



BUKU AJAR

Keperawatan ANAK SEHAT dan SAKIT AKUT

Penulis :

Eka Wahyuningrum, S.Kep., Ns., M.Kep

Dr. Rukmini, S.Kep. Ns., M.Pd., M.Kes

Dina Istiana, S.Kep., Ns., M.Kep

Lia Yuliana, S.Kep., Ns., M.Kep

Ganjar Safari, S.Kep., Ns., M.M

Anisa Oktiawati, S.Kep., Ns., M.Kep

Ns. Rahayu Savitri, M.Kep., Ph.DN



BUKU AJAR KEPERAWATAN ANAK SEHAT DAN SAKIT AKUT

Tim Penulis :

Eka Wahyuningrum, S.Kep., Ns., M.Kep
Dr. Rukmini, S.Kep. Ns., M.Pd., M.Kes
Dina Istiana, S.Kep., Ns., M.Kep
Lia Yuliana, S.Kep., Ns., M.Kep
Ganjar Safari, S.Kep., Ns., M.M
Anisa Oktiawati, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Rahayu Savitri, M.Kep., Ph.DN



Penerbit Buku Sonpedia

BUKU AJAR KEPERAWATAN ANAK SEHAT DAN SAKIT AKUT

Tim Penulis :

Eka Wahyuningrum, S.Kep., Ns., M.Kep
Dr. Rukmini, S.Kep. Ns., M.Pd., M.Kes
Dina Istiana, S.Kep., Ns., M.Kep
Lia Yuliana, S.Kep., Ns., M.Kep
Ganjar Safari, S.Kep., Ns., M.M
Anisa Oktiawati, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Rahayu Savitri, M.Kep., Ph.DN

ISBN : 978-634-265-065-3

Editor :

Efitra

Penyunting :

Inayah Uzma

Desain sampul dan Tata Letak :

Yayan Agusdi

Penerbit :

Penerbit Buku Sonpedia

Redaksi :

Jl. Premix No. 07 Kenali Asam Bawah Kota Baru

Kota Jambi 36129 Tel +6282177858344

Email : penerbitbukusonpedia@gmail.com

Website : <https://buku.sonpedia.com/>

Anggota IKAPI : 006/JBI/2023

Cetakan Pertama, Desember 2025

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara Apapun tanpa izin dari penerbit

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga buku berjudul **"BUKU AJAR KEPERAWATAN ANAK SEHAT DAN SAKIT AKUT"** dapat terselesaikan dengan baik. Tidak lupa kami ucapkan terima kasih bagi semua pihak yang telah membantu dalam penulisan dan penerbitan buku ini.

Buku Ajar Keperawatan Anak Sehat dan Sakit Akut ini disusun sebagai buku panduan komprehensif yang membahas secara mendalam konsep, prinsip, serta praktik keperawatan anak dalam kondisi sehat maupun saat mengalami sakit akut. Buku ini dapat digunakan oleh pendidik dalam melaksanakan kegiatan pembelajaran di bidang keperawatan anak, baik di lingkungan akademik maupun di berbagai bidang ilmu kesehatan terkait lainnya. Selain itu, buku ini juga dapat dimanfaatkan sebagai referensi utama dalam pengajaran mata kuliah keperawatan anak dan dapat disesuaikan dengan rencana pembelajaran semester pada masing-masing institusi pendidikan tinggi.

Secara garis besar, buku ajar ini menguraikan pembahasan mulai dari konsep dasar keperawatan anak sehat dan sakit akut, tumbuh kembang anak beserta faktor yang memengaruhinya, hingga asuhan keperawatan pada anak dalam kondisi gawat darurat dan kritis. Materi mengenai prinsip etik dan legal dalam praktik keperawatan anak, komunikasi terapeutik, serta pendekatan keluarga turut dibahas untuk memperkuat pemahaman holistik dalam pelayanan pediatrik. Selain itu, topik mengenai manajemen nyeri dan kenyamanan anak sakit akut serta asuhan keperawatan anak dengan gangguan sistem pencernaan akut disajikan secara sistematis dan mudah dipahami, sehingga buku ajar ini layak

digunakan sebagai sumber pembelajaran yang mendukung kompetensi klinis mahasiswa dan praktisi keperawatan.

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.

Semarang, Desember 2025

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iv
KEGIATAN BELAJAR 1 KONSEP DASAR KEPERAWATAN ANAK	
SEHAT DAN SAKIT AKUT	1
DESKRIPSI KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	
A. PERSPEKTIF KEPERAWATAN ANAK DALAM KONTEKS KELUARGA	2
B. PERKEMBANGAN KEPERAWATAN ANAK.....	6
C. MORTALITAS PADA BAYI DAN ANAK DI DUNIA DAN DI INDONESIA.....	9
D. MORBIDITAS PADA BAYI DAN ANAK DI INDONESIA.....	11
E. DEFINISI DAN RUANG LINGKUP KEPERAWATAN ANAK SEHAT DAN SAKIT AKUT	13
F. FILOSOFI KEPERAWATAN ANAK (FAMILY CENTERED CARE DAN ATRAUMATIC CARE).....	15
G. ANTICIPATORY GUIDANCE.....	17
H. RANGKUMAN	21
I. TES FORMATIF	23
J. LATIHAN.....	26
KEGIATAN BELAJAR 2 TUMBUH KEMBANG ANAK DAN FAKTOR	
FAKTOR YANG MEMPENGARUHINYA.....	27
DESKRIPSI KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	
A. PENGERTIAN TUMBUH KEMBANG ANAK.....	28
B. TAHAPAN PERTUMBUHAN.....	29

C. TAHAPAN PERKEMBANGAN	31
D. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI	33
E. STIMULASI DAN PENGUKURAN TUMBUH KEMBANG	35
F. RANGKUMAN	40
G. TES FORMATIF	41
H. LATIHAN : PENGUKURAN PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN	41
KEGIATAN BELAJAR 3 KEPERAWATAN ANAK DENGAN KONDISI GAWAT DARURAT DAN KRITIS.....	44
DESKRIPSI KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	
A. PENDAHULUAN	46
B. DEFINISI DAN TERMINOLOGI.....	48
C. EPIDEMIOLOGI DAN BEBAN PENYAKIT.....	49
D. PERAN PERAWAT ANAK DALAM KONDISI GAWAT DARURAT DAN KRITIS	50
E. TANTANGAN DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN ANAK KRITIS.....	51
F. KERANGKA LAYANAN GAWAT DARURAT DAN KRITIS ANAK	51
G. PRINSIP DASAR PERAWATAN KEPERAWATAN ANAK KRITIS	54
H. IMPLIKASI UNTUK PENDIDIKAN DAN PRAKTIK.....	55
I. RANGKUMAN	57
J. TES FORMATIF	57
K. LATIHAN.....	58
KEGIATAN BELAJAR 4 PRINSIP ETIK DAN LEGAL DALAM KEPERAWATAN ANAK	59
DESKRIPSI KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	

A. DEFINISI ETIKA	61
B. DEFINISI LEGAL / HUKUM DALAM KEPERAWATAN	63
C. SPESIFIKASI KEPERAWATAN ANAK	65
D. PRINSIP-PRINSIP ETIKA DALAM KEPERAWATAN ANAK.....	68
E. TANTANGAN DAN UPAYA MENHADAPI PERMASALAH ETIK LEGAL DALAM KEPERAWATAN ANAK.....	75
F. RANGKUMAN	79
G. TEST FORMATIF	80
H. LATIHAN.....	82
KEGIATAN BELAJAR 5 KOMUNIKASI TERAPEUTIK DAN PENDEKATAN KELUARGA DALAM KEPERAWATAN ANAK.....	84
DESKRIPSI KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	
A. PRINSIP DASAR KOMUNIKASI DENGAN ANAK.....	86
B. KOMUNIKASI SESUAI TAHAP TUMBUH KEMBANG	93
C. TEKNIK BERKOMUNIKASI DENGAN ANAK	98
D. KOMUNIKASI DENGAN ORANG TUA	104
E. KOMUNIKASI DENGAN ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS	110
F. RANGKUMAN	115
G. TES FORMATIF	116
H. LATIHAN.....	118
KEGIATAN BELAJAR 6 MANAJEMEN NYERI DAN KENYAMANAN.....	120
PADA ANAK SAKIT AKUT	120
DESKRIPSI KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	
A. KONSEP DASAR NYERI PADA ANAK	121
B. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI NYERI	122
C. PENGKAJIAN NYERI PADA ANAK.....	124

D. MANAJEMEN NYERI NONFARMAKOLOGIS PADA ANAK	125
E. PERAN PERAWAT	131
F. RANGKUMAN	135
G. TES FORMATIF	136
H. LATIHAN	138
KEGIATAN BELAJAR 7 KEPERAWATAN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN AKUT.....	139
DESKRIPSI KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	
A. ANATOMI, FISILOGI SISTEM PENCERNAAN	141
B. PROSES PENGKAJIAN PADA SISTEM PENCERNAAN	142
C. GANGGUAN GASTROINTESTINAL YANG DIMANIFESTASIKAN DENGAN SAKIT PERUT	146
D. GANGGUAN GASTROINTESTINAL YANG DIMANIFESTASIKAN DENGAN MUNTAH)	155
E. GANGGUAN GASTROINTESTINAL YANG DIMANIFESTASIKAN DENGAN DIARE.....	168
F. GANGGUAN GASTROINTESTINAL YANG DIMANIFESTASIKAN OLEH HATI	171
G. RANGKUMAN	174
H. TEST FORMATIF	175
DAFTAR PUSTAKA	178
TENTANG PENULIS	188

KEGIATAN BELAJAR 1

KONSEP DASAR KEPERAWATAN ANAK SEHAT DAN SAKIT AKUT

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Pada bab ini mahasiswa mempelajari konsep dasar teoritis dari Keperawatan Anak Sehat dan Sakit Akut. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman tentang konsep dasar teoritis dari keperawatan anak sehat dan sakit akut.

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

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

1. Mampu menjelaskan perspektif keperawatan anak dalam konteks keluarga.
2. Mampu menjelaskan perkembangan keperawatan anak
3. Mampu menjelaskan mortalitas pada bayi dan anak
4. Mampu menjelaskan morbiditas pada bayi dan anak
5. Mampu menguraikan definisi dan ruang lingkup anak sehat dan sakit akut
6. Mampu menjelaskan filosofi dalam keperawatan anak
7. Mampu menjelaskan *anticipatory guidance*

PETA KONSEP PEMBELAJARAN

Konsep Dasar Keperawatan Anak Sehat dan Sakit Akut						
Perspektif Keperawatan Anak dalam Konteks Keluarga	Perkembangan Keperawatan Anak	Mortalitas pada Bayi dan Anak	Morbiditas pada Bayi dan Anak	Definisi dan Ruang Lingkup Anak Sehat dan Sakit Akut	Filosofi Keperawatan Anak	Anticipatory Guidance

A. PERSPEKTIF KEPERAWATAN ANAK DALAM KONTEKS KELUARGA

Perspektif keperawatan anak merupakan landasan berfikir perawat anak dalam memandang anak. Menurut UNICEF, anak adalah seseorang yang berumur 0-18 tahun. UU 38 tahun 2014 tentang Keperawatan, menyebutkan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat Keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit. UU 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, BAB VII pasal 131 bahwa upaya pemeliharaan kesehatan anak dilakukan sejak anak masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan, dan sampai berusia 18 (delapan belas) tahun. Demikian juga diatur dalam permenkes nomor 25 tahun 2014 tentang upaya kesehatan anak. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014; Republik Indonesia, 2009, 2014)

Landasan berfikir keperawatan anak dalam memberikan asuhannya dapat menggunakan dasar dari permenkes nomor 25 tahun 2014 bahwa upaya kesehatan anak adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan anak dalam bentuk pencegahan penyakit, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh Pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat. Adapun pendekatan yang digunakan adalah pendekatan pemeliharaan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan penyakit (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014)

Pengaturan Upaya Kesehatan Anak bertujuan untuk: (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014)

1. Menjamin kelangsungan hidup anak yang diutamakan pada upaya menurunkan angka kematian Bayi Baru Lahir, Bayi dan Anak Balita;
2. Menjamin tumbuh kembang anak secara optimal sesuai dengan potensi yang dimiliki;
3. Melibatkan partisipasi Anak Usia Sekolah dan Remaja di bidang kesehatan;
4. Menjamin terpenuhinya hak kesehatan anak dengan memperhatikan siklus hidup;

5. Menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang komprehensif bagi Anak dan Remaja;
6. Mempersiapkan menjadi orang dewasa yang sehat dan produktif, baik sosial maupun ekonomi;
7. Menjamin agar Anak Usia Sekolah dan Remaja mendapatkan pendidikan kesehatan melalui sekolah maupun luar sekolah;
8. Memberikan perlindungan kepada Anak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan bermanfaat ; dan
9. Memberikan kepastian hukum bagi Anak, orang tua/Keluarga, tenaga kesehatan, dan fasilitas pelayanan kesehatan.

Merujuk pada hal tersebut maka perawat mempunyai peran yang penting dalam berupaya mewujudkan kesehatan pada anak baik dalam peran sebagai *care provider* (nomor 1, 2, 5, 6), fasilitator (nomor 3) *educator* (nomor 7) maupun advokat (nomor 4,8 dan 9). Sehingga, perawat perlu mengetahui prinsip prinsip dalam perawatan anak sebagai landasan berfikir dalam melakukan peran tersebut. Prinsip prinsip dalam asuhan keperawatan anak yang harus diperhatikan (sehingga berbeda dengan asuhan keperawatan lainnya) antara lain:

1. Anak bukan miniatur orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik. Maka, tidak boleh memandang anak dari segi fisiknya saja melainkan sebagai individu yang unik yang mempunyai pola pertumbuhan dan perkembangan menuju proses kematangan.

2. Anak adalah sebagai individu yang unik dan mempunyai kebutuhan sesuai tahap perkembangannya. Sebagai individu yang unik, anak memiliki berbagai kebutuhan yang berbeda satu dengan yang lain sesuai tumbuh kembang. Kebutuhan fisiologis seperti nutrisi dan cairan, aktivitas, eliminasi, tidur dan lain-lain, sedangkan kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang akan terlihat sesuai tumbuh kembangnya.
3. Pelayanan keperawatan anak berorientasi pada upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian pada anak mengingat anak adalah penerus generasi bangsa.
4. Keperawatan anak merupakan disiplin ilmu kesehatan yang berfokus pada kesejahteraan anak sehingga perawat bertanggung jawab secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan anak. Dalam mensejahterakan anak maka keperawatan selalu mengutamakan kepentingan anak dan upayanya tidak terlepas dari peran keluarga sehingga selalu melibatkan keluarga.
5. Praktik keperawatan anak mencakup kontrak dengan anak dan keluarga untuk mencegah, mengkaji, mengintervensi dan meningkatkan kesejahteraan hidup, dengan menggunakan proses keperawatan yang sesuai dengan aspek moral (etik) dan aspek hukum (legal).
6. Tujuan keperawatan anak dan keluarga adalah untuk meningkatkan maturasi atau kematangan yang sehat bagi anak

dan remaja sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual dalam konteks keluarga dan masyarakat. Upaya kematangan anak adalah dengan selalu memperhatikan lingkungan yang baik secara internal maupun eksternal dimana kematangan anak ditentukan oleh lingkungan yang baik.

7. Pada masa yang akan datang kecenderungan keperawatan anak berfokus pada ilmu tumbuh kembang, sebab ini yang akan mempelajari aspek kehidupan anak. (Ningsih et al., 2022)

B. PERKEMBANGAN KEPERAWATAN ANAK

Menurut sejarah kesehatan anak, sebelum abad 19 adalah masa kegelapan pada anak (*the dark age of paediatric*), karena kesehatan anak belum mendapatkan perhatian khusus. Pada masa itu, banyak wabah yang terjadi pada anak seperti difteri, cacar, flu karena gangguan gizi dan TBC yang terjadi secara endemic. Dokter Abraham Jacobi, yang dianggap oleh sebagian besar orang sebagai pendiri pediatri modern, memberikan kuliah kedokteran pertama tentang penyakit anak pada tahun 1860. Hingga Perang Sipil, pediatri dianggap sebagai bagian dari kebidanan di Amerika Serikat. Jacobi menyampaikan bahwa pediatri harus memiliki fokus yang lebih luas dan lebih konseptual. Visinya adalah bahwa dokter anak harus memperhatikan kesehatan anak jauh melampaui penyakit belaka. Ia menganjurkan keterlibatan dokter yang merawat anak-anak dalam semua aspek kesehatan anak termasuk pemberian makan bayi, kebersihan anak, dan pencegahan

penyakit pada anak-anak yang sehat. Dokter anak, menurutnya, juga dapat menggunakan bakatnya untuk memfasilitasi Amerikanisasi imigran. Jacobi mengartikulasikan sebuah model untuk pediatri dengan fokus jauh melampaui penyakit tertentu, yang melibatkan pencegahan penyakit pada anak-anak yang sehat, mendidik orang tua tentang pengasuhan anak, dan aktivisme sosial untuk hak-hak anak. (University of Pennsylvania, 2025)

Buku teks keperawatan pediatrik pertama baru diterbitkan pada tahun 1923, namun artikel-artikel yang membahas kebutuhan anak telah muncul di jurnal-jurnal keperawatan jauh lebih awal (Farrar, 1906; Pierce, Cutler, & Bancroft, 1923). Florence Nightingale sendiri menekankan kebutuhan asuhan keperawatan anak dalam bukunya yang berpengaruh pada tahun 1859, *Notes on Nursing*, dengan menulis: "*Kemampuan seorang perawat untuk merawat bayi yang sakit adalah ujian sesungguhnya*" (Nightingale, 1859/1992). (University of Pennsylvania, 2025)

Publikasi-publikasi awal menyoroti praktik-praktik seperti teknik pemberian makan bayi dan prosedur keperawatan pediatrik. Perawat pediatrik perintis seperti Anna Haswell (1908) juga menekankan tipe kepribadian khusus yang dibutuhkan untuk keperawatan anak dengan menyatakan bahwa: "Keperawatan anak usia dini merupakan salah satu bidang *pekerjaan kita yang perlu dipelajari secara khusus. Kita tidak memiliki cabang yang*

lebih penting lagi... Marilah kita bersedia melakukan apa pun yang akan memberikan manfaat terbesar bagi anak, dan hargai profesi kita dengan menjadi semakin efisien dalam kemampuan kita merawat anak yang sakit” (hlm. 115). (University of Pennsylvania, 2025)

Pada abad 20 ini, kesehatan anak berfokus pada upaya promotive dan preventif untuk mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan anak. Masalah kesehatan yang menjadi focus untuk diatasi pada abad ini adalah masalah status gizi, kasus *stunting* (pendek), *wasting* (kurus), maupun obesitas. Pada tahun 2025, direktorat jenderal kesehatan menyampaikan angka *stunting* di Indonesia masih tergolong tinggi, dengan prevalensi di atas 20% pada beberapa provinsi yang berarti satu dari lima anak Indonesia mengalami gangguan pertumbuhan karena kekurangan gizi kronis. Belum lagi masalah imunisasi dasar yang belum tuntas, kasus kekerasan terhadap anak, hingga keterbatasan akses terhadap sanitasi dan air bersih di berbagai pelosok negeri. Di samping itu, pada era digital dan internet yang mudah diakses juga bisa menjadi ancaman kesehatan pada anak. (Wahyuni, 2025)

Perkembangan keperawatan anak pada abad 20 ini lebih baik. Dalam Dunia Pendidikan di Indonesia, saat ini sudah ada spesialis keperawatan anak di Universitas Indonesia. Pendekatan yang digunakan dalam asuhan keperawatan anak juga menggunakan

family centered care (FCC) dan *atraumatic care*. Penelitian – penelitian terkait keperawatan anak juga sudah banyak dilakukan dan diaplikasikan di masyarakat maupun rumah sakit.

C. MORTALITAS PADA BAYI DAN ANAK DI DUNIA DAN DI INDONESIA

1. Angka Kematian Lahir Mati

Sekitar 1,9 juta bayi lahir mati (bayi yang lahir tanpa tanda-tanda kehidupan pada usia kehamilan 28 minggu atau lebih) terjadi di seluruh dunia pada tahun 2023. Banyak di antaranya mungkin dapat dicegah dengan perawatan yang tepat. Menurut data terbaru, tingkat kelahiran mati global tahun 2022 adalah 14,3 bayi lahir mati per 1.000 kelahiran. Ini setara dengan 1 dari 70 kelahiran yang mengakibatkan bayi lahir mati, atau satu bayi setiap 17 detik. Namun, angka ini mungkin masih terlalu rendah, karena kelahiran mati seringkali tidak dilaporkan. (UNICEF, 2025a)

2. Angka Kematian Bayi Baru Lahir

28 hari pertama kehidupan (periode neonatal) merupakan masa paling rentan bagi kelangsungan hidup seorang anak. Anak-anak menghadapi risiko kematian tertinggi pada bulan pertama kehidupan mereka dengan rata-rata global 17 kematian per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2023, turun 53 %dari 37 kematian per 1.000 kelahiran hidup pada tahun

1990. Sebagai perbandingan, probabilitas kematian setelah bulan pertama dan sebelum mencapai usia 1 tahun diperkirakan 10 kematian per 1.000, dan probabilitas kematian setelah mencapai usia 1 tahun dan sebelum mencapai usia 5 tahun diperkirakan 10 kematian per 1.000 pada tahun 2023. Secara global, 2,3 juta anak meninggal pada bulan pertama kehidupan pada tahun 2023 (sekitar 6.300 kematian neonatal setiap hari). (UNICEF, 2025a)

3. Angka Kematian Balita (0-5 tahun)

Angka kematian balita mengacu pada probabilitas bayi baru lahir meninggal sebelum mencapai tepat usia 5 tahun, dinyatakan per 1.000 kelahiran hidup. Data Unicef tahun 2023 menunjukkan 4,8 juta anak balita di Dunia meninggal. Ini berarti 13.100 anak balita meninggal setiap hari pada tahun 2023. Secara global, penyakit menular, termasuk pneumonia, diare, dan malaria, tetap menjadi penyebab utama kematian balita, bersama dengan kelahiran prematur dan komplikasi terkait intrapartum. (UNICEF, 2025a)

Angka kematian balita global menurun sebesar 61 persen, dari 94 kematian per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1990 menjadi 37 pada tahun 2023. Meskipun terdapat kemajuan yang signifikan ini, peningkatan kelangsungan hidup anak tetap menjadi perhatian yang mendesak. Pada tahun 2023 saja, sekitar 13.100 kematian balita terjadi setiap hari, suatu

angka kematian anak yang sangat tinggi yang sebagian besar dapat dicegah. (UNICEF, 2025a)

Data pada tahun 2017 Indonesia melaporkan angka kematian neonatal sebesar 15 per 1.000 kelahiran hidup; turun dari 19 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2012 (target SDGs: 12). Separuh kasus kematian ini dialami bayi baru lahir dan nyaris 80 persen terjadi dalam pekan pertama kehidupan. (UNICEF, 2025b; United Nations Children's Fund, 2020)

Data Unicef tahun 2023 tentang angka kematian sampai usia 5 tahun, menunjukkan di Indonesia angka kematian per 1000 kelahiran hidup mencapai 20.6 lebih rendah daripada tahun sebelumnya. Jika dibandingkan pada tahun 1990, angka kematian anak mencapai lebih dari 85. Hal ini menunjukkan terdapat peningkatan dalam perawatan anak. (UNICEF, 2025b)

D. MORBIDITAS PADA BAYI DAN ANAK DI INDONESIA

Data dari Web Unicef tahun 2025 menunjukkan angka kesakitan anak di Indonesia disebabkan oleh berbagai hal seperti Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA), diare dan gigitan nyamuk. Data dari Unicef menunjukkan pencarian perawatan anak karena ISPA sebanyak 75% dan karena Diare sebanyak 36%. (UNICEF, 2025b)

Indonesia mempunyai komitmen yang kuat dalam meningkatkan kesehatan anak dan remaja. Hal tersebut dibuktikan dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 untuk memperbaiki akses kepada layanan kesehatan melalui cakupan kesehatan universal dan langkah pencegahan yang bertujuan mempromosikan gaya hidup sehat kepada anak dan remaja. Namun, tetap ada celah dan tantangan penting yang perlu diatasi seperti cakupan imunisasi dan penanggulangan penyakit tidak menular. (United Nations Children's Fund, 2020)

Imunisasi yang tidak lengkap merupakan celah yang dapat membuat anak sakit. Data dari pemerintah sejak tahun 2007 sampai 2017 terdapat kenaikan cakupan penerima imunisasi lengkap dari 59% menjadi 65%. Kesakitan anak yang lain juga disebabkan penyakit tidak menular antara lain tuberkulosis, malaria, demam berdarah, tifus, HIV, dan beragam jenis diare. Tiap-tiap penyakit merupakan ancaman bagi keberlangsungan hidup dan dapat menimbulkan kerugian jangka panjang, mulai dari gangguan belajar hingga kerusakan otak. (United Nations Children's Fund, 2020)

Kesakitan anak juga dialami dalam hal psikologis. Hasil survei terbaru terhadap anak sekolah usia 13–17 tahun di Indonesia menyoroti kesehatan jiwa sebagai isu utama yang dirasakan remaja. Lebih dari 5 persen murid yang mengikuti survei menyatakan pernah secara serius mempertimbangkan bunuh diri

dalam 12 bulan terakhir, dengan angka murid perempuan lebih tinggi dibandingkan murid lelaki. Pikiran melakukan bunuh diri pun tampaknya paling sering terjadi di kalangan murid SMA (usia 16–17) Kesakitan anak tidak hanya disebabkan oleh hal tersebut tersebut namun juga termasuk karena masalah gizi.(WHO, 2015)

E. DEFINISI DAN RUANG LINGKUP KEPERAWATAN ANAK SEHAT DAN SAKIT AKUT

Definisi sehat menurut UU No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, diartikan sebagai keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. WHO menggunakan definisi sehat dari Saracci (1997, halaman 1410) yang menyatakan sehat adalah *"a condition of wellbeing, free of disease or infirmity, and a basic and universal human right"* Yang berarti "suatu kondisi kesejahteraan, bebas dari penyakit atau kelemahan, dan merupakan hak asasi manusia yang mendasar dan universal" Sehingga disimpulkan anak sehat adalah seseorang yang sebelum berusia 18 tahun memiliki keadaan sejahtera, sehat badan, rohani (mental), dan sosial, sehingga mengalami pertumbuhan yang optimal, dan perkembangan fisik, intelektual, dan emosional yang optimal bebas dari penyakit-penyakit, cacat, dan kelemahan. (Amzat J, 2014; Republik Indonesia, 2009)

Sedangkan untuk definisi anak sakit akut adalah seseorang yang sebelum berusia 18 tahun mengalami penyimpangan keadaan sehat sejahtera atau mengalami penyakit akut yang berupa penyakit dengan onset cepat, durasi singkat dan dapat disembuhkan. Sebagai contoh anak dengan infeksi saluran pernafasan akut, diare dan sebagainya.

Keperawatan Anak Sehat dan Sakit Akut adalah keperawatan yang berfokus kepada respon anak dan keluarga pada setiap tahap perkembangan dari neonatus sampai akhir masa remaja baik dalam keadaan sehat ataupun sakit akut, di masyarakat ataupun dirawat di rumah sakit. Adapun ruang lingkup keperawatan anak sehat dan sakit akut merujuk pada pasal 3 Permenkes nomor 25 tahun 2014 meliputi upaya pendekatan pemeliharaan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan penyakit (rehabilitatif). Dibawah ini merupakan contoh contoh ruang lingkup sesuai pendekatannya yang dapat dilakukan seorang perawat. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014)

Upaya promotive dapat dilakukan sejak didalam kandungan seperti pada pasal 6 antara lain: pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai asupan, gizi seimbang perilaku hidup bersih dan sehat, dan penyalahgunaan zat adiktif selama kehamilan; pemeriksaan antenatal pada ibu hamil; dan stimulasi fungsi kognitif pada janin yang dapat dilakukan melalui penyuluhan,

konseling dan kelas ibu. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014)

Upaya preventive dapat dilakukan dengan pelayanan kesehatan neonatal esensial, skrining Bayi Baru Lahir; dan pemberian komunikasi, informasi, edukasi kepada ibu dan keluarganya serta pemantauan pertumbuhan dan perkembangan. Hal ini dapat dilakukan sejak bayi lahir, pemulangan saat dari persalinan dan saat kunjungan ulang. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014)

Upaya penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan penyakit (rehabilitatif) oleh pemerintah dapat dilakukan dengan melaksanakan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). MTBS dilaksanakan untuk meningkatkan sistem pelayanan kesehatan, pengetahuan dan keterampilan ibu serta pengasuh anak dalam perawatan anak serta pencarian pertolongan kesehatan serta kemampuan dan keterampilan tenaga kesehatan dalam menangani balita sakit. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014)

F. FILOSOFI KEPERAWATAN ANAK (FAMILY CENTERED CARE DAN ATRAUMATIC CARE)

Filosofi keperawatan anak adalah pandangan atau keyakinan yang dimiliki seorang perawat anak dalam melakukan asuhan

keperawatan pada anak sehingga status kesejahteraan anak tercapai. Cara berfikir yang digunakan sebagai keyakinan antara lain *family centered care* dan *atraumatic care*.

Family centered care (FCC) atau perawatan yang berpusat pada keluarga adalah keyakinan perawat yang berpusat pada pemberian dukungan, motivasi ataupun intervensi keperawatan kepada keluarga sebagai upaya untuk menyejahterakan anak atau mencapai tujuan asuhan keperawatan kepada anak. Hal ini membuat perawat untuk dalam melakukan pengkajian tentang anak melalui keluarga, pembuatan kebijakan atau keputusan kepada anak melibatkan keluarga, pelaksanaan intervensi sampai dengan evaluasi melibatkan keluarga. Hal ini berarti keluarga diberi kewenangan untuk terlibat dalam seluruh perawatan anak. Hal ini memungkinkan keluarga bertambah pengetahuan, kekuatan dan kemampuannya dalam merawat anak. (Ningsih et al., 2022)

Selain FCC, keyakinan dalam keperawatan anak adalah *atraumatic care*. *Atraumatic care* adalah prinsip perawatan yang mengutamakan bahwa selama memberikan asuhan keperawatan kepada anak tidak menimbulkan trauma pada anak. Salah satu hal yang dapat dilakukan seorang perawat adalah dengan melakukan terapi bermain kepada anak. (Ningsih et al., 2022)

G. ANTICIPATORY GUIDANCE

Anticipatory Guidance adalah Penjelasan atau petunjuk bagi orang tua yang perlu diketahui lebih dahulu sehingga dapat membimbing, mengarahkan anak dengan bijak, agar pertumbuhan dan perkembangannya tercapai secara optimal (Susilaningrum dkk, 2013). Anticipatory guidance berisi tentang petunjuk yang harus diketahui orang tua, bahaya yang mungkin dihadapi dan upaya yang bisa dilakukan. Dalam merawat anak, anak perlu diasih, asah dan asuh untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal. Orang tua melalui anticipatory guidance dapat memenuhi ketiga kebutuhan tersebut. Petunjuk sebagai bimbingan Anticipatory Guidance di kelompokkan menjadi tiga tahapan usia antara lain: usia 0-12 bulan, usia 1-3 tahun (masa Todler) dan usia 3-5 tahun (masa prasekolah). Di bawah ini merupakan rangkuman singkat anticipatory guidance untuk anak sesuai usianya: (Jaya, Dalle, & Mustari, 2021)

1. Usia 0-12 bulan

Pada usia ini anticipatory guidance terbagi menjadi 2 yaitu tahap usia anticipatory guidance pada enam bulan pertama dan enam bulan selanjutnya. Pada enam bulan pertama, orangtua diberi pemahaman untuk dapat menyesuaikan diri dengan bayinya khususnya pada ibu. Orangtua diberi penjelasan dan pemahaman tentang kebutuhan bayi dan bagaimana bayi mengungkapkannya sehingga orangtua dapat mengenalinya. Orang tua diberi penjelasan bahwa bayi 4-6 bulan tidak akan

manja sehingga orang tua bisa lebih tenang dan orangtua dianjurkan membuat jadwal sesuai kebutuhan. Selain itu, ibu diberikan penjelasan tentang kebutuhan bayi terhadap stimulasi, pertumbuhan dan perkembangan bayi yang optimal, imunisasi dan memperkenalkan makanan padat pada bayi.

