Mencegah dan meminimalisir nyeri dan cedera pada tubuh  
 Nyeri yang dirasakan anak seringkali berkaitan dengan cemas, stress, dan takut. Terdapat tiga prinsip umum dalam manajemen nyeri pada anak yaitu: a) lakukan prosedur secara personal berdasarkan tingkat nyeri yang dialami, karakteristik anak, tingkat perkembangan, temperamen, pengalaman nyeri sebelumnya, dan strategi coping; b) Gunakan pendekatan nonfarmakologis dan farmakologis untuk mengurangi atau menghilangkan nyeri; c) ajari anak dan keluarga tentang intervensi yang dapat mengurangi nyeri dan diskusikan harapan anak dan keluarga terhadap manajemen nyeri (Ball, et al., 2017). Pencegahan dan pengurangan nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan teknik farmakologis seperti pemberian analgesik, anastesi sedang, dan sedasi. Sedangkan teknik nonfarmakologis mencakup relaksasi, distraksi, *guided imagery*, *thought stopping dan positive self-talk*, *sucking sucrose* bagi bayi serta penggunaan kompres dingin & hangat (Kyle & Charman, 2013).

#### 4. Modifikasi lingkungan ruang perawatan anak

Modifikasi lingkungan fisik seperti desain ruang rawat inap anak sebaiknya berbeda dengan rawat inap dewasa. Ruang rawat anak didesain dengan warna ruangan yang cerah dan bernuansa ceria agar dapat meningkatkan mood, kenyamanan, dan rasa aman serta merasa senang menjalani proses perawatan di rumah sakit.

### **E. PERAN PERAWAT DALAM PENERAPAN ATRAUMATIC CARE**

Menurut Mansur (2019), persiapan yang dapat dilakukan oleh perawat sebelum melakukan intervensi keperawatan dapat membantu mengurangi kecemasan anak dan orang tua, meningkatkan sikap kooperatif anak, mendukung keterampilan mengontrol diri anak dan keluarga, mempercepat pemulihan dan meningkatkan kepercayaan diri anak, orang tua, dan perawat.

Tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat sebelum melakukan prosedur yaitu:

1. Perawat dapat menginformasikan alasan tindakan tersebut harus dilakukan dan berapa lama prosedur berlangsung dengan bahasa yang singkat, sederhana dan tepat.
2. Memberikan informasi tentang sensasi yang mungkin terjadi selama prosedur seperti suara yang keras, bau yang menyengat, dan nyeri.
3. Libatkan orang tua dan berikan motivasi bagi anak
4. Diskusikan cara mendistraksi anak agar anak tetap tenang misalnya memutar video animasi, menghitung, atau bernyanyi atau permainan lainnya.
5. Pertimbangkan emosi dan temperamen anak, pengalaman sebelumnya, mekanisme koping, dan perkembangan kognitif anak.

Selama pelaksanaan prosedur, perawat dapat menggunakan cara sebagai berikut (Kyle & Charman, 2013):

1. Melakukan pendekatan yang tegas, percaya diri dan positif yang membuat anak nyaman
2. Melibatkan anak dalam mengambil keputusan dan mendorong Kerjasama.
3. Biarkan anak mengekspresikan perasaannya namun tetap diam tentunya sangat penting
4. Jangan gunakan restrain karena akan menimbulkan trauma pada anak.
5. Gunakan intervensi alternatif seperti memberikan posisi yang nyaman bagi anak.



Gambar 3.1 Duduk di pangkuan ibu saat anak menjalani tes alergi



Gambar 3.2 Posis mendekap saat bayi dilakukan pengambilan darah pada tumit



Gambar 3.3 Memeluk (*theurapeutic hugging*) anak untuk memberikan posisi nyaman saat melakukan intramuskular



Gambar 3.4 Memeluk (*theurapeutic hugging*) anak saat melakukan insersi IV line.

Setelah prosedur dilakukan, perawat dapat memegang dan menghibur anak, memeluk dan memenangkan bayi, mendorong anak mengungkapkan perasaannya melalui permainan (seperti *storytelling*, bermain boneka, atau drama, aktivitas motoric lainnya) untuk mengungkapkan perasaannya, serta memberikan pujian.

## F. JENIS INTERVENSI ATRAUMATIC CARE

### 1. *Virtual reality*

Penggunaan *virtual reality* sebagai teknik distraksi pada anak yang akan menjalani prosedur operasi efektif dalam

menurunkan kecemasan anak (Simonetti, et al., 2022). *Virtual reality* merupakan simulasi digital terkait situasi atau lingkungan yang ditampilkan computer dengan orientasi dan interaksi tiga dimensi. Virtual reality dapat mengurangi nyeri dengan merubah aspek sensorik (yaitu sentuhan, pendengaran, dan visual) dan emosional dari rasa nyeri menjadi tidak nyeri. Selain itu, *Virtual reality* digunakan untuk menjelaskan/ mengilustrasikan prosedur medis kepada pasien anak sehingga mengurangi kecemasan perioperative anak.



Gambar 3.5 Penggunaan *virtual reality*

Sumber: Dirgantara, A. 2020. <https://www.idntimes.com/tech/trend/adhyasta-dirgantara/virtual-reality-bisa-memungkinkan-operasi-bedah-tanpa-bius-total>

## 2. Cream Emla

Penggunaan cream Emla secara signifikan dapat mengurangi nyeri saat pemasangan infus atau vena pungsi pada anak. Penggunaan Emla ini diaplikasikan pada 20 menit sebelum vena pungsi sama efektifnya dengan penggunaan EMLA 60 menit sebelum prosedur tersebut (Sharabian, et. Al, 2020).



Gambar 3.6 Cream Emla

Sumber: Sidik, A. 2023. <https://aladokter.com/obat/emla-cream/>

3. Seragam perawat bermotif atau gown bergambar  
Milaningrum, Utami, dan Rizqie (2021) mengemukakan bahwa penggunaan gown bergambar dapat mengurangi ketakutan anak selama menjalani hospitalisasi. Hasil penelitian pada 52 anak usia prasekolah menunjukkan bahwa sebelum menggunakan gown bergambar jumlah anak yang mengalami ketakutan berada pada kategori sangat takut yaitu 67,3% dan tidak takut 32,7%. Namun setelah menggunakan gown jumlah anak yang sangat takut mengalami penurunan menjadi 25% dan tidak takut menjadi 75%. Penelitian lain oleh Sukmandari, Triana, Sutarsih (2020) juga membuktikan bahwa penggunaan rompi motif kartun menurunkan perilaku cemas anak selama prosedur injeksi IV perset dan meningkatkan tingkat kooperatif anak.



Gambar 3.7 Seragam perawat bermotif

Sumber: Haryadi, D. 2020. <https://www.ayobandung.com/unik/pr-79685926/supaya-tetap-semangat-perawat-di-skotlandia-kenakan-seragam-medis-trendi>

4. Buzzy® untuk mengurangi nyeri  
Penggunaan Buzzy® efektif dalam menurunkan tingkat nyeri anak saat dilakukan penusukan seperti pemasangan infus, pengambilan darah, atau penyuntikan di rumah sakit. Penelitian oleh Cho et. Al (2022) pada 60 anak usia 3 sampai 7 tahun yang dihospitalisasi menunjukkan bahwa penggunaan Buzzy® di 5cm sekitar tempat penusukan secara signifikan dapat menurunkan nyeri dan membuat anak merasakan pengalaman yang jauh menyenangkan dibandingkan kelompok yang tidak

diberikan Buzzy®. Rasa sakit yang dirasakan lebih ringan dibandingkan dengan penusukan sebelumnya.



### 3.8 Gambar penggunaan Buzzy®

Sumber: The Royal Children's Hospital Melbourne. 2012.

<https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/comfortkids/BUZZYR%20Presentation%20in%20PDF%20.pdf>

### 5. Penggunaan *ice pack*

Ekawaty dan Oktarina (2020) dalam penelitiannya mengamukakan bahwa *ice pack* dapat menurunkan tingkat nyeri anak selama pemasangan infus. *Ice pack* dapat menurunkan sensitifitas reseptor nyeri di kulit untuk menurunkan nyeri akibat penusukan. Penggunaan *ice pack* sangat mudah dilakukan aman, dan efektif dalam menurunkan nyeri.



Gambar 3.9 Penggunaan *ice pack*

Sumber: Dais, E. 2023. <https://www.youtube.com/watch?v=-DQ19TWFbeA>

## 6. Bermain Terapeutik

Bermain terapeutik terbukti dapat menurunkan emosi negative anak, mengurangi kecemasan dan nyeri saat perawatan di rumah sakit (Díaz-Rodríguez, 2021). Penelitian lain oleh Kencana, Wanda, dan Widya (2023) yang menelaah 7 dari 9 artikel menunjukkan bahwa bermain terapeutik seperti *medical play* efektif dalam menurunkan kecemasan dan nyeri pada anak. Penelitian ini juga menjelaskan bahwa respon anak lebih baik ketika diberikan terapi music dibandingkan *medical play*. *Medical play* merupakan permainan yang menggunakan peralatan medis seperti stetoskop, spuit tanpa jarum, perban, com, sarung tangan, masker, topi perawat, spatel lidah. Anak dapat membuat kelinci dari sarung tangan nonsteril kemudian anak dapat menggambar mata, hidung, telinga gigi, dan ekor. Jarum suntik dapat digunakan sebagai pesawat terbang, sedangkan spatel lidah sebagai lampu lalu lintas.

## 7. Teknik distraksi lainnya

Berbagai Teknik distraksi dapat dilakukan untuk menerapkan atraumatic care seperti penggunaan kaleidoskop, terapi music, menonton kartun, permainan kartu, bermain games, bermain finger puppet. Perawat dapat menggunakan Teknik tersebut sesuai kebutuhan, usia, dan tingkat perkembangan anak. Sehingga penerapan atraumatic care dapat dilakukan di tatanan pelayanan kesehatan untuk mengurangi dampak psikologis dan fisik pada anak.

## G. RANGKUMAN

Anak yang sedang menjalani hospitalisasi akan mengalami perasaan cemas dan nyeri akibat prosedur yang menyakitkan. Perawat anak memiliki peran penting dalam menerapkan atraumatic care. Penerapan *atraumatic care* di lingkungan pelayanan kesehatan dapat mencegah ansietas pada anak,

mempercepat proses penyembuhan, serta mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan anak. Beberapa prinsip *atraumatic care* antara lain mencegah atau meminimalisir perpisahan anak dan orang tua, meningkatkan kontrol diri anak dan orang tua, mencegah dan meminimalisir nyeri dan cedera pada tubuh, modifikasi lingkungan ruang perawatan anak. Intervensi *atraumatic care* yang bisa dilakukan di ruang rawat anak atau pelayanan Kesehatan yaitu penggunaan virtual reality, cream emla, ice pack, buzzy, baju perawat bermotif, bermain terapeutik, dan teknik distraksi lainnya (kaleidoskop, terapi music, menonton kartun, permainan kartu, bermain games, bermain finger puppet) dan sebagainya.

## H. TES FORMATIF

1. Tujuan dari penerapan *atraumatic care* adalah?
  - a. Mencegah nyeri
  - b. Mengurangi kecemasan
  - c. Meningkatkan Kerjasama perawat dan anak
  - d. Mempercepat penyembuhan
  - e. Benar semua
  
2. Jenis intervensi *atraumatic care* yang menggunakan simulasi digital terkait situasi atau lingkungan yang ditampilkan computer dengan orientasi dan interaksi tiga dimensi yaitu?
  - a. kaleidoskop
  - b. *medical play*
  - c. Buzzy®
  - d. *ice pack*
  - e. Emla

## I. LATIHAN

Cari dan buatlah rangkuman tentang salah satu intervensi atraumatic care lainnya berdasarkan *evidence based practice* terbaru!

## KEGIATAN BELAJAR 4

### PERAN PERAWAT ANAK

#### DESKRIPSI PEMBELAJARAN

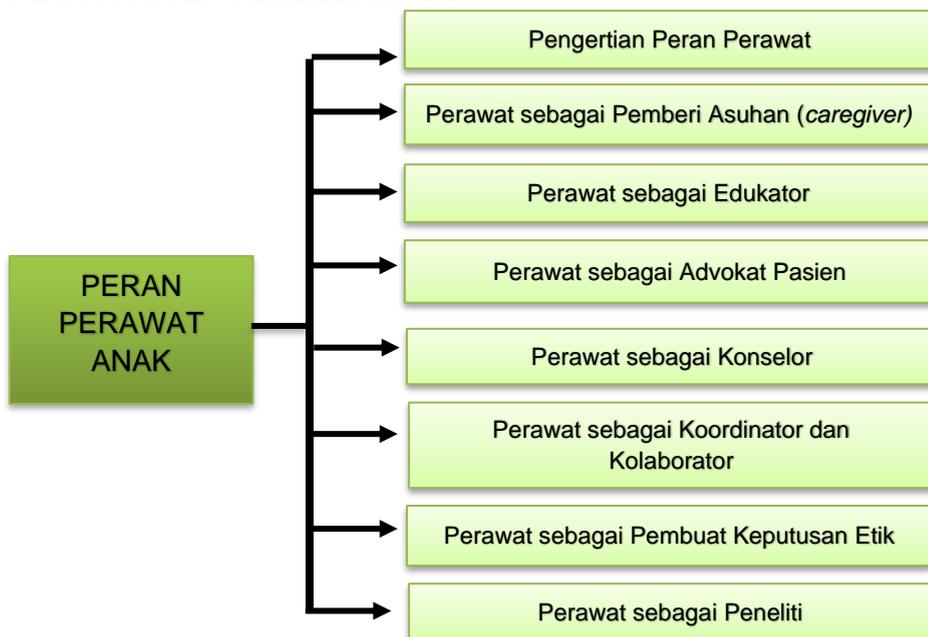
Pada bab ini mahasiswa mempelajari peran perawat anak. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman untuk melaksanakan peran dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada anak dan keluarga.

#### KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan:

1. Mampu menguraikan definisi peran perawat
2. Mampu menjelaskan peran perawat anak

#### PETA KONSEP PEMBELAJARAN



## **A. PENGERTIAN PERAN PERAWAT**

Peran merupakan seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Peran dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar dan bersifat stabil (Kusnanto, 2014). Perawat merupakan seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan (Undang Undang Republik Indonesia, No. 38, Tahun 2014 Tentang Keperawatan). Jadi peran perawat merupakan tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seorang perawat sesuai dengan kedudukannya dalam sistem, di mana dapat dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari profesi perawat maupun dari luar profesi keperawatan yang bersifat konstan.

Sebagai seorang perawat, perawat bertanggung jawab memperoleh pengetahuan dan keterampilan untuk berbagai peran dan tanggung jawab profesional. Peran perawat tidak hanya sebatas memberikan perawatan dan kenyamanan dalam menjalankan fungsi keperawatan tertentu, tetapi juga mencakup peningkatan pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit, manajemen penyakit dan gejala, dukungan keluarga dan perawatan paliatif (Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2012).

Keperawatan anak berfokus pada proteksi, promosi dan optimalisasi kesehatan dan kemampuan anak sejak bayi baru lahir hingga dewasa muda. Melalui pendekatan keperawatan yang berpusat pada keluarga, perawat anak berupaya untuk mencegah terjadinya penyakit dan cedera, membantu mencapai tingkat kesehatan yang optimal, memaksimalkan kenyamanan dalam kondisi kesehatan melalui diagnosis, pengobatan, pengelolaan kondisi anak serta advokasi dalam perawatan anak dan keluarga (American Nurses Association, 2015). Dimanapun perawat anak

bekerja, perhatian utama perawat anak adalah meningkatkan kesehatan serta kesejahteraan anak dan keluarga.

## **B. PERAWAT SEBAGAI PEMBERI ASUHAN (CAREGIVER)**

Perawat sebagai *caregiver* memberikan pelayanan keperawatan kepada anak dan keluarga melalui pendekatan proses keperawatan. Perawat melakukan pengkajian pada anak, mengidentifikasi masalah kesehatan, dan menegakkan diagnosa keperawatan yang menggambarkan respon anak dan keluarga terhadap masalah kesehatan. Perawat kemudian melaksanakan tindakan keperawatan dan melakukan evaluasi berdasarkan respon terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Perawat sebagai tenaga profesional perlu melibatkan keluarga dalam perawatan anak karena keluarga merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kehidupan anak. Hal ini yang membedakan proses keperawatan anak dengan keperawatan pada umumnya. Perawat memainkan peran penting dalam meminimalkan tekanan psikologis dan fisik yang dialami oleh anak dan keluarga untuk mencegah terjadinya trauma (*atraumatik care*). Adanya hubungan terapeutik antara perawat, anak dan keluarga merupakan dasar untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas (Ball, Bindler, & Cowen, 2012; Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2019).

Sebagai contoh seorang perawat tidak mendiagnosis secara medis kondisi pasien sebagai pneumonia. Namun, perawat mengkaji respon pasien akibat dari penyakit tersebut seperti ketidakefektifan jalan napas. Dari diagnosis keperawatan tersebut perawat menyusun rencana asuhan keperawatan menggunakan keterampilan berfikir kritis. Dalam pemberian asuhan keperawatan, perawat melibatkan keluarga dan mengurangi pengalaman yang tidak menyenangkan terhadap anak dan keluarga.

### C. PERAWAT SEBAGAI EDUKATOR

Peran perawat sebagai edukator adalah perawat harus mampu memberikan informasi dan konseling kepada pasien anak dan keluarga mengenai segala aspek kesehatan dan penyakit (Kyle & Carman, 2013). Perawat anak harus dapat memastikan bahwa komunikasi dengan anak dan keluarga didasarkan pada usia dan tingkat perkembangan mereka. Perawat mengedukasi orang tua untuk memberikan informasi dan mengajukan pertanyaan sebagai umpan balik tentang informasi yang diberikan, dan mengevaluasi proses pembelajaran (Hockenberry, Wilson & Rodgers, 2019). Perawat dalam menjalankan perannya sebagai edukator juga menjadi bagian dalam perencanaan pulang/*discharge planning*.

*Discharge planning* adalah suatu kegiatan perawat dalam asuhan keperawatan untuk memberikan pendidikan dari pasien masuk rumah sakit sampai dengan kepulangan pasien. Perawat mempunyai tanggung jawab utama untuk memberi informasi kepada pasien tentang masalah kesehatan, hal-hal yang harus dihindari, penggunaan obat-obatan di rumah (dosis obat, waktu dan efek samping), serta komplikasi yang mungkin timbul (Subasinghe & Pathirane, 2021). Tujuan perawat dalam pendidikan kesehatan adalah untuk memberikan informasi kepada anak dan keluarga tentang pencegahan penyakit, promosi atau pemeliharaan kesehatan. Melalui pendidikan kesehatan perawat dapat mengubah pengetahuan, keterampilan serta sikap keluarga dalam hal kesehatan khususnya perawatan anak sakit.

Sebagai contoh perawat berperan penting dalam memenuhi kebutuhan nutrisi pasien anak yang dirawat khususnya yang mendapatkan nutrisi enteral. Nutrisi enteral diberikan pada pasien anak yang kebutuhan kalornya tidak mencukupi bila diberikan secara oral. Pemberian nutrisi enteral yang tidak tepat dapat menyebabkan komplikasi. Pendidikan kesehatan yang diberikan perawat dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan orang

tua dalam memberikan nutrisi enteral pada anak yang dirawat maupun di rumah (Agustin, 2018).

#### **D. PERAWAT SEBAGAI ADVOKAT PASIEN**

Peran perawat sebagai advokat adalah untuk melindungi hak-hak pasien, membela kepentingan pasien, memberikan perawatan terbaik, membangun hubungan interpersonal dan mengedukasi pasien tentang kondisi mereka dan perawatan yang mereka terima (Nsiah, Siakwa, & Ninnoni, 2019). Perawat advokat adalah penghubung antara pasien dan dokter dan tim kesehatan lain. Perawat bertindak sebagai perwakilan anak dan keluarga, misalnya konsultasi dengan bagian gizi terkait diet khusus hingga mengatur pertemuan tim untuk mendiskusikan rencana perawatan dengan anggota tim kesehatan lainnya. Perawat juga menekankan kembali apa yang sudah dikatakan dokter kepada pasien jika pasien dan keluarga belum paham atau tidak mengerti apa yang dikatakan oleh dokter.

#### **E. PERAWAT SEBAGAI KONSELOR**

Perhatian terhadap kebutuhan emosional memerlukan dukungan dan terkadang konseling. Perawat dapat memberikan dukungan dengan mendengarkan, menyentuh dan hadir secara fisik. Sentuhan dan kehadiran fisik paling membantu anak karena memfasilitasi komunikasi non verbal. Konseling melibatkan pertukaran ide dan pendapat bersama yang memberikan dasar bagi pemecahan masalah bersama. Konseling melibatkan dukungan, pengajaran, teknik untuk mendorong ekspresi perasaan atau pikiran, dan pendekatan untuk membantu keluarga mengatasi stres. Konseling tidak hanya membantu menyelesaikan masalah tetapi juga memungkinkan keluarga mencapai tingkat keberfungsian yang lebih tinggi, harga diri yang lebih besar, dan

hubungan yang lebih dekat (Hockenberry, Wilson & Rodgers, 2019).

Sebagai contoh perawat berperan sebagai konselor dalam pelaksanaan *discharge planning*. Perawat berperan sebagai pendukung bagi keluarga untuk mengidentifikasi kekhawatiran dan memberikan solusi. Perawat berperan dalam memberikan dukungan emosional pada keluarga karena orang tua menghadapi berbagai tantangan ketika anak sudah kembali ke rumah termasuk menyeimbangkan antara perawatan anak dan kebutuhan sibling (saudara kandung) (Subasinghe & Pathirana, 2021).

## **F. PERAWAT SEBAGAI KOORDINATOR DAN KOLABORATOR**

Perawat sebagai anggota tim pelayanan kesehatan, berkolaborasi dan mengkoordinasikan asuhan keperawatan dengan tim kesehatan lainnya (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2019). Perawat menjalin komunikasi yang baik dengan anak, keluarga dan anggota tim kesehatan. Perawat mengkoordinasikan asuhan keperawatan dengan tenaga kesehatan lain misalnya, dokter, fisioterapis, ahli bedah, ahli gizi untuk memenuhi kebutuhan anak. Sebagai koordinator perawat mengkoordinasikan, mengatur, mengembangkan, memberikan informasi untuk perkembangan pelayanan kesehatan.

Kolaborasi tidak hanya terbatas pada orang-orang yang terlibat dalam perawatan anak selama di rumah sakit tetapi juga dengan komunitas di luar rumah sakit. Setiap intervensi perencanaan pulang membutuhkan kolaborasi dengan orang tua, pengasuh atau keluarga anak (Weiss et al., 2017). Kolaborasi antara perawat dan keluarga akan membantu perawat mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan peran pengasuhan dan mempersiapkan intervensi untuk mengatasi masalah tersebut (Dellenmark-Blom & Wigert,

2014; Lerret et al., 2017). Perawat dapat mengkoordinasikan perawatan setelah pulang melalui kunjungan lanjutan ke rumah dan konseling telepon (Subasinghe & Pathirana, 2021).

## **G. PERAWAT SEBAGAI PEMBUAT KEPUTUSAN ETIK**

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi berdampak pada bidang kesehatan yang memunculkan masalah etika seperti transplantasi organ, teknologi gen dan inseminasi buatan (Gul, et al, 2013; Senturk, 2013). Masalah etika adalah situasi rumit yang memerlukan penilaian moral dan pengambilan pilihan yang membuat masyarakat menghadapi dilema. Dilema etik merupakan kondisi dimana terdapat lebih dari satu pilihan atau konflik antara nilai-nilai etika (Kirilmaz & Kirilmaz, 2014; Elcigil et al., 2011). Ada kemungkinan terjadi perbedaan pengambilan keputusan antara orang tua, perawat, dokter dan anggota tim kesehatan lainnya, namun tetap memperhatikan nilai-nilai moral seperti *autonomy*, *nonmaleficence*, dan *justice*. Perawat harus menentukan tindakan yang paling menguntungkan atau paling tidak merugikan dalam kerangka adat istiadat masyarakat, standar praktik profesional, hukum, aturan institusi, sistem nilai keluarga dan tradisi agama. Perawat juga menggunakan kode etik profesi dalam praktik profesional. Contoh masalah etik yang dihadapi perawat dalam perawatan pasien yaitu tindakan penyelamatan nyawa pada bayi baru lahir dengan BBLR atau hak anak dengan penyakit terminal untuk menolak pengobatan (Hockenberry, Wilson & Rodgers, 2019).

## **H. PERAWAT SEBAGAI PENELITI**

Penelitian memberikan dasar ilmiah untuk perubahan dalam praktik keperawatan dan peningkatan pelayanan kesehatan. Perawat anak bertanggung jawab untuk selalu mengikuti perkembangan temuan penelitian terbaru terkait anak dan mengidentifikasi kapan

perubahan dalam praktik perlu dilakukan. Perawat melakukan penelitian untuk mengembangkan pedoman praktik berbasis bukti pada fasilitas pelayanan kesehatan (Ball, Bindler, & Cowen, 2012).

Contoh kasus, seorang perawat bekerja di ruang PICU melihat adanya perubahan secara drastis terkait karakteristik rawat inap anak dalam beberapa tahun terakhir. Misalnya, jumlah tempat tidur anak untuk rawat inap umum telah berkurang, namun jumlah tempat tidur unit perawatan intensif anak meningkat. Dari tinjauan literatur, perawat juga mengetahui bahwa perawatan kritis di rumah sakit mempunyai dampak negatif jangka panjang pada anak-anak dan orang tua seperti stres/trauma serta dampak negatif pada perilaku, emosi, dan akademik hingga 10 tahun setelahnya. Karena beban kasus keperawatan yang lebih tinggi di unit perawatan intensif serta jumlah staf yang terbatas dan lebih sedikit waktu yang tersedia untuk memberikan intervensi psikososial secara intensif kepada pasien dan keluarga, maka perawat meyakini pentingnya untuk menjawab pertanyaan klinis melalui penelitian sehingga dapat menerapkan intervensi untuk mengurangi dampak negatif tersebut (Melynk & Fineout-Overholt, 2014).

## **I. RANGKUMAN**

Keperawatan anak adalah asuhan keperawatan yang berpusat pada keluarga dan upaya pencegahan trauma pada anak. Peran perawat tidak hanya sebatas memberikan perawatan dan kenyamanan dalam menjalankan fungsi keperawatan tertentu, tetapi juga mencakup peningkatan pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit, manajemen penyakit dan gejala, dukungan keluarga dan perawatan paliatif. Melalui pendekatan keperawatan yang berpusat pada keluarga, perawat anak berupaya untuk mencegah terjadinya penyakit dan cedera, membantu mencapai tingkat kesehatan yang optimal, memaksimalkan kenyamanan dalam kondisi kesehatan melalui diagnosis, pengobatan,

pengelolaan kondisi anak serta advokasi dalam perawatan anak dan keluarga.

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan, perawat berperan sebagai pemberi asuhan (*caregiver*), sebagai edukator, sebagai advokat pasien, sebagai konselor, sebagai koordinator dan kolaborator, sebagai pembuat keputusan etik dan sebagai peneliti.

## J. TES FORMATIF

1. Seorang perawat Y mengajarkan pasien anak dengan diabetes untuk melakukan suntikan insulin sendiri. Perawat menggunakan metode pengajaran yang sesuai dengan kemampuan anak dan melibatkan keluarga. Dalam kasus di atas perawat Y melakukan peran sebagai.....
  - a. *Caregiver*
  - b. Edukator
  - c. Advokat Pasien
  - d. Konselor
  - e. Peneliti
  
2. Perawat S memastikan bahwa keluarga mendapatkan informasi yang memadai tentang perawatan dan prosedur tindakan. Dalam kasus di atas perawat S melakukan peran sebagai.....
  - a. *Caregiver*
  - b. Edukator
  - c. Advokat Pasien
  - d. Konselor
  - e. Peneliti
  
3. Perawat M memberikan edukasi mengenai nutrisi dan pemberian makan pada balita untuk mencegah terjadinya malnutrisi. Peran perawat M pada kasus di atas bersifat...

- a. Edukatif
- b. Preventif
- c. Promotif
- d. Kuratif
- e. Rehabilitatif

## **K. LATIHAN**

Berikan contoh masing-masing peran perawat sebagai advokat pasien, konselor dan peneliti !