Pada usia 6-12 bulan orangtua diberi pemahaman tentang ketakutan bayi terhadap orang yang tidak dikenal, perlunya kedekatan dengan orangtua sehingga perpisahan yang lama dihindari, pentingnya disiplin untuk mengatur pola makan-tidur-bermain yang teratur. Selain itu orangtua dianjurkan menggunakan kontak mata sebagai hukuman jika tidak berhasil suara negative dan jika tidak berhasil pukulan pada tangannya tidak perlu hukuman badan. Orangtua dianjurkan memberikan perhatian lebih ketika bayi menunjukkan kelakuan baik daripada ketika menangis. Bayi pada usia ini mengalami motoric yang meningkat sehingga orang tua diajari tentang pencegahan kecelakaan. Orangtua diajari juga tentang mulai penyapihan. (Jaya et al., 2021)

2. Usia 1-3 tahun

Masalah anak yang terjadi pada usia ini adalah toilet training (melatih anak buang air di toilet) dan masalah sibling. Latihan Buang Air Besar (BAB) dan Buang Air Kecil (BAK) melibatkan perkembangan psikomotorik karena latihan ini membutuhkan kematangan otot anus dan saluran kemih yang sebaiknya mulai dilatih usia 18 bulan (walaupun ada anak yang mungkin

baru muncul keinginan latihan pada usia 24 bulan). Pada usia tersebut karena anak sudah mampu berdiri, duduk dan jadwal BAB semakin teratur. Latihan ini sebaiknya dilakukan secara bertahap dan sabar. Beberapa tips dalam melakukan toilet training atau Potty training) adalah 1) Lakukan selama 3 bulan, jika belum berhasil maka anak belum siap, ibu dapat lebih sabar dan mengamati kesiapan fisik dan emosional anak; 2) Agar anak nyaman, gunakan Potty (tempat duduk khusus potty training); 3) Ajari cara penggunaan toilet dengan memberikan contoh; 4) ajak anak duduk diatas potty selama 15-20 menit; 5) Beri pujian jika berhasil, jika tidak jangan dipaksa, jangan dimarahi; 6) Gunakan kata kode tertentu saat pergi ke toilet; 7) Katakan "ibu senang) kalau anak BAB/BAK di toilet; 8) selama proses jangan meninggalkan anak sendirian di toilet untuk menghindari kecelakaan; 9) jadikan rutinitas.

Masalah sibling merupakan perasaan cemburu pada saudara barunya hal ini muncul bukan karena anak benci pada adek barunya tapi karena perubahan situasi. Sehingga orangtua dapat menyiapkan anak dengan perubahan tersebut dengan penjelasan ke anak mengenai akan ada perubahan tempat tidur. Anak juga dapat dilibatkan untuk pengurusan adik barunya.

Pada usia 12-18 bulan, orangtua dipersiapkan untuk memperhatikan perubahan tingkah laku toddler terutama

negatifistiknya. Orangtua diajari mengkaji kebiasaan makan, menyapih minum dari dot dan meningkatkan pemberian makanan padat, menyediakan makanan selingan diantara dua waktu makan. Orang tua juga diajari mengkaji pola tidur malam, mencegah bahaya yang mungkin bisa terjadi dirumah, mengenalkan aturan – aturan atau disiplin secara lembut serta menyediakan alat mainan yang meningkatkan perkembangan anak.

Pada orangtua dengan anak usia 18-24 bulan dapat diberi pemahaman tentang pentingnya persahabatan dalam kegiatan bermain, menyiapkan anak untuk kehadiran adek baru, pengawasan anak, kesehatan gigi dan kebiasaan makan. Selain itu orangtua diberitahu tentang pentingnya berdiskusi cara disiplin yang baik, kesiapan toilet training, rasa takut akan suara keras, kegelapan maupun mengisap jari. Pada usia ini , orangtua diberi kesempatan untuk mengungkapkan kejengkelannya, kelelahan dan frustasinya dalam merawat anak.

Pada orangtua anak usia 24-36 bulan, orangtua diajak diskusi tentang pentingnya kebutuhan anak meniru dan dilibatkan dalam kegiatan, toilet training dan sikap menghadapi kondisi seperti mengompol. Orangtua juga diberi pemahaman tentang penekanan adanya keunikaan dalam proses berfikir anak terutama dalam berbicara, menekankan disiplin dengan benar

dan nyata dan menghindari salah pengertian. Pada usia ini mulai didiskusikan tentang tempat penitipan anak. (Jaya et al., 2021)

3. Usia 3-5 tahun

Pada usia ini bimbingan kepada orangtua tetap diperlukan terutama dalam hal pencegahan kecelakaan seperti penutup stop kontak, proteksi pagar dan alat atau bahan berbahaya. Penjelasan ke anak sebaiknya dengan Bahasa yang mudah dimengerti. Dalam era digitalisasi saat ini, penggunaan gadget juga bias menjadi suatu ancaman terhadap kesehatan anak. Anticipatory guidance terhadap penggunaan gadget bisa merujuk pada salah satu hasil penelitian Wahyuningrum yang menemukan bahwa penggunaan gadget dalam dua jam sebelum tidur dapat menjadi factor yang berpengaruh terhadap masalah tidur. Maka anticipatory guidance tentang hal ini adalah orangtua diberi pemahaman tentang pentingnya pembatasan penggunaan gadget oleh anak. (Jaya et al., 2021; Nurul Faizin et al., 2021; Wahyuningrum, Yulianti, & Gayatina, 2020)

H. RANGKUMAN

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan beberapa hal mengenai konsep dasar keperawatan anak sehat dan sakit akut antara lain perspektif keperawatan anak sehat dan sakit akut

merujuk pada permenkes nomor 25 tahun 2014 yang mana tujuan keperawatan anak sehat dan sakit akut adalah berupaya melakukan asuhan keperawatan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan anak dalam bentuk pencegahan penyakit, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan. Keperawatan anak berkembang sejak abad 19 yang disebut sebagai era gelap bagi anak mulai membaik sampai dengan abad 20. Saat ini keperawatan anak menjadi bidang ilmu khusus dan berfokus pada kesejahteraan anak. Saat ini, angka mortalitas dan morbiditas pada anak masih tinggi di seluruh Dunia dan di Indonesia, sehingga tetap pentingnya keperawatan anak. Angka kesakitan anak tidak hanya merujuk pada sakit fisik namun juga sakit psikologis. Keperawatan anak sehat dan sakit akut berfokus pada sasaran anak berusia dibawah 18 tahun baik yang sehat maupun sakit akut dengan ruang lingkup upaya pendekatan pemeliharaan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan penyakit (rehabilitatif). Filosofi keperawatan anak yang digunakan sebagai keyakinan antara lain *family centered care* dan *atraumatic care*. Keperawatan anak yang berfokus kepada keluarga maka melibatkan keluarga dalam segala keputusan perawatan sehingga sebagai perawat anak, perawat perlu memberikan anticipatory guidance kepada orang tua untuk pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal.

I. TES FORMATIF

1. Apakah dasar landasan hukum keperawatan anak sebagai perspektif keperawatan anak sehat dan sakit akut?
 - a. Permenkes nomor 23 tahun 2014
 - b. Permenkes nomor 24 tahun 2014
 - c. Permenkes nomor 25 tahun 2014
 - d. Permenkes nomor 26 tahun 2014
 - e. Permenkes nomor 27 tahun 2014
2. Pada abad ke berapa menjadi masa gelap bagi anak?
 - a. Abad 18
 - b. Abad 19
 - c. Abad 20
 - d. Abad 21
 - e. Abad 22
3. Siapakah tokoh yang menuliskan "*Kemampuan seorang perawat untuk merawat bayi yang sakit adalah ujian sesungguhnya*"?
 - a. Florence Nightingale
 - b. Abraham Jacobi
 - c. Anna Haswell
 - d. Virginia Handerson
 - e. Abraham Maslow
4. Apakah masalah kesehatan anak yang masih menyebabkan angka morbiditas anak tinggi?
 - a. Gastroenteritis

- b. Infeksi selaput otak
 - c. Infeksi saluran kemih
 - d. Demam berdarah dengue
 - e. Infeksi Saluran Pernafasan Akut
5. Apakah yang dimaksud dengan keperawatan anak sehat dan sakit akut?
- a. Keperawatan yang berfokus kepada respon anak dan keluarga pada setiap tahap perkembangan dari neonatus sampai akhir masa remaja baik dalam keadaan sehat ataupun sakit akut, di masyarakat ataupun dirawat di rumah sakit.
 - b. Keperawatan yang berfokus kepada respon anak dan keluarga pada setiap tahap perkembangan dari usia 1 tahun sampai akhir masa remaja baik dalam keadaan sehat ataupun sakit akut, di masyarakat ataupun dirawat di rumah sakit.
 - c. Keperawatan yang berfokus kepada respon keluarga pada setiap tahap perkembangan dari neonatus sampai akhir masa remaja baik dalam keadaan sehat ataupun sakit akut, di masyarakat ataupun dirawat di rumah sakit.
 - d. Keperawatan yang berfokus kepada respon anak dan keluarga pada setiap tahap perkembangan dari neonatus sampai akhir masa remaja baik dalam keadaan sehat ataupun sakit akut yang dirawat di rumah sakit.

- e. Keperawatan yang berfokus kepada respon anak dan keluarga pada setiap tahap perkembangan dari neonatus sampai 17 tahun dalam keadaan sakit akut, di masyarakat ataupun dirawat di rumah sakit.
6. Apakah filosofi dalam keperawatan anak yang meyakini bahwa dalam memberikan asuhan keperawatan kepada anak seharusnya tidak menimbulkan trauma?
- a. *Atraumatic Care*
 - b. *Family center care*
 - c. *Anticipatory guidance*
 - d. Upaya Promotive
 - e. Upaya Preventive
7. Apakah filosofi dalam keperawatan anak yang meyakini bahwa dalam memberikan asuhan keperawatan kepada anak seharusnya melibatkan keluarga?
- a. *Atraumatic Care*
 - b. *Family center care*
 - c. *Anticipatory guidance*
 - d. Upaya Promotive
 - e. Upaya Preventive
8. Apakah istilah lain yang merujuk pada petunjuk atau bimbingan pada orangtua untuk mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan anak ?
- a. *Atraumatic Care*
 - b. *Family center care*

- c. *Anticipatory guidance*
 - d. Upaya Promotive
 - e. Upaya Preventive
9. Pada usia berapakah sebaiknya anak mulai dilatih toilet training?
- a. 36 bulan
 - b. 30 bulan
 - c. 24 bulan
 - d. 18 bulan
 - e. 12 bulan
10. Apakah bimbingan yang tepat untuk anak usia prasekolah pada era digitalisasi ini ?
- a. *Anak tidak perlu pembatasan gadget*
 - b. *Pembatasan gadget hanya pada saat masuk sekolah*
 - c. *Hindari penggunaan gadget dalam 2 jam sebelum tidur*
 - d. Anak tidak boleh menggunakan gadget
 - e. Anak diperbolehkan menggunakan gadget saat ada orangtua

J. LATIHAN

Berikan beberapa contoh upaya perawat dalam mengurangi angka morbiditas dan mortalitas anak baik dimasyarakat maupun di rumahsakit, jelaskan!

KEGIATAN BELAJAR 2

TUMBUH KEMBANG ANAK DAN FAKTOR FAKTOR YANG MEMPENGARUHINYA

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

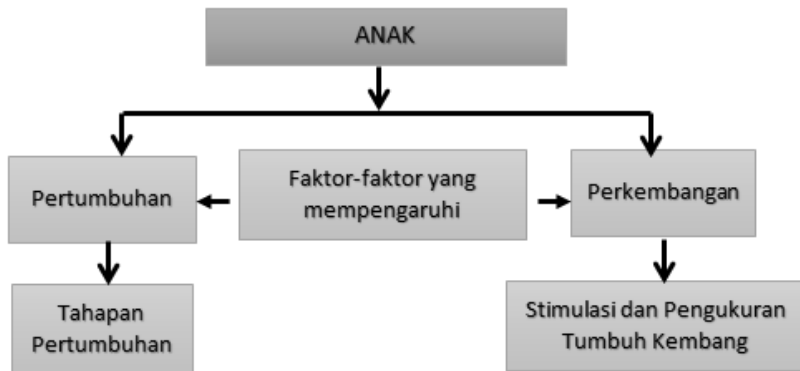
Pada bab ini mahasiswa mempelajari konsep tumbuh kembang, faktor-faktor yang mempengaruhinya serta dapat melakukan stimulasi dan pengukuran tumbuh kembang pada anak. Diharapkan mahasiswa memiliki pemahaman dan ketrampilan yang berkaitan dengan tumbuh kembang anak lebih lanjut.

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

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

1. Menjelaskan definisi tumbuh kembang.
2. Menidentifikasi faktor-faktro yang mempengaruhi tumbuh kembang anak.
3. Mampu menerapkan ketrampilan stimulasi dan pengukuran tumbuh kembang anak.

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. PENGERTIAN TUMBUH KEMBANG ANAK

Pertumbuhan, yang didefinisikan sebagai peningkatan ukuran dan jumlah sel dan jaringan interselular, berarti peningkatan ukuran fisik dan struktur tubuh secara keseluruhan, yang dapat diukur dalam satuan panjang dan berat (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Pertumbuhan merupakan perubahan dalam jumlah, ukuran, atau dimensi sel, organ, atau individu. Pertumbuhan dapat diukur dengan ukuran berat (gram, kilogram), panjang (cm, meter), umur tulang, dan keseimbangan metabolik (Soetjiningsih, 2013).

Perkembangan adalah bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Perkembangan anak merupakan proses

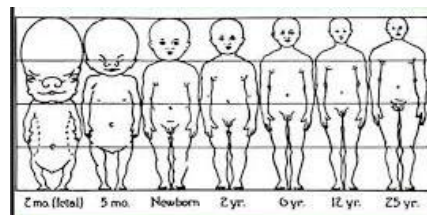
pematangan fungsi organ, atau kemampuan struktur dan fungsi tubuh anak.

B. TAHAPAN PERTUMBUHAN

Pertumbuhan anak adalah proses dinamis yang mencakup perubahan fisik, ukuran tubuh sejak lahir hingga dewasa. Berikut adalah tahapan utama pertumbuhan pada anak yang terbagi dalam 3 tahap yaitu pertumbuhan bayi, pertumbuhan toddler sampai dengan usia sekolah dan pertumbuhan remaja.

Pertumbuhan Pada Masa Bayi

Pertumbuhan anak berlangsung mulai masa bayi sampai mencapai masa remaja dan orang dewasa tampak pada perubahan proporsi (Gambar 1). Bayi akan mengalami penurunan berat badan pada awal kehidupan extrauterine, yang berangsur-angsur kembali mendapatkan berat badan lahirnya kurang lebih dalam 10 hari setelah dilahirkan. Bayi mengalami peningkatan berat badan selama awal masa bayi dan terus berangsur-angsur bayi melipatgandakan berat badan lahirnya pada usia 5 bulan.



Gambar 1 Proporsi pertumbuhan anak

Sumber: (Soetjiningsih, 2013)

Pertumbuhan Toddler sampai Usia Sekolah

Pertumbuhan terjadi mengikuti pola sefalocaudal dan proximodistal yang terjadi pesat pada masa berlanjut selama masa kanak-kanak, Laju pertumbuhan terus melambat selama masa kanak-kanak awal dan kemudian relatif stabil selama masa kanak-kanak pertengahan(Wilkin, 2021). Selama tahun kedua, rata-rata berat badan anak bertambah 2,5 kg, panjangnya bertambah 12 cm, dan lingkaran kepala bertambah kurang dari 2,5 cm. Dari usia 3 hingga 7 tahun, rata-rata berat badan anak bertambah 2 kg dan panjang 7 cm per tahun. Selama masa sekolah (usia 6–12 tahun), rata-rata pertambahan berat badan adalah 3 kg per tahun dan rata-rata perubahan tinggi badan adalah pertambahan 6 cm per tahun. Perubahan pertumbuhan mengalami fase percepatan tumbuh terjadi pada periode pubertas (usia 10 tahun pada anak Perempuan, usia 12 tahun pada anak laki-laki).

Pertumbuhan Remaja

Pertumbuhan anak perempuan cenderung mengalami percepatan pertumbuhan dan perubahan pubertas lainnya sekitar 2 tahun lebih awal dibandingkan pria. Pertumbuhan tinggi badan anak perempuan menyamai dan melampaui tinggi badan anak laki-laki pada masa remaja awal (usia 11–13). Remaja laki-laki pada akhir masa remaja terjadi peningkatan tinggi badan yang melebihi anak perempuan. Pada masa remaja, tinggi badan anak laki-laki bertambah sedikitnya 10 cm (4 inci) dan tinggi badan anak perempuan sekitar 8 cm (3 inci). Pada akhir masa remaja, tinggi

badan dewasa adalah sekitar 3,4 kali panjang badan lahir dan berat badan dewasa adalah sekitar 20 kali berat badan lahir kecuali individu tersebut mengalami obesitas atau kekurangan berat badan.

C. TAHAPAN PERKEMBANGAN

Perkembangan Bayi (0–12 Bulan):

Bayi usia 0–3 bulan, bayi mengembangkan refleks dasar seperti menghisap dan menggenggam. Pada usia 4–6 bulan, mereka mulai mengangkat kepala saat tengkurap dan menggerakkan tangan serta kaki dengan lebih terkoordinasi. Memasuki usia 7–9 bulan, bayi dapat duduk dengan bantuan, meraih objek, dan merangkak. Pada 10–12 bulan, mereka mulai berdiri dan berjalan dengan bantuan, serta meniru kata-kata sederhana. Kognitif: Bayi mulai mengenali wajah orang tua, memahami beberapa kata sederhana, dan menunjukkan ketertarikan pada mainan serta lingkungan sekitar. Sosial dan Emosional: Mereka membangun ikatan emosional dengan orang tua dan pengasuh, serta mulai menunjukkan emosi seperti senang, sedih, dan marah.

Perkembangan Usia Todler (1–3 Tahun):

Perkembangan motorik anak usia ini adalah mulai berjalan tanpa bantuan, menaiki tangga dengan dukungan, dan mengembangkan keterampilan motorik halus seperti menggambar (Yusuf Sukman,

2017). Pada usia 2–3 tahun, mulai dapat berlari, melompat, dan bermain dengan lebih terampil. Perkembangan kognitifnya meliputi dapat memahami konsep sederhana seperti warna, angka, dan bentuk, mulai berbicara dengan kalimat pendek, dan mengikuti instruksi sederhana. Perkembangan sosial emosional anak berupa mulai berinteraksi dengan teman sebaya, menunjukkan rasa ingin tahu yang besar, dan aktif bereksplorasi.

Perkembangan Usia Prasekolah (3–5 Tahun):

Perkembangan motorik anak prasekolah berupa dapat berdiri dengan satu kaki selama beberapa detik, menangkap bola kecil, dan menggunakan peralatan makan dengan benar. Kognitif anak usia pra sekolah mulai memahami konsep waktu, mengenal huruf dan angka, serta dapat menceritakan kembali bagian dari cerita (Lestari, 2021). Perkembangan sosial dan emosionalnya yaitu anak mulai bermain dengan teman sebaya, memahami aturan permainan, dan menunjukkan empati terhadap orang lain.

Perkembangan Usia Sekolah (6–12 Tahun):

Perkembangan motorik anak berlanjut dengan peningkatan kekuatan dan koordinasi motorik. Berdasarkan teori perkembangan kognitif Piaget, anak pada usia ini berada dalam tahap operasional konkret, di mana mereka mulai berpikir logis tentang peristiwa konkret tetapi masih kesulitan dengan konsep abstrak. Perkembangan sosial dan emosionalnya menunjukan,

anak mulai membentuk persahabatan yang lebih stabil, memahami perspektif orang lain, dan mengembangkan rasa tanggung jawab.

Perkembangan Usia Remaja (13–18 Tahun):

Perkembangan mengalami percepatan sejalan pertumbuhan fisik dan perubahan hormonal yang signifikan, termasuk perkembangan karakteristik seksual sekunder. Perkembangan kognitif remaja menunjukkan mulai berpikir abstrak, merencanakan masa depan, dan mengembangkan identitas pribadi. Perkembangan sosial dan Emosional menunjukkan kemampuan mencapai kemandirian, membentuk hubungan yang lebih dalam dengan teman sebaya, dan mengeksplorasi identitas diri.

D. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI

Pertumbuhan dan perkembangan dipengaruhi oleh berbagai faktor genetik, lingkungan, dan sosial (Cameron, N, & Schell, L, M, 2021). Faktor utama yang berperan penting adalah faktor dan aspek yang mempengaruhi perkembangan anak usia dini meliputi faktor genetik/hereditas, faktor lingkungan, dan perilaku pemberian stimulus (Solicha, 2020). Adapun faktor-faktor utama tersebut adalah sebagai berikut:

1. Genetik

Faktor genetik ini merupakan modal dasar dalam mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang. Potensi genetik yang bermutu hendaknya dapat berinteraksi dengan lingkungan

secara positif sehingga diperoleh hasil yang optimal (Cameron, N, & Schell, L, M, 2021). Adapun yang termasuk dalam faktor genetik diantaranya adalah faktor bawaan yang normal atau patologis, jenis kelamin, suku bangsa atau bangsa.

2. Lingkungan

Berbagai keadaan lingkungan yang berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak lazim digolongkan menjadi lingkungan biopsikososial, yang di dalamnya tercakup komponen biologis (fisik), psikologis, ekonomi, sosial, politik dan budaya (Cameron, N, & Schell, L, M, 2021).

3. Stimulasi

Stimulasi melalui bermain, membaca, bernyanyi, dan aktivitas sehari-hari lainnya membantu anak merangsang kemampuan otaknya serta melatih gerak tubuh dan keterampilan inderanya. Stimulasi yang konsisten dan berulang dapat memperkuat koneksi antar sel otak, yang berperan dalam peningkatan kecerdasan anak. Stimulasi adalah suatu kegiatan yang merangsang atau mengasah kemampuan dasar anak agar anak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal (Solicha, 2020).

4. Sosial ekonomi

Kondisi sosial ekonomi keluarga dapat mempengaruhi akses anak terhadap nutrisi yang baik, perawatan kesehatan, pendidikan, dan lingkungan yang mendukung. Keluarga dengan sosial ekonomi yang lebih tinggi cenderung dapat

menyediakan sumber daya yang lebih baik untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak(Hockenberry, M. J., & Wilson, 2014).

5. Penyakit dan Kesehatan:

Penyakit kronis atau infeksi berulang dapat menghambat pertumbuhan dan perkembangan anak (Ata M A, 2019). Selain itu, kondisi kesehatan ibu selama kehamilan, seperti malnutrisi atau paparan zat berbahaya, juga dapat mempengaruhi perkembangan janin((Ainul Mufidah, Rukmini, Et.all, 2023).

6. Jenis Kelamin:

Jenis kelamin anak dapat mempengaruhi pola pertumbuhan dan perkembangan. Misalnya, anak laki-laki dan perempuan mungkin memiliki laju pertumbuhan yang berbeda pada tahap-tahap tertentu dalam masa pertumbuhan mereka.

E. STIMULASI DAN PENGUKURAN TUMBUH KEMBANG

Stimulasi Tumbuh Kembang Anak

Stimulasi adalah suatu kegiatan yang merangsang atau mengasah kemampuan dasar anak agar anak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal. Orang yang paling berperan memberi stimulasi kepada anak adalah orang tua. Orang yang paling berperan memberi stimulasi kepada anak adalah orang tua. Pemberian stimulasi secara terus menerus akan semakin meningkatkan kemampuan anak(Nurlaila et al., 2022)(Solicha,

2020). Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) sangat perlu dilakukan terutama pada usia dibawah lima tahun karena akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan anak selanjutnya(Marsilia et al., 2022).

Stimulasi yang diberikan pada anak usia 0 bulan sd 72 bulan meliputi stimulasi motorik kasar, motorik halus, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian. Stimulasi dapat diberikan melalui bermain, berbicara, bernyanyi, dan berinteraksi dengan anak. Banyak penelitian stimulasi melalui bermain terbukti efektif meningkatkan perkembangan anak, misalnya permainan tradisional (congklak) efektif meningkatkan perkembangan kognitif dan motorik halus pada anak balita(Rukmini, 2022). Disamping itu stimulai melalu bermain juga memberikan manfaat untuk perkembangan yaitu Permainan congklak efektif digunakan untuk meningkatkan perkembangan sosial emosional anak usia 4-6 tahun. Permainan congklak merupakan alternatif untuk meningkatkan perkembangan sosial emosional anak (Rukmini, 2022). Penggunaan mainan, sentuhan, dan aktivitas sederhana dapat merangsang perkembangan mereka. Berikut beberapa stimulasi berdasarkan usia pada tabel dibawah ini :

Tabel 2.1 Rentang Usia dan Stimulasi Pada Anak usia 0 sd 72
Bulan

Usia	Stimulasi
0-3 bulan	Mainan dengan warna cerah, Gerakan keatas ,

Usia	Stimulasi
	kiri dan kanan Ajak tersenyum, bicara, mendengarkan suara.
3-6 bulan	Latih bayi menguatkan otot – otot leher, dengan angkat pergelangan tangan posisi setengah duduk, latih duduk dengan sandaran hingga mampu duduk tegak sendiri. Ajak bayi bicara, menirukan suara, contoh : mama, papa, baba
6-9 bulan	Latih bayi duduk sendiri, latih untuk berdiri dengan menarik bayi dari duduk untuk berdiri, berdiri berpegangan. Ajak bayi bicara, latih melambaikan tangan “daag” mengenalkan gambar-gambar dan menyebut gambar Binatang, makanan/ minuman misal susu.
9-12 bulan	Latih anak merangkak, berdiri, berjalan, memasukan benda kedalam wadah, mengambil benda-benda kecil. Ajarkan menirukan bunyi yang didengar, latih bicara 2-3 suku kata, misal minum susu.
12-18 bulan	Latih berdiri sendiri, berjalan maju dan mundur melalui permainan, menangkap dan melempar mainan, misal : bola. Latih berbicara , membunyikan suara dari

Usia	Stimulasi
	mainan.
18 –24 bulan	Latih berdiri tanpa pegangan, berdiri mendorong mainan. Latih kekuatan memegang benda, memasukan benda ke wadah. Latih berkomunikasi dengan cerita, menonton bersama, dibacakan buku, bernyanyi sambil tepuk tangan.
24-36 bulan	Latih melompat, berjalan menhadapai rintangan, melempar dan menangkap bola, menyusun balok, mencocokkan gambar. Kembangkan kemampuan bicara dengan mengenalka kosa kata baru, menyebutkan nama benda2 saat bermain tebak-tebak, latih untuk mampu bercerita, dikenalkan warna - warna.
36-48 bulan	Latih anak untuk berlari, melompat, berdiri satu kaki, memanjat, menendang, mengedaraai sepeda roda tiga. Ajak anak bermain menyusun balok, puzzle , menggambar, mewarnai. Kembangkan komunikasi dengan bercerita dari buku, atau foto kejadian, mengenalkan huruf. Latih kemandirian cuci tangan, memakai alat

Usia	Stimulasi
	makan, mengancingkan baju
48-60 bulan	Latih permainan kompetisi balab karung, lari, main lompat tali, main engklek. Tingkatkan kemampuan menggunting, menggambar, mencocok pola gambar. Ajak tebak-tebakan, mengenalkan tulisan kalimat singkat. Latih kemandirian berpakaian, mengerjakan tanpa bantuan.
60-72 bulan	Latih mematuhi aturan permainan, bermain bersama teman sebaya, belajar mematuhi aturan keluarga.

Sumber : KPSP

Orang tua hendaknya melakukan stimulasi untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang terbaik untuk menunjang potensi genetik yang ada pada anak tersebut.

Pengukuran Tumbuh Kembang Anak

Penilaian tumbuh kembang anak, diperlukan untuk menegakkan diagnosis mengenai pertumbuhan dan status gizi anak, baik dalam keadaan sehat maupun sakit. Penilaian dapat memberikan gambaran seorang anak tumbuh dan berkembang secara normal atau tidak. Anak yang sehat akan menunjukkan tumbuh kembang yang optimal apabila mendapatkan lingkungan biofisik dan psikososial yang adekuat (Wahyuni, 2018). Parameter

pertumbuhan yaitu ukuran antropometrik yang digunakan dalam penilaian pertumbuhan fisik antara lain tinggi badan, berat badan, lingkar kepala, lingkar dada, lipatan kulit, lingkar lengan atas. Penilaian pertumbuhan dimulai dengan memplot hasil pengukuran tinggi badan dan berat badan pada kurva standar, seperti NCHS, Lubchenco, Harvard atau KMS.

Perkembangan anak menggambarkan peningkatan kematangan fungsi individu, dan merupakan indikator penting dalam menilai kualitas hidup anak. Oleh karena itu perkembangan anak harus dipantau secara berkala. Bayi atau anak dengan resiko tinggi terjadinya penyimpangan perkembangan perlu mendapat prioritas, antara lain bayi prematur, berat lahir rendah, bayi dengan riwayat asfiksia, hiperbilirubinemia, infeksi intrapartum, ibu diabetes mellitus, dan gemelli. Pengukuran perkembangan secara awal dapat dilakukan melalui skrining perkembangan dengan metode Denver II dan menggunakan Kuesioner Pra-Skrining Perkembangan(KPSP)

F. RANGKUMAN

Konsep pertumbuhan dan perkembangan anak adalah dua proses penting yang saling terkait yang terjadi secara bersamaan dan terus menerus. Pertumbuhan adalah perubahan fisik yang dapat diukur, seperti peningkatan berat badan, tinggi, dan lingkar

kepala, dan perkembangan adalah perubahan kualitatif, seperti kematangan, peningkatan kemampuan motorik, kognitif, bahasa-komunikasi, dan sosial-kemandirian. Proses tumbuh dan berkembang tidak berjalan secara terpisah, melainkan saling memengaruhi, di mana laju dan kualitas pertumbuhan serta perkembangan sangat dipengaruhi oleh interaksi kompleks antara faktor genetik (internal) dan lingkungan (eksternal) seperti nutrisi, stimulasi, dan kesehatan secara keseluruhan. Dengan demikian, pemahaman holistik terhadap pertumbuhan dan perkembangan dibutuhkan dalam mendukung optimalisasi pada anak.