-

## KEGIATAN BELAJAR 5

### POLA DAN PRINSIP TUMBUH KEMBANG

#### DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Pada bab ini mahasiswa mempelajari pola dan prinsip tumbuh kembang. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman untuk pola dan prinsip pemantauan stimulasi deteksi dan intervensi tumbuh kembang (SDIDTK)

#### KOMPETENSI PEMBELAJARAN

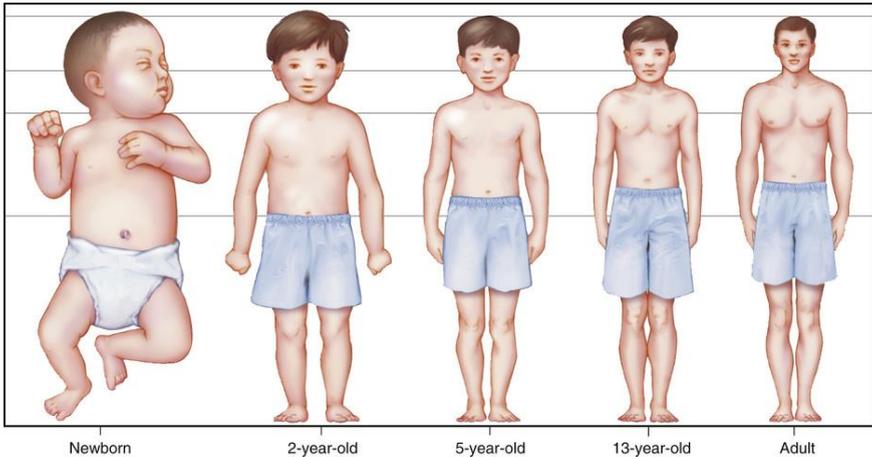
Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan:

1. Mampu menguraikan definisi pertumbuhan dan perkembangan.
2. Mampu menjelaskan ciri – ciri dan prinsip tumbuh kembang anak
3. Mampu menilai kerangka konsep pemantauan tumbuh kembang
4. Mampu menyimpulkan stimulasi tumbuh kembang
5. Mampu menyebutkan periode tumbuh kembang

#### PETA KONSEP PEMBELAJARAN



## A. PENGERTIAN PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN



Gambar 5.1

Perubahan Pertumbuhan dan perkembangan dari lahir hingga dewasa

(<https://nursekey.com/growth-and-development/>)

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran dan jumlah sel serta jaringan interselular, berarti bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh sebagian atau keseluruhan, sehingga dapat diukur dengan satuan panjang dan berat.<sup>(1)</sup> Perkembangan adalah bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian.<sup>(1)</sup>

Menurut Soetjiningsih, pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan perubahan dalam besar, jumlah ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, kilogram) ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh). Perkembangan (*Development*) adalah bertambahnya kemampuan serta struktur tubuh dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur, dapat diperkirakan dan diramalkan sebagai hasil

dari proses diferensiasi sel, jaringan tubuh, organ dan berkembang sedemikian rupasehingga dapat memenuhi fungsinya.(2)

Pertumbuhan terjadi secara simultan dengan perkembangan. Berbeda dengan pertumbuhan, perkembangan merupakan hasil interaksi kematangan susunan saraf pusat dengan organ yang dipengaruhinya, misalnya perkembangan system neuromuskuler, kemampuan bicara, emosi dan sosialisasi. Kesemua fungsi tersebut berperan penting dalam kehidupan manusia yang utuh.(3)

Landasan hukum dalam penyelenggaraan tumbuh kembang diantaranya :

1. Undang – undang no. 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak dan Undang – undang no. 35 tahun 2014 tentang perubahan undang – undang no.23 tahun 2002
2. Undang – undang no.36 tahun 2009 tentang Kesehatan
3. Peraturan menteri kesehatan no.25 tahun 2014 tentang upaya kesehatan anak
4. Peraturan menteri no 66 tahun 2014 tentang pemantauan, pertumbuhan, perkembangan dan gangguan tumbuh kembang anak
5. Peraturan menteri kesehatan no.75 tahun 2014 tentang puskesmas
6. Peraturan menteri pendidikan dan kebudayaan no.146 tahun 2014 tentang kurikulum 2013 PAUD

## **B. CIRI – CIRI DAN PRINSIP TUMBUH KEMBANG**

Proses tumbuh kembang anak mempunyai beberapa ciri – ciri yang saling berkaitan, ciri – ciri tersebut sebagai berikut :

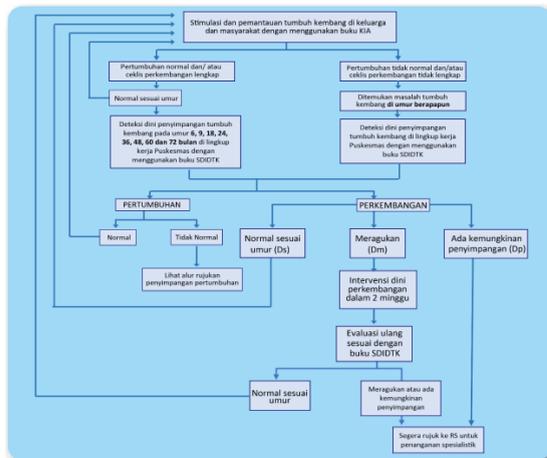
1. Perkembangan menimbulkan perubahan  
Perkembangan terjadi bersamaan dengan pertumbuhan. Setiap pertumbuhan disertai dengan perubahan fungsi. Misalnya perkembangan intelegensia pada seorang anak akan menyertai pertumbuhan otak dan serabut saraf

2. Pertumbuhan dan perkembangan pada tahap awal  
Setiap anak tidak akan bisa melewati satu tahap perkembangan sebelum ia melewati tahapan sebelumnya. Contoh, seorang anak tidak akan bisa berjalan sebelum ia bisa berdiri.
3. Pertumbuhan dan perkembangan mempunyai kecepatan yang berbeda  
Pertumbuhan dan perkembangan mempunyai kecepatan yang berbeda, baik dalam perubahan fisik maupun perkembangan fungsi organ dan perkembangan masing – masing anak.
4. Perkembangan berkorelasi dengan pertumbuhan  
Pada saat pertumbuhan berlangsung cepat, perkembangan pun demikian, terjadi peningkatan mental, memori, daya nalar, asosiasi dan lain sebagainya. Anak sehat, bertambah umur, bertambah berat dan tinggi badannya serta bertambah kepandaianya
5. Perkembangan mempunyai pola yang tetap  
Perkembangan fungsi organ tubuh terjadi menurut dua hukum yang tetap, yaitu :
  - a. Perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah kepala, kemudian menuju ke arah kaudal/ anggota tubuh (pola sefalokaudal)
  - b. Perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah proksimal (gerak kasar) lalu berkembang ke bagian distal seperti jari – jari yang mempunyai kemampuan gerak halus (pola proksimodistal)
6. Perkembangan memiliki tahap yang berurutan  
Tahap perkembangan seorang anak mengikuti pola yang teratur dan berurutan. Tahap – tahap tersebut tidak bisa terjadi terbalik, misalnya anak terlebih dahulu mampu membuat lingkaran sebelum mampu membuat gambar kotak, anak mampu berdiri sebelum berjalan dan sebagainya.

Proses tumbuh kembang anak juga mempunyai prinsip yang saling berkaitan. Prinsip tersebut sebagai berikut :

- a. Perkembangan merupakan hasil proses kematangan dan belajar  
 Kematangan merupakan proses intrinsik yang terjadi dengan sendirinya, sesuai dengan potensi yang ada pada individu. Belajar merupakan perkembangan yang berasal dari latihan dan usaha. Mulai belajar, anak memperoleh kemampuan menggunakan sumber yang diwariskan dan portensi yang dimiliki.
- b. Pola perkembangan dapat diramalkan  
 Terdapat persamaan pola perkembangan bagi semua anak. Dengan demikian perkembangan seorang anak dapat diramalkan. Perkembangan berlangsung dari tahapan umum ke tahapan spesifik, dan terjadi kesinambungan.

### C. KERANGKA KONSEP PEMANTAUAN TUMBUH KEMBANG



Gambar 5.1

Kerangka Konsep Pemantauan Tumbuh Kembang Balita dan Anak Prasekolah(4)

Gambar 5.1 tentang kerangka konsep pemantauan tumbuh kembang balita dan anak prasekolah merupakan panduan dalam

melakukan tatalaksana pemantauan tumbuh kembang. Alur tumbuh kembang menjelaskan bahwa dalam stimulasi dan pemantauan tumbuh kembang di keluarga dan masyarakat menggunakan buku KIA, berikut merupakan alur tersebut :

1. Bila pertumbuhan dalam keadaan **normal** atau ceklis perkembangan lengkap, sesuaikan dengan umur dalam bulan (6, 9, 18, 24, 36, 48, 60 dan 72), pemantauan dilakukan di Puskesmas menggunakan buku SDIDTK. Bila pertumbuhan dan perkembangan dalam keadaan **normal** dilanjutkan pemantauan sesuai umur
2. Bila pertumbuhan **tidak normal** atau ceklis perkembangan **tidak lengkap**, dan ditemukan masalah tumbuh kembang di umur berapapun lakukan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang di lingkup kerja puskesmas menggunakan buku SDIDTK.
  - a. Bila pertumbuhan ditemukan keadaan **tidak normal** lakukan rujukan.
  - b. Bila pada perkembangan ditemukan keadaan **meragukan**, lakukan intervensi dini perkembangan dalam 2 minggu. Evaluasi ulang dengan buku SDIDTK, bila didapatkan hasil **normal** lakukan pemantauan kembali sesuai umur. Namun bila hasil ditemukan keadaan **meragukan atau kemungkinan menyimpang**, rujuk ke RS untuk penanganan spesifik.
  - c. Bila pada perkembangan ditemukan adanya **penyimpangan**, rujuk ke RS untuk penanganan spesifik

#### **D. STIMULASI TUMBUH KEMBANG**

Stimulasi adalah kegiatan merangsang kemampuan dasar anak umur 0 – 6 tahun agar anak tumbuh dan berkembang secara optimal. Stimulasi tumbuh kembang anak dilakukan oleh ibu dan ayah merupakan orang terdekat dengan anak, pengganti ibu/

pengasuh, anggota keluarga lain dan kelompok masyarakat dilingkungan rumah tangga dalam kehidupan sehari – hari.

Kemampuan dasar anak yang dirancang dengan stimulasi terarah adalah kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa serta kemampuan sosialisasi dan kemandirian. Prinsip dalam melakukan stimulasi tumbuh kembang anak diantaranya :

1. Stimulasi dilakukan dengan dilandasi rasa cinta dan kasih sayang
2. Menunjukkan sikap dan perilaku yang baik karena anak akan meniru tingkah laku orang yang terdekat
3. Berikan stimulasi sesuai dengan kelompok umur anak
4. Lakukan stimulasi dengan cara mengajak anak bermain, bernyanyi, bervariasi, menyenangkan tanpa paksaan dan tidak ada hukuman
5. Lakukan stimulasi secara bertahap dan berkelanjutan sesuai umur anak, terhadap 4 aspek kemampuan dasar anak
6. Gunakan alat bantu/ permainan yang sederhana, aman dan ada disekitar anak
7. Berikan kesempatan yang sama pada anak laki – laki dan perempuan
8. Anak selalu diberi pujian, bila perlu diberi hadiah atas keberhasilannya

## **E. PERIODE TUMBUH KEMBANG**

Tumbuh kembang anak berlangsung secara teratur, saling berkaitan dan berkesinambungan yang dimulai sejak konsepsi sesuai dewasa. Tumbuh kembang anak terbagi dalam beberapa periode.

1. Masa prenatal atau masa intra uterin (masa janin dalam kandungan)  
Masa ini dibagi menjadi 3 periode, yaitu;

- a) Masa zigot/ mudigah, sejak saat konsepsi sampai umur kehamilan 2 minggu
  - b) Masa embrio, sejak umur kehamilan 2 minggu sampai 8/ 12 minggu. Ovum yang telah dibuahi dengan cepat akan menjadi suatu organisme, terjadi diferensiasi yang berlangsung cepat, terbentuk system organ dalam tubuh
  - c) Masa janin/ fetus, sejak umur kehamilan 9/12 minggu sampai akhir kehamilan, masa ini terdiri dari 2 periode yaitu :
    - 1) Masa fetus dini, yaitu sejak umur kehamilan 9 minggu sampai trimester kedua kehidupan intra uterin
    - 2) Masa bayi (infant), pertumbuhan berlangsung pesat disertai perkembangan fungsi – fungsi. Terjadi transfer imunoglobulin
2. Masa bayi (infancy) umur 0 – 11 bulan
  3. Masa anak dibawah lima tahun (anak balita, umur 12 – 56 bulan)
  4. Masa anak prasekolah (anak umur 60 -72 bulan)

## **F. RANGKUMAN**

Berdasarkan uraian diatas materi pola dan prinsip tumbuh kembang sebagai berikut :

1. Pertumbuhan dan perkembangan adalah dua hal yang berbeda. Pertumbuhan berdampak pada perubahan fisik sedangkan perkembangan berdampak pada tingkat kematangan anak. Namun demikian proses pertumbuhan dan perkembangan secara normal selalu berjalan beriringan.
2. Ciri dan prinsip tumbuh kembang anak adalah menimbulkan perubahan, setiap tahap awal menentukan perkembangan selanjutnya, kecepatan pertumbuhan dan perkembangan berbeda – beda tiap individu, perkembangan berkolerasi dengan pertumbuhan

## G. TES FORMATIF

1. Pertumbuhan mengandung arti.....
  - a. Peningkatan kemampuan motoric kasar dan halus
  - b. Peningkatan kapasitas otak
  - c. Bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh
  - d. Bertambahnya kemampuan anak dalam berbahasa
  - e. Peningkatan kemampuan anak dalam bersosialisasi
  
2. Perkembangan adalah bertambahnya.....
  - a. Kemampuan dan fungsi tubuh
  - b. Ukuran berat badan dan tinggi badan
  - c. Gigi geligi anak
  - d. Jumlah serabut saraf otak menjadi berlipat – lipat
  - e. Masa tulang dan lemak
  
3. Pertumbuhan dan perkembangan pada tahap awal menentukan perkembangan selanjutnya, hal ini mengandung arti.....
  - a. Sebelum seorang anak bisa berjalan ia harus bisa berdiri dahulu
  - b. Tumbuh kembang setiap anak bersifat individual
  - c. Setiap terjadi penambahan struktur maka akan terjadi perubahan fungsi
  - d. Pola perkembangan adalah sefalokaudal dan proksimodistal
  - e. Kecepatan pertumbuhan tiap anak berbeda – beda
  
4. Perkembangan seorang anak berlangsung dari tahapan umum ke tahapan khusus (spesifik) dan terjadi secara berkesinambungan, artinya....
  - a. Pertumbuhan dapat diramalkan
  - b. Perkembangan merupakan hasil proses
  - c. Pola perkembangan dapat diramalkan
  - d. Perkembangan menimbulkan perubahan

- e. Pertumbuhan dan perkembangan tahap awal menentukan perkembangan anak selanjutnya
5. Berikut merupakan tahapan perkembangan, kecuali...
- a. *Infant*
  - b. Balita
  - c. Pra sekolah
  - d. Sekolah
  - e. Dewasa awal

## H. LATIHAN

Lakukan pemantauan perkembangan dengan menggunakan skrining perkembangan anak menggunakan kuesioner pra skrining perkembangan, sesuai dengan format KPSP sesuai dengan umur lalu berikan hasil pemeriksaan dan interpretasikan serta sebutkan intervensinya!!

## **KEGIATAN BELAJAR 6**

### **FAKTOR YANG MEMEPENGARUHI TUMBUH KEMBANG**

#### **DESKRIPSI PEMBELAJARAN**

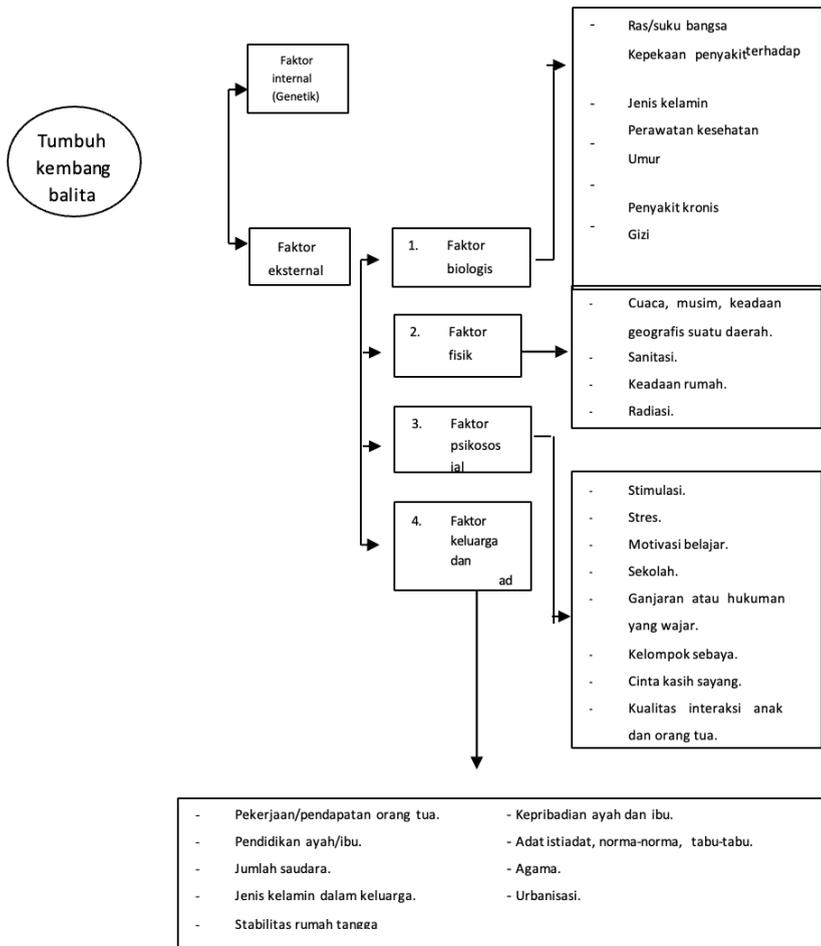
Pada bab ini mahasiswa mempelajari Faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang pada anak. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman sebagai modal dasar dalam mempelajari faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak.

#### **KOMPETENSI PEMBELAJARAN**

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan :

1. Mampu menguraikan definisi dari tumbuh kembang
2. Mampu menjelaskan factor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang

# PETA KONSEP PEMBELAJARAN



Sumber : Soetjiningsih. 1995. Tumbuh Kembang Anak. Jakarta EGC

## A. PENGERTIAN TUMBUH KEMBANG

Pertumbuhan merupakan suatu hal yang berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah, dan ukuran yang dapat

diukur dengan ukuran berat dan panjang. Selain itu perkembangan juga dapat dinilai dengan bertambahnya dari satu kemampuan struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks teratur dan sebagai hasil dari proses pematangan (Santri et al., 2014)

Pertumbuhan dan perkembangan terjadi secara teratur berurutan, terus-menerus dan kompleks. Setiap manusia mengalami pola pertumbuhan dan perkembangan dengan tingkat yang berbeda dan bersifat individual ataupun bervariasi dalam perubahan biologis dan perilaku yang dianggap normal. Setiap perkembangan tercapai pada tahap tertentu dan dapat diidentifikasi misalnya pada waktu pertama kali bayi berguling, merangka berjalan ataupun mengucapkan kata-kata pertamanya. Sifat perkembangan manusia untuk semua orang dari mulai pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisik dan perkembangan berkaitan dengan fungsi pematangan intelektual serta emosional individu.

Pertumbuhan mempunyai ciri-ciri khusus, yaitu adanya proses yang kontinu sejak dari konsepsi sampai maturitas ataupun dewasa, di mana periode tertentu terdapat adanya masa percepatan atau pun perlambatan, dari mulai pola perkembangan antara anak yang satu dengan anak yang lain memiliki perbedaan hilang ciri yang lama dan muncul ciri yang baru. Terdapat tiga periode pertumbuhan cepat yaitu masa janin, masa bayi 0 sampai 1 tahun, dan masa pubertas (Soetjningsih, 2014)

Perkembangan adalah peningkatan kapasitas individu untuk berfungsi yang dicapai melalui proses pertumbuhan rumah pematangan, dan pembelajaran. Perkembangan berhubungan dengan perubahan secara kualitas (Zain, 2016)

Perkembangan fisik anak berkaitan erat dengan perkembangan motorik anak, seperti mencapai dan meraih. Tujuan dari keterampilan motorik adalah untuk mengkoordinasi mata dan gerakan tangan, serta mengendalikan dan memperkuat otot-otot. Dapat disimpulkan bahwa pertumbuhan mempunyai dampak

terhadap aspek fisik sedangkan perkembangan berkaitan dengan pematangan fungsi organ atau individu. Kedua peristiwa itu terjadi secara sinkron pada setiap individu. Untuk tercapainya tumbuh kembang yang optimal tergantung pada potensi biologi yang merupakan hasil interaksi dari berbagai faktor yang saling berkaitan yaitu faktor genetik, lingkungan, biologi biofisiko psiko psikososial dan perilaku tujuan dari tumbuh kembang berhubungan dengan segala upaya dalam optimalisasi baik fisik, mental, dan sosial.(Soetjiningsih, 2018)

## **B. FAKTOR FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TUMBUH KEMBANG**

Pertumbuhan dan perkembangan saling mempengaruhi satu sama lain dan berjalan secara bersamaan. Pertambahan ukuran Fisik akan disertai dengan pertambahan kemampuan anak

Menurut Soetjiningsih (2012) faktor utama yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak secara umum digolongkan menjadi dua yaitu;

### **1. Faktor Genetik**

Faktor genetik merupakan modal dasar dalam pencapaian hasil akhir proses tumbuh kembang anak. Termasuk factor genetic antara lain adalah berbagai faktor bawaan yang normal dan patologi, jenis kelamin, suku bangsa atau bangsa. Selain itu faktor genetik merupakan modal dasar dalam hasil akhir proses tumbuh kembang anak baik itu secara genetik yang terkandung di dalam sel telur yang telah dibuahi dan dapat ditentukan kualitas dan kuantitas dari pertumbuhannya. Yang termasuk dalam factor genetic antara lain adalah berbagai factor bawaan yang normal dan patologi, jenis kelamin, suku bangsa atau bangsa. Gangguan pertumbuhan di Negara maju lebih sering diakibatkan oleh factor genetic sedangkan di Negara berkembang gangguan pertumbuhan diakibatkan oleh factor genetic dan factor lingkungan yang kurang memadai untuk

tumbuh kembang anak yang optimal dan dapat menyebabkan kematian anak-anak sebelum mencapai usia balita (Soetjiningsih, 2018).

Faktor heriditer/ genetik pertumbuhan adalah suatu proses alamiah yang terjadi pada individu, yaitu secara bertahap, berat dan tinggi anak semakin bertambah dan secara simultan mengalami peningkatan untuk berfungsi baik secara kognitif, psikososial maupun spiritual. Merupakan faktor keturunan secara genetik dari orang tua kepada anaknya. Faktor ini tidak dapat berubah sepanjang hidup manusia, dapat menentukan beberapa karkteristik seperti jenis kelamin, ras, rambut, warna mata, pertumbuhan fisik, dan beberapa keunikan sifat dan sikap tubuh seperti temperamen. Faktor ini dapat ditentukan dengan adanya intensitas dan kecepatan dalam pembelahan sel telur, tingkat sensitifitas jaringan terhadap rangsangan, umur pubertas, dan berhentinya pertumbuhan tulang. Potensi genetik yang berkualitas hendaknya dapat berinteraksi dengan lingkungan yang positif agar memperoleh hasil yang optimal.

## 2. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan merupakan faktor yang sangat menentukan tercapainya atau tidak dari potensi bawaan. Lingkungan yang baik memungkinkan tercapainya potensi bawaan sedangkan yang kurang baik dapat menghambatnya. Lingkungan ini merupakan lingkungan "bio-fisiko-pisiko-sosial" yang memepengaruhi individu setiap hari, mulai dari konsepsi sampai akhir hayatnya.

Faktor lingkungan ini secara garis besar dibagi menjadi dua, yaitu:

- a. Faktor lingkungan yang mempengaruhi anak pada waktu masih di dalam kandungan (faktor prenatal)
- b. Faktor lingkungan yang mempengaruhi tumbuh kembang anak setelah lahir (faktor posnatal).



Demikian, asupan gizi yang adekuat dan berkualitas sangat penting dalam setiap tahapan kehidupan. Siklus kehidupan manusia dibagi menjadi masa kehamilan, bayi dan ibu menyusui, balita, anak sekolah, dan remaja serta lansia. Tahapan kehidupan memiliki kebutuhan gizi yang berbeda-beda tergantung dari kebutuhan kalori dalam kehidupan sehari-hari bias saja wanita dewasa secara umum membutuhkan kalori 1900 kkal sedangkan pada ibu hamil di saat trimester I membutuhkan sekitar 180 kkal/hari dan di saat trimester II dan trimester III membutuhkan 300 kkal/ hari. Untuk memenuhi kebutuhan gizi dalam setiap tahapan kehidupan diperlukan pola hidup sehat dan prinsip gizi seimbang yang optimal di masa yang akan datang (Novi Anggraeni, 2021).

2. Mekanis

Trauma dan cairan ketuban yang kurang dapat menyebabkan kelainan atau cacat bawaan pada bayi yang dilahirkan begitu juga posisi janin pada uterus dapat mengakibatkan dislokasi panggul tortikolis kongenital, palsy fasialis atau kranio tabes.

3. Toksin /zat kimia

Obat-obatan yang dikonsumsi ibu pada saat hamil dapat menyebabkan kelainan bawaan, terutama pada saat masa organogenesis. Masa organogenesis adalah masa yang sangat peka terhadap zat-zat teratogen. Misalnya obat-obatan seperti thalidomide, phenitoin, methadion, obat-obat anti kanker, dan lain sebagainya dapat menyebabkan kelainan bawaan. Demikian pula dengan' ibu hamil yang perokok berat/peminum alkohol krcnis sering melahirkan bayi berat badan lahir rendah, lahir mati, cacat, atau retardasi mental.

Keracunan logam berat pada ibu hamil, misalnya karena makan ikan yang terkontaminasi merkuri dapat menyebabkan mikrosefali dan palsy serebralis, seperti di Jepang yang dikenal dengan penyakit Minamata.

4. Endokrin

Diabetes mellitus dapat menyebabkan makrosomia, kardiomegali, hiperplasia adrenal. Hormon-hormon yang

• mungkin berperan pada pertumbuhan janin, adalah somatotropin, hormon plasenta, hormon tiroid, insulin dan peptida-peptida lain dengan aktivitas mirip insulin (Insulin-like growthfactors/JGFs). Cacat bawaan sering terjadi pada ibu diabetes yang hamil dan tidak mendapat pengobatan pada trimester I kehamilan, umur ibu kurang dari 18 tahun/lebih dari 35 tahun, defisiensi yodium pada waktu hamil, PKU (phenylkeionuria), dll.

5. Radiasi.

Radiasi pada janin sebelum umur kehamilan 18 minggu dapat menyebabkan kematian janin, kerusakan otak, mikrosefali, atau cacat bawaan lainnya. Misalnya pada peristiwa di Hiroshima, Nagasaki, dan Chernobyl. Sedangkan efek radiasi pada orang laki-laki, dapat mengakibatkan cacat bawaan pada anaknya.

6. Infeksi

Infeksi intrauterin yang sering menyebabkan cacat bawaan adalah TORCH (Toxoplasmosis, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes Simplex). Sedangkan infeksi lainnya yang juga dapat menyebabkan penyakit pada janin adalah varisela, Coxsackie, Bchovirus, malaria, lues, HIV., polio, campak, listeriosis, leptospira, mikoplasma, virus influenza, dan virus hepatitis.' Diduga setiap hiperpireksia pada ibu hamil dapat merusak janin.

7. Stres

Stres yang dialami ibu pada waktu hamil dapat mempengaruhi tumbuh kembang janin, antara lain cacat bawaan, kelainan kejiwaan, dan lain-lain.

8. Imunitas

Rhesus atau ABO inkomtabilitas sering menyebabkan abortus, hidrops feta/is, kem ikterus, atau lahir mati.

9. Anoksia embrio

Menurunnya oksigenasi janin melalui gangguan pada plasenta atau tali pusat, menyebabkan berat badan lahir rendah.

## Faktor Lingkungan Post Natal

Faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak adalah gizi, penyakit kronis atau kelainan kongenital, lingkungan fisik dan kimia, psikologi endokrin, sosioekonomi, lingkungan pengasuhan, stimulasi, dan obat-obatan

Bayi baru lahir berhasil melewati masa transisi dari system yang teratur yang sebagian besar tergantung pada organ-organ ibunya ke suatu system yang tergantung pada kemampuan genetic dan mekanisme homeostatik baik itu sendiri (Zain, 2016).

Lingkungan Postnatal yang mempengaruhi tumbuh kembang anak secara umum digolongkan menjadi

1. Lingkungan biologis antara lain:

a. Ras ras / suku bangsa

Pertumbuhan somatik juga dipengaruhi oleh rasa tau Suku bangsa. Bangsa kulit putih atau ras Eropa mempunyai pertumbuhan somatik lebih tinggi daripada bangsa Asia.

b. Jenis kelamin

Dikatakan anak laki-laki lebih sering sakit dibandingkan anak perempuan tetapi belum diketahui secara pasti Mengapa demikian

c. Umur

Jamur yang paling rawan adalah masa balita, oleh karena pada masa itu anak muda sakit dan mudah terjadi kurang gizi. Di samping itu masa balita merupakan dasar pembentukan kepribadian anak sehingga diperlukan perhatian yang lebih khusus pada

d. Gizi

Makanan memegang peranan penting dalam tumbuh kembang anak di mana kebutuhan anak berbeda dengan orang dewasa, karena makanan bagi anak dibutuhkan juga untuk pertumbuhan dan perkembangan terkait dengan ketahanan makanan (*food security*) dari keluarga. Ketahanan yang dimaksud di sini adalah makanan yang

mencakup ketersediaan dan pembagian yang adil dalam keluarga.

Gizi yang seimbang adalah Susunan makanan sehari-hari yang mengandung zat-zat gizi seperti karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral dan air dalam jenis dan jumlah sesuai dengan kebutuhan tubuh gizi merupakan bagian penting dari proses kehidupan manusia yang dibutuhkan oleh balita yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan balita gizi yang seimbang dengan kualitas dan kuantitas dengan kebutuhan status gizi yang baik (Susilowati et al., 2019)

e. Radiasi

Tumbuh kembang anak dapat terganggu akibat adanya radiasi yang tinggi

2. Faktor psikososial antara lain :

a. Stimulasi

Merupakan hal yang penting dalam tumbuh kembang anak yang mendapat stimulasi yang terarah dan teratur akan lebih cepat berkembang dibandingkan dengan anak yang kurang atau tidak mendapat stimulasi

b. Motivasi belajar

Motivasi belajar dapat ditimbulkan sejak dini, dengan memberikan lingkungan yang kondusif untuk belajar, misalnya adanya sekolah yang tidak terlalu jauh buku-buku yang tersedia suasana yang tenang serta sarana yang tersedia

c. Ganjaran ataupun hukuman yang wajar

Kalau anak berbuat benar maka wajib kita memberi reward penghargaan misalnya berupa pujian, ciuman belaian, tepuk tangan, dan lain- lain. motivasi yang kuat bagi anak dapat mengurangi tingkah lakunya apabila kita melakukan atau menghukum dengan cara yang wajar di saat anak berbuat salah dan masih dibe maka hukuman secara objektif disertai pengertian dan maksud dari hukuman tersebut dan bukan

hukuman untuk melampiaskan kebencian dan kejengkelan terhadap anak. Sehingga anak tahu mana yang baik dan mana yang tidak baik yang bias menimbulkan rasa percaya diri pada anak untuk berkembang secara kepribadian yang lebih baik di kemudian hari

d. Kelompok sebaya

Untuk proses sosialisasi dengan lingkungan anak memerlukan teman sebaya. Tetapi perhatian dari orang tua tetap dibutuhkan untuk memantau dengan siapa anak tersebut bergaul. Khususnya bagi remaja, aspek lingkungan teman sebaya menjadi sangat penting dengan meningkatnya kasus-kasus penyalahgunaan obat-obat dan narkotika serta perilaku yang melenceng dari norma hukum.

e. Stres

Terus pada anak juga berpengaruh terhadap tumbuh kembangnya misalnya anak akan menarik diri, rendah diri, terlambat bicara, nafsu makan menurun, dan lain-lain

f. Sekolah

Dengan adanya wajib belajar 9 tahun sekarang ini diharapkan Setiap anak mendapat kesempatan duduk di bangku sekolah minimal 9 tahun. Sehingga dengan mendapat pendidikan yang baik maka diharapkan dapat meningkatkan taraf hidup anak-anak tersebut. Masalah social saat ini adalah masih banyak anak-anak yang terpaksa meninggalkan bangku sekolah karena harus membantu mencari nafkah untuk keluarganya.

g. Cinta dan kasih sayang

Salah satu hak anak adalah untuk dicintai dan dilindungi. Anak memerlukan kasih sayang dan perlindungan dari orang tuanya.

h. Kualitas interaksi anak dan orang tua

Interaksi timbal balik yang antara anak dan orang tua akan menimbulkan keakraban dalam keluarga. Sehingga anak dan orang tua akan saling terbuka dan segala permasalahan

akan dapat dipecahkan dengan kedekatan dan kepercayaan antara anak dan orang tua.

3. Faktor keluarga dan adat istiadat

a. Pekerjaan atau pendapatan orang tua

Pendapatan orang tua mempengaruhi tumbuh kembang anak karena jika pendapatan orang tua memadai maka kebutuhan primer atau sekunder anak terpenuhi.

b. Pendidikan Ayah atau Ibu

Tingkat pendidikan orang tua juga mempengaruhi tumbuh kembang anak, karena pendidikan yang baik akan lebih mengerti cara mengasuh anak dengan baik bagi menjaga kesehatan anak maupun pendidikannya

c. Jumlah saudara

Jumlah anak yang banyak dalam sebuah keluarga akan mempengaruhi keadaan social ekonomi dan akan mengakibatkan kurangnya kasih sayang dan perhatian yang diterima anak

d. Jenis kelamin dalam keluarga

e. Stabilitas rumah tangga

Stabilitas rumah tangga dan keharmonisan tumbuh kembang anak. Tumbuh kembang anak akan berbeda pada keluarga yang harmonis disbanding dengan keluarga yang tidak harmonis

f. Kepribadian ayah dan ibu

Kepribadian ayah dan ibu yang terbuka tentu berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak disbanding dengan anak dengan orang tua yang kepribadiannya tertutup

g. Adat istiadat norma-norma tabu-tabu

Adat istiadat yang berlaku di tiap daerah akan berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak. Demikian pula dengan norma-norma maupun tabu-tabu yang berlaku di masyarakat yang berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak

Semakin bertambah usia seseorang semakin tinggi kematangan dalam berpikir dan semakin bertambahnya usia seseorang semakin mudah pula untuk dapat beradaptasi (*adaptif*). Dalam hal ini dengan usia ibu yang sudah matang seharusnya ibu kooperatif dalam mengasuh dan memantau pertumbuhan dan perkembangan balita, tetapi dalam kenyataan pengasuhan yang diterapkan ibu kepada balita masih terikat budaya yang diturunkan dari orang tua Ibu balita. Sehingga pengasuhan yang diberikan dalam mencapai tugas pertumbuhan dan perkembangan balita masih mengikuti budaya dan tidak mengikuti ilmu yang baru (Susilowati et al., 2019).

h. Agama

Pengajaran agama harus ditanamkan sejak dini karena dengan memahami agama akan menuntut umatnya untuk berbuat kebaikan dan kebajikan

i. Urbanisasi

Salah satu dampak dari urbanisasi adalah kemiskinan dengan segala permasalahan yang akan muncul

j. Kehidupan politik

Politik dalam masyarakat yang mempengaruhi prioritas kepentingan anak anggaran dan lain-lain

### C. RANGKUMAN

Berdasarkan uraian di atas Pertumbuhan dan perkembangan saling mempengaruhi satu sama lain dan berjalan secara bersamaan. Pertumbuhan ukuran Fisik akan disertai dengan bertambahnya kemampuan anak yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak dibagi menjadi dua yaitu faktor internal atau genetic dan faktor Eksternal atau lingkungan. Faktor eksternal atau lingkungan dikelompokkan menjadi dua faktor utama yaitu faktor prenatal selama kehamilan dan faktor posnatal di saat setelah melahirkan faktor prenatal itu terdiri dari Gizi, mekanis, Toksik atau

zat kimia, radiasi, kelainan endokrin, infeksi, kelainan endokrin kelainan imunologi Ibu, anoreksia embrio sedangkan faktor posnatal itu dapat mempengaruhi tumbuh kembang anak yang lebih kepada faktor dari biologis berupa rasa tau suku bangsa jenis kelamin umur gizi, perawatan kesehatan kepekaan terhadap penyakit, penyakit kronis, fungsi metabolisme, hormone sedangkan faktor fisik yang dapat mempengaruhi dari tumbuh kembang diantaranya cuaca musim atau keadaan geografis dari suatu daerah, sanitasi, keadaan rumah radiasi. Faktor psikososial terdiri dari stimulasi motivasi belajar, ganjaran atau hukuman yang wajar kelompok sebaya, stress sekolah, cinta kasih saying, kualitas interaksi anak dan orang tua titik faktor keluarga dan istiadat dapat disebabkan oleh pekerjaan atau pendapatan orang tua, pendidikan Ayah atau Ibu jumlah saudara, jenis kelamin dalam keluarga, stabilitas rumah tangga, kepribadian ayah ibu, adat istiadat norma-norma ataupun tabu-tabu, agama, dan urbanisasi

#### **D. TES FORMATIF**

1. Sebuah keluarga, memiliki tiga orang anak. Anak terbungsu mereka sangat dimanjakan oleh orang tua dan saudara, saudari mereka. Pengaruh keluarga terhadap kenakalan anak salah satunya yaitu sikap memanjakan anaknya hal ini dikarenakan ;
  - a. Orang tua anak tersebut dimanjakan oleh orang tuanya pula
  - b. Orang tua mempunyai konsep kebahagiaan yang kurang tepat
  - c. Kecendrungan orang tua yang kadang-kadang membedakan anak-anak mereka
  - d. Orang tua mempunyai konsep kebahagiaan yang baik
  - e. Orang tua yang tidak mau tahu tentang keadaan anak mereka

2. Seorang anak laki-laki usia 40 hari dibawa ibunya ke Puskesmas karena mengalami demam dan timbul bintik-bintik bernanah di kulit kepala. Saat pengkajian, perawat melihat ada ramuan yang sudah mengering dan mengeras di kulit kepala bayi. Ibu mengatakan ramuan tersebut dioleskan untuk mencegah bayi masuk angin
  - a. Mencari tahu manfaat ramuan herbal
  - b. Membersihkan tanpa diketahui keluarga
  - c. Meminta dokter menegur keluarga pasien
  - d. Menjelaskan bahwa hal itu tidak bermanfaat
  - e. Meminta keluarga menjaga kebersihan diri anak

## E. LATIHAN

Nurlela bayi perempuan lahir tanggal 20 Januari 2023. Berat badan 4 kg, Panjang badan 55 cm. Lingkar kepala 40 cm. Ibu berkata bahwa bayinya sering kaget dengan suara keras. Petugas kesehatan memeriksa bayi Nurlela, kedua tungkai dan lengan bergerak dengan mudah, bayi Nurlela menangis aktif, menggerakkan kepala ke kanan dan ke kiri. Petugas kesehatan bertanya dan ibu mengatakan bahwa bayinya dapat tersenyum bila diajak bermain dan sudah tengkurap dengan kepala terangkat tegak.

Note;

Bayi Nurlela melakukan pemeriksaan pada tanggal 6 April 2023

Pertanyaan ;

- a. Apa Jenis skrining yang dilakukan pada bayi Nurlela?
- b. Hitung usia bayi Nurlela
- c. Bagaimana pertumbuhan bayi Nurlela
- d. Bagaimana perkembangan bayi Nurlela
- e. Interpretasi bayi Nurlela
- f. Intervensi untuk bayi Nurlela

## KEGIATAN BELAJAR 7

### ANTICIPATORY GUIDANCE

#### DESKRIPSI PEMBELAJARAN

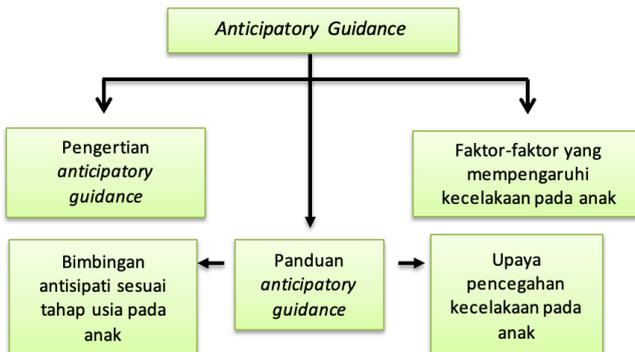
Pada bab ini mahasiswa mempelajari pentingnya bimbingan antisipasi orang tua untuk mencegah terjadinya kecelakaan. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman untuk mengetahui kecenderungan terjadi kecelakaan pada anak sesuai tahap usianya.

#### KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan:

1. Mampu menguraikan pengertian *anticipatory guidance*.
2. Mampu menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi kecelakaan pada anak.
3. Mampu menjelaskan panduan *anticipatory guidance* sesuai tahap usia anak.

#### PETA KONSEP PEMBELAJARAN



## **A. PENGERTIAN ANTICIPATORY GUIDANCE**

Bimbingan antisipasi atau *anticipatory guidance* adalah bantuan perawat terhadap orang tua dalam mempertahankan dan meningkatkan kesehatan melalui upaya pertahanan nutrisi yang adekuat, pencegahan kecelakaan, dan supervisi kesehatan. Anak mempunyai karakteristik yang khas yang memerlukan kecermatan orang tua untuk mengenalinya sehingga dapat mencegah terjadinya kecelakaan yang potensial dialami anak.

*Anticipatory guidance* adalah upaya bimbingan kepada orang tua tentang tahapan perkembangan sehingga orang tua sadar akan apa yang terjadi dan dapat memenuhi kebutuhan sesuai dengan usia anak. Kecelakaan merupakan kejadian yang dapat menyebabkan kematian pada anak. Kepribadian adalah faktor pendukung terjadinya kecelakaan. Orang tua bertanggungjawab terhadap kebutuhan anak, menyadari karakteristik perilaku yang menimbulkan kecelakaan waspada terhadap faktor-faktor lingkungan yang mengancam keamanan anak (Supartini, 2004).

Dengan demikian, dalam upaya memberikan bimbingan dan arahan pada masalah-masalah yang kemungkinan timbul pada setiap fase pertumbuhan dan perkembangan anak, ada petunjuk-petunjuk yang perlu dipahami oleh orang tua. Dengan demikian, orang tua dapat membantu untuk mengatasi masalah anak pada setiap fase pertumbuhan dan perkembangan dengan cara yang benar dan wajar (Nursalam dkk, 2008).

## **B. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KECELAKAAN PADA ANAK**

Faktor pertama yang mempengaruhi kecelakaan pada anak adalah jenis kelamin, biasanya lebih banyak pada laki-laki karena lebih aktif di rumah. Faktor kedua yaitu usia, pada kemampuan fisik dan

kognitif, semakin besar akan semakin tahu mana yang berbahaya. Faktor ketiga adalah lingkungan, adanya penjaga atau pengasuh cenderung dapat mengurangi angka kejadian kecelakaan pada anak.

Penyebab dan tipe cedera sangat bergantung pada tahapan tumbuh kembang anak. Biasanya anak yang lebih kecil belum tahu dan kurang berpengalaman dalam melindungi dirinya dari kecelakaan. Misalnya, bayi yang tidur ditinggal sendirian di tempat tidur orang dewasa, anak yang belum dapat membaca dan tidak mengetahui bahaya obat atau zat berbahaya yang ditemuinya dalam kemasan botol atau bentuk lainnya (Supartini, 2004).

### **C. PANDUAN ANTICIPATORY GUIDANCE SESUAI TAHAP USIA ANAK**

#### **1. Usia Bayi (0-1 Tahun)**

Jenis kecelakaan: Aspirasi benda, jatuh, luka bakar, keracunan, kurang oksigen. Pencegahan :

- a. Aspirasi: posisikan kepala bayi lebih tinggi saat menyusui.
- b. Kurang oksigen: ibu jangan menyusui bayi dengan posisi tidur, sebaiknya saat menyusui posisi ibu duduk.
- c. Jatuh: tempat tidur ditutup, pengaman (*restrain*), jangan meletakkan bayi di kursi atau tempat yang terlalu tinggi.
- d. Luka bakar: cek air mandi sebelum dipakai.
- e. Keracunan: simpan bahan beracun dilemari atau jauh dari jangkauan.

Antisipasi 6 Bulan Pertama :

- a. Menganjurkan orang tua untuk membuat jadwal dalam memenuhi kebutuhan bayi.
- b. Membantu orang tua untuk memahami kebutuhan bayi terhadap stimulasi dari lingkungan.

- c. Support kesenangan orang tua dalam melihat pertumbuhan dan perkembangan bayinya misalnya respon tertawa.
- d. Menyiapkan orang tua untuk kebutuhan keamanan bayi.
- e. Menyiapkan orang tua untuk imunisasi bayi.
- f. Menyiapkan orang tua untuk mulai memberi makanan padat pada bayi.

Antisipasi 6 Bulan Kedua :

- a. Menyiapkan orang tua akan adanya “*Stranger Anxiety*”.
- b. Menganjurkan orang tua agar anak dekat kepadanya hindari perpisahan yang lama.
- c. Membimbing orang tua agar menerapkan disiplin sehubungan dengan meningkatnya mobilitas bayi.
- d. Menganjurkan orang tua menggunakan “kontak mata” dari pada hukuman badan sebagai suatu disiplin.
- e. Menganjurkan orang tua untuk lebih banyak memberikan perhatian ketika bayi berkelakuan baik daripada ketika ia menangis.

## 2. Usia Toddler (1-3Tahun)

Pada usia balita atau masa prasekolah awal, ada dua masalah penting yang terjadi yaitu “latihan pipis dan buang air besar (*toilet training*)” dan “persaingan dengan saudara kandung (*sibling rivalry*)”. Oleh karena itu, sebelum membahas mengenai petunjuk bimbingan yang diperlukan, akan dijelaskan terlebih dahulu mengenai *toilet training* dan *sibling rivalry* agar dapat membantu orang tua memahami permasalahan anaknya mengenai fungsi eliminasi (Nursalam dkk, 2008).

### a. *Toilet Training*

*Toilet Training* adalah latihan atau upaya yang harus dicapai oleh anak dalam mengenali dorongan untuk melepaskan atau menahan BAB dan BAK, serta mampu mengkomunikasikan kepada ibunya. Pada waktu ini, anak sudah menguasai kemampuan motorik utama yaitu

berkomunikasi dengan jelas, memiliki lebih sedikit konflik antara tuntutan diri sendiri dengan negativistik, dan menyadari kemampuannya untuk mengendalikan diri.

b. *Sibling Rivalry*

*Sibling Rivalry* atau persaingan dengan saudara kandung adalah perasaan cemburu yang biasanya dialami oleh seorang anak terhadap kehadiran saudara kandungnya. Perasaan tersebut timbul bukan karena benci terhadap saudara barunya, akan tetapi lebih pada perubahan situasi dan kondisi. Anak harus berpisah dengan ibu semenjak masa kehamilan ibu, oleh karena itu orang tua harus menjelaskan kepada anak tentang hadirnya saudara baru serta mengikutsertakan anak dalam memenuhi keperluan saudaranya yang akan segera lahir.

Bimbingan kepada orang tua selama balita dikelompokkan berdasarkan kelompok usia sebagai berikut (Nursalam dkk, 2008):

a. Umur 12-18 Bulan (1-1,5 Tahun)

- 1) Mengkaji kebiasaan makan serta meningkatkan pemasukan makanan padat.
- 2) Menyediakan makanan kecil antara 2 waktu makan dengan rasa yang disukai, serta adanya jadwal makan yang rutin.
- 3) Mengkaji pola tidur malam, terutama kebiasaan minum malam memakai botol yang merupakan penyebab utama gigi berlubang.
- 4) Menyiapkan orang tua untuk mencegah bahaya potensial yang terjadi dirumah seperti jatuh.
- 5) Mendiskusikan mainan baru yang dapat mengembangkan motorik halus, motorik kasar, bahasa, pengetahuan, dan keterampilan sosial.

b. Umur 18-24 Bulan (1,5-2 Tahun)

- 1) Menggali kebutuhan untuk menyiapkan saudara kandung dan menekankan pentingnya persiapan anak terhadap kehadiran bayi baru.
  - 2) Menekankan kebutuhan akan pengawasan terhadap gigi, serta kebiasaan makan yang menyebabkan gigi berlubang.
  - 3) Mendiskusikan tanda-tanda kesiapan toilet training.
  - 4) Mendiskusikan berkembangnya rasa takut, seperti saat gelap dan saat timbul suara keras.
  - 5) Mengkaji kemampuan anak untuk berpisah sesaat dengan mudah dari orang tuanya di bawah asuhan keluarga.
- c. Umur 24-36 Bulan (2-3 Tahun)
- 1) Mendiskusikan pentingnya kebutuhan anak dalam meniru dan dilibatkan dalam kegiatan.
  - 2) Mendiskusikan kegiatan yang dilakukan dalam toilet training, dan sikap orang tua dalam menghadapi keadaan-keadaan seperti mengompol atau buang air besar di celana.
  - 3) Menekankan keunikan proses berpikir balita, terutama bahasa yang digunakan, serta pemahaman terhadap waktu.
  - 4) Menekankan disiplin dengan tetap terstruktur secara benar dan nyata, ajukan alasan yang rasional, serta hindari kebingungan dan salah pengertian.
  - 5) Mendiskusikan adanya taman kanak-kanak atau pusat penitipan anak pada siang hari (*play group*).
3. Usia Prasekolah (3-6 Tahun)
- Kecelakaan pada anak usia prasekolah sering kali mengakibatkan kondisi yang fatal pada anak, yaitu kematian. Kondisi yang dimaksud, diantaranya tertabrak motor atau mobil, luka bakar, keracunan, jatuh, dan tenggelam. Kondisi tersebut sebenarnya tidak perlu terjadi apabila orang tua memahami tingkat pertumbuhan dan perkembangan anak,

khususnya usia prasekolah. Pemahaman tentang tingkat perkembangan anak tentunya perlu diikuti dengan pemahaman tentang pentingnya antisipasi terhadap bahaya yang dapat muncul karena aktivitas gerak yang khas dari anak usia prasekolah, yaitu tidak bisa diam dan bergerak terus.

Oleh karena itu, orang tua harus diberi pengertian tentang bahaya yang dapat terjadi pada anak. Tidak hanya orang tua, anakpun perlu diberikan pemahaman tentang cara melindungi diri dari kecelakaan, dan hubungan sebab akibat dari perbuatan berisiko untuk terjadi kecelakaan. Tentu saja cara penyampaian informasi harus menggunakan bahasa yang sederhana dan dapat dimengerti anak. Kecenderungan terjadi kecelakaan pada anak usia prasekolah dilatarbelakangi oleh kondisi tersebut (Supartini, 2004):

- a. Anak usia prasekolah sedang mengembangkan keterampilan motorik kasarnya yang membuat mereka bergerak terus, berlari, berjinjit, naik turun tangga, pagar, atau mainan, serta sepedanya.
- b. Anak usia prasekolah mengalami peningkatan kemampuan motorik halus ketika mereka semakin terampil menggenggam sesuatu, membuka dan menutup botol, membuka dan menutup lemari yang tidak dikunci, jendela, dan pintu, serta genggam dan melempar benda-benda kecil. Dengan demikian, mereka mencoba terus kemampuan benda-benda kecil. Dengan demikian, mereka mencoba terus kemampuan motorik halusnya dengan benda-benda yang ada di sekelilingnya, sementara mereka belum mengetahui bahaya yang mengancam akibat mengeksplorasi benda disekelilingnya.
- c. Anak prasekolah mempunyai rasa ingin tahu yang besar dibanding dengan anak pada usia lainnya dan senang mencoba melakukan sesuatu yang belum dikenalnya, padahal ia belum dapat membaca sehingga belum tahu hal-

hal yang membahayakannya. Ia tertarik untuk selalu mencoba.

- d. Anak laki-laki cenderung lebih berpotensi mengalami kecelakaan daripada anak perempuan karena lebih aktif bergerak.
- e. Anak yang tidak dijaga sewaktu bermain saat orang tuanya sedang bekerja, sibuk dengan kegiatan lain, terlalu letih, atau merasa ada orang lain yang telah menjaganya, menyebabkan anak berisiko untuk mengalami kecelakaan.
- f. Risiko kecelakaan akan lebih besar terjadi saat anak lapar dan lelah karena pada saat itu kemampuan tenaga menurun dan mungkin anak merasa lemah atau lesu.
- g. Anak merasa asing dengan lingkungan atau orang yang menjaganya karena tidak mengenalnya dengan baik.
- h. Anak belum tahu dan belum berpengalaman dalam upaya melindungi diri dari bahaya kecelakaan.

Untuk itu, upaya yang dapat dilakukan oleh orang tua di rumah adalah sebagai berikut:

- a. Anak Usia 3 Tahun
  - 1) Benda tajam untuk memasak atau berkebun dapat disimpan di dalam laci yang dapat dikunci sehingga tidak dapat dibuka anak.
  - 2) Benda-benda kecil, seperti manik-manik, perhiasan, jarum, mainan kecil, alat tulis seperti penghapus, harus disimpan dalam laci yang tertutup rapat dan terkunci.
  - 3) Zat yang berbahaya, seperti obat-obatan, cairan pembersih lantai, pestisida, lem, dan lainnya agar disimpan dalam lemari terkunci. Khusus untuk obat-obatan, dapat dibuat lemari khusus yang ditempel di dinding yang tidak dapat dijangkau anak.
  - 4) Amankan kompor dan berikan penutup yang aman. Bila ada, gunakan jenis kompor yang cukup tinggi dengan penutup. Akan tetapi, apabila menggunakan kompor minyak tanah dan desain dapur cukup tinggi, berikan

pengaman pada sekeliling kompor dengan bahan yang terbuat dari kayu atau ditembok sekelilingnya dengan ketinggian yang cukup bagi orang dewasa.

- 5) Jaga lantai rumah selalu bersih dan kering. Jaga anak apabila lantai baru atau sedang dipel dan segera dilap jika ada air atau cairan lain tumpah.
- 6) Apabila ada tangga, pasang pintu di bagian bawah atau atas tangga dan jaga anak apabila akan naik atau turun tangga. Larangan anak untuk naik tangga tidak dianjurkan karena anak harus belajar menaikinya, yang terpenting ada yang menjaga dibelakang anak.
- 7) Sekring listrik harus tertutup dan atur kabel supaya tidak terlalu panjang sehingga tidak terjurai ke bawah dan dapat dijangkau anak.
- 8) Apabila ada parit di samping atau depan rumah, tutup dengan papan atau disemen.
- 9) Bagi yang letak rumahnya dipinggir jalan raya, sebaiknya memiliki pintu pagar yang harus selalu dikunci rapat.
- 10) Apabila rumah menggunakan sumber air dengan sumur gali, buat selongsongnya, kemudia tutup dengan papan/kayu atau besi yang tidak dapat dibuka anak.
- 11) Bayi yang ditidurkan di tempat tidurnya jangan ditinggal tanpa dipasang pengaman pada pinggir tempat tidur. Apabila ditidurkan di tempat tidur orang dewasa, bayi harus dalam pengawasan.
- 12) Menganjurkan orang tua untuk meningkatkan minat anak dalam hubungan yang luas.
- 13) Menekankan pentingnya batas-batas/ peraturan-peraturan.
- 14) Mengantisipasi perubahan perilaku yang agresif (menurunkan ketegangan/tension).
- 15) Menganjurkan orang tua untuk menawarkan kepada anaknya alternative-alternatif pilihan pada saat anak bimbang.
- 16) Perlunya perhatian ekstra.