G. TES FORMATIF

Jawablah pertanyaan dibawah ini :

1. Jelaskan definisi Tumbuh dan kembang!
2. Sebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang !
3. Sebutkan stimulasi yang dilakukan pada anak usia 0 sd 72 bulan untuk menstimulasi perkembangan anak.

H. LATIHAN : PENGUKURAN PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN

Laksanakan ketrampilan pengukuran BB dan TB pada anak berdasarkan SOP dibawah ini :

NAMA MAHASISWA : **RUANG :**
NIM : **TANGGAL/JAM :**

Berilah tanda checklist (✓) pada kolom yang disediakan untuk prosedur yang dilakukan mahasiswa!

No.	Kemampuan	Ya	Tidak
1.	FASE PRA INTERAKSI		
	Menyebutkan atau menjelaskan :		
	1. Tujuan dilakukan pengukuran berat badan & tinggi badan		
	2. Langkah – langkah tindakan pengukuran berat badan dan tinggi badan		
	3. Rasional setiap tindakan		
2.	FASE KERJA		
	1. Menyiapkan peralatan:		
	a. Timbang badan bayi / timbang badan berdiri		
	b. Penggaris panjang badan / pengukur tinggi badan		
	c. Format BB & TB		
	2. Mencuci tangan		
	3. Menyiapkan pasien :		
	a. Pasien dalam posisi terlentang		
	b. Pasien dalam posisi berdiri		
	4. Mengukur berat badan bayi :		
	4.1. Bayi :		
	a. Buka semua baju bayi termasuk sandal / sepatu , kaos kaki dan topi juga pampers.		
	b. Tidurkan bayi didalam timbangan bayi		
	c. Ukur berat badan bayi		
	4.2. Anak		
	a. Lepas sandal / sepatu , kaos kaki		
	b. Minta anak untuk berdiri di atas timbangan berdiri		
	c. Ukur berat badan anak		
	5. Mengukur panjang / tinggi badan :		
	5.1. Bayi		
	a. Posisi bayi terlentang		
	b. Ukur panjang badan dari ujung kepala hingga tumit		
	5.2. Anak		
	a. Lepas sandal / sepatu anak		
	b. Posisi anak berdiri tegak didepan pengukur tinggi badan		
	c. Tumit menempel di pengukur tinggi badan		
	d. Ukur tinggi badan dari ujung kepala hingga tumit		
	6. Mencuci tangan		
	7. Mendokumentasikan tindakan		
3.	FASE TERMINASI		
	1. Memberi respon reaksi pasien selama dilakukan tindakan		
	2. Membantu mengatasi kecemasan dan meningkatkan kerja sama selama melakukan prosedur		
	TOTAL		

Surabaya,.....
Pembimbing Klinik

KEGIATAN BELAJAR 3

KEPERAWATAN ANAK DENGAN KONDISI GAWAT DARURAT DAN KRITIS

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Keperawatan Anak dengan Kondisi Gawat Darurat dan Kritis membahas konsep, prinsip, dan praktik keperawatan profesional dalam menangani anak yang mengalami kondisi gawat darurat dan kritis di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Pembelajaran ini menekankan pada kemampuan mahasiswa dalam melakukan pengkajian cepat (*rapid assessment*), menetapkan prioritas tindakan, melaksanakan intervensi keperawatan berbasis bukti, serta menjamin keselamatan pasien anak melalui pendekatan kolaboratif dan berpusat pada keluarga (*family-centered care*).

Melalui pembelajaran ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami perbedaan anatomi, fisiologi, serta respons patologis anak terhadap penyakit kritis; menerapkan prinsip-prinsip keselamatan pasien; dan menggunakan pendekatan komunikasi terapeutik dalam situasi darurat. Pembelajaran dilengkapi dengan studi kasus, simulasi klinik, dan diskusi berbasis masalah untuk memperkuat kemampuan analisis dan pengambilan keputusan cepat pada kondisi gawat darurat anak.

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

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

1. Mampu memahami konsep, teori, dan prinsip keperawatan anak, termasuk aspek fisiologi, patologi, dan kedaruratan.
2. Mampu memberikan asuhan keperawatan profesional dan humanistik pada anak dengan kondisi kritis secara holistik
3. Mampu melakukan penilaian, intervensi, dan evaluasi keperawatan pada anak yang mengalami kondisi gawat darurat atau kritis dengan menggunakan pendekatan *evidence-based practice*.
4. Menunjukkan tanggung jawab, etika, empati, dan kemampuan bekerja dalam tim interprofesional dalam memberikan asuhan keperawatan anak.

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. PENDAHULUAN

Anak yang datang ke unit gawat darurat atau dirawat di ruang kritis memiliki karakteristik dan kebutuhan yang berbeda dibandingkan orang dewasa. Perawatan keperawatan anak dalam

kondisi gawat darurat dan kritis memerlukan kesiapan khusus, baik dalam hal penilaian cepat, intervensi, monitoring, maupun komunikasi dengan keluarga. Banyak anak menerima perawatan darurat di fasilitas umum, bukan rumah sakit khusus anak, sehingga tantangan kompetensi dan sumber daya menjadi nyata (Zhang et al., 2025). Keperawatan anak kritis juga dipengaruhi oleh kondisi penyakit yang cepat berubah, seperti sepsis, syok, trauma, dan gagal napas, yang jika tidak ditangani secara tepat dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas (Rosida et al., 2022). Dengan demikian, penting bagi perawat anak untuk memahami ruang lingkup, prinsip dasar, dan kerangka kerja keperawatan pada pasien anak yang dalam kondisi gawat darurat dan kritis.

Selain faktor klinis, aspek emosional dan psikologis juga menjadi bagian penting dalam perawatan anak kritis. Anak-anak sering kali mengalami ketakutan, nyeri, dan disorientasi akibat prosedur medis yang kompleks. Dukungan psikososial dari perawat memiliki peran penting dalam menenangkan anak dan keluarga (Harigustian et al., 2025). Perawat perlu memiliki kemampuan empati, komunikasi efektif, dan pendekatan yang sesuai dengan usia anak agar proses perawatan berjalan optimal.

Selain itu, perkembangan teknologi medis dalam satu dekade terakhir telah meningkatkan kemampuan diagnosis dan intervensi dini pada anak dengan kondisi gawat darurat. Penggunaan

teknologi seperti *point-of-care ultrasound (POCUS)* dan sistem monitoring canggih membantu perawat mengenali perubahan kondisi lebih cepat (Kim & Song, 2023). Hal ini menuntut perawat untuk selalu memperbarui pengetahuan dan keterampilan mereka sesuai perkembangan ilmu dan teknologi keperawatan.

B. DEFINISI DAN TERMINOLOGI

Kondisi gawat darurat anak dapat didefinisikan sebagai situasi yang memerlukan intervensi segera untuk mencegah kerusakan organ atau kematian. Kondisi kritis adalah keadaan di mana fungsi organ vital terganggu sehingga memerlukan monitoring intensif dan intervensi berkelanjutan (Joseph et al., 2022). Dalam konteks ini, perawat memiliki peran penting dalam identifikasi dini, respons cepat, stabilisasi, dan dokumentasi yang efektif.

Menurut *American Association of Critical-Care Nurses (AACN)*, keperawatan kritis pediatrik adalah praktik keperawatan profesional yang ditujukan untuk pasien anak yang berisiko tinggi mengalami disfungsi organ (AACN, 2021). Definisi lain dari *World Health Organization (WHO)* menekankan pentingnya sistem rujukan yang efisien dalam mendukung pelayanan anak kritis (WHO, 2022). Selain itu, *Society of Critical Care Medicine (SCCM)* mendeskripsikan perawatan anak kritis sebagai pendekatan

multidisiplin dengan fokus pada stabilisasi fisiologis dan dukungan keluarga (SCCM, 2023).

C. EPIDEMIOLOGI DAN BEBAN PENYAKIT

Studi menunjukkan bahwa prevalensi syok pada anak di negara berpenghasilan menengah dapat mencapai >40% dengan angka kematian hingga 33% (Zhao et al., 2023). Program peningkatan kesiapan darurat pediatrik terbukti meningkatkan skor kesiapan dan kualitas layanan (Halsa, 2023). Beban perawatan anak kritis mencakup aspek klinis, sistem layanan, dan sumber daya keperawatan.

Kondisi gawat darurat pada anak di Indonesia seringkali disebabkan oleh infeksi berat, dehidrasi, trauma kepala, dan penyakit jantung bawaan (Rosida et al., 2022). Menurut laporan Kementerian Kesehatan (Kemenkes, 2024), angka mortalitas anak yang datang ke IGD masih tinggi akibat keterlambatan triase dan kurangnya kompetensi perawat dalam penilaian awal. Hal ini menunjukkan bahwa pelatihan berkelanjutan dan ketersediaan fasilitas darurat anak sangat penting.

Selain faktor penyakit, beban psikososial keluarga juga menjadi isu penting. Orang tua sering mengalami stres berat saat anaknya berada dalam kondisi kritis. Dukungan emosional dari perawat

terbukti meningkatkan kepuasan keluarga dan mempercepat pemulihan anak (Harigustian et al., 2025).

D. PERAN PERAWAT ANAK DALAM KONDISI GAWAT DARURAT DAN KRITIS

Perawat anak berperan dalam:

- 1. Penilaian cepat kondisi anak (ABCDE).** Tahap ini mencakup evaluasi jalan napas (Airway), pernapasan (Breathing), sirkulasi (Circulation), status neurologis (Disability), dan paparan (Exposure). Keterampilan ini membantu mengidentifikasi ancaman nyawa dengan cepat (Joseph et al., 2022).
- 2. Pelaksanaan intervensi segera seperti resusitasi dan oksigenasi.** Perawat harus mampu melakukan tindakan dasar seperti pemberian oksigen, resusitasi cairan, hingga dukungan ventilasi mekanik (Zhang et al., 2025).
- 3. Monitoring tanda vital dan respons terapi.** Pengamatan terus-menerus terhadap tanda vital membantu mendeteksi perubahan kondisi pasien lebih dini (Rosida et al., 2022).
- 4. Dokumentasi dan laporan kepada tim medis.** Catatan yang akurat mendukung kesinambungan perawatan dan evaluasi hasil terapi (Halsa, 2023).
- 5. Komunikasi efektif dengan keluarga.** Perawat harus menyampaikan kondisi pasien secara jujur namun penuh

empati agar keluarga memahami proses perawatan (Harigustian et al., 2025).

6. Kolaborasi dengan tim multidisiplin. Perawatan anak kritis melibatkan dokter, fisioterapis, farmasis, dan psikolog. Koordinasi yang baik akan mempercepat pengambilan keputusan klinis (Kim et al., 2023).

E. TANTANGAN DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN ANAK KRITIS

Beberapa tantangan utama antara lain:

1. Perbedaan anatomi dan fisiologi anak.
2. Waktu respons yang sangat terbatas.
3. Keterbatasan sumber daya.
4. Aspek psikososial keluarga.
5. Pengendalian infeksi dan keselamatan pasien (Kim et al., 2023). Memahami tantangan ini membantu perawat bersiap dalam situasi kritis.

F. KERANGKA LAYANAN GAWAT DARURAT DAN KRITIS ANAK

Kerangka layanan gawat darurat dan kritis anak menggambarkan proses sistematis dalam memberikan asuhan keperawatan berkesinambungan sejak anak pertama kali datang ke fasilitas

kesehatan dengan kondisi gawat atau kritis, hingga mencapai stabilisasi dan rehabilitasi. Alur ini menekankan kolaborasi multidisiplin dan pengambilan keputusan berbasis bukti untuk menjamin keselamatan serta kualitas hidup anak.

1. Tahap Pra-Rumah Sakit (*Prehospital Phase*)

Pada fase ini, penanganan awal dilakukan di lapangan atau unit transportasi medis. Fokus utama adalah menilai jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi (ABC) serta melakukan resusitasi awal bila diperlukan. Perawat berperan penting dalam memberikan intervensi segera seperti oksigenasi, imobilisasi, dan komunikasi cepat ke rumah sakit penerima (World Health Organization, 2022).

2. Tahap Triage dan Penilaian Awal di IGD

Setibanya di rumah sakit, anak segera menjalani **triase** untuk menentukan tingkat kegawatan berdasarkan skala seperti *Pediatric Assessment Triangle (PAT)*. Penilaian mencakup tiga aspek: penampilan umum, kerja napas, dan sirkulasi ke kulit (American Academy of Pediatrics, 2021). Hasil triase menentukan prioritas tindakan medis selanjutnya.

3. Tahap Stabilisasi dan Intervensi Awal

Pada tahap ini, tim gawat darurat melakukan stabilisasi fisiologis melalui tindakan seperti pemasangan akses intravena, pemberian cairan, dan pemantauan ketat tanda vital. Perawat berperan dalam memantau perubahan klinis, mendeteksi tanda

perburukan dini, dan mendokumentasikan respon terhadap terapi (Nursing Critical Care Journal, 2023).

4. Tahap Penatalaksanaan di Unit Perawatan Intensif Anak (PICU)

Anak yang membutuhkan dukungan lanjutan dipindahkan ke PICU untuk pemantauan berkelanjutan. Di sini dilakukan manajemen lanjut seperti ventilasi mekanik, terapi obat inotropik, atau pemantauan hemodinamik invasif. Perawat kritis bertanggung jawab terhadap pengkajian berulang dan intervensi berbasis bukti untuk mempertahankan homeostasis (Rosida et al., 2022).

5. Tahap Rehabilitasi dan Transisi ke Rumah

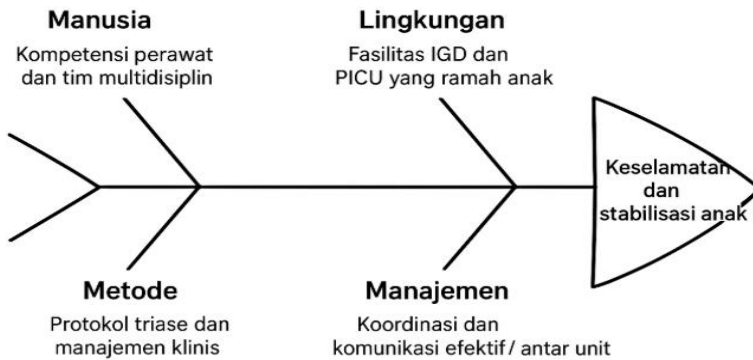
Setelah kondisi anak stabil, fokus beralih pada rehabilitasi dan pendidikan keluarga mengenai perawatan lanjutan di rumah. Perawat memfasilitasi edukasi, dukungan psikososial, dan koordinasi antar tim untuk memastikan transisi yang aman dan efektif (Johnson et al., 2021).

6. Evaluasi dan Peningkatan Mutu Layanan

Tahap akhir melibatkan evaluasi hasil asuhan dan audit mutu layanan untuk menilai efektivitas intervensi, waktu respon, serta kepuasan keluarga. Data ini menjadi dasar untuk peningkatan mutu pelayanan gawat darurat anak di masa depan (Ministry of Health Indonesia, 2023).

Kerangka Alur Pelayanan Keperawatan Anak Gawat Darurat dan Kritis (Model Fishbone):

KERANGKA LAYANAN GAWAT DARURAT DAN KRITIS ANAK



G. PRINSIP DASAR PERAWATAN KEPERAWATAN ANAK KRITIS

Prinsip utama meliputi:

1. Kecepatan dan efektivitas. Intervensi harus dilakukan dengan cepat, akurat, dan berbasis bukti. Misalnya, pada anak dengan henti napas, tindakan resusitasi jantung paru (RJP) harus segera dilakukan dalam 1 menit pertama untuk mencegah hipoksia otak (Joseph et al., 2022).
2. Keselamatan pasien. Setiap tindakan harus memperhatikan prinsip keselamatan anak, termasuk dosis obat, penggunaan alat medis, dan pencegahan infeksi nosokomial. Contohnya, penggunaan pompa infus dengan pengaturan khusus anak untuk mencegah kesalahan dosis (Rosida et al., 2022).

3. Keluarga-terfokus. Perawat harus melibatkan keluarga sebagai bagian dari tim perawatan. Misalnya, mengizinkan orang tua menemani anak di ICU dapat meningkatkan kenyamanan dan mempercepat proses pemulihan (Harigustian et al., 2025).
4. Kolaborasi tim. Penanganan anak kritis harus melibatkan tim multidisiplin untuk menghasilkan keputusan klinis terbaik. Contohnya, kolaborasi antara perawat, dokter anak, dan ahli gizi dalam menangani anak dengan sepsis berat (Kim et al., 2023).
5. Berbasis bukti (*Evidence-Based Practice*). Tindakan keperawatan harus mengikuti pedoman dan hasil riset terkini. Misalnya, penggunaan *Early Warning Score* terbukti efektif dalam mendeteksi perburukan kondisi anak (Zhao et al., 2023).
6. Evaluasi berkelanjutan. Evaluasi kondisi anak dilakukan secara terus menerus untuk memastikan intervensi yang diberikan memberikan hasil optimal. Contohnya, pemantauan saturasi oksigen setiap 30 menit pada pasien asma akut.

H. IMPLIKASI UNTUK PENDIDIKAN DAN PRAKTIK

Implikasi keperawatan anak gawat darurat dan kritis tidak hanya terbatas pada praktik klinis, tetapi juga berpengaruh besar pada sistem pendidikan keperawatan dan kebijakan rumah sakit.

1. Pendidikan Keperawatan. Lembaga pendidikan keperawatan perlu memasukkan materi keperawatan anak kritis dalam

kurikulum inti. Mahasiswa perlu dibekali dengan pelatihan simulasi klinis, keterampilan resusitasi, dan penanganan kegawatdaruratan melalui laboratorium keterampilan. Pendidikan berbasis simulasi terbukti meningkatkan kepercayaan diri dan kecepatan dalam penanganan kasus nyata (Kim & Song, 2023).

2. Pelatihan Berkelanjutan. Perawat yang bekerja di IGD dan ICU anak perlu mengikuti pelatihan rutin seperti *Pediatric Advanced Life Support (PALS)* untuk memperbarui pengetahuan dan keterampilan klinis (AACN, 2021).
3. Pengembangan Protokol Klinis. Rumah sakit harus memiliki protokol yang jelas untuk penanganan anak gawat darurat, termasuk panduan resusitasi, pemberian obat, dan komunikasi keluarga. Protokol berbasis bukti meningkatkan kualitas perawatan dan menurunkan tingkat kesalahan medis (Halsa, 2023).
4. Audit dan Evaluasi Mutu. Evaluasi berkala terhadap kinerja perawat dan hasil klinis anak penting dilakukan untuk menjaga mutu layanan. Indikator seperti waktu respons resusitasi dan kepatuhan terhadap protokol menjadi tolok ukur keberhasilan (Rosida et al., 2022).
5. Keterlibatan Keluarga dan Komunitas. Perawat harus berperan dalam edukasi keluarga mengenai tanda bahaya pada anak serta upaya pencegahan kondisi kritis di rumah. Misalnya,

pelatihan dasar RJP bagi orang tua anak dengan riwayat gangguan napas kronis (Harigustian et al., 2025).

I. RANGKUMAN

Bab ini membahas secara komprehensif konsep, prinsip, dan praktik keperawatan anak dalam kondisi gawat darurat dan kritis yang menuntut kecepatan, ketepatan, dan empati tinggi. Perawat berperan penting dalam pengkajian cepat, stabilisasi, pemantauan intensif, serta edukasi keluarga. Pemahaman tentang karakteristik fisiologis anak, penerapan prinsip keselamatan pasien, kolaborasi tim, dan penggunaan teknologi medis menjadi kunci keberhasilan asuhan. Pendekatan berbasis bukti dan *family-centered care* diperlukan untuk meningkatkan kualitas serta keselamatan anak selama masa kritis.

J. TES FORMATIF

1. Perawat anak melakukan pengkajian komprehensif terhadap pasien dengan gagal napas akut untuk menentukan prioritas intervensi. Prinsip utama yang harus diterapkan oleh perawat dalam kondisi ini adalah...
 - a. Memberikan terapi farmakologis sesuai permintaan keluarga

- b. Fokus pada pemenuhan kebutuhan emosional terlebih dahulu
 - c. Menstabilkan jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi (ABC) secara cepat dan tepat
 - d. Menunggu instruksi dokter sebelum melakukan tindakan
 - e. Melakukan dokumentasi tanpa perlu observasi ulang
2. Seorang anak datang ke IGD dengan pernapasan cepat, kesadaran menurun, dan kulit pucat. Berdasarkan *Pediatric Assessment Triangle (PAT)*, penilaian cepat ini bertujuan untuk...
- a. Menentukan kebutuhan gizi anak
 - b. Mengidentifikasi keluhan psikosomatik
 - c. Menilai kondisi respirasi dan sirkulasi anak secara visual
 - d. Mengganti protokol resusitasi dasar
 - e. Menentukan dosis obat secara individual

K. LATIHAN

Apa implikasi penting dari pendidikan berbasis simulasi dalam meningkatkan kompetensi perawat anak yang bekerja di unit gawat darurat dan kritis?

KEGIATAN BELAJAR 4

PRINSIP ETIK DAN LEGAL DALAM KEPERAWATAN ANAK

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Bab ini membahas secara komprehensif tentang landasan etik dan hukum yang menjadi dasar praktik keperawatan anak, baik dalam konteks klinik, komunitas, maupun pendidikan. Pembelajaran ini dirancang agar mahasiswa mampu memahami, mengidentifikasi, dan menerapkan prinsip-prinsip etik dan legal dalam pengambilan keputusan keperawatan yang melibatkan anak sebagai klien yang memiliki karakteristik unik baik dari aspek perkembangan, psikologis, maupun sosial.

Keperawatan anak menuntut perawat untuk tidak hanya terampil secara klinis, tetapi juga mampu mempertimbangkan nilai moral, hak anak, dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Mahasiswa akan diajak untuk menelaah berbagai dilema etik yang muncul dalam praktik pediatrik, seperti masalah informed consent, hak anak dalam perawatan, keputusan akhir kehidupan (end-of-life care), serta tanggung jawab profesional terhadap keselamatan dan kesejahteraan anak.

Melalui pembelajaran ini, mahasiswa juga diharapkan dapat memahami kode etik profesi perawat serta peraturan hukum yang mengatur praktik keperawatan di Indonesia, termasuk Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, Undang-

Undang Perlindungan Anak Nomor 35 Tahun 2014, dan UU Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023. Dengan begitu, mahasiswa tidak hanya memahami teori, tetapi juga mampu menganalisis situasi nyata di lapangan secara etis dan legal.

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami konsep dasar etika dan hukum dalam keperawatan anak, termasuk pengertian, tujuan, serta peran penting etika dan aspek legal dalam menjaga profesionalisme dan keselamatan pasien anak.
2. Menjelaskan dan menerapkan prinsip-prinsip etika keperawatan seperti *autonomy*, *beneficence*, *non-maleficence*, *justice*, *fidelity*, *veracity*, *confidentiality*, dan *advocacy* dalam pengambilan keputusan dan pemberian asuhan keperawatan anak.
3. Menjelaskan landasan hukum keperawatan anak, meliputi Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perlindungan Anak, serta kewajiban hukum perawat dalam menjaga kerahasiaan, memperoleh *informed consent*, dan melaporkan kekerasan anak.
4. Menunjukkan kemampuan profesional dan komunikasi terapeutik dengan anak dan keluarga melalui pendekatan *family-centered care*, serta menerapkan prinsip etis dan legal

dalam setiap tindakan keperawatan klinis.

5. Menampilkan sikap etis, empatik, dan bertanggung jawab dalam praktik keperawatan anak dengan menjunjung tinggi martabat, hak, dan kepentingan terbaik anak (*best interest of the child*).

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. DEFINISI ETIKA

Secara etimologis, istilah etika berasal dari bahasa Yunani *ethos* yang berarti adat istiadat, kebiasaan, atau watak. Etika berkaitan dengan nilai-nilai moral yang mengatur perilaku manusia, termasuk bagaimana seseorang seharusnya bertindak dalam situasi tertentu. Dalam konteks profesi keperawatan, etika menjadi

pedoman moral bagi perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien, keluarga, dan Masyarakat.

Keperawatan dan Aspek Hukum dalam Keperawatan, etika keperawatan didefinisikan sebagai: "Sistem nilai, norma, dan prinsip moral yang menjadi dasar perilaku profesional perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan secara manusiawi, adil, dan bertanggung jawab."

Etika mengarahkan perawat agar bertindak secara benar, jujur, adil, dan menghormati hak asasi manusia, serta menjaga kepercayaan pasien dan masyarakat. Disebutkan bahwa etika keperawatan meliputi:

1. Etika pribadi, yaitu nilai moral individu perawat.
2. Etika sosial, yaitu norma masyarakat tempat perawat bekerja.
3. Etika profesional, yaitu aturan moral yang diatur oleh organisasi profesi (seperti PPNI).

Pada praktik keperawatan anak, penerapan etika menjadi lebih kompleks karena pasien (anak) belum memiliki kemampuan penuh untuk menentukan keputusan medis. Oleh karena itu, perawat harus memperhatikan:

1. Aspek perkembangan anak — tindakan disesuaikan dengan usia dan kemampuan kognitif anak.
2. Hak anak — menghormati pendapat anak dan menjaga martabatnya.
3. Peran keluarga — melibatkan orang tua atau wali dalam setiap

keputusan perawatan.

Prinsip etika yang harus dijunjung tinggi dalam keperawatan anak meliputi:

1. Beneficence (berbuat baik): perawat wajib bertindak untuk kesejahteraan anak.
2. Non-maleficence (tidak merugikan): menghindari tindakan yang menyakiti fisik atau psikologis anak.
3. Justice (keadilan): memberikan pelayanan yang setara kepada semua anak tanpa diskriminasi.
4. Autonomy (menghormati hak pasien): meskipun anak belum dewasa secara hukum, perawat tetap menghargai pendapat anak sesuai tingkat usianya.
5. Veracity (kejujuran): menyampaikan informasi secara benar dan jujur kepada anak dan orang tua.

Dengan demikian, etika dalam keperawatan anak bukan sekadar tentang benar atau salah, tetapi tentang bagaimana perawat bertindak manusiawi, penuh empati, dan berlandaskan tanggung jawab moral.

B. DEFINISI LEGAL / HUKUM DALAM KEPERAWATAN

Aspek legal (hukum) dalam keperawatan adalah kerangka hukum dan regulasi yang mengatur batas kewenangan, tanggung jawab, dan perlindungan bagi perawat serta pasien. Hukum menjadi

pelindung dan pengarah dalam pelaksanaan praktik keperawatan agar tidak terjadi pelanggaran atau penyimpangan terhadap norma dan aturan yang berlaku.

Etika dan Hukum Kesehatan, aspek legal mencakup: "Seluruh aturan hukum, baik berupa undang-undang, peraturan pemerintah, kode etik profesi, maupun standar praktik yang menjadi dasar bagi tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan yang aman, bermutu, dan bertanggung jawab."

Dalam keperawatan anak, aspek legal mencakup beberapa elemen penting:

1. Kewenangan dan Tanggung Jawab Profesi

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, perawat memiliki kewenangan untuk memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kompetensi dan izin praktik yang dimiliki. Tindakan di luar kewenangan dapat dikategorikan sebagai malpraktik.

2. Perlindungan Anak (UU No. 35 Tahun 2014)

Anak berhak atas perlindungan dari segala bentuk kekerasan, penelantaran, dan eksploitasi. Perawat wajib menjamin keamanan dan kesejahteraan anak selama proses perawatan berlangsung.

3. Persetujuan Tindakan (Informed Consent)

Anak belum memiliki kapasitas hukum untuk membuat keputusan medis, sehingga orang tua atau wali menjadi pihak

yang memberikan persetujuan atas tindakan keperawatan. Namun, perawat tetap perlu menjelaskan tindakan kepada anak agar ia memahami dan tidak merasa takut.

4. Kerahasiaan dan Privasi (Confidentiality)

Perawat harus menjaga kerahasiaan informasi medis anak, kecuali dalam situasi yang mengancam keselamatan pasien atau hukum mengharuskannya untuk membuka informasi.

5. Pelaporan Kasus Kekerasan Anak (Mandatory Reporting)

Berdasarkan UU Perlindungan Anak Pasal 27–28, perawat wajib melaporkan dugaan kekerasan, pelecehan, atau penelantaran anak kepada pihak berwenang.

6. Tanggung Jawab Hukum (Liability)

Bila terjadi kelalaian atau kesalahan tindakan, perawat dapat dimintai pertanggungjawaban hukum, baik secara perdata, pidana, maupun etik profesi.

Praktik keperawatan anak yang baik adalah praktik yang etis sekaligus legal artinya, sesuai dengan moralitas profesi serta ketentuan hukum yang berlaku

C. SPESIFIKASI KEPERAWATAN ANAK

Keperawatan anak memiliki karakteristik dan kompleksitas tersendiri, berbeda dari keperawatan dewasa. Anak bukan sekadar miniatur orang dewasa; mereka memiliki tahap perkembangan kognitif, emosional, dan sosial yang unik. Oleh karena itu,

penerapan prinsip etik dan legal dalam keperawatan anak membutuhkan sensitivitas, empati, serta pemahaman mendalam terhadap aspek perkembangan dan perlindungan anak.

Dalam *Nursing Care of Infants and Children*, keperawatan anak menekankan pendekatan family-centered care, di mana orang tua dianggap sebagai bagian dari tim perawatan. Perawat tidak hanya berfokus pada kondisi medis anak, tetapi juga memperhatikan lingkungan keluarga, budaya, serta kebutuhan emosional anak.

1. Keterbatasan Kapasitas Legal Anak

Anak dianggap belum memiliki kapasitas hukum untuk membuat keputusan medis, sehingga perawat harus:

- a. Memastikan adanya informed consent dari orang tua/wali.
- b. Menjelaskan prosedur dengan bahasa sederhana agar anak merasa aman.
- c. Menghormati pendapat anak sesuai usia dan kematangan psikologisnya.

2. Peran Sentral Keluarga

Keluarga memiliki peran besar dalam kesembuhan anak. Prinsip family-centered care menuntut perawat untuk:

- a. Melibatkan orang tua dalam setiap keputusan klinis.
- b. Menghormati nilai dan budaya keluarga.
- c. Membangun komunikasi terbuka dan empatik.

3. Perlindungan Anak

Perawat anak wajib menjamin keselamatan dan kenyamanan anak dengan menerapkan:

- a. Atraumatic care (perawatan yang meminimalkan stres dan rasa sakit).
- b. Pencegahan terhadap kekerasan fisik maupun verbal di lingkungan perawatan.
- c. Pelaporan kasus kekerasan anak kepada pihak berwenang.

4. Dilema Etik dan Legal

Perawat anak sering menghadapi dilema, seperti:

- a. Orang tua menolak prosedur medis penting karena alasan pribadi atau agama.
- b. Anak remaja ingin merahasiakan kondisi kesehatannya dari keluarga.

Dalam kondisi demikian, perawat harus berpedoman pada prinsip best interest of the child (kepentingan terbaik anak).