- b. Usia 4 tahun
  - 1) Perilaku lebih agresif termasuk aktivitas motorik dan bahasa.
  - 2) Menyiapkan meningkatnya rasa ingin tahu tentang seksual.
  - 3) Menekankan pentingnya batas-batas yang realistis dari tingkah lakunya.
  - 4) Mendiskusikan tentang kedisiplinan.
  - 5) Menyiapkan orang tua untuk meningkatkan imajinasi di usia 4 tahun, di mana anak mengikuti kata hatinya, dan kemahiran anak dalam permainan yang membutuhkan imajinasi.
- c. Usia 5 tahun
  - 1) Menyiapkan anak memasuki lingkungan sekolah.
  - 2) Meyakinkan bahwa usia tersebut merupakan periode tenang pada anak.
  - 3) Mengingatnkan imunisasi yang lengkap sebelum masuk sekolah.
- 4. Usia Sekolah (6-12 Tahun)  
Bimbingan pada orang tua pada usia sekolah:
  - a. Usia 6 tahun
    - 1) Bantu orang tua untuk memahami kebutuhan mendorong anak berinteraksi dengan temannya.
    - 2) Ajarkan pencegahan kecelakaan dan keamanan terutama naik sepeda.
    - 3) Siapkan orang tua akan peningkatan ketertarikan keluar rumah. Dorong orang tua untuk peduli terhadap kebutuhan anak akan privasi dan menyiapkan kamar tidur yang berbeda.
  - b. Usia 7 - 10 tahun
    - 1) Menekankan untuk mendorong kebutuhan akan kemandirian.
    - 2) Interes beraktivitas di luar rumah.

- 3) Siapkan orang tua untuk perubahan pada wanita memasuki pra pubertas.
- c. Usia 11 – 12 tahun
- 1) Bantu orang tua untuk menyiapkan anak tentang perubahan tubuh saat pubertas.
  - 2) Anak wanita mengalami pertumbuhan cepat.
  - 3) Sex education yang adekuat dan informasi yang akurat.

#### **D. RANGKUMAN**

Petunjuk bimbingan merupakan upaya untuk membantu orang tua dalam membimbing anak melewati setiap tahapan perkembangannya dengan mengatasi masalah yang mungkin timbul. Petunjuk antisipasi ini penting untuk dipahami oleh petugas kesehatan dan orang tua. Dengan petunjuk yang lebih dulu dipahami, orang tua dapat memberikan bimbingan dan arahan yang bijaksana terhadap anak, sehingga anak dapat melewati setiap tahapan tumbuh kembangnya secara wajar tanpa ada hambatan yang dapat mengganggu tumbuh kembang selanjutnya.

Pada masa bayi, orang tua berperan untuk merawat kesehatan bayi. Orang tua dapat sesekali meninggalkannya dalam jangka waktu yang tidak terlalu lama dan perlu memberikan perhatian dan kasih sayang yang cukup. Pada masa balita, perlu diperhatikan masalah yang umunya muncul, seperti cemburu, pada saudara kandungnya dan latihan kebersihan. Orang tua perlu memahami jika anak mulai menolak untuk dibantu dalam setiap kebutuhannya. Penerapan disiplin sesuai dengan pemahaman anak perlu mulai ditanamkan. Anak memerlukan aktivitas bermain dengan alat-alat permainannya.

Pada masa prasekolah tersebut, orang tua juga perlu memahami bahwa anak belum mampu membedakan antara dunia nyata dan dunia imajinasi, sehingga sering timbul anggapan bahwa anak

berdusta. Penerapan disiplin perlu ditegakkan secara konsisten dan anak mulai dipersiapkan untuk memasuki dunia sekolah.

### **E. TES FORMATIF**

1. Yang bukan termasuk faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kecelakaan pada anak ?
  - a. Usia
  - b. Jenis kelamin
  - c. Lingkungan
  - d. Kognitif
  - e. Orang tua
  
2. Jenis-jenis benda yang membahayakan pada anak usia toddler?
  - a. Makanan
  - b. Minuman
  - c. Pisau
  - d. Boneka
  - e. Balon

### **F. LATIHAN**

Jelaskan bagaimana upaya pencegahan yang dilakukan oleh orang tua untuk menghindari kecelakaan pada anak dan jelaskan bagaimana peran perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan tentang bimbingan antisipasi kepada orang tua !

## KEGIATAN BELAJAR 8

### TERAPI BERMAIN

#### DESKRIPSI PEMBELAJARAN

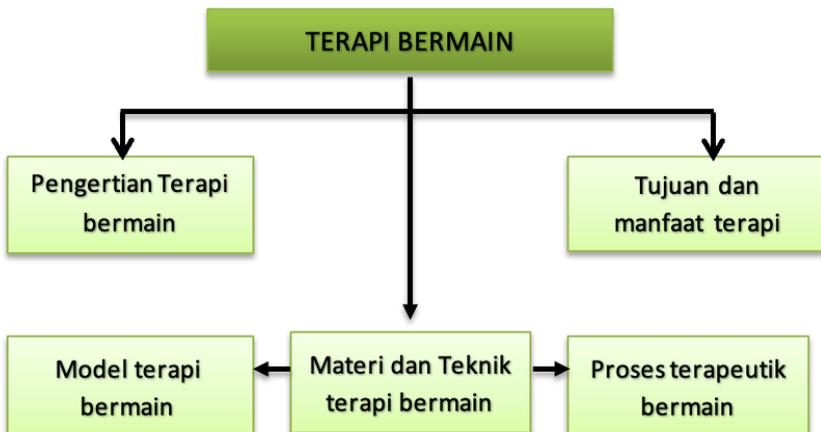
Pada bab ini mahasiswa mempelajari pengenalan dan konsep dasar teoritis terapi bermain. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman untuk modal dasar mempelajari terapi bermain lebih lanjut.

#### KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan:

1. Mampu menguraikan pengertian terapi bermain pada anak
2. Mampu menjelaskan tujuan dan manfaat terapi bermain
3. Mampu menjelaskan model terapi bermain, teknik terapi bermain, proses terapeutik bermain.

#### PETA KONSEP PEMBELAJARAN



## **A. PENGERTIAN TERAPI BERMAIN**

Anak merupakan pribadi yang unik, sebagai individu yang dinamis dan berada dalam proses perkembangan yang mempunyai berbagai macam kebutuhan dan dinamika dalam berinteraksi dengan lingkungan sekitar. Pada diri anak senantiasa terjadi perubahan tingkah laku sebagai hasil belajar. Hal ini merupakan aspek-aspek psikologis dalam belajar yang bersumber dari dalam diri anak sehingga menuntut adanya pendekatan psikologis untuk memfasilitasi perkembangan anak tersebut. Salah satu cara anak mendapatkan informasi adalah melalui bermain. Bermain adalah kegiatan yang dilakukan untuk kesenangan yang ditimbulkan tanpa mempertimbangkan hasil akhir (Hurlock, 2002). Sutton Smith (1971) mengatakan: "Bermain bagi anak terdiri atas empat mode dasar yang membuat kita mengetahui tentang dunia meniru, eksplorasi, menguji, dan membangun." Bermain memberikan motivasi intrinsik pada anak yang dimunculkan melalui emosi positif. Emosi positif yang terlihat dari rasa ingin tahu anak meningkatkan motivasi intrinsik anak untuk belajar seperti pemecahan masalah dan kreativitas. Tanpa bermain dasar kreativitas dan dasar pemecahan masalah tidak dapat diletakkan sebelum anak mengembangkan kebiasaan untuk menghadapi lingkungan dengan cara yang tidak kreatif. Aspek yang dapat diasah saat bermain adalah motorik kasar, motorik halus, bahasa, sosial dan kognisi. (Hurlock, 2002). Secara tidak langsung bermain sangat berpengaruh terhadap keberhasilan anak untuk belajar dan mencapai kesuksesan. Emosi negatif seperti rasa takut, intimidasi dan stress, secara umum merusak motivasi anak untuk belajar. Oleh karena itu anak memerlukan terapi bermain untuk mengatasi kesulitan-kesulitan dalam mencapai pertumbuhan dan perkembangan secara optimal.

Landreth (2001) berpendapat bahwa bermain sebagai terapi merupakan salah satu sarana yang digunakan dalam membantu anak mengatasi masalahnya, sebab bagi anak bermain adalah

simbol verbalisasi. Terapi bermain dapat dilakukan didalam ataupun diluar ruangan. Terapi yang dilakukan didalam ruangan sebaiknya dipersiapkan dengan baik terutama dengan alat-alat permainan yang akan digunakan. Oleh sebab itu dapat disimpulkan bahwa terapi bermain adalah terapi yang menggunakan alat-alat permainan dalam situasi yang sudah dipersiapkan untuk membantu anak mengekspresikan perasaannya, baik senang, sedih, marah, dendam, tertekan, atau emosi yang lain.

## **B. TUJUAN DAN MANFAAT TERAPI BERMAIN**

Tujuan terapi bermain adalah: (Alice Z. 2011)

1. Menciptakan suasana aman bagi anak-anak untuk mengekspresikan diri mereka
2. Memahami bagaimana sesuatu dapat terjadi, mempelajari aturan sosial dan mengatasi masalah mereka
3. Memberi kesempatan bagi anak-anak untuk berekspresi dan mencoba sesuatu yang baru.

Bermain merupakan aktivitas penting pada masa anak-anak. Berikut ini adalah beberapa manfaat bermain pada anak-anak :

1. Perkembangan aspek fisik. Anggota tubuh mendapat kesempatan untuk digerakkan, anak dapat menyalurkan tenaga (energi) yang berlebihan, sehingga ia tidak merasa gelisah. Dengan demikian otot-otot tubuh akan tumbuh menjadi kuat.
2. Perkembangan aspek motorik kasar dan halus.
3. Perkembangan aspek sosial. Ia akan belajar tentang sistem nilai, kebiasaan-kebiasaan dan standar moral yang dianut oleh masyarakat.
4. Perkembangan aspek emosi atau kepribadian. Anak mendapat kesempatan untuk melepaskan ketegangan yang dialami, perasaan tertekan dan menyalurkan dorongan-

dorongan yang muncul dalam dirinya. Setidaknya akan membuat anak relaks.

5. Perkembangan aspek kognisi. Anak belajar konsep dasar, mengembangkan daya cipta, memahami kata-kata yang diucapkan oleh teman-temannya.
6. Mengasah ketajaman penginderaan, menjadikan anak kreatif, kritis dan bukan anak yang acuh tak acuh terhadap kejadian disekelilingnya.
7. Sebagai media terapi, selama bermain perilaku anak-anak akan tampil bebas dan bermain adalah sesuatu yang secara alamiah sudah dimiliki oleh seorang anak.
8. Sebagai media intervensi, untuk melatih kemampuan-kemampuan tertentu dan sering digunakan untuk melatih konsentrasi pada tugas tertentu, melatih konsep dasar.

Terapi bermain akan mampu meningkatkan anak menjadi lebih produktif dan bahagia dan lebih termotivasi untuk meningkatkan kualitas kehidupan lebih bahagia (Adriana,2011).

Beberapa kondisi yang memerlukan penerapan terapi bermain pada anak yaitu :

1. Trauma pada anak  
Seorang anak yang mengalami trauma membutuhkan terapis penyembuhan yang disebut play therapy.
2. Kecemasan berlebihan  
Rasa takut berlebihan, phobia ataupun stres menjadi kondisi selanjutnya bagi anak untuk menjalani play terapi. Dengan harapan sang anak bisa mengatasi kecemasan yang berlebihan tersebut.
3. Murung atau mengundurkan diri dari pergaulan dengan teman-temannya  
Seorang anak yang selalu bersikap murung dan menarik diri dalam pergaulannya di masyarakat membutuhkan play therapy untuk anak. Dengan harapan sang anak bisa mampu berinteraksi secara baik dengan lingkungannya.
4. Suka bertengkar

Kondisi berikutnya yang mengharuskan anak menjalani play therapy adalah saat anak suka bertengkar dengan saudara atau temannya. Hal itu bersumber dari gangguan mental pada anak. Dan semua itu bisa diobati dengan anak menjalani play terapi.

5. Emosi meledak dan korban bullying atau pelaku bully  
Berikutnya yang mengharuskan anak menjalani terapi bermain adalah kondisi emosi anak yang suka meledak-ledak tak terkontrol. Ditambah lagi sang anak suka melakukan bullying kepada orang lain atau selalu jadi korban bully. Pada kondisi demikian sang anak membutuhkan terapi bermain yang harus didampingi ahlinya.

### **C. MODEL TERAPI BERMAIN**

LaBauve, dkk (2001) macam-macam model dalam terapi bermain adalah :

1. *Model Adlerian*, Model ini menggunakan dasar teori Psikologi Individual Adler, dengan dasar filosofi yaitu kehidupan sosial perlu untuk dimiliki, perilaku adalah tujuannya, melihat hidup secara subyektif dan hidup adalah sesuatu yang khusus dan kreatif. Model ini digunakan untuk anak dengan kegagalan dalam berinteraksi sosial dan salah dalam mempercayai gaya hidupnya.
2. *Model Terapi Client-Centered*, Teori yang mendasari adalah teori Rogers, yang berpandangan bahwa motivasi internal yang dimiliki anak-anak mendorong pertumbuhan dan aktualisasi diri. Terapi bermain dengan pendekatan Client Centered Non Directive (terapi yang berpusat pada anak secara tidak langsung), ini sesuai untuk anak-anak yang mengalami ketidaksesuaian antara kejadian hidup dengan dirinya.
3. *Model Kognitif-Behavioral*, Model ini berpandangan bahwa anak memiliki pikiran dan perasaan yang sama seperti orang dewasa yaitu ditentukan melalui bagaimana anak berfikir tentang diri dan dunianya. Model ini digunakan untuk

menangani anak dengan kepercayaan irrasional yang membawanya keluar dari perilaku maladaptif.

4. *Model Ekosistemik*, Dasar yang digunakan adalah teori dari terapi realitas, yang mempunyai pandangan bahwa berada dalam interaksi terhadap lingkungan dapat mempengaruhi perkembangan.
5. *Model Eksistensialisme*, Memiliki pandangan bahwa anak-anak adalah manusia berguna, unik, ekspresi diri dan pertolongan terhadap diri sendiri mendorong aktualisasi diri. Pendekatan ini menangani anak-anak yang mengalami kesulitan untuk berkembang sesuai dengan keunikannya yang melemahkan pertumbuhan dirinya sehingga mengalami penolakan dalam menjalin hubungan dengan teman-temannya.
6. *Model Gestalt*, Model Gestalt melihat manusia secara total, dilahirkan dengan fungsi utuh. Pendekatan ini untuk terapi anak yang mengalami kesulitan bertumbuh secara alami, anak yang mencoba untuk memenuhi kebutuhan dengan cara yang tidak biasa, dan memiliki pengalaman luka baik secara fisik maupun psikologis.
7. *Model Jungian*, Didasarkan pada teori analitik Jung, yang melihat bahwa psikis terdiri dari ego, ketidaksadaran diri, dan ketidaksadaran kolektif, kekuatan menyembuhkan adalah bawaan. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk membantu anak yang mengalami ketidakseimbangan psikis, ego tidak dapat menjebatani antara dunia luar dan dalam dirinya.
8. *Model Psikoanalitik*, Pendekatan ini menggunakan teori psikoanalisa tradisional, yang memiliki dasar filosofi tentang anak yaitu anak memiliki rasa takut, memerlukan rasa aman, berusaha berhubungan dengan tuntutan lingkungan. Pendekatan ini sesuai untuk anak yang mengalami konflik internal, kekawatiran, represi, hambatan perkembangan, dan agresivitas.

## D. MATERI BERMAIN

Materi bermain dalam terapi bermain dapat diklasifikasikan menjadi 4, yaitu: (Alice Z. 2011)

1. *Mainan untuk memudahkan ekspresi*, Mainan adalah kata-kata anak-anak dan bermain adalah bahasa mereka. Oleh karena itu dalam terapi bermain harus tersedia mainan yang memudahkan anak untuk mengekspresikan pikiran dan perasaannya. Misalnya keluarga boneka manusia, keluarga boneka binatang, mobil, truk, bis dll.
2. *Mainan yang mendorong kreativitas*, Beberapa mainan, sudah menjadi sifat dasarnya mendorong kreativitas. Sebuah kotak di pojok bisa menjadi rumah. Contoh lain seperti krayon, malam, kertas lipat, balok kayu dll.
3. *Mainan untuk menyalurkan emosi*, Anak dapat menggunakan cat, pasir, tanah liat untuk menyalurkan perasaannya yang kuat dimana dia tidak berani mengkomunikasikan dengan lebih terbuka.
4. *Mainan yang dapat mengekspresikan sifat agresi*, Mainan senjata, pisau karet, pedang plastik, perisai dari kayu, palu, catut menggambarkan kepada anak suatu arti yang mengekspresikan permusuhan dan agresif. Menembak, menusuk, memukul, dan meninju dengan keras adalah ekspresi simbolik dari kemarahan, dan jika diberi kebebasan bermain akan memberikan terapeutik katarsis, konsentrasi dan koordinasi.

## E. TEKNIK TERAPI BERMAIN

1. Permainan boneka  
Boneka memberikan suatu cara yang tidak mengancam untuk anak-anak bermain di luar pikiran dan perasaan mereka. Selama bermain dengan boneka anak-anak melakukan beberapa hal seperti berikut ini :
  - a. Mengidentifikasi diri dengan boneka

- b. Memproyeksikan perasaan sendiri dalam figur permainan
- c. Memindahkan konfliknya dalam figur permainan

Dalam permainan boneka, terapis mendapatkan informasi tentang pandangan pikiran anak, perasaan anak dan tingkah laku anak.

## 2. Permainan boneka wayang

Gerakan wayang atau boneka memungkinkan anak menceritakan ceritera- ceritera yang kaya dalam bentuk simbol dan untuk menciptakan fantasi-fantasi mereka. Manfaat permainan boneka wayang :

- a. Melalui gerakan boneka, anak dapat menghadapi pikiran dan perasaan yang sulit untuk mereka akui sebagai diri sendiri.
- b. Dengan menggunakan boneka, anak dapat menciptakan orang lain dan berinteraksi serta mengungkapkan pikiran dan perasaannya sekaligus kemarahannya yang dalam kehidupan nyata tidak bisa dilakukannya.

Anak-anak juga dapat menciptakan tokoh yang tidak bisa diungkapkannya sendiri Permainan dengan boneka dapat merupakan kegiatan kelompok yang menarik dan dapat digunakan dengan kelompok anak-anak yang lebih besar atau kecil, terutama dalam lingkungan sekolah. Dengan bermain boneka dalam kelompok, membuat anak saling menghargai sudut pandang orang lain, dapat memecahkan masalah dan keterampilan sosial.

## 3. Bercerita

Secara psikologis membaca atau bercerita merupakan salah satu bentuk bermain yang paling sehat. Kebanyakan anak kecil lebih menyukai cerita tentang orang dan hewan yang dikenalnya. Selain itu karena anak kecil cenderung egosentrik mereka menyukai ceritera yang berpusat pada dirinya.

Mula-mula anak-anak suka cerita imajinatif yang khayal kemudian seiring dengan berkembangnya kecerdasan dan pengalaman sekolah anak yang lebih besar menjadi realistik,

dan minatnya pun beralih ke cerita petualangan, kekerasan, kemewahan dan cinta serta pendidikan.

Menceritakan cerita memberikan cara yang menyenangkan untuk mengembangkan raport dan belajar tentang anak. Ketika anak menceritakan cerita mereka, mereka mengkomunikasikan informasi penting tentang diri mereka sendiri dan keluarga mereka sambil belajar mengekspresikan dan menguasai perasaan mereka. Dengan mendengarkan cerita anak, terapis dapat memahami lebih baik pertahanan diri anak, konflik anak, dan dinamika keluarga anak. Dalam menganalisis cerita anak, terapis harus mencari tema yang diulang yang dapat memberikan kunci penting tentang perasaan-perasaan dan perjuangan anak. Terapis harus sangat akrab dan terampil dalam menginterpretasikan komunikasi simbolik secara wajar. Semua ini tergantung pada keterampilan dan pertimbangan terapis.

#### 4. Bermain

Bermain selama masa kanak-kanak mempunyai karakteristik yang berbeda dibandingkan permainan remaja dan orang dewasa. Permainan anak kecil bersifat spontan dan informal. Secara bertahap bermain menjadi semakin formal. Dengan berkembangnya kemampuan berpikir anak, anak mulai mengembangkan permainan dengan aturan. Permainan individu dan kelompok membantu anak belajar bagaimana membagi kelompok dan bermain dengan aturan. Permainan mengajar anak tentang mendisiplin diri, serta belajar untuk menang dan kalah. Permainan yang diterapkan untuk terapi bermain dapat dimainkan sendiri maupun berkelompok.

#### 5. Bermain pasir

Anak-anak suka bermain pasir. Dengan adanya terapi bermain menggunakan pasir anak-anak diberikan kegembiraan, rileks dan merupakan medium terapeutik. Selama di dalam kamar bermain anak bebas bermain dalam pasir dan banyak menggunakan miniatur yang tersedia seperti yang diinginkan. Selama proses bermain pasir, anak

memutuskan apa yang akan dibuat, figur apa yang akan digunakan, dan bagaimana menggunakannya. Anak bebas membuat adegan, membuat pemandangan atau apa saja sebagai cara melukiskan pengalaman di mana mereka tidak dapat menceritakan dengan kata-kata.

Dengan mengobservasi anak saat bermain pasir, terapis mendapat informasi tentang pikiran, perasaan dan tingkah laku anak. Permainan pasir juga sering menyangkut simbol-simbol yang mempunyai arti khusus. (Alice Z. 2011)

## **F. PROSES TERAPEUTIK BERMAIN**

### **1. Pelaksanaan Sesi Terapi Bermain**

Pelaksanaan sesi terapi bermain pada subjek dimulai dengan langkah-langkah yang berurutan yaitu:

#### **a. Pembuatan rancangan treatment**

Pembuatan rancangan treatment dilakukan pada tahap awal setelah penggalan data mengenai latar belakang keluarga dan anak, kebutuhan anak serta dukungan orangtua. Untuk mendapatkan rancangan treatment yang tepat, perlu menciptakan hubungan yang baik/ rapport antara terapis dengan anak, sehingga anak dapat mengeksplorasi secara optimal dalam bermain dan mempunyai perasaan senang dalam melakukan sesuatu, hasil observasi selama awal sesi merupakan sumber informasi (Mc. Mahon). Setelah semua informasi terkumpul dapat disimpulkan kebutuhan anak sehingga rancangan treatment beserta tujuannya dapat dibuat dengan tepat. Setelah rancangan treatment selesai dibuat maka perlu diinformasikan pada orangtua untuk mendapat persetujuan dan dukungan.

#### **b. Pelaksanaan treatment**

Tahap selanjutnya adalah pelaksanaan. Dalam tahap ini terapis melaksanakan rancangan treatment yang sudah dibuat dengan menjaga sikap profesional, kejujuran dan

kerahasiaan. Selain itu terapis juga perlu menciptakan rasa aman dan kebebasan pada diri anak untuk menentukan pilihan dan mengekspresikan diri.

Seringkali anak dapat memulai permainan dengan spontan, namun ada beberapa anak yang hanya diam saja di ruang terapi bermain, oleh sebab itu sangat diperlukan terapis yang mampu membuat anak nyaman dan aman. Menurut Mc. Mahon (2001), ada beberapa cara untuk mengajak anak terlibat aktif dalam bermain, misalnya : Terapis memainkan boneka tangan, bermain Teddy Bear atau boneka lain, atau membuat hal-hal yang lucu. Ada kontrol dan batasan dalam pelaksanaan treatment, yaitu : pastikan bahwa alat-alat permainan aman dimainkan anak-anak, sehingga tidak membahayakan bagi anak tersebut, bagi terapis atau orang lain yang terlibat. Kemudian pada saat anak marah dan merusak mainan atau melakukan agresivitas, terapis memberikan toleransi sampai batas tertentu dan berhak menghentikan mainan dengan menggantikan mainan yang lain atau menghentikan sesi treatment.

Hasil observasi segera dicatat setelah sesi selesai, bila dimungkinkan gunakan recorder sebagai perekam atau camera perekam, sehingga mudah untuk menentukan treatment selanjutnya.

Tahap kemajuan yang biasanya dilewati oleh anak, yaitu:

Tahap 1 : perasaan marah, cemas atau emosi yang tidak mengenakan. Tingkah laku yang muncul anak nampak destruktif/ merusak mainan atau sebaliknya nampak ketakutan pada sesuatu.

Tahap 2: perasaan marah sudah terarah pada orang tertentu, bisa terapisnya atau permainan simbol.

Tahap 3 : nampak ekspresi positif dan negatif berjalan

bersama. Misalnya: suatu saat anak menyuapi boneka, disaat yang lain dia memukul boneka tersebut.

Tahap 4 : anak sudah dapat memilih dan memisahkan perasaan positif dan negatif tentang orang dan situasi dalam realitas.

c. Evaluasi treatment

Pada evaluasi akhir, dinilai apakah terapi efektif atau kurang efektif? Apakah treatment dilanjutkan atau dihentikan? Terapi bermain kurang efektif jika dilakukan pada anak yang pendiam atau pasif karena mereka akan sangat sulit untuk diajak bermain oleh terapis. Proses dan lamanya terapi bervariasi tiap anak dan kasus, dari beberapa minggu sampai 1 atau 2 tahun. Untuk mengakhiri treatment, alangkah baiknya terapis mengajak anak membuat suatu acara khusus sehingga anak tidak mengalami kesedihan atau kekecewaan karena kehilangan suasana yang sudah dia dapatkan. Terapis juga dapat memberikan bingkisan dari hasil treatment, atau foto bersama.

2. Pendekatan Terpadu dalam proses terapi bermain meliputi :

a. *Relating*

Terapis hendaknya dapat mengembangkan suasana yang hangat dan permisif, namun tetap dapat membantu anak bertanggungjawab terhadap tingkah lakunya dan mengajar anak bagaimana cara yang lebih baik untuk memenuhi kebutuhannya. Sebab terapi bermain harus dapat menciptakan suatu pengalaman yang membantu anak menghubungkan pikiran dan perasaan terhadap tingkah laku seseorang.

b. *Releasing*

Dalam terapi bermain yang aman dan dijaga, anak dapat mengekspresikan pikiran dan emosinya yang selama ini disembunyikan. Beberapa anak dengan sangat garang memukul-ukul tanah liat membentuk orang dan kemudian merobeknya dll. Kegiatan ini merupakan cara anak untuk

melepaskan emosi mereka dan mengekspresikan perasaan mereka melalui bermain. Karena katarsis ini memungkinkan anak untuk mengurangi ketegangan, katarsis ini dapat merupakan terapeutik. Dalam sebagian besar kasus, bagaimanapun juga terapis memerlukan katarsis untuk membantu anak menghadapi perasaannya.

c. *Re-creating*

Yang dimaksud dengan re-creating adalah menciptakan kembali kejadian-kejadian yang signifikan. Dalam tahap ini anak menciptakan kembali kejadian-kejadian yang lalu, kejadian-kejadian sekarang dan pengalaman-pengalaman perasaan yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kejadian-kejadian tersebut.

d. *Reexperiencing*

Pada tahap ini anak mengalami kembali kejadian-kejadian melalui proses bermain. Anak-anak mulai mengembangkan pengertian kejadian-kejadian masa lalu dan menghubungkan pengertian itu dengan pikiran, perasaan dan tingkah laku sekarang

e. *Resolving*

Resolving merupakan tahap pemecahan. Dalam tahap ini anak memperoleh pengertian bahwa dia mempunyai masalah dan bereksperimen dengan berbagai pemecahan. (Alice Z. 2011)

## G. RANGKUMAN

Bermain adalah kegiatan yang dilakukan untuk kesenangan yang ditimbulkan tanpa mempertimbangkan hasil akhir. Bermain dengan imajinasi dan fantasi, memungkinkan anak mengeksplorasi dunia mereka, pertama melalui perasaan mereka dan kemudian menggunakan pikiran dan logika. Tahapan perkembangan anak disesuaikan dengan model permainan yang sesuai dengan usianya.

Bermain merupakan aktivitas penting pada masa anak-anak. Manfaat bermain adalah untuk perkembangan aspek fisik, perkembangan aspek motorik kasar dan halus, perkembangan aspek sosial, perkembangan aspek emosi atau kepribadian, perkembangan aspek kognisi, mengasah ketajaman penginderaan, menjadikan anak kreatif, kritis dan bukan anak yang acuh tak acuh terhadap kejadian disekelilingnya, sebagai media terapi, selama bermain perilaku anak- anak akan tampil bebas dan bermain adalah sesuatu yang secara alamiah sudah dimiliki oleh seorang anak.

Beberapa kondisi yang memerlukan penerapan terapi bermain pada anak yaitu : trauma, kecemasan, tidak dapat bergaul, suka bertengkar, emosi meledak, korban bullying. Pendekatan yang dikakukan dalam proses terapi bermain, yaitu : relating, releasing, re-creating, reexperiencing dan resolving.

#### **H. TES FORMATIF**

1. Manfaat terapi bermain, kecuali ....
  - a. Mengasah ketajaman penginderaan
  - b. Melatih perkembangan emosi
  - c. Melatih perkembangan kognisi
  - d. Melatih perkembangan motorik
  - e. Kesempatan anak untuk mencoba hal baru tidak maksimal karena takut
  
2. Beberapa kondisi anak yang memerlukan terapi bermain, kecuali :
  - a. Trauma
  - b. Cemas
  - c. *suka bertengkar.*
  - d. Korban bullying
  - e. Sakit kritis

3. Hal-hal yang yang dilakukan terapis sebelum membuat rancangan terapi bermain, adalah....
  - a. Menggali data anak dan keluarga
  - b. Mencari alat permainan
  - c. Mengidentifikasi alat permainan
  - d. Menyiapkan tempat
  - e. Menyiapkan tenaga

## **I. LATIHAN**

Buatlah contoh program terapi bermain pada anak sesuai dengan masalah/kebutuhan dan usia anak.

## KEGIATAN BELAJAR 9

### TEKNIK KOMUNIKASI DENGAN ANAK

#### DESKRIPSI PEMBELAJARAN

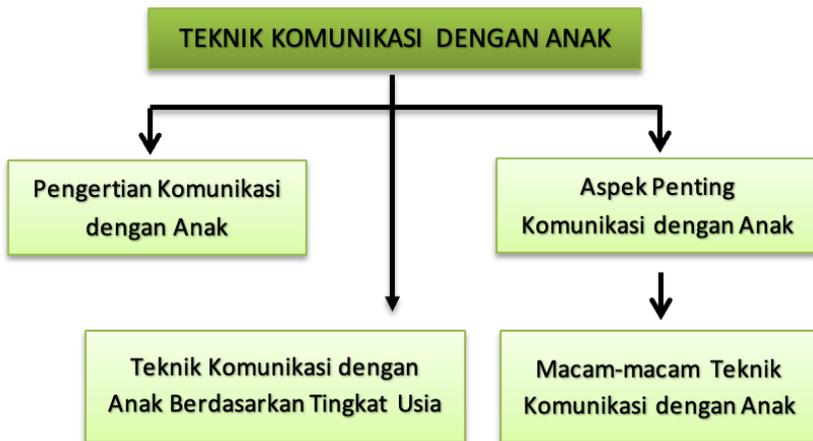
Pada bab ini mahasiswa mempelajari teknik komunikasi dengan anak. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman dasar mengenai teknik komunikasi dengan anak lebih lanjut.

#### KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan:

1. Mampu menguraikan definisi komunikasi dengan anak
2. Mampu menjelaskan aspek penting komunikasi dengan anak
3. Mampu menjelaskan macam-macam teknik komunikasi dengan anak
4. Mampu menerapkan teknik komunikasi dengan anak berdasarkan tingkat usia

#### PETA KONSEP PEMBELAJARAN



## **A. PENGERTIAN KOMUNIKASI DENGAN ANAK**

Komunikasi merupakan suatu proses kegiatan untuk menyampaikan pesan (Putra & Patmaningrum, 2018). Proses tersebut melibatkan dua pihak yang berkomunikasi untuk mengungkapkan suatu makna agar keduanya dapat memahami apa yang sedang dikomunikasikan. Komunikasi dapat didefinisikan sebagai suatu proses pembentukan, penyampaian, dan penerimaan serta pengolahan pesan yang terjadi di dalam diri seseorang, dan atau di antara dua orang atau lebih dengan tujuan mengungkapkan sesuatu, sehingga akan tercipta interaksi oleh pihak-pihak yang melakukan komunikasi (Bahri, 2018).

Sarfika et al (2018) menyebutkan bahwa komunikasi merupakan suatu hubungan timbal balik antara komunikator dan komunikan, yang berlangsung secara dinamis dan berkesinambungan (Oxianus Sabarua & Mornene, 2020). Manusia melakukan komunikasi di sepanjang tahap kehidupannya, yaitu di mulai bayi dalam rahim ibu sampai lansia, bahkan sampai menjelang ajal. Anak sudah melakukan komunikasi dengan ibunya sejak di dalam kandungan dengan berbagai cara, seperti menendang dan melakukan gerakan-gerakan secara teratur, sedangkan ayah atau kakak berkomunikasi dengan bayi yang ada di dalam kandungan ibu dengan cara mengelus atau memberi kecupan lembut pada perut ibu, bahkan memanggil dengan lembut di dekat perut ibu. Hal ini dilakukan untuk membina hubungan dan berinteraksi dengan anak untuk memberikan stimulasi komunikasi yang baik sejak dini.

## **B. ASPEK PENTING KOMUNIKASI DENGAN ANAK**

Keluarga (orang dewasa) harus mampu melakukan komunikasi yang baik agar bisa dipahami oleh anak. Dalam berkomunikasi dengan anak, keluarga (orang dewasa) harus memahami pikiran dan perasaan apa yang akan disampaikan kepada anak, serta harus berusaha untuk memahami anak dengan bahasa yang tepat.

Berikut ini merupakan aspek-aspek yang penting dalam berkomunikasi dengan anak sehingga anak memahami komunikasi yang disampaikan kepadanya:

1. Orang dewasa harus menggunakan bahasa yang bermakna bagi anak ketika mengajak anak berbicara, seperti berikut ini:
  - a. Menggunakan isyarat, seperti menunjuk objek secara jelas apabila objek tersebut ingin dilihat oleh anak.
  - b. Memilih kata-kata yang tepat dengan bahasa yang terstruktur sehingga mudah dipahami anak.
2. Anak berusaha melakukan komunikasi yang dapat dipahami oleh orang lain, seperti:
  - a. Anak menggunakan isyarat-isyarat tertentu untuk menyampaikan keinginannya atau mengungkapkan perasaannya agar orang dewasa memahami apa yang dia inginkan.
  - b. Komunikasi dengan isyarat akan semakin berkurang seiring dengan bertambahnya usia anak, karena pemahaman komunikasi anak sudah lebih baik sehingga anak merasa kurang memerlukan isyarat dalam melakukan komunikasi (Sarfika et al., 2018).

### **C. MACAM-MACAM TEKNIK KOMUNIKASI DENGAN ANAK**

Anak dengan keunikannya memiliki cara yang berbeda-beda untuk merespon komunikasi yang sesuai dengan kebutuhan mereka, sehingga berbeda pula dalam menyampaikan keinginannya. Dalam hal ini, anak memerlukan pendekatan atau teknik khusus dalam berkomunikasi agar interaksi yang terjadi dapat berlangsung dengan baik sesuai dengan tumbuh kembang anak. Secara umum, Sarfika et al (2018) dan Indarwati (2018) menjelaskan ada dua teknik komunikasi yang digunakan anak, yaitu sebagai berikut:

1. Teknik verbal
  - a. Bercerita (*story telling*)

Bercerita merupakan suatu teknik komunikasi yang dapat digunakan kepada anak, dengan harapan pesan dapat diterima lebih mudah oleh anak. Namun perlu diperhatikan, cerita yang disampaikan harus sesuai dengan pesan yang akan disampaikan dan dapat diekspresikan melalui gambar atau tulisan. Selain itu, gunakan bahasa yang mudah dipahami anak, sehingga masuk ke dalam pikiran anak dan menembus batas kesadaran atau rasa takut anak. Tujuan dari teknik ini adalah untuk membantu anak masuk dalam masalahnya.

b. *Bibliotherapy*

Teknik ini merupakan teknik komunikasi terapeutik pada anak yang dilakukan dengan menggunakan buku-buku atau majalah dalam rangka proses *therapeutic* dan *supportive*, sehingga dapat membantu anak untuk mengekspresikan perasaannya melalui aktivitas membaca. Teknik ini dapat memberikan kesempatan pada anak untuk menelusuri suatu kejadian yang sama dengan keadaannya, namun ada sedikit yang berbeda. Emosi dan pengetahuan anak serta melakukan penghayatan terhadap cerita harus diperhatikan saat berkomunikasi dengan anak melalui buku, agar dapat menyampaikan pesan dan dapat dipahami anak. Pedoman umum untuk menggunakan *bibliotherapy* adalah sebagai berikut:

- 1) Kaji perkembangan kognitif dan emosi anak untuk mengukur kesiapan anak dalam memahami pesan dari buku
- 2) Kenali isi buku, seperti pesan yang disampaikan dan tujuannya
- 3) Pilih buku yang sesuai dengan usia anak
- 4) Bacakan buku tersebut jika anak belum bisa membaca
- 5) Telusuri makna buku bersama-sama dengan anak

c. Mimpi

Mimpi adalah aktivitas tidak sadar yang terbentuk dari perasaan dan pikiran yang ditekan ke alam bawah sadar.

Mimpi ini dapat digunakan oleh perawat untuk mengidentifikasi adanya perasaan bersalah, perasaan jengkel, perasaan tertekan, atau perasaan marah yang mengganggu anak sehingga terjadi ketidaknyamanan.

d. Meminta anak untuk menyebutkan keinginannya

Ungkapan yang disampaikan oleh anak merupakan hal yang penting dalam berkomunikasi dengan anak. Kita dapat mengetahui berbagai keluhan yang dirasakan anak dan keinginan anak ketika kita meminta anak untuk menyebutkan keinginannya. Keinginan tersebut dapat menunjukkan perasaan dan pikiran anak saat itu.

e. Melengkapi kalimat (*sentences completion*)

Teknik ini dilakukan dengan cara meminta anak untuk menyempurnakan atau melengkapi kalimat yang disebutkan. Dengan teknik ini kita dapat mengetahui perasaan anak tanpa bertanya secara langsung kepada anak, misalnya terkait dengan kesehatannya atau perasaannya. Pernyataan dimulai dengan yang netral kemudian dilanjutkan dengan pernyataan yang difokuskan pada perasaannya.

f. Pro dan kontra

Teknik komunikasi ini sangat penting dalam menentukan atau mengetahui perasaan dan pikiran anak. Anak diminta mengajukan pilihan positif atau negatif sesuai dengan pendapat anak. Teknik ini dilakukan dengan tujuan mengeksplorasi perasaan-perasaan anak, baik yang menyenangkan maupun tidak menyenangkan.

2. Teknik non-verbal

a. Menulis

Menulis merupakan pendekatan komunikasi yang tidak hanya efektif pada anak, tetapi juga remaja. Komunikasi melalui tulisan dapat dilakukan ketika ungkapan yang sulit dikomunikasikan secara verbal. Teknik ini dapat dilakukan jika anak sudah memiliki kemampuan untuk menulis.

Dengan teknik ini, anak dapat mengekspresikan dirinya baik pada keadaan sedih, marah, atau lainnya dan biasanya teknik ini banyak dilakukan pada anak yang sedang merasa marah atau kesal.

b. Menggambar

Menggambar merupakan salah satu bentuk komunikasi yang paling sesuai dengan anak. Teknik ini dilakukan dengan cara meminta anak untuk menggambarkan sesuatu terkait dengan dirinya, seperti perasaannya, pikirannya, keinginannya, dan lain-lain. Dasar asumsi dalam menginterpretasikan gambar anak adalah anak-anak biasanya lebih mampu mengungkapkan tentang dirinya melalui coretan atau gambar yang dibuat. Dengan menggambar, dapat diketahui perasaan anak, hubungan anak dalam keluarga, sifat ambivalen atau pertentangan, serta keprihatinan atau kecemasan pada hal-hal tertentu. Pengembangan dari teknik ini adalah menggambar dapat dilakukan bersama keluarga antara ibu/ayah dengan anak.

c. Nada suara

Saat berkomunikasi dengan anak, gunakan nada suara yang lembut, terutama jika emosi anak dalam keadaan tidak stabil. Hindari berteriak kepada anak, karena berteriak hanya akan memicu kemarahan anak semakin meningkat.

d. Aktivitas pengalihan

Teknik ini dapat digunakan untuk mengatasi kecemasan anak saat berkomunikasi, misalnya membiarkan anak bermain dengan mainan kesukaannya seperti boneka, mobil-mobilan, dan lain-lain. Aktivitas tersebut akan berdampak pada fokus anak dan membuat anak teralihkan, sehingga anak merasa lebih rileks/ santai saat berkomunikasi.

e. Ungkapan marah

Teknik ini sangat dianjurkan untuk dilakukan anak ketika anak ingin mengungkapkan perasaan marahnya, seperti merasa kesal atau tidak senang. Dengarkan anak dengan

baik dan penuh perhatian ketika anak mengungkapkan perasaannya agar kita dapat memahami apa yang disampaikan anak.

f. Sulap

Sulap merupakan teknik komunikasi sederhana yang dapat membantu dalam membina hubungan dengan anak, sehingga dapat membuat anak patuh dengan apa yang kita perintahkan. Selain itu, sulap juga dapat memberikan distraksi efektif saat memberikan prosedur perawatan kepada anak.

g. Sentuhan

Sentuhan adalah kontak fisik yang dilakukan dengan cara memegang sebagian tangan atau bagian tubuh anak, misalnya pundak, berjabat tangan, usapan kepala, atau pelukan. Hal ini bertujuan untuk memberikan perhatian dan penguatan terhadap komunikasi yang dilakukan pada anak. Anak akan merasa dekat dan aman selama berkomunikasi ketika diberikan sentuhan fisik tersebut. Teknik sentuhan ini juga efektif dilakukan saat anak merasa marah, sedih, atau bahkan menangis.

h. Bermain

Bermain merupakan kegiatan yang dilakukan anak secara spontan atau langsung, atau kegiatan yang dilakukan dengan cara berinteraksi baik itu dengan orang lain maupun dengan benda-benda di sekitarnya (Hayati & Putro, 2021). Bermain harus dilakukan dengan senang hati, tidak ada paksaan, penuh imajinasi, menggunakan lima indera dan seluruh anggota tubuh (Hayati & Putro, 2021), sehingga anak dapat menunjukkan jati diri mereka melalui aktivitas bermain. Dalam bermain, anak harus diberikan arahan yang lebih spesifik, seperti mainan yang tidak membahayakan anak (boneka), yang digunakan untuk memfokuskan/memfasilitasi anak, seperti menggali rasa takut terhadap sesuatu yang membuatnya tidak nyaman (Ardini & Lestarinigrum, 2018).

Komunikasi atau pembicaraan akan terasa lancar dan efektif jika posisi kita dan anak sejajar. Saat kita berkomunikasi dengan anak, sikap ini dapat dilakukan dengan cara membungkukkan badan atau merendahkan posisi kita agar kita sejajar dengan anak. Dengan posisi sejajar, kita dapat mempertahankan kontak mata dengan anak dan dapat mendengarkan ungkapan anak secara jelas. Namun ketika anak sedang marah, berikan ketenangan pada anak dengan cara duduk di dekat anak, lalu memegang tangan/ pundak anak, atau memeluk anak. Dengan cara-cara seperti ini, anak akan merasa aman dan tenang saat berkomunikasi dengan kita (Indarwati, 2018).

Perawat dapat berkomunikasi kepada anak dengan menggunakan objek transisional seperti boneka atau mobil-mobilan sebelum bertanya langsung kepada anak untuk mengurangi kecemasan anak. Perawat dapat memposisikan tubuhnya sejajar dengan pandangan mata anak dan harus konsisten dalam berkomunikasi secara verbal maupun non-verbal kepada anak. Oleh karena itu, perawat tidak boleh tertawa atau tersenyum saat melakukan tindakan yang menimbulkan rasa nyeri pada anak, seperti saat memasang infus anak. Dalam berkomunikasi dengan anak, perawat harus berbicara dengan kalimat yang singkat, jelas, dan spesifik, serta menggunakan kata-kata yang sederhana dan konkret (Indarwati, 2018).

#### **D. TEKNIK KOMUNIKASI DENGAN ANAK BERDASARKAN TINGKAT USIA**

Teknik komunikasi dengan anak di bagi berdasarkan usia anak. Hal ini ditetapkan karena pada setiap tahap perkembangan dan tingkat usia anak, teknik komunikasi yang digunakan akan berbeda, karena

kemampuan anak dalam menerima informasi komunikasi tidak sama pada setiap tahapan usia anak. Tahapan usia yang dimaksud adalah sebagai berikut:

1. Tahap usia bayi/ infant

Pada usia bayi, teknik komunikasi yang sering digunakan adalah teknik komunikasi non-verbal, seperti sentuhan, dekapan, senyuman, dan menggendong. Pada tahap usia ini, anak sering mengalami *strager anxiety*, oleh karena itu perawat dapat meminta kepada orang tua untuk menjadi fasilitator ataupun sebagai pihak ketiga saat berkomunikasi dengan anak. Penggunaan kata-kata (verbal) dapat dilakukan pada anak mulai usia *late infancy*, seperti menggunakan kata-kata ba-ba, ma-ma, pa-pa, dan lain sebagainya.

2. Tahap usia dini/ toddler dan pra sekolah

Pada tahap usia ini anak sudah mampu menguasai sekitar 200-900 kata, oleh karena itu perawat dapat lebih banyak menggunakan teknik verbal ketika berkomunikasi dengan anak. Pada tahap tumbuh kembang ini, sifat anak cenderung egosentris, memiliki rasa ingin tahu yang tinggi, dan inisiatif yang tinggi, sehingga anak perlu diberitahu segala sesuatu yang mungkin akan dialaminya dan semua tindakan keperawatan yang akan dilakukan juga harus diberitahukan kepada anak secara jelas.

3. Tahap usia sekolah

Pada tahap usia sekolah, anak sudah sangat peka terhadap stimulus yang dianggapnya akan mengancam keutuhan tubuhnya. Anak akan bertanya mengapa tindakan itu dilakukan, untuk apa, dan bagaimana cara melakukannya. Oleh karena itu, jika perawat mau melakukan suatu tindakan kepada anak, perawat harus menjelaskan prosedurnya dengan mendemonstrasikan pada mainannya terlebih dahulu dan gunakan bahasa yang dapat dimengerti anak lalu berikan contoh yang jelas sesuai dengan kemampuan kognitif anak. Contohnya, perawat menyuntik terlebih dahulu pada boneka,

sehingga anak lebih mengerti tindakan yang akan dilakukan kepadanya.

#### 4. Tahap usia remaja

Fase remaja merupakan masa peralihan dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa (Diananda, 2019). Perkembangan komunikasi pada usia remaja ini ditunjukkan dengan kemampuan berdiskusi dan sudah mulai berpikir secara konseptual, dan anak juga sudah menunjukkan perasaan malu. Pada usia ini, anak sering merenung mengenai kehidupan dan masa depan yang direfleksikan melalui komunikasi. Oleh karena itu anak harus diberikan kesempatan untuk belajar memecahkan masalahnya secara positif. Komunikasi dapat dilakukan melalui diskusi atau curah pendapat pada teman sebaya atau orang dewasa yang dipercayainya, termasuk perawat yang selalu bersedia menemani dan mendengarkan keluhannya. Hargai identitas diri dan harga dirinya dengan menghindari perkataan/ pernyataan yang dapat menyinggung harga dirinya atau menimbulkan rasa malu, serta jaga kerahasiaan dalam berkomunikasi mengingat sulitnya membentuk kepercayaan remaja dimana usia ini merupakan masa transisi dalam bersikap dewasa. Remaja juga membutuhkan dukungan atas hal-hal yang telah dicapainya secara positif dengan selalu memberikan *reinforcement* positif (Indarwati, 2018).

## E. RANGKUMAN

Berdasarkan uraian di atas di mulai dari pengertian komunikasi dengan anak, aspek penting komunikasi dengan anak, macam-macam teknik komunikasi dengan anak, dan teknik komunikasi anak berdasarkan tahap usia dapat dilihat bahwa komunikasi dengan anak sudah dilakukan sejak anak dalam kandungan ibu. Hal ini dilakukan untuk membina hubungan dan berinteraksi dengan anak untuk memberikan stimulasi komunikasi yang baik sejak dini.

Dalam berkomunikasi dengan anak, dibutuhkan beberapa aspek penting agar anak dapat memahami komunikasi yang disampaikan kepadanya, seperti bahasa yang jelas, menunjuk objek secara jelas, serta memilih kata-kata yang mudah dipahami anak. Setiap anak, memiliki keunikannya yang berbeda-beda untuk merespon komunikasi yang sesuai dengan kebutuhan mereka, sehingga berbeda pula dalam menyampaikan keinginannya. Dalam hal ini, anak memerlukan pendekatan atau teknik khusus dalam berkomunikasi agar interaksi yang terjadi dapat berlangsung dengan baik seperti teknik verbal dan teknik non-verbal yang sesuai dengan tingkat usia anak.

## **F. TES FORMATIF**

1. Teknik komunikasi anak yang dilakukan dengan sentuhan, memeluk, atau mendekap merupakan teknik komunikasi dengan?
  - a. Verbal
  - b. Bermain
  - c. Non-verbal
  - d. *Bibliotherapy*
  - e. Pro dan kontra
  
2. Sikap atau posisi tubuh saat berkomunikasi dengan anak adalah sebagai berikut, kecuali?
  - a. Membungkuk
  - b. Menggendong anak
  - c. Sejajar dengan anak
  - d. Kontak mata dengan anak
  - e. Memegang tangan atau pundak anak

## **G. LATIHAN**

Berikan 3 (tiga) contoh teknik komunikasi dengan anak ketika anak akan diberikan tindakan keperawatan berdasarkan tingkat usia anak, serta jelaskan posisi tubuh saat melakukan komunikasi tersebut!

## KEGIATAN BELAJAR 10

### SEX EDUCATION PADA ANAK

#### DESKRIPSI PEMBELAJARAN

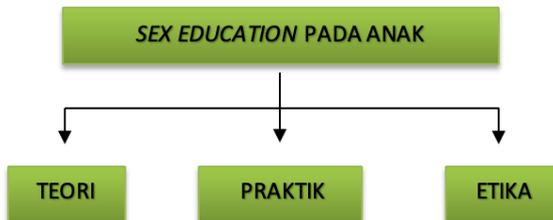
Pada bab ini mahasiswa mampu memahami teori *sex education*/pendidikan seksual pada anak, mempraktikkan cara melakukan pendidikan seksual pada anak dan orang tua, serta memahami etika pendidikan seksual pada anak.

#### KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa memiliki pengetahuan dan kemampuan :

1. Memahami teori perkembangan anak dan bagaimana hal itu dapat membimbing pendekatan pendidikan seksual.
2. Mengidentifikasi metode pengajaran yang sesuai dan kreatif untuk menyampaikan informasi pendidikan seksual pada anak-anak.
3. Menerapkan prinsip-prinsip etika dalam memberikan pendidikan seksual kepada anak-anak.
4. Menyusun materi pendidikan seksual yang relevan dengan tingkat perkembangan anak.
5. Mengembangkan keterampilan komunikasi yang efektif untuk berinteraksi dengan anak-anak dan orang tua.

#### PETA KONSEP PEMBELAJARAN



## **A. MEMAHAMI TEORI PERKEMBANGAN ANAK DAN IMPLIKASINYA DALAM PENDIDIKAN SEKSUAL**

Pendidikan seksual pada anak merupakan aspek penting dalam pengembangan menyeluruh mereka. Untuk menyusun pendekatan pendidikan seksual yang efektif, penting untuk memahami teori perkembangan anak dan mengintegrasikannya ke dalam strategi pengajaran. Teori perkembangan anak memberikan pandangan yang mendalam tentang bagaimana anak-anak tumbuh dan berkembang, serta bagaimana proses ini mempengaruhi pemahaman mereka tentang seksualitas.

### **1. Konsep-Konsep Teori Perkembangan Anak**

Menurut teori perkembangan anak, anak mengalami serangkaian tahapan perkembangan yang mencakup aspek fisik, kognitif, dan sosial. Salah satu teori yang dikenal luas adalah Teori Perkembangan Kognitif Piaget. Piaget mengemukakan bahwa anak-anak melalui tahap-tahap seperti sensorimotor, preoperasional, konkret operasional, dan formal operasional. Pada tahap ini, anak mengembangkan kemampuan berpikir abstrak dan memahami konsep-konsep yang lebih kompleks.

Sementara itu, teori Erikson tentang tahapan psikososial menekankan pada konsep identitas dan bagaimana interaksi dengan lingkungan sosial dapat membentuk kepribadian. Misalnya, anak usia pra-sekolah berada di tahap 'inisiatif versus rasa bersalah', di mana mereka mulai mengembangkan inisiatif dan bertanggung jawab.

Dalam konteks perkembangan seksual, teori tersebut menggambarkan bahwa anak-anak memiliki pemahaman yang berbeda-beda tentang tubuh dan seksualitas mereka tergantung pada tahapan perkembangan mereka. Oleh karena itu, pendekatan pendidikan seksual harus disesuaikan dengan tingkat perkembangan ini agar informasi disampaikan secara sesuai dan dapat dipahami oleh anak-anak.

## 2. Implikasi Teori Perkembangan Anak dalam Pendidikan Seksual

Pendidikan seksual yang tepat mempertimbangkan tahap perkembangan anak dan mengadaptasi metode pengajaran sesuai dengan pemahaman mereka tentang dunia. Sebagai contoh, pada tahap pra-sekolah, anak-anak lebih fokus pada eksplorasi fisik dan sensorimotor. Oleh karena itu, pendekatan pendidikan seksual pada tahap ini dapat difokuskan pada konsep-konsep dasar kebersihan tubuh dan privasi.

Di tahap preoperasional, anak-anak mulai mengembangkan imajinasi dan berpikir simbolik. Materi pendidikan seksual pada tahap ini dapat mencakup konsep dasar tentang perbedaan antara laki-laki dan perempuan. Penggunaan buku bergambar dan cerita-cerita interaktif dapat menjadi metode yang efektif dalam menyampaikan informasi pada tahap ini.

Pada tahap konkret operasional, anak-anak mulai dapat memahami konsep-konsep yang lebih kompleks. Pendidikan seksual pada tahap ini dapat melibatkan diskusi lebih mendalam tentang perubahan fisik selama pubertas, reproduksi, dan aspek-aspek lebih kompleks dari hubungan interpersonal.

Tahap perkembangan formal operasional menandai kemampuan anak-anak untuk berpikir abstrak. Pendidikan seksual pada tahap ini dapat melibatkan diskusi tentang nilai-nilai, norma-norma sosial terkait seksualitas, dan konsep-konsep moral yang terkait.

## 3. Mendukung Pendekatan Pendidikan Seksual

Dalam mendukung pendekatan pendidikan seksual yang didasarkan pada teori perkembangan anak, pendidik perlu memastikan bahwa materi pembelajaran sesuai dengan tingkat perkembangan kognitif, emosional, dan sosial anak-anak. Penggunaan metode pembelajaran yang menarik dan sesuai

dengan tahap perkembangan dapat meningkatkan pemahaman dan minat anak-anak terhadap topik tersebut.

Pentingnya melibatkan orang tua juga tidak boleh diabaikan. Kolaborasi dengan orang tua dapat memberikan dukungan tambahan dan memastikan konsistensi dalam pendekatan pendidikan seksual, baik di rumah maupun di sekolah.

## **B. MENGIDENTIFIKASI METODE PENGAJARAN YANG SESUAI DAN KREATIF DALAM PENDIDIKAN SEKSUAL ANAK-ANAK**

Pendidikan seksual bagi anak-anak memerlukan pendekatan yang sesuai dengan tingkat perkembangan mereka dan memperhatikan kebutuhan unik setiap anak. Pengajaran yang efektif harus memanfaatkan metode yang sesuai dan kreatif agar anak-anak dapat menerima informasi dengan baik. Dalam konteks ini, penekanan pada metode pengajaran yang memperhitungkan aspek keberagaman, interaktif, dan mendukung perkembangan anak menjadi sangat penting.