5. Kompetensi Profesional

Perawat anak harus memiliki:

- a. Pengetahuan dan keterampilan klinis yang memadai.
- b. Pemahaman mendalam tentang prinsip etika dan hukum.
- c. Sikap empati, sabar, dan mampu berkomunikasi dengan anak dan keluarga.

Keperawatan anak merupakan salah satu cabang praktik keperawatan yang memiliki karakteristik sangat kompleks karena melibatkan klien dengan tahap perkembangan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual yang berbeda dengan orang dewasa. Anak bukan hanya individu yang sedang tumbuh, tetapi juga manusia yang memiliki hak untuk dihormati, dilindungi, dan mendapatkan

pelayanan kesehatan yang bermutu serta berlandaskan prinsip kemanusiaan. Dalam konteks tersebut, pemahaman terhadap prinsip etik dan legal dalam keperawatan anak menjadi sangat penting bagi setiap tenaga perawat yang terlibat dalam pelayanan kesehatan anak.

D. PRINSIP-PRINSIP ETIKA DALAM KEPERAWATAN ANAK

Prinsip-prinsip etika merupakan landasan moral dan profesional yang menjadi pedoman bagi perawat dalam menjalankan praktiknya. Etika tidak hanya mengatur perilaku perawat terhadap pasien, tetapi juga mengarahkan bagaimana perawat mengambil keputusan klinis yang berorientasi pada kemanusiaan, keadilan, dan tanggung jawab moral. Dalam keperawatan anak, prinsip etika menjadi lebih kompleks, karena klien (anak) belum memiliki kapasitas hukum penuh untuk memberikan persetujuan terhadap tindakan medis. Oleh karena itu, perawat harus menyeimbangkan hak anak, hak orang tua, dan kewajiban profesional sesuai ketentuan hukum dan norma etika keperawatan.

Etika keperawatan anak juga menekankan penghormatan terhadap martabat anak sebagai individu. Anak bukan sekadar penerima perawatan, tetapi manusia yang memiliki hak untuk didengarkan, dihormati, dan dilindungi. Perawat berperan tidak hanya sebagai pelaksana tindakan medis, tetapi juga sebagai

advokat, pendidik, komunikator, dan pelindung dalam upaya menjaga kesejahteraan anak secara holistik.

Berikut adalah penjabaran rinci mengenai prinsip-prinsip etika utama dalam keperawatan anak beserta penerapannya di lingkungan klinis:

1. Autonomy (Otonomi)

Prinsip autonomy menegaskan hak individu untuk membuat keputusan mengenai dirinya sendiri berdasarkan informasi yang benar dan cukup (informed choice). Namun, dalam keperawatan anak, penerapan prinsip ini memerlukan penyesuaian karena anak belum memiliki kapasitas legal penuh untuk memberikan persetujuan medis. Oleh sebab itu, perawat anak harus menghormati hak otonomi anak sesuai tingkat perkembangan kognitif dan emosionalnya, serta mengakui hak orang tua sebagai wali hukum untuk membuat keputusan atas nama anak.

Penerapan prinsip autonomy dalam keperawatan anak antara lain:

- a. Memberikan informasi sesuai usia anak, menggunakan bahasa yang sederhana dan visual yang mudah dipahami, misalnya menjelaskan prosedur suntikan dengan boneka atau alat peraga agar anak tidak takut.
- b. Melibatkan anak dalam pengambilan keputusan sederhana, seperti memilih posisi tubuh atau warna plester setelah

tindakan. Ini membangun rasa kontrol dan kepercayaan diri anak.

- c. Memastikan adanya *assent* (persetujuan informal) dari anak selain *consent* dari orang tua, sebagai bentuk penghormatan terhadap otonomi moral anak.

Dengan demikian, prinsip autonomy dalam keperawatan anak tidak sekadar memberi hak untuk memilih, tetapi juga menumbuhkan rasa hormat dan tanggung jawab pada anak terhadap tubuh dan kesehatannya sendiri.

2. Beneficence (Berbuat Baik)

Prinsip beneficence berarti kewajiban moral untuk melakukan tindakan yang membawa manfaat atau kebaikan bagi pasien. Dalam konteks anak, perawat wajib menjaga kesejahteraan fisik, psikologis, dan emosional anak melalui tindakan yang aman, penuh kasih sayang, dan manusiawi.

Penerapan dalam keperawatan anak mencakup:

- a. Memberikan asuhan keperawatan yang aman dan efektif, sesuai standar operasional prosedur dan bukti ilmiah terkini.
- b. Menciptakan lingkungan perawatan yang ramah anak, misalnya menyediakan ruang bermain, warna ruangan yang cerah, dan suasana non-traumatis agar anak tidak merasa cemas.

- c. Melibatkan keluarga sebagai mitra perawatan, karena dukungan emosional keluarga mempercepat proses penyembuhan anak.
- d. Menunjukkan empati dan kasih sayang, karena anak membutuhkan rasa aman untuk beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit yang asing.

Perawat harus menyadari bahwa setiap tindakan medis tidak hanya berdampak pada tubuh anak, tetapi juga pada perkembangan psikologis dan rasa percaya anak terhadap tenaga kesehatan.

3. Non-Maleficence (Tidak Membahayakan)

Prinsip non-maleficence merupakan inti dari etika kedokteran dan keperawatan: "*do no harm*" jangan menimbulkan bahaya. Dalam keperawatan anak, prinsip ini sangat krusial karena anak memiliki sistem tubuh yang masih berkembang dan lebih rentan terhadap kesalahan medis.

Penerapan prinsip non-maleficence dalam keperawatan anak antara lain:

- a. Menghitung dosis obat dengan akurat, berdasarkan berat badan, usia, dan kondisi klinis anak. Kesalahan kecil dalam dosis dapat berakibat fatal.
- b. Menghindari tindakan invasif yang tidak perlu dan memilih metode non-traumatis jika memungkinkan.

- c. Menjaga keamanan lingkungan agar anak tidak mengalami cedera fisik selama perawatan (misalnya memastikan tempat tidur memiliki pelindung).
- d. Menggunakan komunikasi terapeutik untuk mengurangi ketakutan dan stres anak selama prosedur medis.

Prinsip ini mengajarkan bahwa *mencegah kerugian lebih utama daripada memberikan manfaat*, dan bahwa keselamatan anak adalah prioritas utama dalam seluruh proses keperawatan.

4. Justice (Keadilan)

Prinsip justice berarti memberikan pelayanan kesehatan secara adil, setara, dan tanpa diskriminasi. Dalam praktik keperawatan anak, perawat wajib memastikan bahwa semua anak — tanpa memandang latar belakang sosial, ekonomi, budaya, atau agama — mendapatkan perawatan dengan kualitas yang sama.

Penerapan prinsip justice meliputi:

- a. Menentukan prioritas perawatan berdasarkan kondisi medis, bukan berdasarkan status sosial atau kemampuan finansial keluarga.
- b. Memperlakukan semua anak secara setara, termasuk anak dengan disabilitas, penyakit kronis, atau anak terlantar.
- c. Mengadvokasi hak anak atas akses layanan kesehatan yang layak, terutama bagi kelompok rentan yang sering terabaikan dalam sistem kesehatan.

Prinsip ini memperkuat komitmen perawat terhadap keadilan sosial dan menegaskan bahwa setiap anak memiliki hak asasi untuk memperoleh kesehatan dan perlindungan yang sama di hadapan hukum dan moral.

5. Fidelity dan Veracity (Kesetiaan dan Kejujuran)

Prinsip fidelity menekankan tanggung jawab moral untuk menjaga kepercayaan dan komitmen profesional antara perawat, anak, dan keluarganya. Sedangkan veracity berarti kewajiban untuk memberikan informasi yang benar, jujur, dan transparan dalam komunikasi keperawatan.

Penerapan kedua prinsip ini dalam keperawatan anak antara lain:

- a. Menepati janji kepada anak, misalnya bila perawat mengatakan akan kembali setelah pemeriksaan, maka harus benar-benar melakukannya. Hal ini membangun rasa aman dan kepercayaan anak.
- b. Memberikan informasi yang jujur kepada keluarga, namun dengan cara yang sensitif dan empatik.
- c. Menjaga hubungan terapeutik dengan anak dan keluarga melalui konsistensi, kehadiran, dan empati yang tulus.

Kejujuran dan kesetiaan menjadi dasar dari hubungan terapeutik yang sehat, karena anak dan keluarganya menaruh kepercayaan penuh kepada tenaga keperawatan.

6. Confidentiality dan Advocacy (Kerahasiaan dan Advokasi)

Confidentiality mengharuskan perawat untuk menjaga semua informasi pribadi, medis, dan sosial tentang pasien anak serta keluarganya. Prinsip ini menuntut integritas moral yang tinggi, terutama di era digital, di mana data pasien mudah tersebar.. Advocacy, di sisi lain, menegaskan peran perawat sebagai pembela hak-hak anak dalam sistem pelayanan kesehatan.

Penerapan prinsip ini meliputi:

- a. Menjaga kerahasiaan data pasien, termasuk hasil pemeriksaan dan riwayat kesehatan, dari pihak yang tidak berwenang.
- b. Tidak membicarakan kondisi anak di luar konteks profesional, seperti dengan teman sejawat di luar ruang kerja atau media sosial.
- c. Melindungi anak dari keputusan medis yang merugikan, misalnya menolak tindakan yang tidak sesuai indikasi klinis atau membahayakan kesejahteraan anak.
- d. Bertindak sebagai advokat, membantu keluarga memahami hak-hak mereka dalam pengambilan keputusan medis dan menjembatani komunikasi antara keluarga dan tim medis.

Perawat anak harus menjadi suara bagi anak yang belum mampu menyuarakan dirinya sendiri, memastikan bahwa setiap keputusan selalu berpihak pada kepentingan terbaik anak (best interest of the child).

E. TANTANGAN DAN UPAYA MENHADAPI PERMASALAH ETIK LEGAL DALAM KEPERAWATAN ANAK

Dalam praktik keperawatan anak, perawat dihadapkan pada kombinasi kompleks antara karakteristik anak yang unik dan tuntutan profesional, etika, serta regulasi hukum. Anak memiliki keterbatasan dalam pengambilan keputusan, sehingga perawat harus menjadi mediator antara kepentingan anak, orang tua, dan tim kesehatan. Tantangan etik-legal dalam keperawatan anak sangat bervariasi, dan upaya mengatasinya membutuhkan pendekatan holistik.

1. Tantangan Etik-Legal dalam Keperawatan Anak

- a. Perbedaan kapasitas pengambilan keputusan antara anak, orang tua, dan profesional kesehatan
Anak belum memiliki kapasitas legal untuk menentukan perawatan medisnya. Orang tua atau wali memegang hak legal, namun perawat tetap harus mempertimbangkan prinsip otonomi dan hak anak untuk didengarkan. Konflik sering terjadi ketika keputusan anak berbeda dengan keinginan orang tua.
- b. Tuntutan hukum dan regulasi yang semakin ketat
Perawat harus memahami undang-undang terkait praktik keperawatan, seperti UU No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan dan UU No. 35 Tahun 2014 tentang Perlindungan Anak. Ketidakpatuhan terhadap standar hukum dapat menyebabkan tuntutan malpraktik atau

- pelanggaran etik.
- c. Konflik nilai budaya, agama, dan sosial
Nilai budaya dan keyakinan keluarga dapat bertentangan dengan rekomendasi medis. Perawat perlu menghormati kepercayaan keluarga sambil tetap menjaga keselamatan anak. Contohnya, penolakan vaksin atau transfusi darah berdasarkan keyakinan agama.
 - d. Keterbatasan sumber daya dan beban kerja
Beban kerja tinggi dan keterbatasan sumber daya sering kali membuat perawat sulit menerapkan standar etik secara optimal. Situasi ini dapat menimbulkan dilema etik dalam menentukan prioritas perawatan anak.
 - e. Dokumentasi dan kerahasiaan data dalam era digital
Rekam medis elektronik membawa risiko kebocoran data pasien. Perawat harus menjaga kerahasiaan data sesuai prinsip confidentiality dan mengikuti prosedur hukum terkait keamanan informasi.
 - f. Moral distress dan konflik keputusan klinis
Perawat dapat mengalami tekanan moral ketika mengetahui tindakan yang benar tetapi terhambat oleh kebijakan atau keputusan pihak lain. Hal ini menimbulkan stres moral dan berpotensi mengganggu integritas profesional.

2. Upaya Menghadapi Permasalahan Etik-Legal

- a. Peningkatan Pendidikan dan Pelatihan Etik-Legal
Memberikan modul khusus bagi perawat pediatrik tentang

aspek etika dan hukum sangat penting. Sebuah studi “Professional development in pediatric nursing: A study on the impact of educational module in legal and ethical care” menunjukkan bahwa intervensi pelatihan memang meningkatkan pengetahuan dan praktik perawat terkait isu etika-legal. Upaya mencakup workshop, simulasi kasus, diskusi etika klinik, dan pembaruan regulasi secara berkala.

b. Konsultasi Tim Etika Klinik dan Kebijakan Institusi yang Jelas

Institusi pelayanan kesehatan anak disarankan memiliki tim etika klinik atau komite etika yang dapat mendampingi perawat dalam situasi sulit—misalnya bila terjadi konflik antara orang tua dan tim medis. Penelitian “Implementation of Pediatric Nursing Code of Ethics According to Law No. 17 of 2023” mengidentifikasi perlunya kebijakan rumah sakit yang jelas dan pelatihan berkelanjutan untuk meningkatkan kepatuhan terhadap kode etik dan regulasi. Selain itu, adanya prosedur standar operasional (SOP) untuk informed consent anak, pelaporan kekerasan anak, dan kerahasiaan data diberi perhatian.

c. Komunikasi Efektif dan Pendekatan Family-Centered Care

Perawat anak harus membangun komunikasi terbuka, empatik, dan sesuai usia dengan anak serta keluarganya, untuk mengurangi konflik dan meningkatkan pemahaman. Studi naratif “Balancing Consent, Confidentiality, and Child

Welfare” menekankan bahwa komunikasi yang baik adalah kunci dalam menyelesaikan dilema etis-legal. Pendekatan family-centered care menempatkan keluarga sebagai bagian tim perawatan, menghargai budaya dan nilai mereka, namun tetap mempertahankan prioritas keselamatan dan hak anak.

- d. Audit, Evaluasi dan Pengembangan Budaya Profesional Etis
Institusi perlu melakukan audit berkala terhadap kepatuhan etika dan kebijakan legal, mengevaluasi kasus pelanggaran, dan mengembangkan budaya kerja yang mendukung pelaporan terbuka tanpa takut sanksi. Hal ini penting untuk menghindari “ethical numbness” dan memperkuat integritas profesional. Budaya profesional yang beretika juga mencakup keberanian perawat untuk menyuarakan dilema dan menggunakan jalur konsultasi ketika menghadapi konflik.
- e. Advokasi Anak dan Perlindungan Hak-Hak Anak
Perawat anak juga berfungsi sebagai advokat bagi hak anak. Itu berarti memastikan bahwa setiap keputusan dan pelayanan memperhatikan *best interest of the child*. Studi “Ethical and Moral Conflicts in the Nursing Care of Pediatric Patients With Cancer and Their Families” menunjukkan bahwa pengembangan *moral resilience* di antara perawat sangat penting agar mereka bisa bertindak sebagai pembela hak anak dalam situasi sulit. Perawat juga harus

siap melapor bila ada indikasi pelanggaran hak anak atau kekerasan, dan memahami batas legal dalam perlindungan anak.

F. RANGKUMAN

Etika dan aspek legal merupakan dua landasan penting dalam praktik keperawatan anak. Etika keperawatan berakar dari nilai moral yang mengarahkan perilaku profesional perawat agar bertindak manusiawi, adil, dan bertanggung jawab. Secara etimologis, etika berasal dari kata *ethos* yang berarti kebiasaan atau watak. Dalam keperawatan, etika mengatur bagaimana perawat harus bersikap terhadap pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lain. Prinsip etika yang utama meliputi *beneficence* (berbuat baik), *non-maleficence* (tidak merugikan), *justice* (keadilan), *autonomy* (menghormati hak pasien), dan *veracity* (kejujuran).

Sementara itu, aspek legal atau hukum keperawatan merupakan seperangkat regulasi dan undang-undang yang mengatur kewenangan, tanggung jawab, dan perlindungan hukum bagi perawat serta pasien. Dalam konteks anak, hukum menegaskan pentingnya *perlindungan anak*, *persetujuan tindakan medis (informed consent)* oleh orang tua atau wali, dan *kerahasiaan informasi pasien (confidentiality)*. Berdasarkan UU No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan dan UU No. 35 Tahun 2014 tentang

Perlindungan Anak, perawat wajib memberikan asuhan yang aman, profesional, dan menghormati hak anak.

Keperawatan anak memiliki kompleksitas tersendiri karena pasien belum memiliki kapasitas hukum penuh dan masih bergantung pada keluarga. Perawat dituntut memahami aspek perkembangan anak, melibatkan keluarga dalam pengambilan keputusan, serta menjamin perlindungan terhadap hak anak. Prinsip *family-centered care* menjadi pendekatan utama dalam praktik keperawatan anak. Dalam penerapannya, perawat anak menghadapi berbagai tantangan etik dan legal, seperti konflik keputusan antara anak dan orang tua, tekanan hukum, keterbatasan sumber daya, hingga dilema moral. Untuk menghadapinya, perawat perlu meningkatkan kompetensi melalui pendidikan etik-legal berkelanjutan, berkoordinasi dengan tim etik klinik, serta menjunjung tinggi komunikasi yang empatik dengan keluarga.

Upaya lainnya mencakup pembentukan kebijakan etik institusional, pelaksanaan audit etik-legal, dan penguatan budaya kerja profesional yang menjunjung tinggi nilai kemanusiaan.

G. TEST FORMATIF

1. Seorang anak berusia 12 tahun menolak menjalani tindakan kemoterapi karena merasa takut dan lelah, namun orang tua

tetap meminta tindakan dilanjutkan. Sebagai perawat, apa langkah etik dan legal yang paling tepat dilakukan?

- a. Menghentikan tindakan karena menghormati hak anak atas otonomi
 - b. Melanjutkan tindakan sesuai keputusan orang tua karena mereka wali sah
 - c. Mengundurkan diri dari kasus karena adanya konflik etik
 - d. Melibatkan tim etik klinik untuk menilai kepentingan terbaik anak dan mendiskusikan kembali keputusan dengan keluarga
2. Dalam kasus kekerasan terhadap anak, perawat menemukan tanda-tanda fisik yang mencurigakan, tetapi orang tua melarang pelaporan dengan alasan menjaga nama baik keluarga. Berdasarkan prinsip etik dan hukum, apa tindakan yang seharusnya dilakukan perawat?
- a. Menjaga kerahasiaan pasien sesuai permintaan keluarga
 - b. Melaporkan dugaan kekerasan kepada pihak berwenang meskipun tanpa izin keluarga
 - c. Menunggu konfirmasi dokter sebelum melaporkan
 - d. Membujuk keluarga agar mengakui tanpa perlu laporan hukum
3. Seorang perawat memberikan dosis obat yang melebihi ketentuan karena salah menghitung berat badan anak. Setelah sadar, ia segera melaporkan kesalahan tersebut kepada atasan dan dokter. Prinsip etik apa yang paling kuat tercermin dalam

tindakan perawat ini?

- a. Non-maleficence
 - b. Fidelity
 - c. Veracity
 - d. Justice
4. Dalam keperawatan anak, konflik sering muncul antara nilai budaya keluarga dan kebutuhan medis anak. Misalnya, keluarga menolak transfusi darah karena alasan agama. Berdasarkan prinsip etik keperawatan, apa pendekatan terbaik bagi perawat?
- a. Memaksa keluarga menandatangani persetujuan
 - b. Mengabaikan keyakinan keluarga karena kepentingan medis lebih penting
 - c. Mengedepankan komunikasi empatik dan berkoordinasi dengan tim etik untuk mencari solusi terbaik bagi anak
 - d. Menyerahkan sepenuhnya pada keputusan dokter tanpa ikut campur

H. LATIHAN

Kasus 1:

Seorang anak berusia 10 tahun dirawat karena leukemia. Dokter menyarankan transfusi darah, tetapi orang tuanya menolak karena alasan agama. Anak tersebut tampak ketakutan dan menanyakan kepada perawat, "Apakah saya akan mati kalau tidak transfusi?"
Pertanyaan:

1. Prinsip etika apa yang harus dipertimbangkan perawat dalam situasi ini?
2. Bagaimana perawat dapat menjembatani konflik antara orang tua dan kepentingan anak?
3. Apa langkah legal yang sebaiknya dilakukan perawat sesuai peraturan yang berlaku?

Kasus 2:

Perawat menemukan memar mencurigakan di tubuh pasien anak berusia 7 tahun yang dirawat karena demam. Ketika ditanya, anak terlihat takut dan diam.

Pertanyaan:

1. Apa kewajiban etis dan legal perawat dalam situasi ini?
2. Prinsip apa yang mendasari tindakan pelaporan kasus ini?

KEGIATAN BELAJAR 5

KOMUNIKASI TERAPEUTIK DAN PENDEKATAN KELUARGA DALAM KEPERAWATAN ANAK

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Pada bab ini mahasiswa mempelajari Komunikasi efektif untuk membangun hubungan terapeutik yang kuat dengan anak dan keluarga. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman tentang komunikasi terapeutik lebih lanjut.

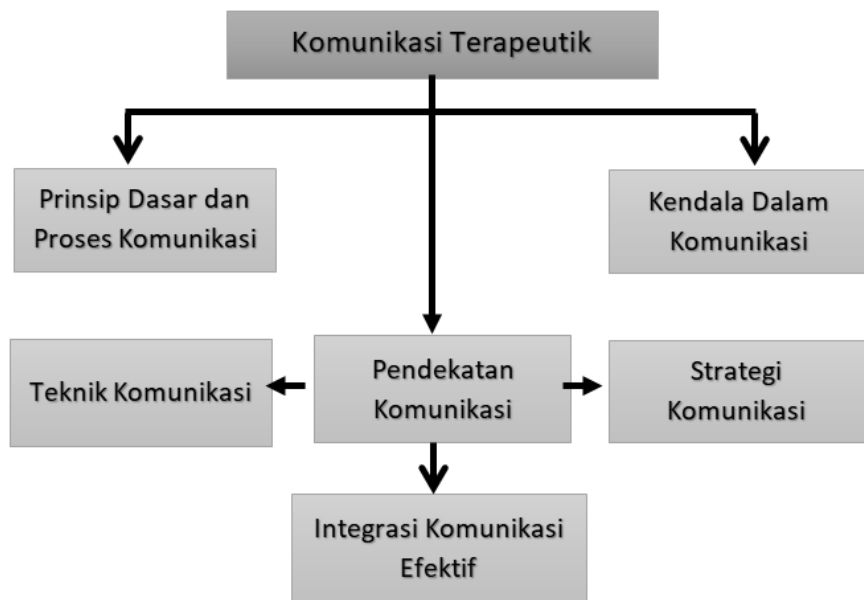
KOMPETENSI PEMBELAJARAN

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

1. Menjelaskan prinsip-prinsip dasar dan proses komunikasi terapeutik dalam konteks keperawatan anak.
2. Mengidentifikasi kendala-kendala umum dalam berkomunikasi dengan anak dan keluarga serta strategi untuk mengatasinya.
3. Menyesuaikan pendekatan komunikasi verbal dan nonverbal sesuai dengan tahapan tumbuh kembang anak, dari bayi hingga remaja.
4. Menerapkan berbagai teknik komunikasi spesifik, termasuk teknik bermain, menggambar, dan bercerita, untuk memfasilitasi ekspresi anak.

5. Menganalisis strategi untuk membangun kemitraan dan berkomunikasi secara efektif dengan orang tua, termasuk dalam situasi sulit.
6. Mengidentifikasi pendekatan komunikasi yang tepat untuk anak dengan kebutuhan khusus, seperti gangguan pendengaran, penglihatan, atau autisme.
7. Mengintegrasikan prinsip komunikasi efektif untuk membangun hubungan terapeutik yang kuat dengan anak dan keluarga.

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. PRINSIP DASAR KOMUNIKASI DENGAN ANAK

Komunikasi terapeutik dengan anak adalah proses interpersonal yang bertujuan dan terarah, yang dirancang untuk membangun hubungan saling percaya, memfasilitasi ekspresi perasaan, dan pada akhirnya meningkatkan kesejahteraan anak (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2019).

Proses komunikasi itu sendiri bersifat transaksional, melibatkan pengirim, pesan, saluran, penerima, dan umpan balik, yang semuanya dapat dipengaruhi oleh "kebisingan" atau kendala (Arnold & Boggs, 2019). Dalam konteks pediatrik, dinamikanya menjadi lebih kompleks.

Membangun hubungan terapeutik adalah prasyarat untuk semua komunikasi yang efektif. Hubungan ini didirikan di atas pilar-pilar kepercayaan, rasa hormat, empati, dan profesionalisme. Kepercayaan dibangun melalui konsistensi, kejujuran, dan pemenuhan janji. Rasa hormat ditunjukkan dengan mendengarkan tanpa menghakimi dan mengakui keahlian orang tua tentang anak mereka. Empati adalah kemampuan untuk memahami dan merasakan dunia dari sudut pandang anak dan keluarga, yang memungkinkan perawat untuk merespons dengan cara yang mendukung dan memvalidasi (Lambert & Gudenkauf, 2021).

Pada akhirnya, tujuan dari penerapan prinsip-prinsip ini adalah untuk menciptakan "ruang aman" di mana anak dan keluarga merasa nyaman untuk berbagi informasi yang paling sensitif,

mengajukan pertanyaan yang mungkin terdengar "bodoh", dan mengekspresikan emosi yang paling sulit. Dalam ruang aman inilah kolaborasi sejati dapat terjadi, memungkinkan perawat untuk memberikan asuhan yang benar-benar berpusat pada kebutuhan dan keinginan pasien serta keluarganya, sejalan dengan filosofi *Family-Centered Care*.

1. Proses Komunikasi

Proses komunikasi terapeutik adalah sebuah siklus dinamis, bukan peristiwa satu arah. Model dasar komunikasi mencakup beberapa elemen kunci. Pertama adalah pengirim (*sender*), yaitu perawat yang memiliki ide atau pesan untuk disampaikan. Kedua adalah pengkodean (*encoding*), yaitu proses mengubah ide menjadi simbol yang dapat ditransmisikan, baik verbal (kata-kata) maupun nonverbal (ekspresi wajah). Ketiga adalah pesan (*message*) itu sendiri, yaitu apa yang sebenarnya dikatakan atau ditunjukkan (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2019).

Keempat adalah saluran (*channel*), yaitu media yang digunakan untuk mengirim pesan, seperti percakapan tatap muka, demonstrasi, atau materi tertulis. Kelima adalah penerima (*receiver*), yaitu anak atau orang tua. Keenam adalah penguraian kode (*decoding*), yaitu proses penerima menafsirkan pesan. Proses ini sangat dipengaruhi oleh latar belakang, pengalaman, dan tingkat perkembangan penerima. Terakhir, dan yang paling penting, adalah umpan balik

(*feedback*), yaitu respons dari penerima yang menunjukkan apakah pesan telah diterima dan dipahami dengan benar. Umpan balik inilah yang membuat komunikasi menjadi proses dua arah dan memungkinkan pengirim untuk mengklarifikasi atau menyesuaikan pesannya. Seluruh proses ini dapat diganggu oleh kendala (*noise*).

2. Kendala Komunikasi

Kendala atau "kebisingan" adalah segala sesuatu yang mengganggu kejelasan transmisi dan penerimaan pesan. Kendala ini bisa bersifat fisik, psikologis, atau semantik (Arnold & Boggs, 2019). Kendala fisik dalam tatanan keperawatan sangat umum, termasuk lingkungan yang bising (suara monitor, percakapan lain), kurangnya privasi, atau suhu ruangan yang tidak nyaman. Bagi anak, tempat tidur yang tidak nyaman atau rasa sakit juga merupakan kendala fisik yang signifikan yang dapat menghalangi kemampuan mereka untuk fokus pada pesan.

Kendala psikologis merujuk pada keadaan internal pengirim atau penerima. Kecemasan, ketakutan, stres, dan kelelahan adalah kendala psikologis yang sangat kuat yang dapat dialami oleh anak, orang tua, dan bahkan perawat. Ketika orang tua cemas tentang diagnosis anak mereka, kemampuan mereka untuk memproses informasi baru akan menurun drastis. Demikian pula, seorang anak yang takut akan disuntik tidak

akan mampu mendengarkan penjelasan perawat dengan baik. Perbedaan tingkat perkembangan kognitif antara perawat dan anak juga merupakan bentuk kendala psikologis yang harus dijembatani.

Kendala semantik terjadi ketika ada perbedaan pemahaman tentang makna kata-kata. Penggunaan jargon medis oleh perawat adalah contoh klasik dari kendala semantik. Kata seperti "NPO" (*nothing by mouth*) atau "prognosis" mungkin tidak berarti apa-apa bagi keluarga. Bahkan kata-kata sederhana pun bisa disalahartikan. Bagi anak prasekolah yang berpikir secara literal, mengatakan "kita akan membuatmu tidur sebentar untuk operasi" bisa ditafsirkan sebagai eutanasia, menimbulkan ketakutan yang luar biasa. Oleh karena itu, perawat harus sangat berhati-hati dalam memilih kata-kata dan selalu memverifikasi pemahaman.

3. Membangun Hubungan Terapeutik

Hubungan terapeutik adalah fondasi dari semua komunikasi yang efektif. Ini adalah hubungan profesional yang berpusat pada kebutuhan pasien, bukan kebutuhan perawat, dan dibangun di atas kepercayaan, empati, dan rasa hormat. Hubungan ini memiliki batasan yang jelas dan tujuan yang spesifik, yaitu untuk membantu anak dan keluarga mencapai tujuan kesehatan mereka (Lambert & Gudenkauf, 2021).

Proses membangun hubungan ini dimulai sejak pertemuan pertama dan membutuhkan upaya yang konsisten.

Langkah pertama adalah memperkenalkan diri dengan jelas dan menjelaskan peran Anda. Ini membantu mengurangi ketidakpastian. Langkah kedua adalah menunjukkan kehangatan dan penerimaan tanpa syarat. Ini berarti menerima anak dan keluarga apa adanya, tanpa menghakimi nilai-nilai atau perilaku mereka. Langkah ketiga adalah menunjukkan empati, yaitu kemampuan untuk memahami dunia dari sudut pandang mereka. Ini dapat ditunjukkan dengan pernyataan seperti, "Saya bisa membayangkan betapa menakutkannya hal ini bagi Anda."

Kejujuran dan konsistensi adalah kunci untuk membangun kepercayaan. Jika Anda tidak tahu jawaban atas sebuah pertanyaan, jujurilah dan tawarkan untuk mencarinya. Jika Anda berjanji akan kembali dalam 5 menit, usahakan untuk menepatinya. Bagi anak-anak, kepercayaan sangat konkret. Menepati janji-janji kecil akan membangun fondasi kepercayaan untuk hal-hal yang lebih besar. Pada akhirnya, hubungan terapeutik yang kuat menciptakan aliansi di mana perawat dan keluarga dapat bekerja sama sebagai tim yang solid.