### **1. Kreativitas dalam Materi Visual dan Interaktif**

Metode pengajaran kreatif dapat melibatkan penggunaan materi visual yang menarik dan interaktif. Materi visual dapat mencakup gambar, diagram, dan poster yang sesuai dengan tingkat pemahaman anak-anak. Misalnya, menggunakan gambar-gambar sederhana yang menggambarkan perubahan fisik selama pertumbuhan atau ilustrasi tentang organ reproduksi dapat membantu anak-anak memahami konsep-konsep tersebut tanpa membuat mereka merasa tidak nyaman.

Selain itu, metode interaktif seperti permainan papan dengan pertanyaan-pertanyaan yang sesuai dengan tingkat usia anak-anak dapat menjadi alat yang efektif. Melibatkan anak-anak dalam permainan-permainan seperti bingo kata-kata seksual

yang sesuai dengan usia mereka dapat membuat proses belajar lebih menyenangkan dan interaktif.

## 2. Pendekatan Cerita dan Dongeng

Pengajaran seksual pada anak-anak juga dapat menggunakan pendekatan cerita dan dongeng. Dongeng dapat membawa konsep-konsep seksualitas ke dalam konteks naratif yang lebih mudah dimengerti oleh anak-anak. Contoh dapat berupa dongeng tentang perjalanan seorang karakter yang mengalami perubahan fisik selama pertumbuhan dan bagaimana mereka menjelaskan dan mengatasi perubahan tersebut.

Penelitian menunjukkan bahwa penggunaan cerita dapat membantu anak-anak memproses informasi dengan lebih baik (Lillard, 2017). Oleh karena itu, menyertakan cerita-cerita yang mendukung nilai-nilai positif tentang tubuh, persahabatan, dan rasa hormat dapat memperkaya pengalaman belajar anak-anak dalam konteks pendidikan seksual.

## 3. Peran Permainan Peran dalam Simulasi

Metode simulasi dan permainan peran memungkinkan anak-anak untuk memainkan peran dan menghadapi situasi-situasi yang berkaitan dengan pendidikan seksual. Hal ini dapat menciptakan lingkungan yang mendukung pembelajaran tanpa tekanan atau rasa malu. Sebagai contoh, mahasiswa atau pendidik dapat memimpin simulasi di mana anak-anak dapat berperan sebagai karakter yang menghadapi situasi sehari-hari yang melibatkan aspek-aspek pendidikan seksual, seperti memahami persetujuan atau mengelola perubahan fisik.

Metode ini membantu anak-anak mempraktikkan keterampilan komunikasi dan mengembangkan pemahaman mereka terhadap situasi-situasi kehidupan nyata. Selain itu, permainan peran dapat memotivasi partisipasi dan meningkatkan rasa percaya diri anak-anak dalam menghadapi isu-isu seksualitas.

#### 4. Kolaborasi dengan Seni dan Musik

Pendekatan kreatif dalam pendidikan seksual dapat mencakup kolaborasi dengan seni dan musik. Karya seni, seperti menggambar atau membuat karya seni berbasis tubuh, dapat membantu anak-anak menyampaikan perasaan dan pemahaman mereka tentang tubuh dan seksualitas.

Penelitian menunjukkan bahwa penggunaan seni dalam konteks pendidikan seksual dapat menjadi sarana yang efektif untuk mendorong ekspresi diri dan pemahaman konsep (Brindis et al., 2019). Lagu-lagu atau lirik musik yang dipilih dengan bijak juga dapat menyampaikan pesan-pesan positif tentang tubuh, persahabatan, dan keberagaman, menciptakan ikatan emosional yang kuat dengan materi pembelajaran.

### **C. MENERAPKAN PRINSIP-PRINSIP ETIKA DALAM PENDIDIKAN SEKSUAL ANAK-ANAK**

Pendidikan seksual bagi anak-anak adalah tugas yang memerlukan kepekaan, tanggung jawab, dan kewaspadaan terhadap prinsip-prinsip etika. Dalam menghadapi tugas ini, pendidik dan pengajar harus memastikan bahwa pendekatan mereka mencerminkan nilai-nilai etika yang mendasar.

#### 1. Penghormatan terhadap Privasi dan Batasan Anak-Anak

Penting untuk menghormati privasi dan batasan pribadi setiap anak dalam konteks pendidikan seksual. Pendidik harus memastikan bahwa informasi yang disampaikan tidak melanggar privasi anak-anak, dan bahwa setiap interaksi dilakukan dengan penuh penghargaan terhadap batasan individu. Memahami bahwa setiap anak memiliki tingkat kesiapan dan keinginan untuk menerima informasi tertentu akan memastikan bahwa pendidikan seksual disampaikan dengan penghormatan dan kehati-hatian (Schuster et al., 2016).

Pendekatan ini mencerminkan prinsip-prinsip hak asasi manusia dan hak anak-anak untuk melibatkan mereka dalam proses pendidikan yang menghormati martabat mereka (United Nations, 1989).

2. Keterbukaan dan Komunikasi yang Jelas dengan Orang Tua  
Prinsip etika keterbukaan dan komunikasi yang jelas dengan orang tua merupakan landasan penting dalam pendidikan seksual anak-anak. Pendidik harus bekerja sama dengan orang tua untuk membangun saluran komunikasi yang terbuka dan jujur. Ini melibatkan memberikan informasi yang tepat waktu dan transparan kepada orang tua tentang materi pendidikan seksual yang akan disampaikan dan memperhitungkan nilai-nilai dan keyakinan keluarga dalam penyampaian informasi ini.

Menurut American Academy of Pediatrics (2016), komunikasi terbuka dengan orang tua juga dapat meningkatkan efektivitas pendidikan seksual dan membantu menciptakan konsistensi antara lingkungan sekolah dan rumah.

3. Mengajarkan Persetujuan dan Harga Diri  
Prinsip-prinsip etika juga mencakup mengajarkan anak-anak tentang persetujuan dan penghargaan terhadap diri sendiri. Materi pendidikan seksual harus memberikan penekanan pada pentingnya persetujuan dalam semua hubungan dan membimbing anak-anak untuk mengembangkan penghargaan terhadap tubuh mereka sendiri. Menghormati perasaan dan batasan anak-anak dalam konteks hubungan interpersonal dan hubungan intim di masa depan merupakan prinsip etika kunci yang perlu diterapkan (Flood, 2019).
4. Pemahaman tentang Keanekaragaman dan Inklusivitas  
Prinsip etika keanekaragaman dan inklusivitas harus tercermin dalam pendidikan seksual anak-anak. Pendidik harus memastikan bahwa materi pendidikan mencakup berbagai perspektif budaya, etnis, gender, dan orientasi seksual. Ini tidak

hanya menciptakan lingkungan pembelajaran yang inklusif, tetapi juga membantu anak-anak memahami keberagaman manusia dan menghargai perbedaan (Blake et al., 2019).

5. Tanggung Jawab dalam Memberikan Informasi yang Akurat  
Prinsip etika yang mendasar dalam pendidikan seksual adalah tanggung jawab untuk memberikan informasi yang akurat dan dapat dipercaya. Pendidik harus memastikan bahwa materi yang disampaikan didukung oleh bukti ilmiah dan mencerminkan norma-norma kesehatan yang ada. Oleh karena itu, memastikan bahwa informasi tentang reproduksi, kebersihan, dan hubungan interpersonal didasarkan pada penelitian yang kredibel adalah suatu kewajiban etika (World Health Organization, 2018).

#### **D. MENYUSUN MATERI PENDIDIKAN SEKSUAL YANG RELEVAN DENGAN TINGKAT PERKEMBANGAN ANAK**

Pendidikan seksual pada anak-anak memerlukan pendekatan yang sangat sensitif terhadap tingkat perkembangan mereka. Menyusun materi pendidikan seksual yang sesuai dengan tahapan perkembangan anak adalah kunci untuk memastikan bahwa informasi yang disampaikan relevan, dipahami, dan dapat diterima oleh anak-anak.

1. Menyesuaikan Materi dengan Tingkat Usia dan Tahapan Perkembangan

Mengakui perbedaan dalam tahap perkembangan fisik dan kognitif anak-anak adalah langkah pertama dalam menyusun materi pendidikan seksual yang relevan. Pendidik harus mempertimbangkan bahwa anak-anak berada dalam tahap yang berbeda dalam pemahaman mereka tentang tubuh dan seksualitas. Misalnya, materi untuk anak usia pra-sekolah harus bersifat dasar dan fokus pada konsep-konsep kebersihan tubuh dan privasi, sementara materi untuk anak usia sekolah

dasar dapat mencakup pemahaman sederhana tentang perubahan fisik selama pubertas.

Penelitian menunjukkan bahwa pendidikan seksual yang dimulai sejak usia dini, dengan menyesuaikan materi sesuai dengan tingkat perkembangan anak, dapat membantu mengurangi risiko perilaku seksual yang berisiko di masa depan (Bersamin et al., 2008; Lestari & Herliana, 2020).

## 2. Penggunaan Bahasa yang Sesuai dengan Tingkat Pemahaman

Penggunaan bahasa yang sesuai dengan tingkat pemahaman anak-anak menjadi faktor kunci dalam menyusun materi pendidikan seksual. Materi harus dirumuskan dengan bahasa yang mudah dimengerti dan tidak menimbulkan kebingungan atau ketidaknyamanan. Menerapkan prinsip bahasa yang ramah anak-anak dan menghindari istilah teknis yang mungkin sulit dipahami oleh mereka adalah langkah penting.

Penelitian oleh Tu, Boislard, & Ratner (2017) menekankan bahwa penggunaan bahasa yang ramah anak-anak dalam pendidikan seksual membantu menciptakan lingkungan belajar yang positif dan meningkatkan pemahaman konsep-konsep yang diajarkan.

## 3. Penggunaan Metode Pembelajaran yang Interaktif dan Menarik

Metode pembelajaran yang interaktif dan menarik adalah elemen penting dalam menyusun materi pendidikan seksual. Aktivitas-aktivitas kreatif seperti gambar, permainan, dan peragaan dapat membantu memahami konsep-konsep yang kompleks. Misalnya, menggunakan media visual, seperti video pendek atau presentasi bergambar, dapat membantu memvisualisasikan informasi dan membuatnya lebih mudah dicerna oleh anak-anak.

Penelitian oleh Diclemente et al. (2014) menunjukkan bahwa metode pembelajaran yang kreatif dan interaktif dapat

meningkatkan keterlibatan siswa dalam pendidikan seksual dan memberikan dampak positif pada pengetahuan mereka.

4. Integrasi Nilai-nilai Positif dan Keterampilan Hidup

Menyusun materi pendidikan seksual juga melibatkan integrasi nilai-nilai positif dan keterampilan hidup. Materi harus mencakup nilai-nilai seperti penghargaan terhadap diri sendiri, penghargaan terhadap orang lain, dan pentingnya persetujuan dalam hubungan. Selain itu, keterampilan interpersonal, komunikasi, dan pengambilan keputusan yang sehat harus ditekankan sebagai bagian dari pendidikan seksual.

Penelitian oleh Kirby et al. (2007) menyoroti bahwa pendidikan seksual yang mencakup keterampilan hidup sosial dapat membantu anak-anak mengembangkan kemampuan untuk membuat keputusan yang sehat dan mengelola risiko.

5. Menggabungkan Peran Orang Tua dalam Proses Pendidikan Seksual

Menggabungkan peran orang tua dalam penyusunan materi pendidikan seksual adalah langkah esensial. Materi pendidikan seksual harus dirancang agar sesuai dengan nilai-nilai dan norma-norma yang diterapkan di rumah. Mendorong komunikasi terbuka antara orang tua dan anak-anak tentang seksualitas dapat memberikan tambahan dukungan dan memastikan konsistensi dalam penyampaian informasi.

Menurut American Academy of Pediatrics (2016), kerjasama antara orang tua dan sekolah dapat membantu menciptakan lingkungan pendidikan seksual yang holistik dan terintegrasi.

**E. MENGEMBANGKAN KETERAMPILAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF UNTUK BERINTERAKSI DENGAN ANAK-ANAK DAN ORANG TUA DALAM KONTEKS PENDIDIKAN SEKSUAL**

### 1. Keterlibatan Dini dengan Orang Tua

Keterlibatan orang tua adalah langkah awal yang penting dalam pendidikan seksual anak-anak. Membangun keterlibatan ini memerlukan komunikasi yang terbuka dan keterbukaan untuk menciptakan ruang diskusi yang positif. Menurut Walker et al. (2010), keterlibatan orang tua dalam pendidikan seksual anak-anak dapat meningkatkan dampak positif pada perilaku seksual mereka.

Pendekatan proaktif, seperti pertemuan rutin atau seminar khusus untuk orang tua, dapat membantu membuka saluran komunikasi dan memberikan kesempatan bagi orang tua untuk mengajukan pertanyaan atau menyampaikan kekhawatiran mereka.

### 2. Penggunaan Bahasa yang Tepat dan Ramah Anak-Anak

Dalam berinteraksi dengan anak-anak, penggunaan bahasa yang tepat dan ramah anak-anak sangat penting. Materi pendidikan seksual harus dirumuskan dengan bahasa yang mudah dimengerti dan tidak menimbulkan kecemasan. Komunikasi harus disesuaikan dengan tingkat pemahaman dan perkembangan anak-anak, menciptakan lingkungan di mana mereka merasa nyaman untuk bertanya dan berbicara.

Menurut American Academy of Pediatrics (2016), bahasa yang ramah anak-anak dapat membantu menciptakan hubungan saling percaya dan memfasilitasi pemahaman konsep-konsep yang kompleks dengan lebih baik.

### 3. Mendengarkan Aktif dan Menanggapi Kebutuhan Anak-Anak

Keterampilan mendengarkan aktif adalah elemen kunci dalam komunikasi efektif dengan anak-anak. Mendengarkan dengan penuh perhatian dan menghargai apa yang mereka sampaikan memberikan sinyal bahwa pandangan dan perasaan mereka

dihargai. Hal ini juga menciptakan kesempatan untuk memberikan tanggapan yang mendukung dan membimbing.

Penting untuk mengenali dan menanggapi kebutuhan individu anak-anak. Mengajukan pertanyaan terbuka dan memberikan waktu untuk refleksi membantu membangun keterlibatan dan meningkatkan pemahaman anak-anak tentang isu-isu seksualitas. Komunikasi dua arah yang terbuka menciptakan kesempatan untuk mendiskusikan nilai-nilai dan norma keluarga sehubungan dengan pendidikan seksual.

#### 4. Memahami Sensitivitas dan Budaya Keluarga

Keterampilan komunikasi yang efektif melibatkan pemahaman yang mendalam tentang sensitivitas dan budaya keluarga. Kehormatan terhadap perbedaan budaya dan nilai-nilai keluarga adalah aspek penting dari pendidikan seksual yang sukses. Mengakui dan menghormati norma-norma budaya membantu menciptakan lingkungan di mana anak-anak dan orang tua merasa diterima dan didukung.

Menurut Bersamin et al. (2008), pendidikan seksual yang memperhitungkan budaya dapat meningkatkan keterlibatan orang tua dan efektivitas program pendidikan.

#### 5. Konsistensi dalam Komunikasi dengan Orang Tua

Konsistensi dalam komunikasi dengan orang tua adalah kunci dalam membangun hubungan yang kuat dan saling percaya. Memberikan informasi yang konsisten dan menyelaraskan dengan nilai-nilai yang dihormati oleh orang tua menciptakan kepercayaan dan memastikan bahwa orang tua merasa termotivasi untuk mendukung pendidikan seksual di rumah.

Pendekatan ini juga dapat melibatkan pengembangan sumber daya tertulis, seperti buku panduan atau materi pendukung

lainnya, yang dapat orang tua baca dan diskusikan bersama anak-anak mereka di rumah.

6. Menyediakan Sumber Daya dan Dukungan untuk Orang Tua  
Membangun keterampilan komunikasi efektif juga termasuk menyediakan sumber daya dan dukungan untuk orang tua. Ini bisa mencakup seminar, lokakarya, atau sumber daya online yang memberikan informasi dan strategi praktis untuk membantu orang tua mendukung pendidikan seksual anak-anak mereka.

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization, 2010), memberikan dukungan yang proaktif kepada orang tua dapat meningkatkan efektivitas program pendidikan seksual dan memperkuat dukungan orang tua bagi anak-anak.

## **F. RANGKUMAN**

Pendidikan seksual pada anak-anak memerlukan pemahaman mendalam terhadap teori perkembangan anak, seperti Piaget dan Erikson, untuk mengakomodasi tahapan perkembangan fisik, kognitif, dan sosial. Pendekatan dalam pendidikan seksual harus disesuaikan dengan tahapan tersebut, dan materi harus menghormati pemahaman anak-anak tentang tubuh dan seksualitas pada setiap tahap.

Metode pengajaran yang sesuai dan kreatif diperlukan untuk pendidikan seksual yang efektif. Penggunaan materi visual, dongeng, permainan peran, dan kolaborasi dengan seni dan musik dapat meningkatkan pemahaman anak-anak, mengatasi kecanggungan, dan menciptakan lingkungan belajar positif.

Aspek etis penting dalam pendidikan seksual anak-anak, melibatkan prinsip-prinsip seperti penghormatan privasi,

keterbukaan dan komunikasi dengan orang tua, mengajarkan persetujuan, pemahaman tentang keanekaragaman, dan memberikan informasi yang akurat. Pendidik harus menjaga integritas dan melaksanakan setiap langkah pendidikan seksual dengan tanggung jawab dan kehati-hatian.

Penyusunan materi pendidikan seksual harus memperhatikan tingkat perkembangan anak-anak, menggunakan bahasa sesuai, metode pembelajaran interaktif, dan memasukkan nilai-nilai positif serta keterampilan hidup. Menggabungkan peran orang tua dalam penyusunan materi diperlukan untuk memastikan konsistensi dalam pendidikan seksual.

Keterlibatan efektif dengan anak-anak dan orang tua membutuhkan keterampilan komunikasi yang baik. Ini melibatkan keterlibatan dini dengan orang tua, penggunaan bahasa yang tepat, mendengarkan aktif, pemahaman sensitivitas dan budaya keluarga, konsistensi dalam komunikasi, dan penyediaan sumber daya serta dukungan untuk orang tua.

## **G. TES FORMATIF**

Jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut dengan pilihan jawaban yang benar.

1. Apa yang dimaksud dengan teori perkembangan anak?
  - a. Pendekatan untuk mengajarkan anak-anak tentang tumbuh kembang tanaman.
  - b. Kerangka kerja untuk memahami perubahan fisik, emosional, dan kognitif anak seiring waktu.
  - c. Konsep mengajarkan anak-anak untuk membaca dan menulis.
  - d. Metode mengasah keterampilan seni anak-anak
2. Mengapa memahami teori perkembangan anak penting dalam pendidikan seksual?

- a. Untuk memberikan tugas rumah yang lebih berat.
  - b. Agar dapat mengidentifikasi metode pengajaran yang sesuai dengan tingkat pemahaman anak.
  - c. Sebagai informasi umum tanpa hubungan langsung dengan pendidikan seksual.
  - d. Karena hal itu hanya menjadi fokus di bidang psikologi.
3. Apa yang dimaksud dengan metode pengajaran kreatif?
- a. Menggunakan pendekatan tradisional dalam pengajaran.
  - b. Mengajarkan anak-anak dengan cara yang membosankan.
  - c. Pendekatan yang memanfaatkan kreativitas untuk membuat pembelajaran lebih menarik dan efektif.
  - d. Membatasi interaksi siswa dalam kelas.
4. Mengapa penting mengidentifikasi metode pengajaran yang kreatif dalam pendidikan seksual anak-anak?
- a. Agar anak-anak tidak menikmati pembelajaran.
  - b. Memperkaya pengalaman belajar dan meningkatkan keterlibatan siswa.
  - c. Karena itu hanya tren pendidikan yang sedang berlalu.
  - d. Kreativitas tidak berpengaruh dalam pembelajaran anak-anak.
5. Apa yang dimaksud dengan prinsip-prinsip etika dalam pendidikan seksual anak-anak?
- a. Menerapkan teori perkembangan anak dalam pengajaran.
  - b. Memastikan bahwa informasi yang disampaikan menghormati nilai-nilai dan norma-norma etika.
  - c. Menggunakan bahasa yang sulit dimengerti oleh anak-anak.
  - d. Memberikan informasi tanpa melibatkan orang tua.

## **H. LATIHAN**

Setelah memahami teori perkembangan anak, bagaimana Anda percaya hal tersebut dapat membimbing pendekatan pendidikan seksual? Jelaskan secara singkat dan berikan contoh konkret dalam konteks pendidikan seksual anak-anak.

# KEGIATAN BELAJAR 11

## IMUNISASI

### DESKRIPSI PEMBELAJARAN

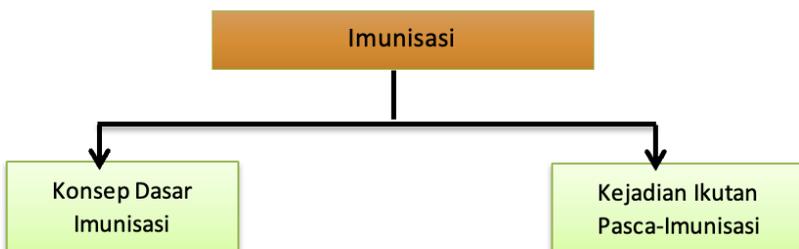
Pada bab ini mahasiswa mempelajari tentang Imunisasi. Diharapkan mahasiswa mampu memahami konsep dasar imunisasi, pelaksanaan pemberian imunisasi serta kejadian ikutan pasca-imunisasi.

### KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan:

1. Mampu memahami pengertian imunisasi.
2. Mampu memahami tujuan pemberian imunisasi
3. Mampu memahami sasaran imunisasi.
4. Mampu memahami penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi
5. Mampu memahami jenis imunisasi
6. Mampu memahami jadwal imunisasi dengan tepat
7. Mampu memahami Kejadian Ikutan Pasca-Imunisasi (KIPI)

### PETA KONSEP PEMBELAJARAN



## A. KONSEP DASAR IMUNISASI

### 1. Pengertian Imunisasi

Imunisasi adalah suatu Upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit sehingga bila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan(Kemenkes, 2013).

### 2. Tujuan Pemberian Imunisasi

Tujuan umum pemberian imunisasi adalah menurunkan angka kesakitan, kecacatan dan kematian akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I).

Tujuan Khusus penyelenggaraan imunisasi mengacu pada kesepakatan internasional untuk pencegahan dan pemberantasan penyakit, antara lain:

- a. Tercapainya cakupan imunisasi dasar lengkap (IDL) pada bayi sesuai target RPJMN
- b. Tercapainya Universal Child Immunization/UCI (prosentase minimal 80% bayi yang mendapat IDL disuatu desa/kelurahan di seluruh desa/kelurahan
- c. Tercapainya target imunisasi lanjutan pada anak umur di bawah dua tahun (baduta) dan pada anak usia sekolah dasar serta wanita usia subur (WUS)
- d. Ercaipainya reduksi, eliminasi, dan eradikasi penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi
- e. Tercapainya perlindungan optimal kepada Masyarakat yang akan bepergian ke daerah endemis penyakit tertentu
- f. Terselenggaranya pemberian imunisasi yang aman serta pengelolaan limbah medis (*Safety infection practise and waste disposal management*) (Kemenkes, 2017).

### 3. Sasaran Imunisasi

#### a. Imunisasi Program

Imunisasi program terdiri dari imunisasi rutin, imunisasi tambahan, dan imunisasi khusus (Kemenkes, 2017).

##### 1) Imunisasi Rutin

##### a) Imunisasi Dasar

Tabel 11.1 Jadwal Pemberian Imunisasi

| Umur     | Jenis                      | Interval minimal unuk jenis imunisasi sama |
|----------|----------------------------|--|
| 0-24 jam | Hepatitis B                |  |
| 1 bulan  | BCG, Polio                 |  |
| 2 bulan  | DPT-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                     |  |

#### Catatan:

- Pemberian Hepatitis B paling optimal diberikan pada bayi <24 jam pasca persalinan, dengan didahului suntikan vitamin K1 2-3 jam sebelumnya, khusus daerah dengan akses sulit, pemberian Hepatitis B masih diperkenankan <7 hari
- Bayi yang lahir di institusi RS, klinik dan bidan praktek swasta, imunisasi BCG dan Polio 1 diberikan sebelum dipulangkan
- Pemberian BCG optimal diberikan sampai usia 2 bulan, dan dapat diberikan sampai usia 1 tahun tanpa perlu melakukan tes *Mantoux*
- Bayi yang telah mendapatkan imunisasi dasar DPT-HB-Hib 1, DPT-HB-Hib 2, DPT-HB-Hib 3 dengan jadwal dan interval sebagaimana tabel 1, maka dinyatakan mempunyai status Imunisasi T2
- IPV mulai diberikan secara nasional pada tahun 2016
- Pada kondisi tertentu, semua jenis vaksin kecuali HB 0 dapat diberikan sebelum bayi berusia 1 tahun.

b) Imunisasi Lanjutan

Merupakan kegiatan yang bertujuan untuk menjamin tingkat imunitas pada anak baduta, anak usia sekolah, dan Wanita usia subur (WUS) termasuk ibu hamil.

- Jadwal imunisasi lanjutan untuk baduta

Tabel 11.2 Jadwal Pemberian Imunisasi Lanjutan

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

Catatan:

Baduta yang telah lengkap imunisasi dasar dan mendapat imunisasi lanjutan DPT\_HB\_Hib dinyatakan mempunyai status imunisasi T3.

- Jadwal imunisasi lanjutan untuk anak usia sekolah dasar

Tabel 11.3 Jadwal imunisasi lanjutan untuk anak usia sekolah dasar

| Sasaran    | Jenis imunisasi | Waktu Pelaksanaan   |
|------------|-----------------|---------------------|
| Kelas 1 SD | Campak<br>DT    | Agustus<br>November |
| Kelas 2 SD | Td              | November            |
| Kelas 3 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

- Jadwal imunisasi untuk wanita usia subur

Tabel 11.4 Jadwal imunisasi untuk wanita usia subur

| Status Imunisasi | Interval Minimal Pemberian | Masa Perlindungan   |
|------------------|----------------------------|---------------------|
| T1               | -                          | -                   |
| T2               | 4 minggu setelah T1        | 3 tahun             |
| T3               | 6 bulan setelah T2         | 5 tahun             |
| T4               | 1 tahun setelah T3         | 10 tahun            |
| T5               | 1 tahun setelah T4         | Lebih dari 25 tahun |

Catatan:

- Sebelum imunisasi, dilakukan penentuan status imunisasi T (screening) terlebih dahulu, terutama pada saat pelayanan antenatal
- Pemberian imunisasi Td tidak perlu diberikan, apabila status sudah mencapai T5, yang harus dibuktikan dengan buku kesehatan ibu dan anak, kohort dan/atau rekam medis.

## 2) Imunisasi Tambahan

Yang termasuk dalam kegiatan imunisasi tambahan adalah: *Backlog fighting*, *Crash Program*, Pekan Imunisasi Nasional (PIN), *Catch Up Campaign* (Kampanye).

## 3) Imunisasi Khusus

Yang termasuk imunisasi khusus adalah Imunisasi Meningitis Meningokokus, *Yellow Fever* (Demam Kuning), Rabies, Polio

## b. Imunisasi Pilihan

Adalah imunisasi lain yang tidak termasuk dalam imunisasi program, namun dapat diberikan pada bayi, anak, dan dewasa sesuai dengan kebutuhan dan pelaksanaannya.

Beberapa vaksin dapat digunakan dalam pelaksanaan imunisasi pilihan saat ini adalah:

### 1) Vaksin Measles, Mumps, Rubela

- a) Vaksin MMR bertujuan untuk mencegah Measles (campak), Mumps (gondongan) dan rubella.
- b) Vaksin diberikan pada anak usia 12 – 18 bulan, namun jika pada populasi insidens penyakit campak dini yang tinggi maka imunisasi MMR dapat diberikan pada usia 9 bulan.
- c) Dosis Tunggal 0,5 ml suntikkan secara intramuscular atau subkutan dalam

### 2) Vaksin Tifoid

Vaksin tifoid diberikan pada anak usia  $\geq 2$  tahun dan imunisasi ulangan tiap 3 tahun dengan dosis 0,5 ml suntikkan secara intramuscular atau subkutan pada daerah deltoid atau paha.

### 3) Vaksin Varisela

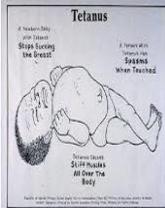
- Vaksin dapat diberikan Bersama dengan vaksin MMR(MMR/V)
- Vaksin diberikan mulai umur masuk sekolah (5 tahun)
- Pada anak  $\geq 13$  tahun, vaksin dianjurkan untuk diberikan dua kali selang 4 minggu
- Pada keadaan terjadi kontak dengan kasus varisela, untuk pencegahan vaksin dapat diberikan dalam waktu 72 jam setelah penularan (dengan syarat: kontak dipisah/tidak berhubungan).

- 4) Vaksin Hepatitis A  
Vaksin diberikan pada anak usia  $\geq 2$  tahun, dan vaksin diberikan 2 kali, sunikan kedua atau booster bervariasi antara 6 – 818 bulan setelah dosis pertama
- 5) Vaksin Influenza  
Imunisasi influenza dapat diberikan pada anak sehat usia 6 – 23 bulan
- 6) Vaksin Pneumokokus  
Vaksin PCV diberikan pada bayi umur 2, 3 bulan dan 12 bulan,
- 7) Vaksin Rotavirus  
Diberikan pada bayi umur 2 bulan
- 8) Vaksin *Japanese Encephalitis*  
Vaksin diberikan pada anak umur 1 – 3 tahun
- 9) Vaksin Human Papillomavirus (HPV)  
Imunisasi vaksin HPV diperuntukkan pada anak Perempuan sejak usia  $>9$  tahun

#### 4. Penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi

Tabel 11.5 Penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi

| No | Penyakit   | Penyebab dan Penularan  | Gejala dan Komplikasi  |
|----|--|---|--|
| 1  | Difteri<br> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disebabkan oleh bakteri <i>Corynebacterium diphtheriae</i></li> <li>• Penularan melalui kontak fisik dan pernapasan</li> </ul> | Gejala:<br>Radang tenggorokan, hilang nafsu makan, demam ringan, dalam 2-3 hari timbul selaput putih kebiru-biruan pada tenggorokan dan tonsil, adanya oedema & pembengkakan di leher pada kasus sedang dan berat (Bullneck)<br>Komplikasi:<br>Gangguan pernapasan yang berakibat kematian |

| No | Penyakit   | Penyebab dan Penularan  | Gejala dan Komplikasi  |
|----|--|---|--|
| 2  | Pertusis<br>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyakit pada saluran pernapasan yang disebabkan oleh bakteri <i>Bordetella pertussis</i> (batuk rejan)</li> <li>• Penularan melalui percikan ludah (<i>droplet infection</i>) dari batuk atau bersin</li> </ul> | Gejala:<br>Pilek, mata merah, bersin, demam, batuk ringan yang lama-kelamaan menjadi parah dan menimbulkan batuk yang cepat dan keras<br>Komplikasi:<br><i>Pneumonia bacterialis</i> yang dapat menyebabkan kematian   |
| 3  | Tetanus<br><br> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyakit yang disebabkan oleh <i>Clostridium tetani</i> yang menghasilkan neurotoksin</li> <li>• Penularan melalui kotoran yang masuk ke dalam luka yang dalam</li> </ul>  | Gejala:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Gejala awal: kaku otot pada rahang, disertai kaku pada leher, kesulitan menelan, kaku otot perut, berkeringat dan demam</li> <li>• Pada bayi terdapat gejala berhenti menetek (<i>sucking</i>) antara 3 – 28 hari setelah lahir</li> <li>• Gejala berikutnya kejang yang hebat dan tubuh menjadi kaku</li> </ul> Komplikasi:<br>Paah tulang akibat kejang, <i>Pneumonia</i> , infeksi lain yang dapat menimbulkan kematian |
| 4  | Tuberculosis (TBC)<br>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyakit yang disebabkan oleh <i>Mycobacterium tuberculosis</i></li> <li>• Penularan melalui pernapasan yaitu lewat bersin dan batuk (<i>droplet</i>)</li> </ul>   | Gejala:<br>Gejala awal: lemah badan, penurunan bera badan, demam dan keluar keringat pada malam hari<br>Gejala selanjutnya: batuk terus menerus, nyeri dada dan batuk darah<br>Gejala lain: tergantung pada organ yang diserang  |

| No | Penyakit   | Penyebab dan Penularan  | Gejala dan Komplikasi   |
|----|--|---|---|
|    |  |   | Komplikasi :<br>Kelemahan dan kematian  |
| 6  | <p>Campak</p>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyakit yang disebabkan oleh <i>virus myxovirus viridae measles</i></li> <li>• Penularan melalui percikan ludah (dari bersin atau bauk penderita)</li> </ul>                                  | <p>Gejala:<br/>Gejala awal: demam, bercak kemerahan, batuk, pilek, konjungtivitis dan kolpik spots.<br/>Selanjutnya timbul ruam pada muka dan leher kemudian menyebar ke tubuh dan tangan serta kaki.<br/>Komplikasi :<br/>Diare hebat, peradangan pada telinga, infeksi saluran pernapasan(pnemonia)</p>         |
| 7  | <p>Poliomielitis</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyakit pada susunan saraf pusat yang disebabkan oleh virus polio tipe 1, 2 atau 3.</li> <li>• Penularan melalui kotoran manusia (tinja) yang terkontaminasi</li> </ul>                       | <p>Gejala:<br/>Demam, nyeri otot dan kelumpuhan terjadi pada minggu pertama.<br/>Secara klinis menyerang anak di bawah 15 tahun dan menderita lumpuh layu akut (<i>acute flaccid paralysis=AFP</i>).<br/>Komplikasi:<br/>Bisa menyebabkan kematian jika otot pernapasan terinfeksi dan tidak segera ditangani</p> |
| 8  | <p>Hepatitis B</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyakit yang disebabkan oleh virus hepatitis B yang dapat merusak hati</li> <li>• Penularan secara horizontal dari darah dan produknya, suntikan yang tidak aman, transfuse darah,</li> </ul> | <p>Gejala:<br/>Merasa lemah, gangguan perut, gejala lain seperti flu, urin menjadi kuning, kotoran menjadi pucat, warna kuning bisa terlihat dari mata ataupun kulit.<br/>Komplikasi:<br/>Penyakit ini bisa menjadi kronis yang menimbulkan pengerasan hati (<i>Cirrhosis</i>)</p>                                |

| No | Penyakit  | Penyebab dan Penularan  | Gejala dan Komplikasi   |
|----|---|---|---|
|    |   | melalui hubungan seksual. Penularan secara vertical dari ibu ke bayi selama proses persalinan   | <i>Hepatitis</i> , kanker hati ( <i>Hepato Cellular Carcinoma</i> ) dan menyebabkan kematian  |
| 9  | Hemofilus Influenza type b (Hib)<br> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Bakteri yang dapat menyebabkan infeksi di beberapa organ seperti meningitis, epiglottitis, pneumonia, arthritis dan selulitis.</li> <li>Banyak menyerang anak dibawah 5 ahun, terutama 6 bulan – 1 tahun</li> <li>Penularan terjadi secara droplet melalui nasofaring</li> </ul> | Gejala:<br>Pada selaput otak akan timbul gejala meningitis (demam, kaku kuduk, kehilangan kesadaran, pada paru menyebabkan pneumonia (demam, sesak, retraksi otot pernapasan), erkadang menimbulkan gejala sisa berupa kerusakan alat pendengaran |

Sumber (Kemenkes, 2015)

## 5. Jenis imunisasi

### a. Imunisasi Dasar

#### 1) Vaksin BCG

##### a) Indikasi

Untuk pemberian kekebalan aktif terhadap tuberkulosis

##### b) Cara Pemberian

- Dosis pemberian 0,05 ml, sebanyak 1 kali
- Disuntikkan secara intrakutan di daerah lengan kanan atas (*Inserio musculus deltoideus*)

##### c) Efek Samping

2- 6 minggu setelah imunisasi BCG, daerah suntikan timbul bisul kecil(papula) yang semakin membesar dan dapat terjadi ulserasi dalam waktu 2 – 4 bulan,

- kemudian menyembuh perlahan dengan menimbulkan jaringan paru dengan diameter 2-10 mm
- d) Penanganan efek samping
- Jika ulkus mengeluarkan cairan perlu dikompres dengan cairan antiseptic
  - Apabila cairan berambah banyak atau koreng semakin membesar anjurkan ibu membawa bayi ke tenaga Kesehatan

## 2) Vaksin DPT-HB-Hib

### a) Indikasi

Untuk pencegahan terhadap penyakit difteri, tetanus, pertussis (batuk rejan), Hepatitis B dan infeksi *Haemophilus Influenza* tipe b secara simultan

### b) Cara pemberian

Vaksin disuntikkan secara intramuscular pada anterolateral paha atas dengan satu dosis anak 0,5 ml.

### c) Efek Samping

Reaksi local semena-semena seperti bengkak, nyeri, dan kemerahan pada lokasi penyuntikan, disertai demam. Terkadang reaksi berat seperti demam tinggi, iritabilitas (rewel), dan menangis dengan nada tinggi dapat terjadi dalam 24 jam setelah pemberian

### d) Penanganan efek samping

- Ibu dianjurkan untuk memberikan minum lebih banyak (ASI atau sari buah)
- Jika demam, kenakan pakaian yang tipis
- Bekas suntikan yang nyeri dapat dikompres air dingin
- Jika demam berikan paracetamol 15 mg/kgBB setiap 3-4 jam (maksimal 6 kali dalam 24 jam)
- Bayi boleh mandi atau cukup diseka dengan air hangat

### 3) Vaksin Hepatitis B

#### a) Cara pemberian dan dosis

- Dosis 0,5 ml atau 1 buah HB PID, secara intramuskuler, sebaiknya pada anterolateral paha
- Pemberian sebanyak 3 dosis
- Dosis pertama usia 0-7 hari, dosis berikutnya minimum 4 minggu (1 bulan)

#### b) Efek Samping

Reaksi local seperti rasa sakit, kemerahan dan pembengkakan di sekitar tempat penyuntikan. Reaksi yang terjadi bersifat ringan dan biasanya hilang setelah 2 hari

#### c) Penanganan efek samping

- Ibu dianjurkan untuk memberikan minum lebih banyak (ASI atau sari buah)
- Jika demam, kenakan pakaian yang tipis
- Bekas suntikan yang nyeri dapat dikompres air dingin
- Jika demam berikan paracetamol 15 mg.kgBB setiap 3-4 jam (maksimal 6 kali salam 24 jam)
- Bayi boleh mandi atau cukup diseka dengan air hangat

### 4) Vaksin Polio Oral (Oral Polio Vaccine [OPV])

#### a) Indikasi

Untuk pemberian kekebalan aktif terhadap poliomielitis

#### b) Cara pemberian dan dosis

Secara oral (melalui mulut), 1 dosis (dua tetes) sebanyak 4 kali (dosis) pemberian dengan interval setiap dosis minimal 4 minggu.

#### c) Efek samping

Jarang sekali terjadi reaksi sesudah imunisasi polio oral, Setelah mendapatkan vaksin polio oral bayi boleh

makan dan minum seperti biasa. Apabila muntah dalam 30 menit segera diberi dosis ulang.

d) Penanganan efek samping

Orang tua tidak perlu melakukan Tindakan apapun.

5) Vaksin *Inactive Polio Vaccine* (IPV)

a) Indikasi

Untuk pemberian kekebalan aktif terhadap poliomielitis

b) Cara pemberian dan dosis

- Disuntikkan secara intramuscular dengan dosis pemberian 0,5 ml pada paha atas bagian lateral (anterolateral)
- IPV 1 dapat diberikan pada anak usia 4 bulan dan IPV 2 pada usia 9 bulan atau bersamaan dengan Campak-Rubela dan tidak perlu dilakukan aspirasi sebelum penyuntikan (Kemenkes, 2022a)

c) Efek Samping

Reaksi local pada tempat penyuntikan: nyeri, kemerahan, indurasi, dan bengkak bisa terjadi dalam waktu 48 jam setelah penyuntikan dan bisa bertahan selama satu atau dua hari.

d) Penanganan efek samping

- Ibu dianjurkan untuk memberikan minum lebih banyak (ASI atau sari buah)
- Jika demam, kenakan pakaian yang tipis
- Bekas suntikan yang nyeri dapat dikompres air dingin
- Jika demam berikan paracetamol 15 mg.kgBB setiap 3-4 jam (maksimal 6 kali dalam 24 jam)
- Bayi boleh mandi atau cukup diseka dengan air hangat

## 6) Vaksin Campak

### a) Indikasi

Pemberian kekebalan aktif terhadap penyakit campak

### b) Cara Pemberian dan Dosis

0,5 ml disuntikkan secara subkutan pada lengan kiri atas atau anterolateral paha, pada anak usia 9 – 11 bulan

### c) Efek Samping

Pasien dapat mengalami demam ringan dan kemerahan selama 3 hari yang dapat terjadi 8 – 12 hari setelah vaksinasi

### d) Penanganan efek samping

- Ibu dianjurkan untuk memberikan minum lebih banyak (ASI atau sari buah)
- Jika demam, kenakan pakaian yang tipis
- Bekas sunikan yang nyeri dapat dikompres air dingin
- Jika demam berikan paracetamol 15 mg.kgBB setiap 3-4 jam (maksimal 6 kali salam 24 jam)
- Bayi boleh mandi atau cukup diseka dengan air hangat.

## 7) Vaksin Rotavirus

### a) Indikasi

Imunisasi RV dapat mencegah diare berat dan stunting pada bayi

### b) Cara Pemberian dan dosis

- Vaksin diberikan secara oral
- Pemberian imunisasi RV sebanyak 3 dosis
- Dosis pertama diberikan umur 2 bulan, dosis kedua diberikan pada usia 3 bulan dan dosis ketiga diberikan pada bayi 4 bulan.
- Imunisasi RV1 dan RV2 diberikan bersamaan dengan vaksin DPT-HB-Hib, OPV dan PCV. RV3

- diberikan bersamaan dengan vaksin DPT-HB-Hib, OPV dan IPV
- Imunisasi RV harus dilengkapi paling lambat sampai bayi berusia 6 bulan (Kemenkes, 2023).
- 8) Vaksin Pneumokokus konyugasi (*Pneumococcal Conjugate Vaccine/PCV*)
- a) Indikasi
- Imunisasi PCV merupakan bagian dari kebijakan pencegahan dan pengendalian pneumonia pada balita. Sasarannya adalah bayi usia 2 dan 3 bulan dan seluruh anak usia 12 bulan.
- b) Cara pemberian dan dosis
- Imunisasi PCV diberikan sebanyak 3 dosis,
  - Vaksin PCV diberikan secara intramuskuler dengan dosis 0,5 ml di 1/3 tengah bagian luar paha kiri (Kemenkes, 2022b).
- 9) Vaksin Human Papillomavirus (HPV)
- a) Indikasi
- Vaksin HPV berpotensi untuk mengurangi angka morbiditas dan mortalitas yang berhubungan dengan infeksi HPV.
- b) Cara Pemberian dan dosis
- Vaksin HPV diperuntukkan pada anak perempuan sejak usia >9 tahun
  - Dosis 0,5 ml diberikan secara intramuscular pada daerah deltoid
- 10) Vaksin *Japanese Encephalitis* (JE)
- a) Indikasi
- Imunisasi JE diberikan untuk mencegah penyakit *Japanese Encephalitis* (JE) yang merupakan peradangan jaringan otak yang disebabkan oleh

*Japanese Encephalitis Virus*(JEV) yang ditularkan oleh nyamuk *Culex* yang dapat menularkan baik ke manusia maupun ke hewan peliharaan(Kemenkes RI, 2023).

b) Cara pemberian dan dosis

- Vaksin diberikan secara serial dengan dosis 1 ml secara subkutan pada hari ke 0, 7 dan ke 28. Untuk anak yang berumur 1-3 tahun, dosis yang diberikan masing-masing 0,5 ml dengan jadwal yang sama
- Booster diberikan pada individu yang beresiko tinggi dengan dosis 1 ml tiga tahun kemudian.

b. Imunisasi lanjutan

1) Vaksin DT

a) Indikasi

Pemberian kekebalan simultan terhadap difteri dan tetanus pada anak

b) Cara pemberian dan dosis

Secara intramuscular atau subkutan dalam dengan dosis 0,5 ml. Dianjurkan untuk anak usia dibawah 8 tahun atau kelas 1 SD

c) Efek samping

Gejala seperti lemas dan kemerahan pada lokasi suntikan yang bersifat sementara dan kadang muncul gejala demam.

d) Penanganan efek samping

- Ibu dianjurkan untuk memberikan minum lebih banyak
- Jika demam, kenakan pakaian yang tipis
- Bekas suntikan yang nyeri dapat dikompres air dingin
- Jika demam berikan paracetamol 15 mg.kgBB setiap 3-4 jam (maksimal 6 kali salam 24 jam)

- Anak boleh mandi atau cukup diseka dengan air hangat

2) Vaksin Td

a) Indikasi

Imunisasi ulangan terhadap teanus dan difteri pada individu mulai usia 7 tahun atau diberikan pada anak kelas 2 SD dan 3 SD

b) Cara pemberian dan dosis

Disuntikkan secara intramuscular aau subkutan dalam dengan dosis 0,5 ml.

c) Efek samping

Nyeri pada lokasi penyuntikan serta demam

6. Jadwal Imunisasi

Tabel 11.6 Jadwal Pemberian vaksin pada balita

| UMUR                 | BULAN                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    | 24-60 |    |
|----------------------|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|-------|----|
|                      | 0                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 18 |       | 23 |
| Jenis Vaksin         | Tanggal Pemberian dan Paraf Petugas |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |       |    |
| Hepatitis B (<24     |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |       |    |
| BCG                  |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |       |    |
| Polio tetes 1        |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |       |    |
| DPT-HB-Hib 1         |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |       |    |
| Polio Tetes 2        |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |       |    |
| Rota Virus (RV)1*    |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |       |    |
| PCV 1                |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |       |    |
| DPT-HB-Hib 2         |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |       |    |
| Polio Tetes 3        |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |       |    |
| Rota Virus (RV)2 *   |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |       |    |
| PCV2                 |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |       |    |
| DPT-HB-Hib 3         |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |       |    |
| Polio Tetes 4        |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |       |    |
| Polio Suntik (IPV) 1 |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |       |    |
| Rota Virus (RV) 3*   |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |       |    |
| Campak -Rubella (MR) |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |       |    |

| UMUR                          | BULAN                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    | 24-60 |  |  |
|-------------------------------|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|-------|--|--|
|                               | 0                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 18 | 23 |       |  |  |
| Jenis Vaksin                  | Tanggal Pemberian dan Paraf Petugas |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |       |  |  |
| Polio Suntik (IPV) 2*         |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |       |  |  |
| *Japanese Encephalitis (JE)   |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |       |  |  |
| PCV3                          |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |       |  |  |
| DPT-HB-Hib Lanjutan           |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |       |  |  |
| Campak -Rubella (MR) Lanjutan |                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |       |  |  |

\*imunisasi JE baru diberikan di beberapa provinsi dan kabupaten/ kota percontohan

### Keterangan:

|   |  |
|---|--|
|  | Usia Tepat Pemberian Imunisasi   |
|  | Usia yang masih diperbolehkan untuk melengkapi Imunisasi Bayi dan Baduta (Bawah Dua Tahun) |
|  | Usia Pemberian Imunisasi bayi dan baduta yang belum lengkap ( Imunisasi Kejar)             |
|  | Usia yang tidak diperbolehkan untuk pemberian Imunisasi                                    |

## B. KEJADIAN IKUTAN PASCA-IMUNISASI (KIPI)

1. Pengertian  
KIPI adalah kejadian medik yang diduga berhubungan dengan imunisasi
2. Penanggulangan KIPI

Tabel 11.7 Penanggulangan KIPI sesuai gejala yang muncul

| KIPI                | Gejala  | Tindakan   |
|---------------------|---|--|
| <b>Vaksin</b>       |   |  |
| Reaksi lokal ringan | Nyeri, eritema, bengkak didaerah bekas suntikan < 1<br>Timbul <48 jam setelah imunisasi | Kompres hangat, jika nyeri mengganggu beri paracetamol 10 mg/KgBB/kali pemberian.<br>6 bl: 60 mg/kali.<br>6-12 bl 90 mg/kali |

| KIPI   | Gejala  | Tindakan   |
|--|---|--|
|  |   | 1-3 tahun: 120 mg/kal  |
| Reaksi local berat (jarang terjadi)                    | Eritema/indirasi .8 cm, nyeri, bengkak dan manifestasi sistemis   | Kompres hangat, beri paraceamol  |
| Reaksi Arthus  | Nyeri, bengkak, indurasi dan edema. Terjadi reimmunisasi pada pasien dengan kadar antibody yang masih tinggi. Imbul beberapa jam dengan puncaknya 12-36 jam setelah imunisasi   | Kompres hanga dan beri paraceamol  |
| Reaksi umum  | Demam, lesu, nyeri otot, nyeri kepala dan menggigil   | Berikan minum hangat dan selimut.<br>Berikan paraceamol  |
| Kolap/keadaan seperti syok                             | Episode hipotonik-hiporesponsif Anak teap sadar, eapi idak bereaksi erhadap rangsangan. Pada pemeriksaan frekuensi amplitude nadi serta tekanan darah tetap dalam baas normal   | Rangsangan dengan wewangian atau bau-bau yang merangsang. Apabila belum dapat diaasi dalam waktu 30 meni segera rujuk ke puskesmas terdekat  |
| Reaksi khusus: Sindrom Guillain-Barre (Jarang terjadi) | Lumpuh layu, asendens (menjalar ke atas), biasanyatungkai, ataksia, penurunan refleksi tendon, gangguan menelan dan pernafasan, parestasi, meningismus, idak demam, peningkatan protein dalam cairan serebrospinal anpa pleositosis. Terjadi antara 5 hari sd 6 minggu setelah imunisasi, perjalanan penyakit dari 1 sd 3-4 hari, prognosis umumnya baik. | Rujuk ke RS untuk perawatan dan pemeriksaan lebih lanjut   |
| Nyeri Brakialis (neuropati pleksus brakialis)          | Nyeri dalam terus menerus pada daerah bahu dan lengan atas. Terjadi 7 jam sd3 mingg seelah imunisasi  | Paraceamol<br>Apabila gejala menetap rujuk ke RS untuk fisioterapi   |
| Syok Anafilaktis                                       | Terjadi mendadak gejala klasik:kemerahan merata, edema, urtikaria, sembab pada kelopak mata, sesak, napas berbunyi, jantung berdebar kencang, tekanan darah menurun, anak pingsan/tidak sadar, dapat pula erjadi langsung berupa tekanan darah menurun dan pingsan anpa didahului oleh oleh gejala lain   | Suntikan adrenalin 1:1.000 dosis 0,1-0,3 ml sk/im, jika pasien membaik dan stabil dilanjutkan dengan suntikan deksamethason (1 ampul) secara intravena/intramuscular. Segera pasang infus NaCl 0,9%, rujuk ke RS terdekat. |
| <b>Tata Laksana Program</b>                            |   |  |
| Abses dingin   | Bengkak dan kerar, nyeri daerah bekas suntikan, terjadi karena vaksin disuntikkan masihdingin   | Kompres hangat<br>Paracetamol  |
| Pembengkakan   | Bengka disekitar suntikan erjadi karena penyuntikan kurang dalam  | Kompres hangat   |
| Sepsis   | Bengkak disekitar bekas suntikan, demam, terjadi karena jarum suntik tidak steril.  | Kompres hangat,<br>paracetamol, rujuk ke RS terdekat   |

| KIPI                           | Gejala   | Tindakan   |
|--------------------------------|--|--|
|                                | Gejala timbul 1 minggu atau lebih setelah penyuntikan  |  |
| Tetanus                        | Kejang, dapat disertai dengan demam, anak tetap sadar  | Rujuk ke RS terdekat   |
| Kelumpuhan/kel emahan otot     | Lengan sebelah (daerah yang disuntik) tidak bisa digerakkan terjadi karena daerah penyuntik salah  | Rujuk untuk fisioterapi  |
| <b>Faktor Penerima/Penjamu</b> |  |  |
| Alergi                         | Pembengkakan bibir dan tenggorokan, sesak nafas, eritema, papula, erasa gatal, ekimosis darah menurun  | Suntikan dexamethasone 1 ampul im/iv, jika berlanjut pasang infus NaCl 0,9%  |
| Faktor psikologis              | Ketakutan, berteriak, pingsan  | Tenangkan penderita<br>Beri minum air hangat, beri wewangian/alcohol, setelah sadar beri minum air the manis hangat  |
| Koinsiden (faktor kebetulan)   | Gejala penyakit terjadi secara kebetulan bersamaan dengan waktu imunisasi.<br>Gejala dapat berupa salah satu gejala KIPI tersebut di atas atau bentuk lain | Tangani penderita sesuai gejala.<br>Cari informasi disekitar anak, apakah ada kasus lain yang mirip, tetapi anak tidak di-imunisasi.<br>Kirim ke RS untuk pemeriksaan lebih lanjut |

### C. RANGKUMAN

Sering dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, penyelenggaraan imunisasi terus berkembang antara lain dengan pengembangan vaksin baru (*Rotavirus, Japanese Encephalitis, Pneumococcus, Dengue Fever* dan lain-lain) serta penggabungan beberapa jenis vaksin sebagai vaksin kombinasi misalkan DP-HB-Hib.

### D. TES FORMATIF

1. Seorang bayi perempuan umur 1 bulan dibawa ibunya ke posyandu untuk mendapatkan imunisasi. Sesuai jadwal bayi akan diberi imunisasi BCG. Ibu mengatakan anak tidak mengalami panas, batuk dan pilek. Perawat telah menyiapkan vaksin. Berapa dosis yang harus diberikan pada bayi tersebut?