4. Elemen Komunikasi Verbal

Komunikasi verbal melibatkan penggunaan kata-kata, baik lisan maupun tulisan. Dalam keperawatan anak, efektivitas komunikasi verbal tidak hanya bergantung pada *apa* yang dikatakan, tetapi juga *bagaimana* hal itu dikatakan. Pemilihan kata harus disesuaikan dengan tingkat perkembangan kognitif dan bahasa anak. Untuk anak kecil, gunakan kata-kata yang sederhana, konkret, dan familiar. Hindari jargon, idiom, atau eufemisme yang dapat membingungkan. Misalnya, alih-alih mengatakan "kita akan mengambil darah", lebih baik katakan "kita akan mengambil sedikit darah dari jarimu untuk diperiksa di laboratorium" (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2019).

Nada suara adalah elemen yang sangat kuat. Nada yang tenang, lembut, dan meyakinkan dapat secara signifikan mengurangi kecemasan anak, bahkan jika mereka tidak memahami semua kata-katanya. Bayi sangat sensitif terhadap nada suara pengasuhnya. Kecepatan dan irama bicara juga penting. Berbicara terlalu cepat dapat membuat anak dan orang tua kewalahan. Berbicara dengan perlahan dan memberikan jeda memungkinkan mereka untuk memproses informasi dan mengajukan pertanyaan.

Kejelasan dan keringkasan adalah kunci. Sampaikan satu ide pada satu waktu. Kalimat yang panjang dan kompleks sulit untuk diikuti. Gunakan kalimat pendek dan langsung. Misalnya,

alih-alih mengatakan "Penting bagi Anda untuk memastikan bahwa ia menyelesaikan seluruh dosis antibiotik ini untuk memberantas infeksi secara tuntas," lebih baik katakan "Pastikan obat ini dihabiskan ya, Bu. Ini penting agar kumannya mati semua." Menguasai elemen-elemen ini memungkinkan perawat untuk menyampaikan pesan dengan cara yang paling jelas dan tidak mengancam.

5. Elemen Komunikasi Non-verbal

Komunikasi nonverbal seringkali lebih kuat daripada komunikasi verbal, terutama saat berkomunikasi dengan anak-anak yang belum sepenuhnya menguasai bahasa. Komunikasi nonverbal mencakup semua bentuk komunikasi selain kata-kata, seperti bahasa tubuh, ekspresi wajah, kontak mata, dan sentuhan. Salah satu aturan emas dalam komunikasi adalah bahwa jika pesan verbal dan nonverbal bertentangan, orang akan lebih mempercayai pesan nonverbal (Arnold & Boggs, 2019).

Bahasa tubuh dan postur mengirimkan pesan yang kuat. Duduk setinggi mata anak, bukan menjulang di atas mereka, menunjukkan rasa hormat dan mengurangi persepsi ancaman. Postur tubuh yang terbuka (tidak menyilangkan tangan) dan sedikit mencondong ke depan menunjukkan minat dan keterlibatan. Ekspresi wajah adalah jendela emosi. Senyuman

yang tulus dapat mencairkan suasana, sementara wajah yang tenang dan empatik dapat memberikan penghiburan.

Kontak mata menunjukkan minat dan kejujuran, tetapi harus disesuaikan dengan budaya. Dalam banyak budaya Barat, kontak mata yang baik dihargai, tetapi dalam beberapa budaya lain, ini bisa dianggap tidak sopan. Sentuhan bisa menjadi alat komunikasi yang sangat menenangkan, seperti usapan lembut di punggung atau memegang tangan. Namun, perawat harus selalu peka dan meminta izin, terutama pada anak yang lebih besar atau remaja. Mengamati isyarat nonverbal anak juga sama pentingnya, karena seringkali itulah cara mereka mengkomunikasikan rasa sakit atau ketakutan yang sesungguhnya.

B. KOMUNIKASI SESUAI TAHAP TUMBUH KEMBANG

Salah satu prinsip paling fundamental dalam keperawatan anak adalah bahwa pendekatan komunikasi harus disesuaikan secara cermat dengan tingkat perkembangan anak. Anak bukanlah orang dewasa mini, dan cara mereka memproses informasi, memahami dunia, dan mengekspresikan diri berubah secara dramatis seiring bertambahnya usia. Menggunakan pendekatan "satu ukuran untuk semua" dijamin akan gagal. Oleh karena itu, pengetahuan mendalam tentang tahapan tumbuh kembang kognitif (Piaget), psikososial (Erikson), dan bahasa, seperti yang dibahas pada bab-

bab sebelumnya, menjadi peta jalan yang sangat diperlukan bagi perawat (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2019).

1. Komunikasi dengan Bayi dan Toddler

Komunikasi dengan bayi (0-1 tahun) sebagian besar bersifat nonverbal. Bayi merespons terutama pada nada suara, sentuhan lembut, dan ekspresi wajah Anda. Gunakan suara yang tenang, lembut, dan berirama tinggi (*high-pitched*) saat berbicara dengan mereka. Konsistensi dalam rutinitas dan respons yang cepat terhadap tangisan mereka adalah bentuk komunikasi yang paling kuat, yang menyampaikan pesan keamanan dan membangun kepercayaan (*Trust vs. Mistrust*) (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2019). Meskipun mereka belum memahami kata-kata, berbicaralah kepada bayi selama perawatan, jelaskan apa yang sedang Anda lakukan. Ini tidak hanya menenangkan tetapi juga meletakkan dasar untuk perkembangan bahasa.

Saat berkomunikasi dengan *toddler* atau batita (1-3 tahun), ingatlah bahwa mereka berada dalam tahap perkembangan otonomi (Erikson) dan awal tahap praoperasional (Piaget). Pemikiran mereka egosentris dan sangat konkret. Gunakan kalimat pendek, sederhana, dan langsung. Fokus pada apa yang akan mereka lihat, rasakan, dan lakukan. Alih-alih mengatakan "Saya akan mengukur tekanan darahmu," katakan "Saya akan memeluk lenganmu dengan selang ini." Karena negativisme adalah ciri khas tahap ini, berikan pilihan-pilihan

terbatas untuk mendukung kebutuhan mereka akan kontrol, misalnya, "Mau duduk di pangkuan Ibu atau di kursi?". Pendekatan yang paling efektif seringkali adalah melalui tindakan dan permainan, bukan penjelasan panjang.

2. Komunikasi dengan Anak Preschool

Anak prasekolah (3-5 tahun) adalah pemikir magis dan literal. Mereka berada di puncak tahap praoperasional Piaget, ditandai oleh animisme (benda mati hidup) dan egosentrisme. Komunikasi harus sangat konkret dan disampaikan dalam bahasa yang sederhana. Hindari eufemisme atau kiasan yang bisa ditafsirkan secara harfiah. Misalnya, frasa "mati rasa" bisa sangat menakutkan bagi mereka. Jelaskan prosedur berdasarkan apa yang akan mereka alami secara sensorik. Gunakan permainan, boneka, atau gambar untuk menjelaskan apa yang akan terjadi. Ini memungkinkan mereka untuk memproses informasi dengan cara yang sesuai dengan dunia imajinatif mereka (Coyne, 2006).

Karena anak prasekolah berada dalam tahap Inisiatif vs. Rasa Bersalah (Erikson), mereka mungkin merasa bahwa penyakit atau prosedur yang menyakitkan adalah hukuman atas perbuatan atau pikiran buruk mereka. Sangat penting bagi perawat untuk secara eksplisit meyakinkan mereka bahwa mereka tidak melakukan kesalahan apa pun dan bahwa tidak ada yang marah kepada mereka. Katakan dengan jelas, "Ini

bukan salahmu. Kamu tidak nakal. Ini adalah obat untuk membuatmu lebih baik." Memuji kerja sama mereka dan memberikan stiker atau hadiah kecil dapat sangat memperkuat rasa inisiatif mereka.

3. Komunikasi dengan Anak Usia Sekolah dan Remaja

Anak usia sekolah (6-12 tahun) telah memasuki tahap operasional konkret Piaget. Mereka mampu berpikir logis tentang hal-hal nyata dan dapat memahami hubungan sebab-akibat. Mereka juga memiliki rasa ingin tahu yang besar dan ingin tahu "bagaimana" dan "mengapa" sesuatu bekerja. Oleh karena itu, perawat dapat memberikan penjelasan yang lebih rinci dan logis tentang tubuh, penyakit, dan pengobatan. Menggunakan diagram sederhana, model anatomis, atau video dapat sangat membantu. Karena mereka berada dalam tahap Industri vs. Inferioritas (Erikson), melibatkan mereka dalam perawatan mereka sendiri (misalnya, membantu mengganti perban atau mencatat asupan cairan) dapat meningkatkan rasa kompetensi dan kontrol mereka (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2019).

Berkomunikasi dengan remaja (12-18 tahun) membutuhkan pendekatan yang sama sekali berbeda. Krisis utama mereka adalah Identitas vs. Kebingungan Peran, dan mereka sangat sensitif terhadap isu-isu otonomi, privasi, dan penerimaan oleh teman sebaya. Berbicaralah kepada mereka dengan hormat,

sebagai individu yang cerdas, bukan sebagai anak-anak. Berikan kesempatan untuk berbicara dengan mereka sendirian, tanpa kehadiran orang tua, untuk membahas topik-topik sensitif. Jelaskan kebijakan kerahasiaan. Bersikaplah jujur dan langsung, hindari bersikap merendahkan atau menggunakan "bahasa gaul" yang dibuat-buat. Mengakui kekhawatiran mereka tentang citra tubuh dan dampak penyakit pada kehidupan sosial mereka sangat penting untuk membangun hubungan yang saling percaya (Gleeson et al., 2020).

4. Pentingnya Perspektif Perkembangan

Mengadopsi perspektif perkembangan dalam komunikasi berarti perawat secara aktif menggunakan pengetahuan tentang teori-teori perkembangan untuk memandu setiap interaksi. Ini lebih dari sekadar mengetahui tonggak perkembangan, ini tentang memahami *cara berpikir* dan *merasa* seorang anak pada tahap tertentu. Perspektif ini mengubah cara perawat menafsirkan perilaku. Perilaku *toddler* yang menolak tidak lagi dilihat sebagai pembangkangan, melainkan sebagai upaya sehat untuk menegaskan otonomi. Ketakutan anak prasekolah terhadap monster di bawah tempat tidur tidak dianggap konyol, tetapi dipahami sebagai manifestasi dari pemikiran magis mereka.

Pada dasarnya, perspektif perkembangan adalah lensa empati. Ini memungkinkan perawat untuk melangkah keluar dari

kerangka berpikir orang dewasa dan masuk ke dalam dunia anak. Dengan melakukan itu, perawat dapat merancang pesan yang tidak hanya akurat secara medis tetapi juga relevan dan bermakna secara perkembangan. Komunikasi menjadi kurang tentang mentransfer fakta dan lebih banyak tentang membangun pemahaman bersama, yang merupakan inti dari asuhan terapeutik (Coyne, 2006).

C. TEKNIK BERKOMUNIKASI DENGAN ANAK

Di luar prinsip-prinsip umum dan penyesuaian berdasarkan usia, perawat anak memiliki serangkaian teknik komunikasi spesifik dalam "kotak peralatan" mereka. Teknik-teknik ini adalah strategi yang disengaja dan terampil yang digunakan untuk tujuan tertentu, seperti membangun hubungan, mengumpulkan informasi, memfasilitasi ekspresi emosi, atau memberikan dukungan selama prosedur yang sulit. Menguasai teknik-teknik ini memungkinkan perawat untuk bergerak melampaui percakapan biasa dan melakukan interaksi yang benar-benar terapeutik (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2019).

Penting untuk memilih teknik yang tepat untuk anak dan situasi yang tepat. Tidak semua teknik akan berhasil untuk setiap anak. Perawat yang terampil adalah pengamat yang baik, mampu membaca isyarat anak dan menyesuaikan pendekatannya. Misalnya, seorang anak yang sangat pemalu mungkin merespons

dengan baik teknik menggambar, sementara anak yang aktif dan energik mungkin lebih baik diajak berkomunikasi melalui permainan medis.

Contoh Kasus:

Leo, 6 tahun, akan menjalani operasi amandel. Dia sangat pendiam dan tidak mau berbicara dengan perawat. Alih-alih terus bertanya, "Apakah kamu takut?", perawat mencoba teknik yang berbeda. Dia mengeluarkan selembar kertas dan krayon dan berkata, "Leo, maukah kamu menggambar gambar untukku? Kamu bisa menggambar apa saja yang kamu rasakan di dalam perutmu sekarang." Leo menggambar monster besar yang berantakan dengan warna merah dan hitam. Perawat kemudian berkata, "Wah, itu monster yang besar sekali. Kelihatannya dia sangat marah dan takut." Melalui teknik menggambar, perawat berhasil membuka jalur komunikasi, memvalidasi perasaan Leo, dan mendapatkan pemahaman tentang tingkat kecemasannya tanpa perlu bertanya langsung.

1. Integrasi Teknik Verbal dan Non-verbal

Komunikasi yang paling efektif terjadi ketika pesan verbal dan nonverbal saling mendukung dan kongruen. Inkongruensi, atau ketidakcocokan antara apa yang dikatakan dan apa yang ditunjukkan oleh bahasa tubuh, dapat menciptakan kebingungan dan ketidakpercayaan. Misalnya, seorang perawat yang berkata "jangan takut" dengan suara tegang dan wajah cemas mengirimkan pesan yang bertentangan dan tidak akan

menenangkan anak. Teknik komunikasi yang terampil melibatkan penggunaan sadar kedua saluran ini untuk memperkuat pesan (Arnold & Boggs, 2019).

Teknik verbal spesifik yang berguna termasuk pertanyaan terbuka ("Ceritakan apa yang kamu rasakan?") yang mendorong elaborasi, berbeda dengan pertanyaan tertutup ("Apakah sakit?") yang hanya menghasilkan jawaban ya/tidak. Refleksi adalah teknik di mana perawat mengulangi kembali apa yang dikatakan anak atau orang tua, yang menunjukkan bahwa perawat mendengarkan dan memahami ("Jadi, kamu merasa khawatir karena...") Klarifikasi digunakan untuk memastikan pemahaman yang benar ("Saat kamu bilang 'sakit aneh', apa yang kamu maksud?").

Teknik nonverbal yang disengaja termasuk mendengarkan aktif, yang ditunjukkan dengan postur tubuh yang condong ke depan, kontak mata yang sesuai, dan mengangguk. Menggunakan keheningan secara strategis dapat menjadi alat yang ampuh, memberikan anak waktu untuk memikirkan dan merumuskan pikirannya tanpa merasa terburu-buru. Teknik-teknik ini, ketika diintegrasikan, menciptakan dialog yang lancar dan penuh empati, bukan interogasi.

2. Teknik Bermain

Seperti yang telah dibahas, bermain adalah bahasa alami anak-anak. Oleh karena itu, ini adalah salah satu teknik komunikasi

yang paling kuat. Perawat dapat menggunakan bermain untuk berbagai tujuan. Sebagai alat pengkajian, perawat dapat mengamati anak bermain untuk menilai tingkat perkembangan, keterampilan sosial, dan status emosionalnya. Sebagai alat edukasi, perawat dapat menggunakan permainan medis (misalnya, membiarkan anak memberikan "suntikan" pada boneka) untuk mempersiapkan mereka menghadapi suatu prosedur. Ini mengurangi ketakutan akan hal yang tidak diketahui dan memberi mereka rasa kontrol (Grissim, 2019).

Bermain juga merupakan teknik distraksi yang sangat efektif selama prosedur yang menyakitkan atau tidak menyenangkan. Meniup gelembung, bermain dengan mainan yang menyala, atau menonton video di tablet dapat mengalihkan perhatian anak dari rasa sakit. Selain itu, bermain berfungsi sebagai pelepas stres. Memberikan adonan mainan, cat jari, atau bahkan bantal untuk dipukul dapat menjadi cara yang aman bagi anak untuk menyalurkan kemarahan, frustrasi, atau kecemasan mereka. Mengintegrasikan permainan ke dalam rutinitas perawatan sehari-hari membantu menormalkan lingkungan rumah sakit dan memperkuat hubungan terapeutik.

3. Teknik Menggambar

Menggambar adalah teknik nonverbal yang sangat berharga, terutama untuk anak-anak yang mungkin belum memiliki kosakata untuk mengekspresikan perasaan mereka atau yang

terlalu malu atau takut untuk berbicara. Anak-anak seringkali dapat menggambar hal-hal yang tidak dapat mereka katakan. Memberikan anak selembar kertas kosong dan krayon bisa menjadi undangan terbuka untuk berbagi dunia internal mereka (Rollins, 2005).

Peran perawat bukanlah untuk menafsirkan gambar secara psikoanalitik, melainkan untuk menggunakan gambar sebagai titik awal percakapan. Perawat dapat mengajukan pertanyaan terbuka tentang gambar tersebut, seperti "Ceritakan tentang gambarmu ini," "Siapa orang ini?", atau "Apa yang sedang terjadi di sini?". Pendekatan ini memungkinkan anak untuk memberikan makna pada karyanya sendiri. Menggambar juga dapat digunakan secara lebih terarah, misalnya, dengan meminta anak untuk "menggambar rasa sakitmu" atau "menggambar seperti apa rasanya berada di rumah sakit." Ini dapat memberikan wawasan klinis yang berharga dan membuka jalan untuk diskusi lebih lanjut.

4. Teknik Bercerita (*Storytelling*)

Bercerita adalah teknik yang telah digunakan selama ribuan tahun untuk menyampaikan nilai, pengetahuan, dan pengalaman. Dalam keperawatan anak, bercerita dapat menjadi alat komunikasi yang ampuh. Perawat dapat menggunakan cerita untuk mempersiapkan anak menghadapi pengalaman baru. Cerita tentang anak lain yang pergi ke

rumah sakit, bertemu perawat, dan pulang dengan sehat dapat menormalkan pengalaman tersebut dan memberikan model koping yang positif (Garrido & Gudadé, 2021).

Cerita juga dapat digunakan untuk mengajarkan konsep kesehatan. Misalnya, cerita tentang "pasukan tentara super" (sel darah putih) yang melawan "penjahat kuman" (infeksi) dapat membantu anak usia sekolah memahami apa yang terjadi di dalam tubuh mereka. Selain itu, perawat dapat mendorong anak untuk menceritakan kisah mereka sendiri. Mengajukan pertanyaan seperti, "Jika kamu adalah seorang pahlawan super, kekuatan super apa yang akan kamu gunakan untuk melawan penyakit ini?" dapat memberdayakan anak dan memberikan wawasan tentang kekuatan dan ketakutan mereka.

5. Penggunaan Pihak Ketiga (Boneka/Mainan)

Teknik pihak ketiga melibatkan penggunaan objek seperti boneka, boneka binatang, atau wayang untuk berkomunikasi dengan anak. Teknik ini sangat efektif untuk anak-anak yang merasa terlalu terancam oleh komunikasi langsung. Dengan berbicara "melalui" boneka, perawat dapat mengurangi intensitas interaksi dan menciptakan jarak psikologis yang aman bagi anak (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2019).

Perawat dapat memulai percakapan dengan bertanya kepada boneka, misalnya, "Halo Beruang Cokelat, apakah kamu

merasa sedikit takut hari ini?". Seringkali, anak akan menjawab untuk boneka tersebut, memproyeksikan perasaan dan pengalamannya sendiri ke objek tersebut. Teknik ini memungkinkan anak untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan tanpa harus "mengakuinya" sebagai milik mereka sendiri. Ini bisa sangat berguna saat membahas topik-topik sensitif seperti rasa sakit, ketakutan, atau kemarahan. Teknik ini pada dasarnya memberikan suara kepada anak melalui perantara yang aman dan tidak menghakimi.

D. KOMUNIKASI DENGAN ORANG TUA

Berkomunikasi secara efektif dengan orang tua atau wali adalah komponen yang sama pentingnya dengan berkomunikasi dengan anak. Orang tua adalah mitra penting dalam tim perawatan, sumber informasi yang tak ternilai tentang anak mereka, dan pelaksana utama rencana perawatan di rumah. Membangun hubungan yang kuat dan kolaboratif dengan orang tua adalah inti dari *Family-Centered Care* (FCC). Komunikasi yang buruk dengan orang tua dapat menyebabkan ketidakpercayaan, ketidakpatuhan, kecemasan, dan pada akhirnya dapat membahayakan keselamatan anak (Kuo et al., 2020).

Pendekatan komunikasi dengan orang tua harus didasarkan pada rasa hormat terhadap keahlian, nilai-nilai, dan keadaan unik mereka. Perawat harus menghindari sikap menggurui atau

merendahkan, dan sebaliknya, mengakui bahwa orang tua adalah orang yang paling mengenal anak mereka. Stres berada di rumah sakit dengan anak yang sakit dapat secara signifikan mengganggu kemampuan orang tua untuk memproses informasi. Oleh karena itu, perawat harus sabar, berempati, dan siap untuk mengulangi informasi beberapa kali.

Tujuan utama komunikasi dengan orang tua adalah untuk membangun kemitraan. Ini melibatkan berbagi informasi secara terbuka dan dua arah, melibatkan mereka dalam pengambilan keputusan, dan memberdayakan mereka dengan pengetahuan dan keterampilan untuk merawat anak mereka dengan percaya diri. Ketika orang tua merasa didengar, dihormati, dan menjadi bagian dari tim, mereka lebih cenderung menjadi sekutu yang efektif dalam proses penyembuhan anak mereka.

1. Membangun Kemitraan

Membangun kemitraan dengan orang tua dimulai dari kesan pertama. Sambut mereka dengan hangat, perkenalkan diri Anda dan peran Anda, dan akui peran mereka sebagai ahli bagi anak mereka. Gunakan pertanyaan terbuka untuk mengundang partisipasi mereka, seperti "Apa yang paling Anda khawatirkan saat ini?" atau "Ceritakan tentang rutinitas normal anak Anda di rumah." Ini mengirimkan pesan bahwa masukan mereka dihargai. Libatkan mereka secara aktif dalam perawatan sehari-hari sesuai dengan tingkat kenyamanan mereka, misalnya,

dengan mengundang mereka untuk membantu memandikan anak atau memberikan obat oral.

Kemitraan yang sejati juga melibatkan pengambilan keputusan bersama (*shared decision-making*). Ini berarti perawat menyajikan pilihan-pilihan perawatan, menjelaskan manfaat dan risiko masing-masing, dan secara aktif menanyakan preferensi dan nilai-nilai keluarga sebelum membuat rencana bersama (Hoffmann et al., 2014). Menghormati keputusan mereka, bahkan jika itu berbeda dari apa yang mungkin dipilih oleh perawat, sangat penting untuk mempertahankan kepercayaan, selama keputusan tersebut tidak membahayakan anak.

2. Pemberian Informasi

Pemberian informasi kepada orang tua harus jelas, konsisten, dan bebas dari jargon medis. Hindari memberikan terlalu banyak informasi sekaligus, karena ini dapat menyebabkan kebingungan. Fokus pada beberapa poin kunci pada satu waktu. Gunakan alat bantu visual seperti diagram atau brosur untuk memperkuat pemahaman. Salah satu teknik paling efektif untuk memastikan pemahaman adalah metode *teach-back*. Setelah memberikan penjelasan, minta orang tua untuk menjelaskan kembali dengan kata-kata mereka sendiri, misalnya, "Agar saya yakin telah menjelaskannya dengan baik, bisakah Anda ceritakan kembali kepada saya bagaimana cara

memberikan obat ini di rumah?". Ini bukan tes untuk orang tua, melainkan cara bagi perawat untuk memeriksa kejelasan instruksinya sendiri (Tamura-Lis, 2013).

Pastikan informasi yang diberikan oleh semua anggota tim kesehatan konsisten. Pesan yang saling bertentangan dari perawat dan dokter dapat merusak kepercayaan. Jika ada keraguan, klarifikasi dengan anggota tim lain sebelum berbicara dengan keluarga. Selalu berikan kesempatan bagi orang tua untuk mengajukan pertanyaan dan jawablah dengan jujur dan sabar.

3. Menanggapi Pertanyaan

Orang tua dari anak yang sakit akan memiliki banyak pertanyaan. Cara perawat menanggapi pertanyaan ini sangat mempengaruhi hubungan terapeutik. Pertama, dengarkan pertanyaan secara penuh tanpa menyela. Kedua, validasi pertanyaan tersebut, bahkan jika terdengar sederhana. Katakan sesuatu seperti, "Itu pertanyaan yang sangat bagus." Ini menunjukkan rasa hormat dan mendorong mereka untuk terus bertanya. Ketiga, jawablah dengan jujur dan akurat sesuai dengan lingkup praktik Anda. Jika Anda tidak tahu jawabannya, jangan menebak. Katakan, "Saya tidak yakin tentang itu, tetapi saya akan mencari tahu untuk Anda" atau "Itu adalah pertanyaan yang bagus untuk ditanyakan kepada dokter saat beliau visite nanti."

Terkadang, pertanyaan yang diajukan menyembunyikan kekhawatiran yang lebih dalam. Misalnya, pertanyaan "Kapan anak saya bisa pulang?" mungkin sebenarnya berarti "Saya sangat stres dan lelah, saya tidak tahu berapa lama lagi saya bisa bertahan." Perawat yang berempati dapat mencoba menggali lebih dalam dengan lembut, "Kedengarannya Anda sudah sangat ingin pulang. Pasti sangat melelahkan berada di sini." Ini membuka pintu untuk diskusi tentang kebutuhan emosional orang tua itu sendiri.

4. Menyampaikan Berita Buruk (*Breaking Bad News*)

Menyampaikan berita buruk, seperti diagnosis yang serius atau prognosis yang tidak baik, adalah salah satu tugas komunikasi yang paling menantang. Perawat seringkali terlibat dalam proses ini, baik sebagai penyampai utama atau sebagai pendukung dokter. Menggunakan protokol terstruktur seperti model SPIKES dapat sangat membantu:

- a. S - Setting up the interview: Siapkan lingkungan yang privat dan nyaman. Alokasikan waktu yang cukup dan matikan pager. Ajak orang-orang pendukung yang diinginkan keluarga.
- b. P - Perception: Kaji persepsi atau pemahaman keluarga saat ini dengan bertanya, "Apa yang sudah Anda pahami tentang kondisi anak Anda sejauh ini?"
- c. I - Invitation: Dapatkan undangan eksplisit dari keluarga tentang seberapa banyak informasi yang ingin mereka

ketahui. "Apakah Anda ingin saya jelaskan hasil tesnya secara rinci?"

- d. K - Knowledge: Berikan informasi secara langsung dan jelas, dalam potongan-potongan kecil. Hindari jargon.
- e. E - Emotions: Tanggapi emosi keluarga dengan empati. Ini adalah langkah paling penting. Diam, tawarkan tisu, dan gunakan pernyataan empatik seperti, "Saya tahu ini bukan berita yang ingin Anda dengar."
- f. S - Strategy and Summary: Setelah keluarga siap, diskusikan langkah selanjutnya dan rangkum informasinya (Baile et al., 2000).

5. Mengelola Konflik dengan Keluarga

Konflik antara keluarga dan tim kesehatan kadang-kadang bisa terjadi, seringkali berasal dari stres, kesalahpahaman, atau perbedaan nilai. Ketika menghadapi konflik, penting bagi perawat untuk tetap tenang dan profesional. Dengarkan keluhan keluarga tanpa bersikap defensif. Gunakan teknik mendengarkan aktif untuk menunjukkan bahwa Anda mencoba memahami perspektif mereka. Validasi perasaan mereka, bahkan jika Anda tidak setuju dengan faktanya. Katakan, "Saya bisa melihat betapa frustrasinya hal ini bagi Anda."

Cari titik kesamaan. Fokus pada tujuan bersama, yaitu kesejahteraan anak. Katakan, "Kita berdua sama-sama menginginkan yang terbaik untuk [nama anak]." Hindari menyalahkan dan fokus pada pemecahan masalah. Tawarkan

untuk mencari solusi bersama. Jika konflik meningkat atau melibatkan masalah yang di luar wewenang Anda, jangan ragu untuk mencari bantuan. Libatkan manajer perawat, pekerja sosial, atau tim etika rumah sakit. Mengelola konflik secara konstruktif dapat, dalam beberapa kasus, bahkan memperkuat hubungan dengan keluarga karena menunjukkan bahwa kekhawatiran mereka ditanggapi dengan serius.

E. KOMUNIKASI DENGAN ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Berkomunikasi dengan anak berkebutuhan khusus menuntut tingkat adaptasi, kesabaran, dan kreativitas yang lebih tinggi dari perawat. Istilah "kebutuhan khusus" mencakup spektrum kondisi yang luas, termasuk gangguan sensorik (pendengaran, penglihatan), gangguan perkembangan saraf (seperti autisme), disabilitas intelektual, dan keterbatasan fisik atau bicara. Tidak ada satu pendekatan tunggal yang akan berhasil. Kunci yang paling penting adalah individualisasi (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2019).

Prinsip pertama adalah jangan membuat asumsi. Jangan berasumsi tentang tingkat pemahaman atau kemampuan seorang anak berdasarkan diagnosisnya. Sebaliknya, lakukan pengkajian yang cermat. Tanyakan kepada orang tua, "Apa cara terbaik bagi saya untuk berkomunikasi dengan [nama anak]?", "Apa yang dia

suka dan tidak suka?", "Apa isyarat yang dia gunakan untuk memberitahu Anda sesuatu?". Informasi ini sangat berharga.

Prinsip kedua adalah gunakan pendekatan multi-indera. Anak-anak yang memiliki keterbatasan di satu saluran sensorik seringkali dapat dikompensasi melalui saluran lain. Misalnya, anak dengan gangguan pendengaran mungkin sangat responsif terhadap isyarat visual dan sentuhan. Prinsip ketiga adalah konsistensi dan prediktabilitas.

Pada akhirnya, berkomunikasi dengan anak berkebutuhan khusus adalah tentang menemukan "bahasa" unik anak tersebut. Ini mungkin bukan bahasa verbal, tetapi bisa jadi bahasa gambar, gerakan, atau suara. Perawat yang efektif adalah detektif yang sabar, yang bekerja bersama keluarga untuk memecahkan kode komunikasi unik setiap anak, memastikan bahwa setiap anak, terlepas dari kemampuannya, memiliki suara dan didengar.

1. Anak dengan Gangguan Pendengaran

Saat berkomunikasi dengan anak yang mengalami gangguan pendengaran, maksimalkan input visual. Pastikan wajah Anda terlihat jelas dan terang. Hindari mengunyah permen karet atau menutupi mulut Anda. Bicaralah dengan jelas dan dengan kecepatan normal, jangan berteriak, karena ini dapat mendistorsi gerakan bibir. Gunakan ekspresi wajah, gerak tubuh, dan bahasa tubuh untuk memperkuat pesan Anda. Jika

keluarga menggunakan bahasa isyarat, pelajari beberapa isyarat dasar seperti "sakit", "minum", atau "selesai".

Manfaatkan alat bantu tulis dan gambar. Tuliskan kata-kata kunci atau gambar sederhana untuk menjelaskan konsep. Untuk anak-anak yang menggunakan alat bantu dengar atau implan koklea, pastikan perangkat tersebut berfungsi dengan baik. Tanyakan kepada orang tua cara terbaik untuk menggunakannya. Selalu dapatkan perhatian anak sebelum Anda mulai berbicara. Sentuhan lembut di lengan atau bahu biasanya efektif. Ingatlah bahwa lingkungan yang bising dapat sangat mengganggu, jadi usahakan untuk berkomunikasi di tempat yang tenang (Price & Lucker, 2019).

2. Anak dengan Gangguan Penglihatan

Untuk anak dengan gangguan penglihatan, input pendengaran dan sentuhan menjadi sangat penting. Selalu identifikasi diri Anda saat memasuki ruangan dan beri tahu mereka saat Anda akan pergi. Jelaskan suara-suara yang ada di lingkungan sekitar untuk mengurangi kecemasan. Gunakan bahasa yang deskriptif dan konkret. Misalnya, alih-alih mengatakan "obatnya ada di sana," katakan "obatnya ada di atas meja kecil di sebelah kanan tempat tidurmu."

Sentuhan harus digunakan dengan hati-hati dan dengan izin. Beri tahu anak di mana Anda akan menyentuhnya sebelum melakukannya. Biarkan anak menyentuh peralatan medis yang

akan digunakan (jika aman) untuk membantunya memahami bentuk dan fungsinya. Orientasikan anak ke lingkungannya, jelaskan tata letak ruangan. Saat memandu mereka berjalan, biarkan mereka memegang siku Anda, jangan mendorong mereka. Ini memberi mereka rasa kontrol yang lebih besar.

3. Anak dengan Autisme

Komunikasi dengan anak dengan Gangguan Spektrum Autisme (GSA) menuntut pemahaman tentang karakteristik inti mereka. Banyak anak dengan GSA adalah pembelajar visual dan pemikir literal. Gunakan bahasa yang singkat, jelas, dan konkret. Hindari ironi, sarkasme, atau kiasan. Gunakan jadwal visual (gambar atau tulisan) untuk menunjukkan urutan kegiatan hari itu. Ini memberikan prediktabilitas dan mengurangi kecemasan. Beri peringatan beberapa menit sebelum transisi dari satu aktivitas ke aktivitas lainnya (misalnya, "Dalam 5 menit, kita akan mengukur suhu").

Sensitivitas sensorik seringkali menjadi masalah besar. Bicaralah dengan suara yang tenang dan lembut. Kurangi kebisingan dan cahaya yang terang jika memungkinkan. Ikuti minat anak. Jika seorang anak sangat tertarik pada dinosaurus, Anda dapat menggunakan dinosaurus dalam penjelasan atau sebagai hadiah. Hormati kebutuhan mereka akan ruang pribadi dan jangan memaksakan kontak fisik atau kontak mata. Bekerja samalah dengan orang tua untuk memahami pemicu

dan strategi menenangkan yang spesifik untuk anak tersebut (Hyman et al., 2020).

4. Anak dengan Gangguan Kognitif atau Intelektual

Kunci untuk berkomunikasi dengan anak yang memiliki gangguan kognitif atau disabilitas intelektual adalah kesederhanaan, pengulangan, dan kesabaran. Gunakan kalimat yang sangat pendek dan sederhana. Sampaikan satu instruksi pada satu waktu. Beri mereka waktu ekstra untuk memproses informasi dan merespons. Jangan terburu-buru. Pengulangan sangat penting. Anda mungkin perlu menjelaskan sesuatu beberapa kali dengan cara yang sama.

Gunakan demonstrasi dan alat bantu visual. Alih-alih hanya menjelaskan cara menyikat gigi, tunjukkan langkah demi langkah. Gunakan pendekatan positif dan fokus pada kekuatan anak. Berikan banyak pujian untuk upaya dan keberhasilan sekecil apa pun. Pertahankan rutinitas yang konsisten. Bekerja samalah dengan orang tua untuk memahami tingkat pemahaman anak dan cara komunikasi yang paling efektif bagi mereka. Ingatlah bahwa usia kronologis mungkin tidak mencerminkan usia perkembangan mereka (Stein et al., 2017).

5. Anak dengan Non-Verbal atau Keterbatasan Bicara

Untuk anak-anak yang non-verbal atau memiliki kemampuan bicara yang sangat terbatas (misalnya, karena palse serebral atau setelah prosedur trakeostomi), perawat harus menjadi

detektif isyarat nonverbal. Perhatikan ekspresi wajah, kontak mata, bahasa tubuh, dan suara-suara yang mereka buat untuk menafsirkan kebutuhan dan perasaan mereka. Validasi pengamatan Anda, misalnya, "Wajahmu terlihat tegang, apakah kamu merasa sakit?".

Gunakan sistem Komunikasi Augmentatif dan Alternatif (AAC). Ini bisa berupa papan gambar sederhana di mana anak dapat menunjuk ke gambar untuk mengkomunikasikan kebutuhan dasar (sakit, minum, toilet). Untuk anak-anak dengan kemampuan yang lebih tinggi, ini bisa berupa perangkat elektronik canggih yang menghasilkan ucapan. Tanyakan kepada keluarga tentang sistem AAC yang biasa mereka gunakan dan pelajari cara menggunakannya. Berikan pilihan dengan menunjukkan dua objek atau gambar dan biarkan anak memilih dengan menunjuk atau melihat. Yang terpenting, selalu berbicara kepada anak tersebut, bukan tentang dia di hadapannya, dan asumsikan bahwa mereka memahami lebih dari yang bisa mereka ekspresikan.

F. RANGKUMAN

1. Komunikasi terapeutik dengan anak adalah intervensi yang disengaja, bertujuan, dan berpusat pada anak yang didasarkan pada hubungan saling percaya.

2. Pendekatan komunikasi harus selalu disesuaikan dengan tingkat perkembangan kognitif, bahasa, dan psikososial anak, mulai dari nonverbal untuk bayi hingga diskusi abstrak untuk remaja.
3. Teknik komunikasi spesifik seperti bermain, menggambar, dan bercerita adalah alat yang ampuh untuk menjembatani kesenjangan komunikasi dan membantu anak mengekspresikan diri.
4. Komunikasi yang efektif dengan orang tua melibatkan pembangunan kemitraan, berbagi informasi secara jelas, dan menanggapi pertanyaan serta emosi dengan empati.
5. Berkomunikasi dengan anak berkebutuhan khusus memerlukan pendekatan yang sangat individual, sabar, dan kreatif, seringkali dengan memanfaatkan saluran sensorik alternatif dan bekerja sama erat dengan keluarga.
6. Menguasai komunikasi efektif adalah keterampilan klinis inti yang memungkinkan perawat untuk memberikan asuhan yang aman, atraumatik, dan berpusat pada keluarga.

G. TES FORMATIF

1. Seorang perawat berkata kepada seorang *toddler*, "Mau minum obatnya pakai sendok gambar bebek atau kelinci?". Teknik ini efektif karena...
 - a. Mendukung penyelesaian krisis Industri vs. Inferioritas

- b. Memberikan pilihan terbatas untuk mendukung kebutuhan otonomi
 - c. Menguji kemampuan kognitif operasional konkret
 - d. Merupakan contoh komunikasi dengan pihak ketiga
 - e. Benar Semua
2. Menggunakan boneka untuk menunjukkan kepada anak bagaimana masker oksigen akan dipasang adalah contoh teknik...
- a. Bercerita
 - b. Pihak Ketiga/Permainan Terapeutik
 - c. Refleksi
 - d. Klarifikasi
 - e. Salah Semua
3. Model SPIKES adalah kerangka kerja yang berguna untuk...
- a. Mengkaji perkembangan bahasa anak
 - b. Mengelola tantrum pada toddler
 - c. Membangun hubungan terapeutik
 - d. Menyampaikan berita buruk
 - e. Benar Semua
4. Lingkungan yang bising dan kurangnya privasi di ruang perawatan merupakan contoh dari...
- a. Kendala psikologis
 - b. Kendala semantik
 - c. Kendala fisik
 - d. Kendala perkembangan

- e. Benar Semua
- 5. Setelah menjelaskan cara merawat luka, perawat berkata, "Agar saya yakin sudah menjelaskannya dengan baik, coba ceritakan kembali kepada saya langkah-langkahnya." Ini adalah contoh dari...
 - a. Metode *teach-back*
 - b. Pertanyaan terbuka
 - c. Teknik pihak ketiga
 - d. Menanggapi emosi
 - e. Salah Semua

H. LATIHAN

Studi Kasus: Rian, seorang anak laki-laki berusia 7 tahun, dirawat di rumah sakit karena asma. Dia perlu belajar cara menggunakan inhaler. Orang tuanya tampak sangat cemas. Ayahnya terus menerus mengajukan pertanyaan teknis kepada dokter, sementara ibunya lebih banyak diam dan matanya berkaca-kaca. Rian sendiri tampak takut dengan inhaler, menyebutnya "topeng monster".

1. Uraikan rencana komunikasi Anda yang akan melibatkan Rian dan kedua orang tuanya secara terpisah maupun bersama-sama.
2. Strategi komunikasi spesifik apa yang akan Anda gunakan untuk mengatasi ketakutan Rian terhadap inhaler, dengan

mempertimbangkan tahap perkembangannya (usia sekolah, operasional konkret)?

3. Bagaimana Anda akan mendekati ayah dan ibu Rian secara berbeda untuk memberikan dukungan dan informasi, mengingat respons mereka yang berbeda?

KEGIATAN BELAJAR 6

MANAJEMEN NYERI DAN KENYAMANAN

PADA ANAK SAKIT AKUT

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

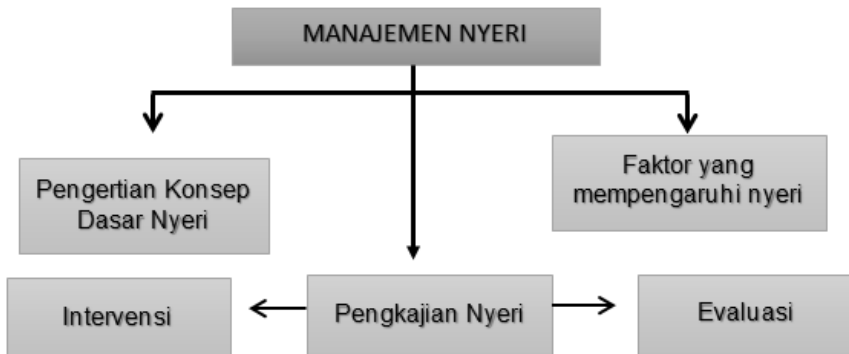
Pada bab ini mahasiswa mempelajari manajemen nyeri dan kenyamanan pada anak sakit akut. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman tentang konsep, prinsip, dan penerapan asuhan keperawatan dalam manajemen nyeri dan kenyamanan pada anak dengan kondisi sakit akut, baik di rumah sakit maupun di komunitas.

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

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

1. Menjelaskan konsep dasar nyeri pada anak.
2. Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi persepsi nyeri pada anak.
3. Melakukan pengkajian nyeri menggunakan instrumen yang sesuai usia.
4. Menerapkan intervensi keperawatan dalam manajemen nyeri akut anak.
5. Mengevaluasi efektivitas intervensi manajemen nyeri.

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. KONSEP DASAR NYERI PADA ANAK

Nyeri pada anak merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial. Anak dengan kondisi akut, seperti pascaoperasi, trauma, infeksi, atau prosedur invasif, sering mengalami nyeri yang memengaruhi proses penyembuhan dan kualitas hidup. Perawat memiliki peran penting dalam menilai, mencegah, dan mengelola nyeri anak dengan pendekatan holistik, baik farmakologis maupun nonfarmakologis.

Beberapa karakteristik yang membedakan nyeri anak dengan orang dewasa:

1. Anak sering kesulitan mengungkapkan nyerinya secara verbal.
2. Respon nyeri dapat bervariasi tergantung usia dan tahap perkembangan.

3. Interpretasi nyeri anak sangat dipengaruhi oleh pengalaman sebelumnya, kecemasan, dan lingkungan.
4. Bayi dan anak kecil menunjukkan nyeri melalui tangisan, ekspresi wajah, perubahan fisiologis (nadi, napas, tekanan darah), atau perilaku seperti menolak disentuh.

Apabila nyeri tidak ditangani dengan baik, dapat menimbulkan:

1. Dampak fisiologis: peningkatan denyut jantung, tekanan darah, kadar kortisol, gangguan tidur.
2. Dampak psikologis: trauma, kecemasan, ketakutan terhadap perawatan medis.
3. Dampak perkembangan: gangguan tumbuh kembang dan perilaku menghindar dari prosedur kesehatan.

B. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI NYERI

Pengalaman nyeri pada anak tidak hanya bergantung pada rangsangan fisiologis, tetapi juga dipengaruhi oleh berbagai faktor perkembangan, psikologis, sosial, dan lingkungan. Menurut Hockenberry & Wilson (2021) dan Potter & Perry (2023), faktor-faktor utama yang memengaruhi persepsi dan respons anak terhadap nyeri antara lain:

1. Usia dan Tingkat Perkembangan

Usia merupakan faktor paling signifikan dalam menentukan cara anak merasakan dan mengekspresikan nyeri. Bayi dan

balita belum mampu mengungkapkan nyeri secara verbal, sehingga menunjukkan nyeri melalui tangisan, ekspresi wajah, atau gerakan tubuh seperti menarik kaki atau mengepalkan tangan. Anak prasekolah sering menganggap nyeri sebagai bentuk hukuman karena kesalahan, sehingga bisa merasa takut dan tidak kooperatif saat dilakukan tindakan. Anak usia sekolah mulai mampu menjelaskan lokasi dan intensitas nyeri, tetapi masih sangat dipengaruhi oleh rasa takut terhadap prosedur medis. Remaja sudah memiliki pemahaman yang kompleks tentang penyebab nyeri dan dapat melaporkan tingkat nyeri secara objektif, namun terkadang menahan diri untuk tidak menunjukkan nyeri karena faktor gengsi atau ingin tampak kuat.

2. Pengalaman Nyeri Sebelumnya

Anak yang pernah mengalami nyeri berat atau tindakan medis sebelumnya akan memiliki memori nyeri yang dapat memengaruhi respons mereka terhadap nyeri berikutnya. Pengalaman nyeri yang negatif dapat menimbulkan kecemasan anticipatory, yaitu rasa takut yang muncul sebelum tindakan dilakukan. Sebaliknya, pengalaman nyeri yang ditangani dengan baik dapat meningkatkan toleransi nyeri dan kepercayaan anak terhadap tenaga kesehatan.

3. Lingkungan dan Dukungan Orang Tua

Lingkungan perawatan dan dukungan emosional dari orang tua berperan penting dalam mengurangi persepsi nyeri anak.

Kehadiran orang tua selama tindakan medis dapat memberikan rasa aman dan nyaman, menurunkan kecemasan, serta meningkatkan coping anak. Lingkungan rumah sakit yang tidak bersahabat, suara keras, atau pencahayaan berlebih dapat memperburuk persepsi nyeri. Dukungan emosional seperti pelukan, belaian, dan kata-kata menenangkan dapat membantu anak mengatasi nyeri dengan lebih baik.

4. Kondisi Emosional dan Psikologis Anak

Keadaan emosional seperti cemas, takut, stres, atau marah dapat meningkatkan persepsi nyeri, sedangkan rasa aman dan relaksasi dapat menurunkannya. Anak yang cemas cenderung menunjukkan respons nyeri lebih tinggi karena aktivasi sistem saraf simpatik yang meningkatkan sensitivitas nyeri. Anak yang mendapatkan dukungan psikologis dan mampu mengekspresikan perasaannya biasanya memiliki kontrol nyeri yang lebih baik.

C. PENGKAJIAN NYERI PADA ANAK

1. Prinsip Pengkajian Nyeri

Pengkajian nyeri dilakukan secara menyeluruh, teratur, dan berulang, disesuaikan dengan usia, kognitif, dan kondisi anak.

2. Alat Ukur Nyeri Berdasarkan Usia

Usia Anak	Skala Penilaian	Keterangan
Bayi – 3 tahun	FLACC Scale	Observasi perilaku (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)
3 – 7 tahun	Wong-Baker Faces Scale	Anak memilih wajah sesuai intensitas nyeri
>7 tahun	Numeric Rating Scale (0–10)	Anak menilai nyeri secara verbal

3. Komponen Pengkajian

- Lokasi, durasi, intensitas nyeri
- Faktor pencetus dan pereda
- Respon fisiologis (nadi, napas, tekanan darah)
- Respon perilaku dan verbal anak

D. MANAJEMEN NYERI NONFARMAKOLOGIS PADA ANAK

Manajemen nyeri nonfarmakologis adalah intervensi keperawatan tanpa obat yang bertujuan mengurangi persepsi nyeri, menurunkan kecemasan, serta meningkatkan rasa kontrol anak terhadap pengalaman nyeri. Menurut Hockenberry & Wilson (2021), pendekatan nonfarmakologis harus disesuaikan dengan usia, kondisi medis, dan tingkat perkembangan anak.

1. Distraksi (mainan, video, musik)

Pengertian:

Distraksi adalah teknik mengalihkan perhatian anak dari stimulus nyeri ke hal lain yang lebih menyenangkan atau menarik perhatian.

Tujuan:

Mengurangi persepsi nyeri melalui fokus sensorik dan kognitif pada rangsangan lain

Contoh penerapan:

- a. Memberikan mainan, menonton video kartun, atau mendengarkan musik selama tindakan invasif (misalnya pemasangan infus).
- b. Untuk anak usia sekolah, dapat digunakan permainan interaktif atau membaca buku.

Dasar teori:

Distraksi bekerja dengan menghambat transmisi impuls nyeri ke otak melalui aktivasi sistem saraf sensorik lain.

2. Relaksasi Pernapasan Dalam

Pengertian:

Teknik pernapasan dalam adalah latihan pernapasan perlahan dan terkontrol untuk menurunkan ketegangan otot serta memberikan efek tenang.

Tujuan:

Menurunkan respon fisiologis terhadap nyeri seperti peningkatan tekanan darah dan nadi.

Contoh Penerapan:

- a. Anak diajarkan menarik napas dalam melalui hidung dan menghembuskannya perlahan melalui mulut sambil menghitung atau membayangkan sesuatu yang menyenangkan.
- b. Cocok untuk anak usia sekolah dan remaja.

Dasar teori:

Pernapasan dalam meningkatkan oksigenasi, menstimulasi sistem saraf parasimpatis, dan menurunkan aktivitas sistem saraf simpatik yang memicu nyeri.

3. Terapi Sentuhan dan Pijatan Lembut**Pengertian:**

Sentuhan terapeutik dan pijatan lembut adalah stimulasi taktil ringan pada kulit anak untuk memberikan rasa nyaman dan meningkatkan relaksasi.

Tujuan:

Mengurangi ketegangan otot, menstimulasi pelepasan endorfin, serta memperkuat hubungan emosional antara anak dan perawat/orang tua.

Penerapan:

- a. Mengusap punggung, bahu, atau lengan anak dengan lembut saat anak gelisah.
- b. Pijatan lembut dapat dilakukan pada bayi atau anak kecil menggunakan minyak bayi hangat.

Dasar teori:

Stimulasi taktil ringan menutup “gerbang nyeri” di sumsum tulang belakang (*Gate Control Theory* oleh Melzack & Wall).

4. Terapi Panas/Dingin (sesuai indikasi)

Pengertian:

Pemberian panas atau dingin lokal pada area tubuh tertentu untuk menurunkan sensasi nyeri dan peradangan.

Tujuan:

- a. Terapi panas meningkatkan sirkulasi darah dan relaksasi otot.
- b. Terapi dingin menurunkan aliran darah lokal, mengurangi pembengkakan, dan menghambat transmisi impuls nyeri.

Penerapan:

- a. Kompres hangat pada nyeri otot ringan.
- b. Kompres dingin pada area memar atau bengkak setelah trauma ringan.

Dasar teori:

Efek fisiologis panas dan dingin memodulasi transmisi impuls nyeri dan menurunkan sensitivitas reseptor nyeri lokal.

5. Kompres Hangat pada Area Nyeri Ringan

Pengertian:

Kompres hangat adalah salah satu bentuk terapi panas yang digunakan untuk mengurangi nyeri otot, spasme, atau ketegangan.

Tujuan:

Meningkatkan aliran darah ke jaringan lokal, mempercepat metabolisme, dan meningkatkan kenyamanan.

Penerapan:

Gunakan kain hangat (suhu sekitar 40–45°C) pada area nyeri selama 10–15 menit dengan pengawasan.

Dasar teori:

Peningkatan suhu lokal memperluas pembuluh darah (*vasodilatasi*), menurunkan viskositas otot, dan mempercepat pembuangan zat sisa metabolisme penyebab nyeri.

6. Pelukan dan Dukungan Emosional dari Orang Tua**Pengertian:**

Kehadiran dan interaksi fisik orang tua, seperti pelukan, genggam tangan, atau belaian, memberikan rasa aman dan dukungan psikologis pada anak.

Tujuan:

Menurunkan kecemasan, meningkatkan rasa kontrol, dan mengurangi persepsi nyeri melalui dukungan emosional.

Penerapan:

Melibatkan orang tua saat prosedur medis.

Meminta orang tua menenangkan anak dengan sentuhan atau kata-kata lembut.

Dasar teori:

Kehadiran orang tua meningkatkan sekresi endorfin dan oksitosin, yang berperan dalam penghambatan nyeri.

7. Teknik Guided Imagery (Membayangkan Hal Menyenangkan)

Pengertian:

Teknik ini melibatkan anak dalam membayangkan situasi atau pengalaman yang menyenangkan untuk mengalihkan fokus dari nyeri.

Tujuan:

Menurunkan kecemasan dan persepsi nyeri melalui relaksasi mental dan visualisasi positif.

Penerapan:

- a. Anak diajak menutup mata dan membayangkan sedang bermain di pantai, taman, atau tempat favoritnya sambil diarahkan dengan suara lembut.
- b. Efektif untuk anak usia sekolah dan remaja

Dasar teori:

Visualisasi positif mengaktifkan area korteks otak yang sama dengan pengalaman nyata, sehingga menurunkan persepsi nyeri.

E. PERAN PERAWAT

Nyeri pada anak merupakan masalah kompleks yang membutuhkan pendekatan holistik dan multidisiplin. Dalam konteks keperawatan, perawat memiliki tanggung jawab penting untuk memastikan bahwa anak mendapatkan kenyamanan optimal melalui pengkajian, intervensi, edukasi, dan kolaborasi yang berkesinambungan.

Berikut uraian peran perawat dalam asuhan keperawatan nyeri:

1. Sebagai Edukator (Pendidik)

Perawat berperan memberikan edukasi kepada anak dan keluarga mengenai:

- a. Makna nyeri dan cara mengungkapkannya sesuai usia anak.
- b. Pentingnya komunikasi nyeri agar tenaga kesehatan dapat menilai dan menanganinya dengan tepat.
- c. Teknik nonfarmakologis seperti distraksi, pernapasan dalam, relaksasi, atau terapi bermain.
- d. Kepatuhan pemberian obat analgesik serta pemantauan efek samping di rumah.
- e. Peran orang tua dalam memberikan dukungan emosional selama anak mengalami nyeri.

Tujuannya: meningkatkan pemahaman dan keterlibatan keluarga dalam manajemen nyeri sehingga anak merasa aman dan didukung.

2. Sebagai Fasilitator

Perawat membantu menciptakan lingkungan yang mendukung manajemen nyeri secara efektif.

Perannya meliputi:

- a. Memfasilitasi komunikasi antara anak, keluarga, dan tim medis.
- b. Menyediakan lingkungan yang nyaman dan tenang untuk mengurangi stres.
- c. Memastikan anak mendapatkan intervensi nyeri tepat waktu.
- d. Menyediakan media seperti boneka, buku cerita, atau permainan untuk membantu anak mengekspresikan nyeri.

Tujuannya: memastikan proses asuhan berjalan lancar dan anak dapat berpartisipasi aktif sesuai kemampuan perkembangannya.

3. Sebagai Advokat (Penyelaras Kepentingan Pasien)

Perawat bertanggung jawab membela hak anak untuk bebas dari nyeri yang tidak perlu.

Perannya meliputi:

- a. Menyuarakan kebutuhan anak kepada tim medis bila nyeri tidak tertangani.
- b. Menjamin pemberian analgesik sesuai protokol dan mempertimbangkan kondisi anak.

- c. Memastikan persetujuan orang tua dan informasi yang jelas diberikan sebelum tindakan yang berpotensi menimbulkan nyeri.
- d. Menegakkan prinsip *atraumatic care* dalam setiap intervensi keperawatan.

Tujuannya: memastikan anak mendapat perlindungan hak terhadap kenyamanan dan keamanan selama perawatan.

4. Sebagai Kolaborator

Manajemen nyeri anak memerlukan kerja sama lintas profesi. Perawat berkolaborasi dengan:

- a. Dokter dalam pemilihan jenis dan dosis analgesik.
- b. Psikolog untuk mendukung coping anak terhadap nyeri.
- c. Fisioterapis dalam rehabilitasi nyeri muskuloskeletal.
- d. Orang tua sebagai mitra utama dalam pemantauan nyeri di rumah.

Tujuannya: meningkatkan efektivitas terapi nyeri melalui pendekatan tim multidisiplin.

5. Sebagai Care Provider (Pemberi Asuhan Langsung)

Perawat memberikan asuhan langsung untuk mengurangi nyeri melalui:

- a. Pengkajian nyeri secara komprehensif (skala FLACC, FACES, atau NRS sesuai usia).
- b. Pemberian intervensi nonfarmakologis seperti kompres hangat, distraksi, sentuhan terapeutik, atau pijat lembut.

- c. Pemberian analgesik sesuai resep dokter dengan pemantauan efek samping.
- d. Evaluasi efektivitas intervensi dan dokumentasi hasil.

Tujuannya: mencapai kenyamanan optimal dan mendukung pemulihan anak secara fisik maupun psikologis.

6. Sebagai Konselor

Perawat berperan membantu anak dan keluarga mengatasi kecemasan atau ketakutan terkait nyeri dengan cara:

- a. Mendengarkan keluhan anak dan keluarga dengan empati.
- b. Memberikan dukungan emosional dan validasi perasaan anak.
- c. Mengajarkan strategi coping positif, seperti teknik relaksasi atau distraksi.
- d. Memberikan motivasi dan penguatan positif setelah prosedur yang menimbulkan nyeri.

Tujuannya: memperkuat ketahanan emosional anak agar mampu menghadapi pengalaman nyeri dengan lebih baik.

7. Sebagai Peneliti

Perawat berperan aktif dalam meningkatkan kualitas asuhan nyeri melalui kegiatan penelitian dan evaluasi praktik:

- a. Mengidentifikasi masalah terkait penatalaksanaan nyeri di ruang perawatan anak.

- b. Melakukan penelitian tindakan keperawatan untuk menemukan intervensi efektif (mis. terapi musik, aromaterapi, atau sentuhan terapeutik).
- c. Menganalisis data hasil pengkajian nyeri untuk peningkatan mutu pelayanan.
- d. Mengimplementasikan hasil penelitian ke dalam praktik keperawatan berbasis bukti (*evidence-based nursing*).

Tujuannya: meningkatkan efektivitas dan kualitas manajemen nyeri anak secara ilmiah dan berkelanjutan.

F. RANGKUMAN

Manajemen nyeri pada anak akut membutuhkan pendekatan yang komprehensif dan berpusat pada anak serta keluarga. Pemahaman tentang fisiologi nyeri, teknik penilaian, serta penerapan intervensi yang tepat akan meningkatkan kenyamanan dan mempercepat penyembuhan anak. Persepsi nyeri pada anak dipengaruhi oleh interaksi antara faktor biologis, psikologis, dan sosial. Oleh karena itu, perawat harus memahami tahapan perkembangan anak, pengalaman masa lalu, kondisi emosional, serta dukungan keluarga dalam merancang strategi manajemen nyeri yang efektif.

Perawat memiliki peran yang multidimensional dalam asuhan nyeri anak — tidak hanya sebagai pelaksana tindakan, tetapi juga sebagai pendidik, pelindung, dan penggerak perubahan.

Keberhasilan manajemen nyeri pada anak sangat bergantung pada kemampuan perawat mengintegrasikan setiap peran ini secara holistik, empatik, dan profesional.

G. TES FORMATIF

Petunjuk:

Pilihlah satu jawaban yang paling benar dengan memberi tanda (✓) pada huruf A, B, C, D, atau E.

1. Nyeri pada anak menurut *International Association for the Study of Pain (IASP, 2020)* adalah ...
 - a. Respons fisiologis terhadap cedera jaringan yang hanya bersifat sensorik
 - b. Pengalaman emosional akibat rangsangan yang tidak menyenangkan
 - c. Pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan terkait kerusakan jaringan aktual atau potensial
 - d. Reaksi tubuh terhadap obat analgesik
 - e. Gejala psikologis akibat stres atau trauma
2. Perawat menggunakan **FLACC Scale** untuk menilai nyeri pada anak usia ...
 - a. Bayi dan anak prasekolah yang belum mampu berkomunikasi verbal
 - b. Anak sekolah dan remaja

- c. Anak usia 10 tahun ke atas
 - d. Anak yang mampu menggunakan skala numerik
 - e. Pasien dewasa dengan nyeri kronis
3. Peran perawat sebagai **edukator** dalam manajemen nyeri anak adalah ...
- a. Melakukan pengkajian intensitas nyeri
 - b. Mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi kepada anak dan keluarga
 - c. Memberikan analgesik sesuai resep dokter
 - d. Berkolaborasi dengan dokter anastesi
 - e. Mengatur jadwal pemberian obat
4. Seorang perawat membantu anak yang cemas dengan cara bercerita dan memainkan musik lembut saat tindakan keperawatan. Tindakan ini termasuk intervensi ...
- a. Farmakologis
 - b. Psikososial
 - c. Nonfarmakologis
 - d. Fisiologis
 - e. Invasif
5. Dalam manajemen nyeri, perawat bertindak sebagai **advokat** ketika ...
- a. Memberikan obat analgesik
 - b. Mengajarkan cara menilai nyeri
 - c. Menyampaikan kepada dokter bahwa nyeri anak belum teratasi dan memerlukan evaluasi ulang

- d. Mengajak anak bermain setelah tindakan
- e. Melakukan observasi tanda vital setelah pemberian analgesik

H. LATIHAN

Kasus 1:

Anak usia 5 tahun pascaoperasi hernia tampak menangis dan menolak bergerak. Nadi meningkat, wajah meringis.

Pertanyaan Diskusi:

1. Skala nyeri apa yang digunakan?
2. Intervensi keperawatan apa yang dapat dilakukan?
3. Bagaimana cara mengevaluasi keberhasilan tindakan?

Kasus 2:

Bayi 8 bulan dirawat karena bronkopneumonia dan tampak rewel setelah tindakan pemasangan infus.