- a. 0,01 cc
- b. 0,05 cc
- c. 0,1 cc
- d. 0,5 cc
- e. 2 cc

2. Seorang bayi perempuan, umur 4 bulan, dibawa ibunya ke Puskesmas untuk mendapatkan pelayanan imunisasi. Hasil pengkajian diperoleh anak dalam keadaan sehat, dan imunisasi telah diberikan sesuai jadwal. Apakah jenis imunisasi yang diberikan perawat pada bayi tersebut ?
- a. BCG
  - b. Campak
  - c. DPT-HB-Hib combo 1 dan polio tetes 2
  - d. DPT-HB-Hib combo 2 dan polio tetes 2, RV 2
  - e. DPT-HB-Hib combo 3 dan Polio tetes 4, IPV 1, RV 3
3. Seorang bayi, umur 2 bulan, dibawa ibunya ke posyandu untuk mendapatkan imunisasi PCV 1. perawat telah menyiapkan vaksin PCV 0,5 ml dalam spuit. Saat ini perawat akan menyuntik bayi. Bagaimana rute penyuntikan yang harus dilakukan oleh perawat tersebut?
- a. IC
  - b. SC
  - c. IM
  - d. IV
  - e. Oral

## E. LATIHAN

Silahkan saudara ke laborotarium dan identifikasikan jenis-jenis vaksin untuk program imunisasi pada anak dan praktekkkan pemberian imunisasi sesuai rute yang benar

## DAFTAR PUSTAKA

- Adriana, D. (2011). Tumbuh Kembang dan Terapi Bermain pada Anak. Jakarta: Salemba Medika.
- Agustin, D. (2018). The Role of Nurses in Providing Health Education to The Family About The Children Enteral Nutrition. *International Journal of Advancement in Life Sciences Research*, 1(2), 13-19. Retrieved from <http://ijalsr.org/index.php/journal/article/view/15>
- Alice Z. 2011. Terapi Bermain untuk mengatasi permasalahan pada anak. *Majalah Ilmiah Informatika* vo. 2 no 3 Fakultas Psikologi Universitas AKI Semarang
- American Academy of Pediatric (2009) Family Centered Care and the Pediatrician's Role. <http://aapolicyaapublications.Org/eg/reprint/pediatrics;112/3/691.Pdf>
- American Academy of Pediatrics. 2016. Talking to your kids about sex. Retrieved from <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/gradeschool/puberty/Pages/Talking-to-Your-Child-About-Sex.aspx>
- American Nurses Association (2015) *Pediatric Nursing: Scope and Standards of Practice*, 2nd Ed. Retrieved from <https://www.nursingworld.org/nurses-books/pediatric-nursing-scope-and-standards-of-practice-2nd-ed/>
- Ardini, P. P., & Lestaringrum, A. (2018). Definisi Bermain, Bermain & Permainan Anak Usia Dini. In *Adjie Media Nusantara* (p. 3).
- Bahri, Husnul. (2018). Strategi Komunikasi Terhadap Anak Usia Dini. *NUANSA*, 11(1), 48-56. <https://core.ac.uk/download/pdf/229571379.pdf>

- Ball, J., Bindler, R., Cowen, K & Shaw, M. (2017). Principles of pediatric nursing: Caring for children. 7th ed. USA: Pearson.
- Bersamin, M. M., Walker, S., Waiters, E. D., Fisher, D. A., Grube, J. W., & Morrison, D. M. 2008. Preventing sexual risk behaviors among adolescents: The role of prosocial norms and collective efficacy. *Journal of Primary Prevention*, 29(2), 169-191.
- Bersamin, M., Fisher, D. A., Walker, S., Hill, D. L., & Grube, J. W. 2008. Defining virginity and abstinence: Adolescents' interpretations of sexual behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 43(1), 112-118.
- Blake, J. J., Lund, E. M., Zhou, A. Q., Kwitowski, M. A., & Perkins, M. B. 2019. Engaging Youth Voices in Sexual and Reproductive Health Promotion Through Digital Storytelling. *Health Promotion Practice*, 20(4), 564-570.
- Brindis, C. D., Geierstanger, S. P., Wilcox, N., McCarter, V., Hubbard, A., & Melton, R. 2019. Innovations in youth-friendly sexual and reproductive health services. In *Global Perspectives on Women's Sexual and Reproductive Health Across the Lifecourse* (pp. 183-208). Springer.
- Chahyono Ari, dkk. *Buku Saku Sistem Perlindungan Anak*. Kementerian PPN dan BAPPENAS. Jakarta.2023.
- Cho Y, Chiang Y, Chu T, Chang C, Chang C, Tsai H. 2022. The effectiveness of the buzzy device for pain relief in children during intravenous injection: Quasirandomized Study. *JMIR Pediatr Parent*. 5(2): e15757. doi: 10.2196/15757.
- Dais, E. 2023. Kompres Dingin Efektif Mengurangi Nyeri Sebelum Pemasangan Infus atau Pengambilan Darah pada Anak. <https://www.youtube.com/watch?v=-DQ19TWFbeA>

- Dellenmark-Blom, M., & Wigert, H. (2014). Parents' Experiences with Neonatal Home Care Following Initial Care in the Neonatal Intensive Care Unit: A Phenomenological Hermeneutical Interview Study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 575–586
- Diananda, A. (2019). Psikologi Remaja Dan Permasalahannya. *Journal ISTIGHNA*, 1(1), 116–133. <https://doi.org/10.33853/istighna.v1i1.20>
- Díaz-Rodríguez, M., Alcántara-Rubio, L., Aguilar-García, D., Pérez-Muñoz, C., Carretero-Bravo, J., & Puertas-Cristóbal, E. 2021. The effect of play on pain and anxiety in children in the field of nursing: A systematic review. *Journal Of Pediatric Nursing*, 61, 15-22.
- Diclemente, R. J., Sales, J. M., Borek, N., Rose, E. S., Davis, T. L., Wingood, G. M., ... & Crosby, R. A. 2014. Efficacy of a phone-delivered sexually transmitted infection/human immunodeficiency virus prevention maintenance intervention for adolescents: A randomized clinical trial. *JAMA pediatrics*, 168(10), 938-946.
- Dirgantara, A. 2020. Virtual Reality Bisa Bikin Kamu Jalani Operasi, Tanpa Dibius Total. Diakses dari: <https://www.idntimes.com/tech/trend/adhyasta-dirgantara/virtual-reality-bisa-memungkinkan-operasi-bedah-tanpa-bius-total>
- Dirjend Bimbingan Masyarakat Islam. *Kompilasi Hukum Islam di Indonesia*. Kementerian Agama RI. Jakarta. 2018.
- Ekawaty, F dan Oktarina, Y. 2020. The effectiveness of ice pack to reduce pain in school age children with venous functioning. *Advances in Health Sciences Research*. 25. doi: 10.2991/ahsr.k.200612.025

- Elcigil, A, Bahar, Z, Beser A, Mizrak, B, Bahcelioglu, D, Demirtaş Yavuz, H. (2011). Ethical dilemmas faced by nurses. *Anatolian Nursing and Health Science Journal*. 14(2), 52-60
- Erikson, E. H. 1950. *Childhood and society*. New York: W. W. Norton & Company.
- Farida Ulfa, Masruroh. Pengaruh Family Psikoedukasi terhadap Peningkatan Self Care Keluarga Dalam Merawat Anak Thalasia, *Jurnal Ners dan Kebidanan*, Vol 5, No 1, April 2018; DOI: 10.26699/jnk.v5i1.ART.p055-057.
- Fiane de Fretes, (2012). Hubungan Family Centered Care dengan Efek Hospitalisasi pada Anak di Ruang Dahlia Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang. Artikel Skripsi. Fakultas Kesehatan Universitas Kristen SatyaWacana
- Flood, M. 2019. Respectful Relationships Education and Gender Equality: Policy and Practice Implications. *Education Sciences*, 9(3), 207.
- Gul, S, Duru Asiret, G, Bayrak Kahraman, B, Devrez, N & Ornek Buken (2013). Investigating ethical decision-making levels of nursing students who did and did not take ethics courses. *Journal of Research & Development in Nursing*. 16(1), 23-31.
- Handayani, A. & Daulima, N. H. 2020. Parental presence in the implementation of atraumatic care during children's hospitalization. 12(Suppl 1): 8693. doi: 10.4081/pr.2020.8693
- Haryadi, D. 2020. Supaya Tetap Semangat, Perawat di Skotlandia Kenakan Seragam Medis Trendi. Diakses dari: <https://www.ayobandung.com/unik/pr-79685926/supaya-tetap-semangat-perawat-di-skotlandia-kenakan-seragam-medis-trendi>

Hayati, S. N., & Putro, K. Z. (2021). Bermain Dan Permainan Anak Usia Dini. *GENERASI EMAS : Jurnal Pendidikan Islam Anak Usia Dini*, 4(1), 52.

Hockenberry, M. ., Wilson, D. and Rodgers, C. . Wong's Essentials of Pediatric Nursing. Tenth Edit. St. Louis, Missouri: Elsevier.2018

Hockenberry, M. J., Wilson, D., Rodgers, C. C. (2019). Wong's Nursing Care of Infants and Children (11st edition) - E-Book. Canada : Elsevier Health Sciences

<https://dinkes.malangkota.go.id/2016/12/23/mengenal-penyakit-difteri/>

[https://id.wikipedia.org/wiki/Batuk\\_rejan](https://id.wikipedia.org/wiki/Batuk_rejan)

<https://www.informasibidan.com/2021/05/4-tetanus-neonatorum.html>

<https://www.prosehat.com/artikel/artikelkesehatan/penyebab-infeksi-hepatitis-b-pada-bayi>

<https://www.slideshare.net/up3kebumen/pitfalls-pada-tb-anak>

Hurlock, Elizabeth. 2002. Psikologi Perkembangan : Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan. Jakarta : Penerbit Erlangga

Indarwati, F. (2018). Buku Ajar Konsep Komunikasi Dasar Keperawatan Anak 1. Buku Ajar, 1–37.

Kartika,Lia, dkk. Keperawatan Anak Dasar. Yayasan Kita Menulis. Medan.2021

Kemendes RI (2023) 'Petunjuk teknis Pemberian Imunisasi Japanese Encephalitis(JE)'.

- Kemenkes, R. (2015) Buku Ajar Imunisasi. II. Jakarta.
- Kemenkes, R. (2017) 'PMK RI Nomor 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi'.
- Kemenkes, R. (2022a) 'Petunjuk Teknis Introduksi Imunisasi Inactivated Poliovirus Vaccine Dosis Kedua (IPV2)'.
- Kemenkes, R. (2022b) 'Petunjuk Teknis Pelaksanaan Imunisasi Pneumokokus Konyugasi (PCV)'.
- Kemenkes, R. (2023) 'Petunjuk teknis Pemberian imunisasi Rotavirus (RV)'.
- Kementerian Kesehatan RI. Buku Bagan Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar. Kementerian Kesehatan RI. 2022;
- Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak. 2019.
- Kencana, R.S., Wanda, D., & Widya, A. (2023). Effectiveness of medical play in reducing anxiety and pain in hospitalized pediatric patients: A systematic review. *Jurnal Ipteks Terapan*, 17(2), 261–273. Retrieved from <http://publikasi.ildikti10.id/index.php/jit/article/view/2127>
- Kirby, D., Obasi, A., Laris, B. A., & Powell, B. 2007. The effectiveness of sex education and HIV education interventions in schools in developing countries. In *International handbook of adolescent pregnancy* (pp. 517-546). Springer.
- Kirilmaz, H.& Kirilmaz, SK. (2014). Benefits of the empirical ethic studies in ethic dilemmas in health services. *Human & Human Journal of Sciences, Culture, Art and Thought*. 1, 35-44

- Kusnanto. (2014). Pengantar Profesi & Praktik Keperawatan Profesional. Jakarta: EGC.
- Kusumaningrum, Arie. (2010). Aplikasidan Strategi Konsep Family Centered Care pada Hospitalisasi Anak Prasekolah. Jurnal kedokteran dan Kesehatan, 42 (IV), ISSN 0-853-1773
- Kyle, Terri & Susan Carman. 2013. Essentials of pediatric nursing 2nd ed. Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Landreth, Garry L. 2001. Innovations In Play Therapy. Taylor & Francis Group.
- Lerret, S. M., Johnson, N. L., & Haglund, K. A. (2017). Parents' Perspectives on Caring for Children after Solid Organ Transplant. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 22(3), 1–8. <https://doi.org/10.1111/jspn.12178>
- Lestari, N. E., & Herliana, I. 2020. Implementasi pendidikan seksual sejak dini melalui audio visual. Jurnal Pengabdian Masyarakat Indonesia Maju, 1(1), 29-33.
- Lillard, A. S. 2017. The development of play. In The Oxford Handbook of the Development of Play (pp. 1-18). Oxford University Press.
- Mansur, A. 2019. Aplikasi atraumatic care. Andalas University Press: Padang
- Mc.Mahon, Linnet. The Handbook of Play Therapy. London and New York.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2014). Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

- Millaningrum, F., Utami, R., & Rizqie N. (2021). Pengaruh pemakaian gown bergambar terhadap ketakutan pada anak usia pra sekolah yang mengalami hospitalisasi di ruang anak RS Indriati. Skripsi. Universitas Kusuma Husada Surakarta.
- Novi Anggraeni. (2021). Konsep Dasar Gizi dalam Siklus Kehidupan. Cegah Stunting Itu Penting! <https://cegahstunting.id/berita/konsep-dasar-gizi-dalam-siklus-kehidupan/>
- Nsiah, C, Siakwa, M, Ninnoni, JPK. Registered Nurses' description of patient advocacy in the clinical setting. *Nursing Open*. 2019; 6: 1124–1132.
- Nursalam dkk. 2008. *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak (Untuk Perawat dan Bidan)*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursen Goktas & Dilek Avci. 2023. The effect of visual and/or auditory distraction techniques on children's pain, anxiety and medical fear in invasive procedures: A randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.07.005>.
- Oxianus Sabarua, J., & Mornene, I. (2020). Komunikasi Keluarga dalam Membentuk Karakter Anak. *International Journal of Elementary Education*, 4(1), 83. <https://doi.org/10.23887/ijee.v4i1.24322>
- Piaget, J. 1952. *The origins of intelligence in children*. New York: International Universities Press.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., Hall, A. (2012). *Fundamentals of Nursing - E-Book*. Britania Raya: Elsevier Health Sciences.
- Putra, A., & Patmaningrum, D. A. (2018). Pengaruh Youtube di Smartphone Terhadap Perkembangan Kemampuan

Komunikasi Interpersonal Anak. *Jurnal Penelitian Komunikasi*, 21(2), 159–172.  
<https://doi.org/10.20422/jpk.v21i2.589>

Rukmana, I., Rukmasari, E., & Maulana, I. 2022. Peran orang tua dalam meminimalkan dampak hospitalisasi pada anak prasekolah: Studi Literatur. *MAMUJU: Malahayati Nursing Journal*. 4(5): 1250-1264. DOI: <https://doi.org/10.33024/mnj.v4i5.6199>.

Santri, A., Idriansari, A., & Girsang, B. M. (2014). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak Usia Toddler (1-3 Tahun) Dengan Riwayat Bayi Berat Lahir Rendah. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 5(1), 63–70.

Sarfika, R., Maisa, E. A., & Windy Freska. (2018). Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan. In *Andalas University Press*.

Schuster, M. A., Corona, R., Elliott, M. N., Kanouse, D. E., Eastman, K. L., Zhou, A. J., ... & Klein, D. J. 2016. A new standard for the ethical development of health-related apps. *Journal of Adolescent Health*, 59(6), 678-686.

Sentürk, ES. (2013). Nursing as a career and ethical principles in nursing. *Nobel Tıp Kitabevleri*, 1 st edition, Istanbul, pp. 43, 89, 92-93

Sharabiania, B., Sheikhzadeha, D., Parsayb, S., Razmia, H., Seyedhejazia, M. 2020. A comparison of the impact of time on the analgesic efficacy of emla cream application in children undergoing venipuncture: A randomized controlled trial. *Perioperative Care and Operating Room Management*. 21:1-4. <https://doi.org/10.1016/j.pcorn.2020.100131>

Shelton, T. L., Jeppson, E. S., Johnson, B. H. (1987). *Family Centered Care for Childidren With Special Health Care Needs*. Washington : Association for the Care of Childidren’s Health.

- Shield, L., Pratt, J., Hunter, J. (2008). Family Centered Care . A Review of Qualitative Studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1313-1323
- Shonkoff, Jack P dan Samuels J Meisels. 2003. *Handbook of Early Childhood Intervention*. USA: Cambridge University
- Sidik, A. 2023. Emla Cream: Kegunaan, Efek Samping, Dosis, dll. Diakses dari: <https://aladokter.com/obat/emla-cream/>
- Simonetti, V., Tomiettoa, M., Comparcini, D., Vankova, N., Marcelli, S., Cicolini, G. 2022. Effectiveness of virtual reality in the management of paediatric anxiety during the perioperative period: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 125: 1-12  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104115>
- Soetjningsih. (2014). Tumbuh kembang. EGC.  
[http://ucs.sulselib.net//index.php?p=show\\_detail&id=54692](http://ucs.sulselib.net//index.php?p=show_detail&id=54692)
- Soetjningsih. (2018). *Kupdf.Net\_Buku-Tumbuh-Kembang-Anakpdf.Pdf* (pp. 1–36).
- Subasinghe & Pathirana, (2021). The Role Of The Pediatric Nurse In Discharge Planning; Identifying Gaps In Sri Lanka. *IJNP (Indonesian Journal of Nursing Practices)*. 5. 36-50. 10.18196/ijnp.v5i1.10748.
- Sukmandari, Triana, K.Y., & Sutarsih, N.M. (2020). Pengaruh penggunaan rompi motif kartun terhadap perilaku kecemasan anak usia pra sekolah selama prosedur injeksi periset. *Journal Center of Research Publication in Midwifery and Nursing*, 4(2), 7-12. <https://doi.org/10.36474/caring.v4i2.150> ok
- Supartini, Yupi. 2004. *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC

- Suriadi dan Rita Yuliani. 2010. *Asuhan Keperawatan Pada Anak*. Jakarta: Sagung Seto
- Susilowati, E., Mujiastuti, R., Ambo, S. N., & Sugiartowo, S. (2019). Stimulasi, Deteksi Dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (Sdidtk) Anak Pada Posyandu Kelurahan Penggilingan Jakarta Timur. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Teknik*, 1(2).
- The Royal Children's Hospital Melbourne. 2012. How to use BUZZY® in healthcare settings. Diakses dari: <https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/comfortkids/BUZZYR%20Presentation%20in%20PDF%20.pdf>
- Tu, A. W., Boislard, M. A., & Ratner, P. A. 2017. An investigation of the sexual health communication of parents. *Sex Education*, 17(6), 667-681.
- Tumbuh Kembang Anak. (2023). (n.p.): Global Eksekutif Teknologi.
- Undang-undang Republik Indonesia No 23 tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak.
- Undang-Undang Republik Indonesia No. 38 Tahun 2014 tentang keperawatan.
- United Nations. 1989. Convention on the Rights of the Child. Retrieved from <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>
- Walker, S. C., Hearld, K. R., Calvert, J. D., & Barone, C. J. 2010. Parental involvement and African American and European American adolescents' sexual socialization and attitudes toward adolescent pregnancy. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 215-229.
- Weiss, M. E., Yakusheva, O., & Bobay, K.L. (2011). Quality and Cost Analysis of Nurse Staffing, Discharge Preparation, and

- Postdischarge Utilization. *Health Services Research*, 46 (5), 1473–1494. <https://doi.org/10.1111/j.14756773.2011.01267.x>
- Widistuti, Anita. *Asuhan Keperawatan Anak*. Yayasan Kita Menulis. Medan. 2022
- Wong, D.L., Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M.L., & Schwartz, P. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Pediatric edisi 6 Volume 1*. Jakarta : ECG.
- World Health Organization. 2010. Framework for developing and evaluating public health interventions. Retrieved from <https://www.who.int/ncds/management/ncds-finance/en/>
- World Health Organization. 2018. Sexual health education in the Asia-Pacific region: progress and challenges. Retrieved from [https://www.who.int/docs/default-source/wpro---documents/emergency/srh-education/sexy-ed-report-2018.pdf?sfvrsn=3ab348e2\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/wpro---documents/emergency/srh-education/sexy-ed-report-2018.pdf?sfvrsn=3ab348e2_2)
- Yuliasati, & Arnis, A. *Keperawatan Anak*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta. 2016
- Yuliasati, Amelia Arnis N. *Modul Bahan Ajar Keperawatan Anak*. 2016. 27–40 p.
- Yuliasati, Nining. *Keperawatan Anak Komprehensif*. Kementerian Kesehatan RI. Pusdik SDM Kesehatan. Jakarta. 2016
- Yusuf C. 2022. Play Therapy Untuk Anak dan Contoh Permainannya <https://edumasterprivat.com/play-therapy-untuk-anak/>. Diakses tanggal 3 Desember 2023
- Zain, N. U. (2016). PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN (Vol. 01, pp. 1–23).

## TENTANG PENULIS



### **Ana Farida, S.Kep., Ners., M.Kep.**

Penulis adalah dosen tetap Prodi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum Jombang. Lahir di Nganjuk, 6 Oktober 1980. Bungsu dari dua bersaudara ini merupakan ibu dari dua orang putra, yang saat tinggal di kota santri Jombang, Jawa Timur. Dosen yang biasa disapa bu Ana ini mulai meniti karir di bidang pendidikan dan pengajaran pada tahun 2002, dengan minat bidang keilmuan keperawatan anak. Alumni Magister Keperawatan Unair Surabaya ini juga aktif dalam organisasi PPNI dan IPANI (Ikatan Perawat Anak Indonesia). Tri Dharma Perguruan Tinggi yang dilakukan Sebagian besar fokus pada keilmuan keperawatan anak. Selain sebagai dosen tetap Ana juga mengemban Amanah sebagai sekretaris Prodi DIII keperawatan. Saat ini Mata Kuliah yang diampu adalah; Keperawatan Anak, Keperawatan Anak 1, Konsep Dasar Keperawatan dan Ilmu Biomedik Dasar.



### **Tri Nurminingsih Hatala, S.Kep.,Ns.,M.Kep.**

Lahir di Ambon, 27 Maret 1992. Penulis sudah menikah dan memiliki dua putra. Penulis memulai Pendidikan sarjana pada tahun 2009 kemudian tahun 2013 melanjutkan pendidikan profesinya di Universitas Pesantren Tinggi Darul “Ulum Jombang. Pada Tahun 2017 melanjutkan sekolah magister keperawatan (M.Kep) di Universitas Jenderal Achmad Yani Cimahi Saat ini mengabdikan diri sebagai dosen di STIKes

RS Prof. Dr. J. A. Latumeten dari tahun 2015- Sekarang. Selama menjadi dosen sudah melakukan beberapa penelitian diantaranya hubungan pola makan terhadap pertumbuhan berat badan balita 0-3 tahun, Keterlibatan ayah dalam mengasuh anak usia prasekolah, pengaruh pendidikan kesehatan seksualitas tentang *underrulles* terhadap pengetahuan anak usia prasekolah dan aktif dalam menulis buku ajar dengan judul Buku ajar keperawatan anak tumbuh kembang anak, buku pertumbuhan berat badan balita, Buku Ajar Keperawatan Anak Sakit.



**Ns. Nenty Septiana., M.Kep., Sp.Kep.An.**

Seorang penulis dan dosen tetap Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala. Lahir di Meulaboh, Aceh Barat pada tanggal 19 September 1988. Pendidikan program Sarjana (S1) Keperawatan dan Ners di Universitas Syiah Kuala dan menyelesaikan program Pasca Sarjana (S2) dan spesialis keperawatan anak di Universitas Indonesia dengan konsentrasi bidang Neonatus. Kegiatan utama penulis adalah mengajar di Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala, melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Di samping itu, penulis juga menjadi pembimbing mahasiswa profesi Ners di ruang rawat anak dan NICU di RSUD dr. Zainoel Abidin Aceh. Kegiatan lain penulis adalah menjadi narasumber pada kegiatan pengabdian masyarakat, reviewer pada jurnal nasional serta aktif menulis buku. Berbagai pelatihan telah diikuti penulis seperti resusitasi neonatus, perawatan metode kangguru, baby spa & baby massage. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif menulis dalam bentuk artikel dan sudah sering dimuat baik di jurnal nasional maupun internasional.



**Ns. Resi Putri Naulia, M.Kep., Sp.Kep.An.**

Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2007 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk menempuh pendidikan S1 Keperawatan di Universitas Padjadjaran Jurusan Keperawatan pada tahun 2007 dan berhasil lulus pada tahun 2011. Penulis kemudian melanjutkan Profesi Ners dan berhasil menyelesaikan studi pada bulan Agustus tahun 2012. Pada tahun 2013 penulis bekerja di RSAB Harapan Kita dan mulai tertarik pada Keperawatan anak. Di tahun 2017, penulis menyelesaikan studi magister keperawatan anak dan pendidikan spesialis keperawatan anak di Universitas Indonesia. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Politeknik Karya Husada. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis aktif dalam pengajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat di bidang keperawatan Anak. Penulis berharap dengan menulis buku dapat memberikan kontribusi positif terhadap dunia keperawatan.



**Nova Yulianti, SST, M.Keb**

Seorang penulis dan dosen tetap Program Studi Sarjana Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Budi Kemuliaan. Lahir di Jakarta, 05 Juli 1987. Penulis merupakan anak ke-dua dari empat bersaudara dari pasangan bapak H Bambang Sutiono ST dan Ibu Hj Sri Suharsini, SSiT, MM. Riwayat pendidikan D III Kebidanan Poltekkes Kemenkes Jakarta III, D IV Kebidanan Fakultas Kedokteran UNPAD dan Pascasarjana Kebidanan Fakultas Kedokteran UNPAD. Buku yang telah ditulis dan terbit berjudul di antaranya: Buku Asuhan Kebidanan Berbasis Bukti.



**Ns. Inong Sri Rahayu, S.Kep.,M.Kep.**

Seorang penulis dan dosen tetap STIKes Muhammadiyah Lhokseumawe. Inong Sri Rahayu Lahir di Banda Aceh, 21 Januari 1983. Penulis merupakan anak ke-enam dari enam bersaudara dari pasangan bapak Almarhum Drs, Jauhari Ishak dan Ibu Djamilah. Pendidikan program Sarjana (S1) Universitas Syahkuala Prodi Ilmu Keperawatan dan menyelesaikan program Pasca Sarjana (S2) di Universitas Syahkuala prodi Magister Keperawatan. Buku yang telah ditulis dan terbit berjudul Panduan Praktik Lapangan Keperawatan Anak . *Penulis juga banyak melakukan kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat serta membimbing praktik mahasiswa di berbagai Rumah Sakit , Puskesmas, dan Komunitas atau desa.*



**Ns. Rischa Hamdanesti, S.Kep, M.Kep**

Seorang penulis dan dosen tetap Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKes Alifah Padang. Lahir di Padang, 7 Agustus 1986. Tinggal di Perumahan Graha Bungo Pasang Blok D No. 5, Kelurahan Bungo Pasang, Kecamatan Koto Tengah, Kota Padang Sumatera Barat. Saat ini bekerja sebagai Dosen S1 Keperawatan sejak tahun 2011 sampai sekarang. Pendidikan terakhir S2 Keperawatan di Universitas Andalas Lulus Tahun 2017. Pendidikan sebelumnya S1 Keperawatan di STIKes Alifah Padang Lulus Tahun 2009 dan Profesi Ners di STIKes Alifah Padang Tahun 2011. Buku yang telah ditulis dan terbit berjudul di antaranya: Deteksi Dini Pertumbuhan dan Perkembangan Anak dengan Pemeriksaan KPSP dan Denver II.



**Wahyuningsih Triana Nugraheni, S.Kep.,Ns.M.Kes**, lahir di Tuban, pada 28 November 1971. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Airlangga. Wanita yang kerap disapa Heni ini adalah anak dari pasangan Soetrisno (ayah) dan Ruth Soewarsijani (ibu). Wahyuningsih Triana Nugraheni adalah seorang dosen pada Program Studi D3 Keperawatan Poltekkes Kemenkes Surabaya dengan riwayat pendidikan D3 Keperawatan Adi Husada Surabaya. Pendidikan S1 Universitas

Airlangga Surabaya, dan Pendidikan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya dengan peminatan Kesehatan Ibu dan Anak. Menjadi penanggung jawab mata kuliah keperawatan Anak sejak tahun 2010 sampai sekarang.



**Ns. Nanda Sartika, S.Kep, M.Kep**

Seorang dosen tetap Prodi S1 Keperawatan di STIKes Raflesia Depok. Lahir di Medan, 30 Desember 1988. Penulis merupakan anak pertama dari tiga bersaudara dari pasangan Bapak Syamsul Bachri dan Ibu Syahdinar Tanjung. Pendidikan program sarjana (S1) di Universitas Sumatera Utara Prodi Keperawatan dan menyelesaikan program Pasca Sarjana (S2) di Universitas Indonesia Prodi

Keperawatan dengan peminatan Keperawatan Anak.



**Ns. Nur Eni Lestari, M.Kep., Sp.Kep.An**

Penulis lahir di Cilacap, 22 April 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Indonesia Maju. Menyelesaikan pendidikan S1 dan Profesi Ners di Universitas Padjadjaran dan melanjutkan S2 dan Spesialis Keperawatan Anak di Universitas Indonesia. Penulis sangat aktif dalam kegiatan penelitian dalam bidang keperawatan anak. Penelitian tersebut telah berhasil dipublikasikan pada Jurnal Nasional SINTA maupun Jurnal Internasional SCOPUS. Selain penelitian, penulis juga mengintegrasikan kegiatan penelitiannya kedalam bidang pendidikan, salah satunya dengan menciptakan karya buku.



**Dr. Diyah Arini, SKep.,Ns., M.Kes.**

seorang Penulis dan Dosen Prodi Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya. Lahir di Sukoharjo, 10 Mei 1976. Penulis adalah pengajar mata kuliah Manajemen Pasien Safety, K3, Keperawatan Anak, Keperawatan Maternitas serta Manajemen Keperawatan di Stikes Hang Tuah Surabaya. Penulis menempuh pendidikan D3 di Pendidikan Ahli Madya keperawatan Manado, Prodi S1 Keperawatan di FK UNAIR, Prodi S2 IKM di UNAIR, serta Prodi S3 Kesehatan Masyarakat di UNAIR.

**Penerbit :**

PT. Sonpedia Publishing Indonesia

Buku Gudang Ilmu, Membaca Solusi  
Kebodohan, Menulis Cara Terbaik  
Mengikat Ilmu. Everyday New Books

**SONPEDIA.COM**  
**PT. Sonpedia Publishing Indonesia**

**Redaksi :**

Jl. Kenali Jaya No 166

Kota Jambi 36129

Tel +6282177858344

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

Website: [www.sonpedia.com](http://www.sonpedia.com)