Pertanyaan Diskusi:

1. Bagaimana perawat menilai tingkat nyeri pada bayi ini?
2. Strategi nonfarmakologis apa yang sesuai?

KEGIATAN BELAJAR 7

KEPERAWATAN ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN AKUT

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Pembelajaran keperawatan anak dengan gangguan sistem pencernaan akut bertujuan membekali mahasiswa dengan pemahaman menyeluruh tentang anatomi fisiologi dan patofisiologi, pengkajian klinis, pemeriksaan diagnostik, dan intervensi keperawatan pada kondisi seperti apendisitis, gastroenteritis, malrotasi, *volvulus*, intususepsi, dan *necrotizing enterocolitis*. Mahasiswa dilatih untuk mengenali tanda dan gejala klinis, memantau tanda vital, serta melakukan manajemen cairan, nutrisi, dan persiapan pasien untuk pemeriksaan medis. Pembelajaran ini juga menekankan pendekatan holistik melalui edukasi keluarga, dukungan psikososial, serta pencegahan komplikasi. Tujuannya adalah menghasilkan perawat yang kompeten dalam memberikan asuhan yang menyeluruh, aman, dan efektif demi mendukung pemulihan serta kualitas hidup anak.

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Kompetensi dan konsep pembelajaran keperawatan anak dengan gangguan sistem pencernaan akut, sebagai berikut:

1. Dasar pemeriksaan dan terminologi Medis: Pemahaman istilah medis terkait sistem gastrointestinal anak penting untuk konsistensi praktik keperawatan dan Pemeriksaan fisik abdomen dilakukan secara sistematis melalui inspeksi, auskultasi, perkusi, dan palpasi, disertai pengumpulan riwayat kesehatan anak.
2. Gangguan abdomen dan usus: Gangguan penyebab nyeri perut meliputi apendisitis, hernia, celiac, penyakit radang usus, sindrom iritasi usus, dan tukak lambung; fokus keperawatan pada deteksi dini, manajemen nyeri, dan dukungan nutrisi, Gangguan muntah/obstruksi, volvulus, intususepsi, dan gastroenteritis memerlukan pemantauan dehidrasi, keseimbangan cairan.
3. Gangguan organ *hepatobilier*: Gangguan seperti hepatitis memerlukan pemantauan fungsi hati dan pemberian terapi nutrisi/farmakologi.

PETA KONSEP PEMBELAJARAN

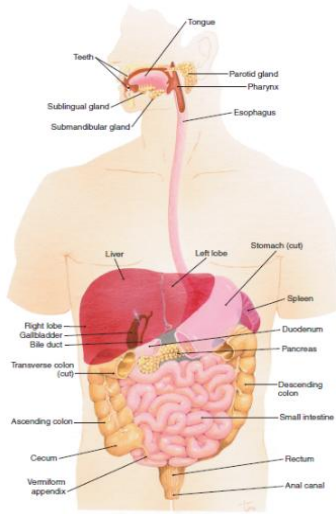
Alur konsep pembelajaran keperawatan anak dengan gangguan sistem pencernaan akut disusun secara sistematis untuk membangun pemahaman dan keterampilan klinis mahasiswa secara bertahap.



Gambar 7.1 Alur konsep pembelajaran

A. ANATOMI, FISILOGI SISTEM PENCERNAAN

Sistem gastrointestinal terdiri atas organ yang berfungsi dalam proses pencernaan, penyerapan zat gizi, dan eliminasi sisa metabolisme, meliputi esofagus, lambung, usus halus, usus besar, hati, kantong empedu, serta pankreas (Rudd & Kocisko, 2014). Gangguan pada salah satu organ atau fungsi sistem ini dapat menimbulkan masalah gizi pada anak, seperti malabsorpsi, penurunan berat badan, dan defisiensi mikronutrien. Anak dengan gangguan nutrisi akibat kelainan gastrointestinal memerlukan evaluasi oleh ahli gastroenterologi untuk penegakan diagnosis, penatalaksanaan nutrisi, serta pemantauan pertumbuhan secara berkelanjutan.



Gambar 7.2 Sistem Pencernaan

Sumber: Rudd, K., & Kocisko, D. M. (2014:314). *Pediatric nursing: the critical components of nursing care*. F.A. Davis Company

B. PROSES PENGKAJIAN PADA SISTEM PENCERNAAN

1. Pengkajian riwayat

Pengkajian awal anak dengan gangguan sistem gastrointestinal dilakukan secara menyeluruh melalui penilaian riwayat kesehatan, meliputi keluhan utama, durasi gejala, dan perubahan berat badan. Fokus utama pemeriksaan diarahkan pada nyeri abdomen, pola buang air besar, serta karakteristik muntah atau diare untuk mengidentifikasi kemungkinan gangguan eliminasi atau dehidrasi. Riwayat asupan makanan harian juga dievaluasi guna mendeteksi perubahan pola makan

atau penolakan makanan pada bayi. Selain faktor medis, pengkajian mencakup analisis genetik melalui genogram hingga tiga generasi serta aspek sosial seperti kondisi keluarga, stresor, dan lingkungan yang dapat memengaruhi kesehatan saluran cerna anak.

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada anak dengan gangguan gastrointestinal diawali dengan observasi umum terhadap interaksi anak dengan keluarga, posisi tubuh, dan kemampuan motorik. Evaluasi abdomen dilakukan secara sistematis melalui inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

a. Inspeksi,

Perawat menilai bentuk dan ukuran abdomen sesuai usia, di mana abdomen bayi biasanya menonjol sedangkan pada anak lebih besar cenderung datar; distensi yang mengkilap dapat menandakan penumpukan udara, cairan, atau massa, sedangkan abdomen datar (*scaphoid*) pada neonatus dapat mengindikasikan kelainan kongenital. Selama pemeriksaan, pendekatan harus disesuaikan dengan tahap perkembangan anak: bayi ditenangkan dengan dot, balita dipangku orang tua, anak prasekolah diberi penjelasan sederhana, dan anak usia sekolah serta remaja dijelaskan setiap langkah pemeriksaan. Penggunaan teknik distraksi seperti mainan, cahaya, atau percakapan ringan membantu menjaga

kenyamanan dan kerja sama anak selama proses pemeriksaan.

b. Auskultasi

Auskultasi merupakan tahap penting dalam pemeriksaan fisik sistem gastrointestinal anak untuk menilai aktivitas peristaltik melalui bunyi bising usus menggunakan stetoskop. Bunyi ini mencerminkan gerakan fisiologis usus dalam mendorong isi pencernaan, dan pada bayi baru lahir, udara yang mencapai rektum dalam 3–4 jam setelah lahir menandakan fungsi gastrointestinal yang normal. Perawat mencatat ada atau tidaknya bunyi usus serta perubahan frekuensi dan volumenya, yang biasanya meningkat setelah makan. Bunyi hiperaktif dapat mengindikasikan gastroenteritis atau intoleransi laktosa, sedangkan bunyi bernada tinggi menunjukkan kemungkinan obstruksi usus, dan ketiadaan bunyi selama lebih dari lima menit menandakan *ileus* paralitik. Pemeriksaan dilakukan dengan menyesuaikan pendekatan usia anak bayi diperiksa saat tenang atau menyusu, sedangkan anak prasekolah dan usia sekolah dapat diajak berpartisipasi dengan mendengarkan bunyi perutnya sendiri untuk meningkatkan kenyamanan dan kerja sama. Penting diingat bahwa auskultasi harus dilakukan sebelum palpasi, karena tekanan pada dinding abdomen dapat mengubah karakteristik bunyi dan

memengaruhi keakuratan hasil pemeriksaan (Rudd & Kocisko, 2014).

c. Perkusi

Perkusi pada pemeriksaan abdomen anak bertujuan menilai tingkat distensi serta menentukan ukuran dan batas organ seperti hati dan limpa. Teknik ini membantu mengidentifikasi adanya gas, cairan, atau massa di rongga perut yang dapat menunjukkan kondisi fisiologis maupun patologis sistem gastrointestinal. Bunyi timpani menunjukkan keberadaan udara atau gas dan merupakan temuan normal, sedangkan bunyi redup menandakan cairan, jaringan padat, atau pembesaran organ seperti hepatomegali dan splenomegali. Pelaksanaan perkusi harus dilakukan secara sistematis dan lembut untuk mencegah ketidaknyamanan serta kontraksi otot *abdomen*, terutama pada anak kecil. Hasil perkusi perlu diinterpretasikan bersama temuan inspeksi, auskultasi, dan palpasi guna memperoleh gambaran menyeluruh tentang kondisi gastrointestinal anak (Rudd & Kocisko, 2014)

d. Palpasi

Palpasi abdomen merupakan tahap penting dalam pemeriksaan fisik sistem gastrointestinal anak untuk menilai nyeri, massa, tonus otot, serta kondisi organ dalam seperti hati, limpa, dan tanda iritasi *peritoneal* atau *hernia*. Pemeriksaan dilakukan secara lembut, sistematis, dan

disesuaikan dengan usia anak agar hasil akurat dan anak tetap nyaman. Anak ditempatkan dalam posisi terlentang dengan lutut sedikit ditekuk untuk mengurangi ketegangan otot, sementara perawat menghangatkan tangan sebelum menyentuh *abdomen*. Palpasi dilakukan dengan tekanan ringan dan gerakan halus, dimulai dari empat kuadran *abdomen* untuk menilai nyeri tekan, massa, atau pembesaran organ. Pemeriksaan juga mencakup area perianal untuk mendeteksi fisura, fistula, atau penebalan kulit, serta area flank untuk mengevaluasi nyeri dari organ *retroperitoneal*. Dalam kasus tertentu, pemeriksaan rektal dilakukan untuk menilai tonus sfingter atau obstruksi feses. Pendekatan yang hati-hati dan terstruktur memungkinkan perawat memperoleh data klinis yang komprehensif mengenai kondisi *gastrointestinal* anak (Rudd & Kocisko, 2014).

C. GANGGUAN GASTROINTESTINAL YANG DIMANIFESTASIKAN DENGAN SAKIT PERUT

1. *Appendicitis*

Apendisitis adalah peradangan pada apendiks (usus buntu), yaitu tonjolan kecil berbentuk tabung yang menempel pada sekum di bagian awal usus besar. Kondisi ini umumnya disebabkan oleh obstruksi lumen apendiks akibat fekalit (massa

tinja keras), pembesaran jaringan limfoid, benda asing, atau infeksi (Hockenberry & Wilson, 2023).

a. Pemeriksaan Klinis

Apendisitis pada anak biasanya berkembang secara bertahap, dimulai dengan nyeri periumbilikus yang kemudian berpindah ke kuadran kanan bawah, disertai demam ringan, mual, muntah, dan penurunan nafsu makan. Anak cenderung berbaring dengan lutut ditekuk untuk mengurangi nyeri. Pemeriksaan fisik menunjukkan nyeri tekan balik (*rebound tenderness*), nyeri saat penekanan sisi kiri (tanda *Rovsing*), nyeri saat rotasi internal paha difleksikan (tanda *obturator*), atau ekstensi pasif panggul kanan (tanda *psoas*). Nyeri juga dapat timbul saat melompat dan mendarat di tumit. Gejala lain seperti diare atau nyeri panggul mungkin muncul, meskipun konstipasi lebih sering ditemukan. Hilangnya nyeri secara tiba-tiba dengan kondisi anak yang sangat lemah dapat menandakan perforasi apendiks (Rudd & Kocisko, 2014).

b. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik apendisitis pada anak meliputi kombinasi laboratorium dan radiologi. Hitung darah lengkap dengan diferensial biasanya menunjukkan leukositosis dengan pergeseran ke kiri, menandakan proses inflamasi. Urinalisis dilakukan untuk menyingkirkan infeksi saluran kemih yang dapat meniru gejala apendisitis. *Ultrasonografi*

(USG) *abdomen* digunakan sebagai metode non-invasif untuk menilai pembesaran atau peradangan apendiks, terutama aman bagi anak dan ibu hamil. Jika USG belum konklusif, CT scan *abdomen* dapat memberikan gambaran anatomi lebih detail dan mendeteksi komplikasi seperti abses atau perforasi. Sebelum pemeriksaan radiologis lanjutan, konsultasi dengan dokter bedah penting untuk memastikan diagnosis dan merencanakan penatalaksanaan yang tepat.

c. Intervensi Keperawatan

Tindakan keperawatan pada anak dengan dugaan apendisitis bertujuan menstabilkan kondisi, mencegah komplikasi, dan mempersiapkan pasien untuk pembedahan. Pasien ditempatkan dalam status *Nothing by Mouth (NPO)* untuk mengurangi risiko aspirasi, dengan pemantauan tanda vital secara berkala dan pemberian cairan intravena untuk menjaga hidrasi serta keseimbangan elektrolit. Perawat mendukung pemeriksaan diagnostik, menempatkan pasien dalam posisi nyaman, serta memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai prosedur dan perawatan praoperatif untuk mengurangi kecemasan. Selama fase pascaoperasi, fokus perawatan mencakup pemantauan intensif, pengendalian nyeri dengan skala yang sesuai usia dan analgesik sesuai instruksi medis, pemeriksaan area insisi, serta ambulasi dini untuk

mempercepat pemulihan. Edukasi komprehensif diberikan sebelum pulang mengenai perawatan luka, manajemen nyeri, tanda bahaya, dan jadwal kontrol, sementara terapi cairan IV dan antibiotik tetap diberikan pada fase kronis atau pasca-perforasi untuk mendukung pemulihan jangka panjang secara optimal.

2. *Inguinal Hernia*

Hernia inguinalis adalah kondisi di mana sebagian usus menonjol melalui area lemah atau celah pada dinding perut menuju daerah selangkangan. Kondisi ini sering bersifat kongenital, terjadi sejak lahir, dan lebih sering ditemukan pada bayi laki-laki. Secara klinis, hernia dapat tampak sebagai benjolan di selangkangan atau skrotum, yang menjadi lebih menonjol saat bayi menangis, batuk, atau mengejan (Rudd & Kocisko, 2014:320; Hockenberry & Wilson, 2024)

a. Pemeriksaan Klinis

Pada bayi atau anak dengan hernia inguinalis, manifestasi klinis meliputi benjolan di selangkangan, biasanya sisi kanan, disertai nyeri intermiten, pembengkakan, atau sensasi tekanan. Beberapa pasien merasakan sensasi terbakar atau bergemerut pada lokasi benjolan, dan kondisi ini dapat berasosiasi dengan hidrokkel. Komplikasi serius yang memerlukan tindakan segera meliputi *incarceration* (terjepit), ditandai nyeri meningkat, demam, takikardia, muntah bilier, dan tidak ada buang air besar, serta

strangulation (tercekik), ditandai eritema dan edema pada massa selangkangan yang nyeri, yang merupakan keadaan darurat bedah. Pengkajian sistematis penting untuk membedakan hernia sederhana dari yang berisiko komplikasi agar intervensi bedah dapat dilakukan tepat waktu (Rudd & Kocisko, 2014; Hockenberry & Wilson, 2024).

b. Pemeriksaan diagnostik

Diagnosis inguinal hernia pada anak umumnya dilakukan melalui pemeriksaan fisik yang teliti. Palpasi langsung pada area selangkangan merupakan metode utama, di mana pemeriksa dapat merasakan benjolan yang muncul saat anak berdiri, batuk, atau mengejan. Pada saat ini, hernia dapat didorong kembali (*reduction*) selama pemeriksaan, yang membantu membedakan hernia yang masih dapat direduksi dari hernia yang terjepit (*incarcerated*). Jika terdapat hidrokel, pemeriksaan transiluminasi dilakukan untuk memastikan bahwa benjolan tersebut bukan hernia; jika hanya hidrokel yang terdeteksi, intervensi bedah biasanya tidak diperlukan. Selain pemeriksaan klinis, laporan dari pengasuh mengenai adanya benjolan di daerah selangkangan juga merupakan informasi penting yang mendukung diagnosis awal. Pemantauan yang sistematis dan kolaborasi dengan tim bedah pediatrik sangat penting

untuk menentukan tindakan bedah yang tepat waktu dan mencegah komplikasi.

c. Intervensi keperawatan

Perawatan pasien dengan hernia inguinalis mencakup fase kegawat-daruratan, akut, dan kronik. Pada fase kegawat-daruratan, tujuan utama adalah menstabilkan pasien dan mencegah komplikasi melalui pemasangan infus untuk hidrasi, persiapan menuju tindakan bedah, serta memastikan *informed consent* telah diperoleh dari pengasuh, sambil memberikan dukungan emosional dan edukasi untuk mengurangi kecemasan keluarga. Pada fase akut, perawatan dapat dilakukan secara rawat jalan jika hernia tidak terjepit, meliputi pemberian IV sesuai kebutuhan, analgesik pascaoperasi, *non-nutritive sucking* untuk bayi, perawatan luka yang menjaga kebersihan dan kekeringan, serta penggantian popok secara rutin untuk mencegah iritasi, dengan evaluasi sirkulasi di area luka untuk mendeteksi edema atau gangguan perfusi. Fase kronik menekankan pemantauan jangka panjang, termasuk pemeriksaan sisi yang belum diperbaiki untuk mendeteksi hernia baru, edukasi pengasuh tentang tanda-tanda komplikasi, serta pertimbangan bedah pada hernia umbilikal yang tidak menutup spontan pada anak lebih tua, guna mencegah masalah jangka Panjang

3. *Peptic Ulcer Disease*

Menurut Hockenberry dan Wilson (2024), *Peptic Ulcer Disease* (PUD) adalah kondisi luka atau erosi pada mukosa lambung, duodenum, atau esofagus yang terjadi akibat ketidakseimbangan antara faktor agresif, seperti asam lambung dan pepsin, dengan mekanisme pertahanan mukosa gastrointestinal.

a. Pemeriksaan Klinis

Manifestasi klinis bervariasi sesuai lokasi dan tingkat keparahan ulkus, serta usia pasien. Gejala umum meliputi nyeri abdomen berulang, mual, muntah, anoreksia, dan gangguan pertumbuhan akibat asupan nutrisi menurun, dengan nyeri epigastrium yang kadang bersifat kronis atau episodik. Komplikasi berat seperti anemia akibat perdarahan kronis, perdarahan gastrointestinal masif, perforasi lambung atau duodenum, hingga syok dapat terjadi bila tidak ditangani. Gejala bervariasi menurut usia: pada bayi dapat muncul hematemesis, melena, distensi abdomen, dan gangguan pernapasan; balita sering mengalami anoreksia atau muntah dengan perdarahan muncul kemudian; anak prasekolah mengeluhkan nyeri perut terutama saat bangun tidur; sedangkan anak sekolah dan remaja menunjukkan gejala mirip orang dewasa, termasuk nyeri epigastrium, mual, muntah, dan potensi perdarahan gastrointestinal. Oleh karena itu, pengkajian komprehensif meliputi riwayat

klinis, pemeriksaan tanda vital, evaluasi fisik, dan penilaian status nutrisi penting untuk menentukan tingkat keparahan dan mencegah komplikasi serius (Hockenberry & Wilson, 2024)

b. Pemeriksaan Diagnosis

Diagnosis Peptic Ulcer Disease pada anak memerlukan kombinasi pemeriksaan laboratorium dan prosedur diagnostik untuk memastikan adanya ulkus, menilai infeksi *Helicobacter pylori*, dan mendeteksi komplikasi seperti perdarahan. Pemeriksaan laboratorium meliputi CBC untuk menilai anemia akibat perdarahan kronis dan laju endap darah untuk menilai inflamasi. Deteksi *H. pylori* dilakukan melalui antibodi dalam darah atau antigen dalam tinja, sedangkan *stool test* digunakan untuk mendeteksi darah tersembunyi dan sel darah putih. Prosedur radiologi dan endoskopi meliputi *upper GI series* untuk menilai anatomi saluran pencernaan dan adanya ulkus, serta endoskopi dengan biopsi yang memungkinkan kultur *H. pylori*, evaluasi mukosa, dan konfirmasi histologis. Pendekatan diagnostik ini membantu menentukan lokasi, luas, dan penyebab ulkus, sehingga intervensi medis dan keperawatan dapat direncanakan secara tepat (Hockenberry & Wilson, 2024:314–316)

c. Intervensi Keperawatan

Perawatan anak dengan *Peptic Ulcer Disease* mencakup fase kegawatdaruratan, akut, dan kronik. Pada fase kegawatdaruratan, pasien dievaluasi segera jika menunjukkan nyeri perut mendadak dan persisten, muntah berdarah atau seperti ampas kopi, serta tinja berdarah atau hitam, dengan intervensi awal berupa puasa oral (NPO), pemasangan infus untuk hidrasi dan terapi obat, serta pemantauan ketat tanda vital dan kondisi hemodinamik. Selama fase akut, terapi IV dilanjutkan sesuai kebutuhan untuk menjaga hidrasi, disertai edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai prosedur, rencana pengobatan, kepatuhan terapi, pencegahan infeksi *H. pylori* melalui praktik higiene, dan penghindaran NSAID yang dapat memperburuk ulkus; vaksin *H. pylori* sedang dalam penelitian sebagai opsi pencegahan masa depan (Hockenberry & Wilson, 2024:314–316). Pada fase kronik, perawat memantau kepatuhan pasien terhadap pengobatan, efek samping obat, respons terapi, serta tanda komplikasi seperti perdarahan atau nyeri epigastrium persisten, guna mencegah kekambuhan dan mendukung pemulihan jangka panjang.

D. GANGGUAN GASTROINTESTINAL YANG DIMANIFESTASIKAN DENGAN MUNTAH)

Regurgitasi (spit-up) adalah kondisi umum pada bayi, meskipun frekuensinya berbeda antar individu; sekitar 40% bayi berusia 4 bulan mengalaminya, dan sekitar 20% cukup signifikan hingga memerlukan penanganan medis (Orenstein, Bauman, DiLorenzo, & Hassell, 2007). Penilaian regurgitasi menantang karena sulit mengukur volume muntahan secara akurat, sehingga orang tua perlu diajarkan menggunakan perbandingan visual (misalnya sebesar koin 10 atau 25 sen, atau menutupi seluruh popok). Cara keluarnya muntahan menetes dari mulut, melalui hidung, mengalir hingga kaki pengasuh, atau menyembur jauh juga dicatat, demikian pula warna muntahan, yang dapat menunjukkan penyebab klinis: putih susu normal, menggumpal, atau hijau kekuningan (*bilious*). Deskripsi rinci mengenai jumlah, kekuatan, dan karakteristik muntahan membantu tenaga kesehatan menilai penyebab dan menentukan intervensi yang tepat bagi bayi.

1. Penyakit Refluks Gastroesofagus (GERD)

Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) adalah kondisi kronis di mana isi lambung naik kembali (refluks) ke esofagus, menyebabkan iritasi dan gejala seperti muntah, regurgitasi, nyeri dada, dan gangguan menelan. Pada anak-anak, GERD dapat muncul dengan gejala tambahan seperti gagal tumbuh, rewel, batuk kronis, atau masalah pernapasan.

a. Pemeriksaan Klinis

Pengkajian klinis anak dengan *Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)* harus komprehensif karena memengaruhi makan, pertumbuhan, dan kenyamanan sehari-hari (Bhatia & Parrish, 2009). Manifestasi klinis meliputi kesulitan atau nyeri saat makan, muntah berulang, serta *silent reflux* yang menimbulkan sensasi terbakar, batuk, atau tersedak tanpa muntah. Kondisi ini dapat menyebabkan pertumbuhan lambat atau gagal tambah berat badan, rewel, mudah marah, menangis berlebihan, serta perilaku *arching* atau melengkungkan punggung setelah makan. Gejala respiratori seperti batuk kronis dan pneumonia berulang akibat aspirasi juga dapat muncul. Pada anak lebih besar, gejala menyerupai gangguan pencernaan dewasa, termasuk nyeri epigastrium, ketidaknyamanan dada, gangguan tidur, dan nyeri tenggorokan persisten. Sindrom *Sandifer* ditandai dengan melengkungnya kepala, leher, dan bagian atas tubuh saat makan akibat refluks, biasanya membaik jika refluks terkendali. Terapi antirefluks, seperti ranitidine atau omeprazole, umumnya menghentikan perilaku postur abnormal ini (Kabakus & Kurt, 2006).

b. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada anak dengan *Gastroesophageal Reflux (GERD)* bertujuan memastikan diagnosis, menilai keparahan, dan mendeteksi komplikasi.

Evaluasi dimulai dengan pengukuran antropometri seperti berat badan, tinggi/panjang, dan lingkar kepala untuk memantau pertumbuhan dan mendeteksi gangguan nutrisi akibat refluks kronis. Pemeriksaan tinja dilakukan untuk mendeteksi darah tersembunyi, sedangkan rontgen dada berguna pada gejala respiratori untuk menilai aspirasi atau pneumonia berulang. Metode *pH probe* mengukur derajat keasaman esofagus secara kontinu, sedangkan esophagram atau barium swallow mengevaluasi anatomi dan motilitas esofagus. Studi pengosongan lambung dapat dilakukan pada anak lebih besar untuk menilai kecepatan pengosongan, dan endoskopi digunakan bila perlu untuk menilai langsung mukosa esofagus serta mendeteksi erosi, ulserasi, atau komplikasi lain akibat refluks kronis.

c. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan pada anak dengan *GERD* meliputi tindakan darurat, perawatan akut, dan manajemen jangka panjang. Dalam situasi kegawatdaruratan, bayi yang tersedak dan mengalami henti napas memerlukan resusitasi jantung paru segera. Selama perawatan di rumah sakit, perawat memantau keseimbangan cairan melalui pencatatan *intake-output*, berat badan, serta menyiapkan pasien untuk pemeriksaan diagnostik seperti *pH probe*. Evaluasi teknik menyusui penting pada bayi untuk menghindari refleks ejeksi ASI yang kuat, dan pemberian

obat dilakukan sesuai resep, termasuk ranitidin, metoklopramid, atau inhibitor pompa proton yang dapat dicampur pada makanan. Pada kasus berat yang tidak responsif terhadap terapi konservatif, tindakan bedah seperti *Nissen fundoplication* dapat dilakukan, dengan perawat memberikan edukasi pra-operatif dan dukungan pasca operatif, termasuk pemantauan cairan, sekresi selang nasogastrik, serta peningkatan pemberian makanan secara bertahap. Untuk manajemen jangka panjang, posisi tubuh bayi, penghindaran makanan pemicu, dan kepatuhan terhadap pengobatan menjadi kunci dalam mengurangi episode refluks dan mencegah komplikasi.

2. *Intestinal Obstruction*

Intestinal obstruction adalah kondisi hambatan sebagian atau total aliran isi usus yang dapat disebabkan oleh faktor mekanis, seperti intussusception, volvulus, hernia, atau atresia, maupun nonmekanis seperti ileus paralitik. Pada anak, kondisi ini menimbulkan distensi abdomen, nyeri kolik, muntah (sering bilious), serta tidak adanya flatus atau feses, dan merupakan kegawatdaruratan yang memerlukan penanganan segera untuk mencegah iskemia dan nekrosis usus. Muntah biliosa pada bayi harus selalu dianggap sebagai darurat bedah, sering akibat malrotation, di mana usus terpuntir atau salah posisi sehingga aliran darah terganggu. Kehadiran empedu dalam muntahan merupakan tanda serius yang menunjukkan kemungkinan

obstruksi usus atau volvulus hingga pemeriksaan diagnostik dapat memastikan penyebabnya.

a. *Volvulus*

Volvulus adalah kondisi darurat di mana sebagian usus berputar pada mesenterium yang menahannya, menyebabkan obstruksi aliran isi usus dan aliran darah ke segmen tersebut. Pada anak, penyebab paling umum adalah malrotation kongenital, yaitu rotasi usus yang tidak sempurna selama perkembangan embrio. Kondisi ini dapat menyebabkan iskemia usus, nekrosis, dan perforasi jika tidak segera ditangani. Gejala utama meliputi muntah hijau (bilious vomiting), distensi abdomen, nyeri perut, dan tanda-tanda syok (Hockenberry & Wilson, 2019:965)

1) Pengkajian Klinis

Volvulus merupakan kondisi kegawatdaruratan gastrointestinal yang paling sering terjadi pada enam bulan pertama kehidupan. Gambaran klinisnya ditandai dengan episode tangisan hebat dan nyeri perut yang intens, yang sering disertai dengan gerakan menarik kedua kaki ke arah dada sebagai respons terhadap rasa nyeri akibat obstruksi dan iskemia usus. *Abdomen* tampak distensi (kembung) akibat penumpukan gas dan cairan di dalam saluran pencernaan. Muntah yang terjadi umumnya bersifat biliosa (mengandung empedu), menandakan adanya sumbatan distal pada

duodenum atau usus halus. Selain itu, bayi dapat menunjukkan tanda-tanda sistemik seperti takikardia dan takipnea sebagai respons terhadap nyeri, stres, atau gangguan perfusi akibat obstruksi usus yang berat.

2) Pemeriksaan Diagnostik

Penegakan diagnosis *volvulus* memerlukan pemeriksaan penunjang yang cepat dan akurat untuk memastikan adanya obstruksi serta menentukan derajat keparahan gangguan sirkulasi usus. Pemeriksaan utama yang digunakan adalah *upper gastrointestinal series*, yang dapat menunjukkan adanya putaran atau puntiran usus serta pola khas "*corkscrew sign*" pada duodenum dan jejunum, yang menandakan malrotasi dengan *volvulus*. Selain itu, pemeriksaan laboratorium seperti hitung darah lengkap (*complete blood count*) dan kadar elektrolit dilakukan untuk mengevaluasi adanya dehidrasi, ketidakseimbangan elektrolit, serta kemungkinan leukositosis yang mengindikasikan proses inflamasi atau iskemia usus.

3) Intervensi Keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan pada bayi dengan *volvulus* mencakup tindakan darurat, perawatan pascaoperasi, dan pemantauan jangka panjang. Pada fase darurat, intervensi bedah segera dilakukan untuk mencegah nekrosis usus, berupa pemutaran usus

berlawanan arah jarum jam atau reseksi jika ada jaringan yang rusak. Selama perawatan akut, bayi dipertahankan *Nothing by Mouth*, diberikan cairan intravena, dan dipasang selang nasogastrik untuk dekompresi lambung, sambil mencatat intake-output, mempersiapkan operasi, memberikan empeng untuk kenyamanan, dan memberikan dukungan emosional kepada keluarga. Setelah pembedahan, pengendalian nyeri diterapkan menggunakan *Neonatal Pain Scale*, area insisi dan fungsi selang nasogastrik dipantau, dan nutrisi oral diberikan secara bertahap setelah bising usus normal. Pemantauan intake-output terus dilakukan hingga bayi mampu mempertahankan asupan cairan dan nutrisi adekuat, sehingga siap dipulangkan dengan kondisi gastrointestinal yang stabil.

b. *Intussusception*

Intussusception adalah kondisi di mana sebagian usus (biasanya *ileum* terminal) masuk atau terlipat ke dalam segmen usus yang bersebelahan (biasanya kolon), menyebabkan obstruksi aliran isi usus dan gangguan aliran darah ke jaringan tersebut. Kondisi ini merupakan salah satu penyebab obstruksi usus paling umum pada bayi dan anak kecil. Gejala khasnya meliputi nyeri perut kolik yang hilang-timbul, muntah, feses bercampur darah dan lendir seperti "*red currant jelly stool*," serta adanya massa seperti

sosis di perut. *Intussusception* memerlukan diagnosis dan penanganan segera karena dapat menyebabkan iskemia dan nekrosis usus (Hockenberry, & Wilson, 2019:962).

1) Pengkajian Klinis

Intussusception merupakan kondisi obstruksi usus yang terjadi ketika sebagian usus masuk ke dalam segmen usus di sebelahnya, menyebabkan gangguan aliran darah dan risiko iskemia. Kondisi ini dapat dipicu oleh adanya divertikulum Meckel, polip, atau pembesaran jaringan limfoid yang bertindak sebagai titik awal invaginasi. Gejala biasanya muncul secara tiba-tiba, ditandai dengan episode bayi menarik kedua kakinya ke arah perut disertai tangisan keras dan muntah, kemudian diikuti periode bebas gejala sementara. Nyeri bersifat kolik dan berulang secara teratur setiap 15–20 menit, sejalan dengan peristaltik usus yang berusaha mendorong segmen yang terjebak. Muntahan umumnya mengandung empedu akibat obstruksi yang terjadi di bawah ampula Vater. Setelah sekitar 12 jam, dapat muncul tinja khas berwarna merah tua seperti "*currant jelly stool*" yang terdiri dari lendir dan darah akibat iskemia mukosa. Seiring progresi kondisi, bayi dapat menunjukkan distensi abdomen yang meningkat, demam, dan tanda-tanda iritasi peritoneum seperti nyeri tekan dan *guarding*. Manifestasi sistemik seperti

takikardia dan peningkatan jumlah leukosit (WBC) mencerminkan adanya proses inflamasi dan kemungkinan infeksi sekunder akibat kerusakan jaringan usus.

2) Pemeriksaan Diagnostik

Penegakan diagnosis *intussusception* dilakukan melalui kombinasi pemeriksaan pencitraan dan laboratorium untuk menilai derajat obstruksi, kondisi sistemik, serta kemungkinan komplikasi. Ultrasonografi (USG) merupakan modalitas diagnostik pilihan pertama karena bersifat noninvasif dan memiliki sensitivitas tinggi; pada pemeriksaan ini, *intussusception* tampak sebagai gambaran khas "*target sign*" atau "*doughnut sign*" yang menunjukkan adanya usus yang saling bertumpuk. Hitung darah lengkap (CBC) dengan diferensial dilakukan untuk menilai adanya leukositosis sebagai indikasi respon inflamasi atau infeksi akibat iskemia dan nekrosis mukosa usus. Selain itu, pemeriksaan ini juga membantu mendeteksi adanya anemia bila terjadi perdarahan dari mukosa yang terjepit. Barium enema berfungsi ganda sebagai alat diagnostik sekaligus terapeutik: zat kontras barium menunjukkan lokasi invaginasi pada gambaran radiologis dan, dalam beberapa kasus, tekanan dari enema dapat membantu meluruskan segmen usus yang terjebak. Namun,

prosedur ini harus dilakukan dengan hati-hati oleh tenaga medis berpengalaman untuk mencegah perforasi usus, terutama jika terdapat tanda peritonitis atau perforasi sebelumnya.

3) Intervensi keperawatan

Penatalaksanaan intususepsi pada anak bertujuan menstabilkan kondisi, mencegah komplikasi, dan mendukung tindakan terapeutik. Pada fase kegawatdaruratan, perawat memulai terapi cairan intravena untuk mencegah dehidrasi akibat muntah berulang. Selama fase akut, pasien dipertahankan NPO untuk mengurangi risiko aspirasi dan perforasi, dengan pencatatan intake-output yang ketat, serta dipersiapkan untuk pemeriksaan ultrasonografi dan kemungkinan reduksi non-bedah menggunakan barium enema, insuflasi udara, atau larutan kontras. Jika reduksi gagal atau terdapat perforasi, intervensi bedah dilakukan. Perawat memantau fungsi selang nasogastrik, tanda vital, analgesik, kondisi luka operasi, dan memulai pemberian makan bertahap saat pasien mampu mentoleransi asupan oral. Pada fase kronis, pemantauan cairan tetap dilakukan, edukasi diberikan kepada orang tua mengenai tanda kekambuhan, dan pasien dapat dipulangkan setelah stabil dengan tindak lanjut untuk memantau rekurensi. Catatan: atresia adalah obstruksi

total lumen saluran cerna, sedangkan stenosis merupakan obstruksi parsial, biasanya muncul segera setelah lahir dengan muntah bilious, distensi abdomen, kegagalan mengeluarkan mekonium, atau ikterus, dan memerlukan intervensi bedah segera (Wyllie & Hyams, 2006:43)

3. *Necrotizing Enterocolitis (NEC)*

Necrotizing enterocolitis (NEC) adalah kondisi inflamasi akut pada saluran cerna yang terutama terjadi pada neonatus prematur, ditandai oleh nekrosis mukosa dan submukosa usus. Penyakit ini disebabkan oleh kombinasi faktor seperti iskemia intestinal, kolonisasi bakteri, dan pemberian nutrisi enteral yang memicu cedera dinding usus (Hockenberry & Wilson, 2019:967).

a. Pemeriksaan Klinis

Necrotizing enterocolitis biasanya terjadi pada bayi prematur, terutama setelah infeksi sistemik atau kejadian iskemik yang mengganggu aliran darah ke saluran cerna. Kondisi ini ditandai abdomen tegang dan distensi akibat akumulasi gas dan inflamasi usus, residu lambung yang besar saat aspirasi (>2 mL), serta tinja positif darah samar sebagai indikasi perdarahan gastrointestinal akibat nekrosis mukosa. Secara sistemik, bayi dapat menunjukkan peningkatan apnea, penurunan tekanan darah, dan ketidakstabilan suhu tubuh, mencerminkan respons

inflamasi dan risiko sepsis. Kombinasi gejala gastrointestinal dan sistemik ini membutuhkan kewaspadaan tinggi karena NEC dapat berkembang cepat menjadi keadaan mengancam jiwa, termasuk perforasi usus dan peritonitis

b. Pemeriksaan diagnosik

Pemeriksaan diagnostik pada NEC bertujuan menegakkan diagnosis dini, memantau perkembangan penyakit, dan menilai derajat keparahan. Pemeriksaan darah lengkap dilakukan untuk mendeteksi leukositosis atau leukopenia sebagai indikasi infeksi atau sepsis, serta menilai hemoglobin dan hematokrit untuk deteksi perdarahan atau anemia. Kadar *C-reactive protein (CRP)* juga diperiksa sebagai penanda respons inflamasi akut. Tinja dievaluasi untuk darah samar sebagai indikasi perdarahan gastrointestinal, sementara foto rontgen abdomen menjadi pemeriksaan utama, memperlihatkan tanda khas seperti pneumatosis intestinalis, pneumoperitoneum, atau distensi usus abnormal. Pengukuran lingkaran perut secara berkala membantu memantau progresivitas penyakit atau kemungkinan perforasi. Semua pemeriksaan ini dilakukan secara terpadu untuk memastikan deteksi komplikasi dini dan menentukan intervensi medis yang tepat.

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada NEC bertujuan menstabilkan kondisi bayi, mencegah komplikasi, dan memulihkan fungsi

gastrointestinal secara bertahap. Pada fase kegawatdaruratan, bayi ditempatkan dalam status NPO untuk memberi istirahat pada saluran cerna, sementara terapi cairan intravena (IV) segera diberikan untuk mempertahankan hidrasi, keseimbangan elektrolit, dan kebutuhan metabolik. Selama fase akut, perawat memantau terapi IV dan pemberian *Total Parenteral Nutrition (TPN)* sebagai sumber nutrisi utama, memberikan antibiotik sesuai instruksi medis, serta mempersiapkan pasien praoperatif bila diperlukan tindakan bedah akibat perforasi atau nekrosis. Pascaoperasi, pemantauan fungsi selang nasogastrik, area insisi, dan status cairan tetap dilakukan, termasuk perawatan ostomi bila ada, dengan dukungan dari perawat enterostomal. Pada fase kronis, pemberian makanan dilakukan secara bertahap, dengan prioritas ASI karena mudah dicerna dan protektif bagi usus; bayi dengan short bowel syndrome mungkin tetap memerlukan TPN hingga fungsi usus membaik. Tujuan utama jangka panjang adalah transisi nutrisi ke jalur enteral, sementara komplikasi berat seperti gagal hati akibat TPN berkepanjangan dapat memerlukan transplantasi hati sebagai upaya terakhir.

E. GANGGUAN GASTROINTESTINAL YANG DIMANIFESTASIKAN DENGAN DIARE

Gangguan gastrointestinal yang dimanifestasikan dengan diare mencakup berbagai kondisi yang menyebabkan peningkatan frekuensi, volume, dan kandungan air pada feses. Diare dapat bersifat akut maupun kronis, dan umumnya merupakan gejala dari infeksi (virus, bakteri, atau parasit), intoleransi makanan, gangguan penyerapan, atau kondisi inflamasi usus.

1. Gastroenteritis

Gastroenteritis adalah peradangan pada mukosa lambung dan usus yang umumnya disebabkan oleh infeksi virus, bakteri, atau parasit. Kondisi ini menyebabkan peningkatan motilitas usus dan gangguan penyerapan cairan serta elektrolit, yang ditandai dengan diare, muntah, demam, kram perut, dan kehilangan nafsu makan. Pada anak-anak, terutama bayi dan balita, gastroenteritis dapat dengan cepat menyebabkan dehidrasi karena proporsi cairan tubuh yang lebih besar dan kemampuan kompensasi yang terbatas. Penyebab tersering adalah infeksi virus seperti rotavirus dan *norovirus*, sedangkan penyebab bakteri meliputi *Escherichia coli*, *Salmonella*, dan *Shigella* (Hockenberry & Wilson, 2019:954).

a. Pengkalian Klinis

Gastroenteritis umumnya ditandai oleh diare cair, kram abdomen, muntah, sakit kepala, serta demam dan menggigil pada beberapa kasus. Gejala biasanya

berlangsung antara 1 hingga 10 hari, tergantung pada etiologi dan kondisi imunologis pasien. Tanda-tanda dehidrasi merupakan manifestasi klinis penting yang perlu diwaspadai, seperti ubun-ubun yang cekung, tidak adanya air mata saat menangis, turgor kulit yang menurun, serta kondisi lethargy atau penurunan kesadaran. Selain itu, gejala dehidrasi dapat mencakup haus berlebihan, mulut kering, urin yang sangat sedikit atau berwarna pekat, kelemahan berat, dan pusing. Pada anak-anak yang menunjukkan tanda-tanda tersebut, pengasuh harus segera menghubungi penyedia layanan kesehatan untuk mendapatkan instruksi penanganan lebih lanjut guna mencegah komplikasi yang mengancam jiwa seperti syok hipovolemik (Wyllie & Hyams, 2006: 486–487).

b. Pemeriksaan Diagnostik

Diagnosis gastroenteritis umumnya ditegakkan berdasarkan manifestasi klinis dan pemeriksaan fisik pasien. Namun, pada kasus tertentu dengan gejala berat atau berkepanjangan, pemeriksaan tambahan dapat dilakukan untuk menegaskan etiologi spesifik dan menilai derajat dehidrasi. Pemeriksaan tinja dapat dilakukan untuk mendeteksi adanya bakteri patogen melalui kultur, parasit melalui pemeriksaan ova dan parasit serta sel darah putih (WBC) yang menandakan adanya proses inflamasi pada saluran cerna. Selain itu, pemeriksaan darah seperti

Complete Blood Count dan elektrolit serum penting dilakukan terutama bila pasien menunjukkan tanda-tanda dehidrasi, guna menilai status volume cairan dan keseimbangan elektrolit yang dapat terpengaruh akibat kehilangan cairan melalui muntah dan diare.

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada anak dengan gastroenteritis bertujuan mencegah dehidrasi, memulihkan keseimbangan cairan dan elektrolit, serta menjaga kenyamanan pasien selama fase akut. Pada fase kegawatdaruratan, perawat harus mengenali tanda infeksi berat seperti tinja berdarah atau bernanah dan demam tinggi, serta segera memberikan terapi cairan intravena dengan elektrolit sesuai kebutuhan laboratorium untuk menggantikan kehilangan cairan dan memperbaiki ketidakseimbangan elektrolit. Selama fase akut, pasien mungkin tetap memerlukan terapi IV hingga mampu mentoleransi asupan oral, dengan pemberian cairan secara bertahap, mulai dari 1 sendok makan setiap 15 menit hingga cairan lebih besar seperti kaldu bening atau biskuit asin; antibiotik diberikan jika kultur menunjukkan infeksi bakteri. Perawatan juga mencakup menjaga area perineal tetap bersih dan kering, penggunaan Vaseline untuk kelembapan bibir, dan pacifier untuk kenyamanan bayi. Pada fase pemulihan, diet lunak (pisang, bubur nasi, saus apel, roti panggang) diberikan selama 24 jam

pertama, kemudian diet normal diperkenalkan secara bertahap sambil terus memantau toleransi makanan dan keseimbangan cairan untuk mendukung pemulihan optimal.

F. GANGGUAN GASTROINTESTINAL YANG DIMANIFESTASIKAN OLEH HATI

Gangguan gastrointestinal yang melibatkan hati, pankreas, atau kandung empedu mencakup berbagai kondisi yang memengaruhi fungsi organ-organ tersebut dalam metabolisme, pencernaan, dan ekskresi. Pada anak, kelainan ini dapat meliputi hepatitis (infeksi atau inflamasi hati), penyakit kolestatik kongenital, gangguan metabolik seperti galaktosemia, pankreatitis, dan penyakit batu empedu atau obstruksi saluran empedu (Hockenberry & Wilson, 2019:972).

1. Hepatitis

Hepatitis adalah peradangan pada hati yang dapat disebabkan oleh infeksi virus (seperti hepatitis A, B, C, D, dan E), obat-obatan, racun, atau kondisi autoimun. Pada anak, hepatitis dapat bersifat akut atau kronis dan memengaruhi fungsi metabolisme, detoksifikasi, dan sintesis protein hati (Hockenberry & Wilson, 2019:973).

a. Pemeriksaan Klinis

Hepatitis dapat menunjukkan berbagai presentasi klinis tergantung pada jenisnya. Hepatitis A umumnya disebabkan

oleh kontaminasi oral-fekal, baik melalui makanan maupun lingkungan yang terkontaminasi, sedangkan Hepatitis B dan C ditularkan melalui paparan darah atau produk darah yang terinfeksi serta kontak seksual; Hepatitis B juga dapat ditularkan selama persalinan. Ketiga jenis hepatitis (A, B, dan C) dapat asimtomatik, namun pasien mungkin mengalami beberapa gejala, termasuk *jaundice* (termasuk sklera ikterik), nyeri abdomen, malaise, kehilangan nafsu makan, demam ringan, urin gelap dan feses pucat, serta hepatosplenomegali. Tanda lain yang dapat muncul meliputi petechiae, ekimosis, dan *spider angioma*.

b. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik hepatitis mencakup tes fungsi hati, termasuk *Alanine Aminotransferase* (ALT), serta berbagai tes serologis untuk membedakan jenis hepatitis dan status infeksi. Pada Hepatitis A, anti-HAV IgM digunakan untuk mengonfirmasi infeksi akut baru, sedangkan anti-HAV total (terutama IgG) menandai paparan sebelumnya, pemulihan, dan kekebalan, tetapi tidak membedakan infeksi baru dan lama. Untuk Hepatitis B, HBsAg merupakan indikator awal infeksi aktif dan hadir pada penyakit kronis atau pembawa virus; anti-HBsAg tanpa HBsAg menunjukkan pemulihan atau kekebalan. HBeAg menunjukkan keberadaan virus dan potensi penularan, sedangkan anti-HBe muncul setelah HBeAg hilang dan menandakan penurunan infektivitas. Anti-

HBc total muncul pertama kali setelah HBsAg, sementara anti-HBc IgM membedakan infeksi akut dari kronis. HBV-DNA (PCR) mendeteksi infeksi aktif dengan sensitivitas tinggi dan menilai replikasi virus. Untuk Hepatitis C, anti-HCV menandakan infeksi lampau atau saat ini, dengan konfirmasi melalui HCV RIBA, serta HCV RNA (*viral load*) untuk diagnosis dini dan penentuan genotipe virus. Pemeriksaan penunjang lain termasuk ultrasonografi dan biopsi hati untuk menilai kerusakan organ dan komplikasi.

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada pasien hepatitis mencakup perawatan darurat dan akut. Pada fase darurat, onset gejala gagal hati secara tiba-tiba dapat menyebabkan pengasuh segera membawa pasien untuk evaluasi, sedangkan perkembangan asites pada pasien kronis mungkin memerlukan hospitalisasi untuk perawatan suportif. Pada fase akut, pencegahan penularan sangat penting, terutama untuk Hepatitis A yang ditularkan melalui rute oral-fekal, sehingga kebersihan tangan yang baik dan penerapan Standard Precautions wajib dilakukan, termasuk pencegahan needle sticks. Perawatan mendukung termasuk pemberian diet seimbang untuk mencegah dehidrasi, istirahat di tempat tidur, terapi antivirus pada Hepatitis C, dan pemantauan komplikasi. Jika kondisi pasien stabil, tidak ada pembatasan aktivitas, namun anak dengan Hepatitis A

tidak boleh kembali ke *daycare* sampai virus hilang. Terapi disesuaikan dengan tingkat keparahan penyakit, sehingga pemantauan dan tindak lanjut yang cermat diperlukan. Selain itu, anggota keluarga harus divaksinasi terhadap Hepatitis A dan B, dan anak yang belum terinfeksi sebaiknya melengkapi imunisasi hepatitis sesuai jadwal.

G. RANGKUMAN

Gangguan sistem pencernaan akut pada anak merupakan kondisi klinis yang memerlukan perhatian segera karena berisiko menimbulkan komplikasi serius seperti perforasi, sepsis, dan gagal organ. Pengkajian klinis yang komprehensif meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, identifikasi tanda vital abnormal, pengamatan perilaku, catatan intake-output, serta evaluasi riwayat kesehatan dan pola makan. Tanda-tanda darurat seperti fontanel cekung, letargi, dan nyeri perut progresif harus segera ditindaklanjuti. Diagnosis ditegakkan melalui pemeriksaan laboratorium, termasuk CBC, elektrolit, CRP, dan fungsi hati, serta pencitraan seperti ultrasonografi, rontgen, CT scan, barium enema, atau endoskopi untuk menilai anatomi, motilitas, dan komplikasi, dengan pemilihan metode disesuaikan kondisi klinis pasien.

Intervensi keperawatan akut mencakup stabilisasi pasien dengan cairan intravena, pemantauan tanda vital, manajemen nyeri, serta persiapan NPO untuk prosedur diagnostik atau pembedahan.

Dukungan psikososial dan edukasi keluarga juga penting, termasuk penjelasan mengenai prosedur diagnostik, tindakan bedah, dan perawatan pascaoperatif. Setelah intervensi, perawat memantau luka operasi, cairan dan elektrolit, pola eliminasi, pemberian analgesik, serta memfasilitasi mobilisasi dan pemberian nutrisi bertahap. Perawatan jangka panjang menekankan pemulihan nutrisi, pemantauan pertumbuhan, pencegahan komplikasi, serta edukasi keluarga, dengan kemungkinan penggunaan diet khusus, suplementasi vitamin, atau nutrisi parenteral. Pendekatan multidisiplin yang melibatkan dokter, perawat, dan ahli gizi mendukung pemulihan optimal, pencegahan kekambuhan, dan perkembangan fisik serta psikososial anak

H. TEST FORMATIF

1. Apa dua pertanyaan yang seharusnya diajukan saat mengambil riwayat pasien?
 - a. Apa masalahnya? Apa gejala yang Anda rasakan?
 - b. Di mana Anda tinggal? Jenis asuransi apa yang Anda miliki?
 - c. Di mana rasa sakitnya? Bisa ceritakan nama Anda?
 - d. Apa yang Anda makan saat sarapan? Jenis asuransi apa yang Anda miliki?
2. Sebutkan empat langkah pemeriksaan abdomen dalam urutan yang benar.
 - a. Auskultasi, perkusi, palpasi, inspeksi

- b. Inspeksi, perkusi, palpasi, auskultasi
 - c. Inspeksi, auskultasi, perkusi, palpasi
 - d. Inspeksi, auskultasi, palpasi, perkusi
3. Di mana nyeri akan dirasakan pada pasien dengan apendisitis?
- a. Nyeri tekan lepas (rebound) di kuadran kanan bawah
 - b. Nyeri tajam dan hebat di kuadran kiri bawah dengan nyeri tekan lepas
 - c. Nyeri tumpul di kuadran kanan bawah
 - d. Nyeri saat rotasi eksternal pinggul kanan

STUDI KASUS

Bayi laki-laki, usia 8 bulan, dibawa ke unit gawat darurat karena muntah berulang sejak 12 jam terakhir. Muntah berwarna kehijauan dan disertai distensi abdomen. Ibu mengatakan anak tampak rewel, tidak mau menyusu, tidak buang air besar sejak semalam serta muntah berbau busuk. Pada pemeriksaan, anak tampak letargi, fontanel cekung, denyut jantung 160 x/mnt, tekanan darah 70/40 mmHg, suhu 38,5°C, dan perut tampak membuncit dengan peristaltik yang jelas. Pemeriksaan awal laboratorium menunjukkan leukositosis ringan, elektrolit serum menunjukkan natrium 132 mEq/L, kalium 3,2 mEq/L, dan peningkatan CRP. *Rontgen abdomen* menunjukkan distensi usus dan pola "double bubble" pada usus halus. Dokter mencurigai diagnosis obstruksi usus akibat volvulus atau intususepsi dan merencanakan tindakan bedah segera.

Pertanyaan:

1. Jelaskan prioritas tindakan keperawatan yang harus dilakukan pada kasus tersebut?
2. Bagaimana peran perawat dalam persiapan praoperatif dan edukasi kepada keluarga sebelum tindakan bedah?
3. Sebutkan dan jelaskan langkah-langkah pemantauan serta intervensi keperawatan yang harus dilakukan pada fase pascaoperatif untuk mendukung pemulihan gastrointestinal pada kasus tersebut ?.

DAFTAR PUSTAKA

- Ainul Mufidah, Rukmini, Et.all. (2023). Kesehatan Anak (Konsep Dan Penerapan). Media Sains Indonesia.
- American Academy of Pediatrics. (2021). Pediatric assessment triangle (PAT) guidelines for emergency care. Pediatrics Press.
- American Nurses Association (ANA). (2015). Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements. Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- Amzat J, R. O. (2014). Health, Disease, and Illness as Conceptual Tools. Medical Sociology in Africa, Feb 28(1948), 21–37. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-03986-2>
- Ariga, S. (2021). Etika Profesi Keperawatan: Prinsip, Nilai, dan Penerapan dalam Praktik Klinis. Jakarta: EGC.
- Arnold, E. C., & Boggs, K. U. (2019). Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses (8th ed.). Elsevier.
- Ata M A, Mahad. M. (2019). Children with Chronic Diseases Need Our Attention. Medecins Sains Frontieres. <https://www.msf.org/children-chronic-diseases-need-our-attention-child-health>
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES, A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. The Oncologist, 5(4), 302-311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>

- Ball, J. W., Bindler, R. C., Cowen, K. J., & Shaw, M. R. (2022). Principles of pediatric nursing: Caring for children (8th ed.). Pearson.
- Batmomolin, A., & Papilaja, M. F. (2024). Bunga Rampai Etika Profesi dan Hukum Keperawatan. Jakarta: PT Media Pustaka Indo.
- Bhatia, J., & Parrish, J. (2009). Gastroesophageal reflux in children. *Pediatric Clinics of North America*, 56(6), 1433–1448.
- Cameron, N, & Schell, L.M. (2021). Human Growth and Development (Vol. 3, Issue 2). Elsevier Science.
- Coyne, I. (2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10(4), 326–336. <https://doi.org/10.1177/1367493506067884>
- Garfunkel, A., Powell, R., & Langman, M. J. (2007). Peptic ulcer disease in children: Clinical features and nursing care. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 44(4), 408–414.
- Garrido, M., & Gudadé, C. (2021). The power of storytelling in pediatric nursing: A narrative review. *Journal of Pediatric Nursing*, 60, e1–e7. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.02.012>
- Gleeson, M., O'Donnell, S., & Cunnane, M. (2020). Communicating with adolescents in healthcare settings: A systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 67(3), 342–351. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.01.021>

- Grissim, L. C. (2019). The power of therapeutic play. *Nursing* 2019, 49(7), 58-60. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000559639.46270.f2>
- Halsa, R. (2023). Enhancing nurse practice in paediatric emergency departments. *Journal of Research in Nursing and Midwifery*, 12(2), 112–120.
- Harigustian, Y., Syahri, A., Sriyono, & Zulkarnain, H. (2025). Effectiveness of the Pediatric Assessment Triangle (PAT) for Emergency Department Care: Literature Review. *Care Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan*, 13(1), 189–201.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). (2014). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* 10th edition. Mosby (Elsevier).
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2019). *Wong's nursing care of infants and children*, Elsevier.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2019). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*, tenth edition, Elsevier
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2021). *Wong's nursing care of infants and children* (12th ed.). Elsevier.
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.
- Hoffmann, T. C., Légaré, F., Simmons, M. B., McNamara, K., McCaffery, K., Trevena, L. J., & van der Weijden, T. (2014). Shared decision making: What do clinicians need to know and why should they bother? *Medical Journal of Australia*, 201(1), 35–39. <https://doi.org/10.5694/mja14.00032>
- Hyman, S. L., Levy, S. E., Myers, S. M., & Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral

Pediatrics. (2020). Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. Pediatrics, 145(1), e20193447. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3447>

Jaya, N., Dalle, A., & Mustari, N. (2021). Anticipatory Guidance Sesuai Usia Tumbuh Kembang Anak dalam Pencegahan Cidera. Makasar: Politeknik Kesehatan Kemenkes Makassar.

Johnson, M. E., Carter, S. L., & Lee, K. (2021). Simulation-based education for pediatric critical care nurses: A systematic review. Journal of Pediatric Nursing, 58, 34–42.

Joseph, M. M., Mahajan, P., Snow, S. K., et al. (2022). Optimizing pediatric patient safety in the emergency care setting. Pediatrics, 150(5), e2022059673.

Juwita, Y. (2025). Etika dan Hukum Keperawatan: Perspektif Profesionalisme Perawat Anak. Yogyakarta: Deepublish.

Kabakus, I., & Kurt, A. (2006). Sandifer's syndrome: A rare manifestation of gastroesophageal reflux in infants. European Journal of Pediatrics, 165(5), 340–343.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Upaya Kesehatan Anak, Pub. L. No. Permenkes Nomor 25 Tahun 2014 (2014). Indonesia.

Kementerian Kesehatan RI. (2014). Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan, dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1524, 365.

- Kim, E., Song, S., & Kim, S. (2023). Development of pediatric simulation-based education: A systematic review. *BMC Nursing*, 22, 291.
- Kuo, D. Z., McAllister, J. W., Rossignol, L., Turchi, R. M., & Stille, C. J. (2020). Care coordination for children with medical complexity: A systematic review. *Pediatrics*, 145(Supplement 2), S178–S186. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3755E>
- Lambert, V., & Gudenkauf, G. (2021). Therapeutic relationships with children and families. In V. Lambert, D. Coad, & K. H. H. T. (Eds.), *Children and young people's nursing at a glance*. Wiley-Blackwell.
- Lambert, V., Coad, J., & Hicks, P. (2017). Using a storybook to help children's understanding of medical procedures: A literature review. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 22(4), e12192. <https://doi.org/10.1111/jspn.12192>
- Lestari, I. (2021). Perkembangan Bahasa pada Anak Usia 3-4 Tahun. *Jurnal Kualita Pendidikan*, 2(2), 113–118. <https://doi.org/10.51651/jkp.v2i2.46>
- Marsilia, I. D., Nurulicha, N., Fitri, D. M., Nengsih, Y., & Nurzanah, E. M. (2022). Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak (SDIDTK) Pada Anak Usia 54-72 Bulan di Tk Cikal Cendikia Cileungsi Kab.Bogor. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 5(4), 1236–1243. <https://doi.org/10.33024/JKPM.V5I4.5704>
- McCaffery, M., & Pasero, C. (2019). *Pain: Clinical manual* (2nd ed.). Mosby.
- Mendri, N. (2022). *Etika dan Tanggung Jawab Hukum dalam Keperawatan Anak*. Bandung: Refika Aditama.

- Ministry of Health Indonesia. (2023). Pedoman pelayanan gawat darurat anak di rumah sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Modul Etika Keperawatan. (2021). Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Kesehatan Hidup (UKH). Yogyakarta.
- Ningsih, N. F., Mufidah, A., Wilujeng, A. P., Pratiwi, E. A., Sudiarti, P. E., Huru, M. M., ... Ningsih, M. U. (2022). Keperawatan Anak. (A. Munandar, Ed.) (1st ed.). Bandung: Media Sains Indonesia.
- Nursing Critical Care Journal. (2023). Monitoring and nursing management in pediatric intensive care. *Nursing Critical Care Journal*, 18(4), 245–252.
- Nurul Faizin, M., Wahyuningrum, E., Kenti Gayatina STIKes StElisabeth Semarang, A., Kawi Raya No, J., Candisari, K., Semarang, K., & Tengah, J. (2021). Relationship Between Smartphone Addiction and Sleep Disturbance in School Age Children, 4(November), 733–740. Retrieved from <https://journal.ppnijateng.org/index.php/jikj>
- Orenstein, S. R., Bauman, L. J., DiLorenzo, C., & Hassell, J. (2007). Gastroesophageal reflux in infants. *Pediatrics*, 120(5).
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. (2023). *Fundamentals of nursing* (11th ed.). Elsevier.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2023). *Fundamentals of Nursing* (11th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Price, H., & Lucker, J. R. (2019). Communication strategies for children with hearing loss. In *Handbook of clinical audiology* (7th ed., pp. 671-689). Thieme.

- Republik Indonesia. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Pub. L. No. Nomor 36 (2009). Indonesia.
- Republik Indonesia. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan, Pub. L. No. Nomor 5 (2014). Indonesia.
- Rollins, J. A. (2005). Tell me about it: Drawing and storytelling as a communication tool. *Pediatric Nursing*, 31(4), 310–318.
- Rosida, N. A., Suhendra, S., Meilyana, B. D., & Riswanto, R. B. (2022). Predictor prognosis of pediatric septic shock: Literature review. *Critical Medical and Surgical Nursing Journal*, 11(1), 45–55.
- Rudd, K., & Kocisko, D. M. (2014:314). *Pediatric nursing: the critical components of nursing care*. F.A. Davis Company
- Rukmini, R. (2022). The Effectiveness of Congklak Game on the Social-Emotional Development of Children aged 4-6 Years Old. *Proceedings of the National Health Scientific Publication Seminar*, 1(01), 258–265. <http://spikesnas.khkediri.ac.id/SPIKesNas/index.php/MOO/article/view/58>
- Soetjiningsih. (2013). *Tumbuh Kembang Anak*. EGC.
- Solicha, I. (2020). Faktor yang Mempengaruhi Perkembangan Anak Usia Dini. *Jurnal Pelita PAUD*, 4(2), 197–207. <https://doi.org/10.33222/PELITAPAUD.V4I2.968>
- Stein, D. S., Munir, K. M., & Augustyn, M. (2017). Approach to the child with intellectual disability. *Pediatrics in Review*, 38(11), 527-539. <https://doi.org/10.1542/pir.2016-0181>

- Suarli, S., & Bahtiar, Y. (2021). Etika dan Hukum Kesehatan. Jakarta: EGC.
- Sudiyanto, A. (2019). Etika Keperawatan: Tanggung Jawab Profesional dan Moral Perawat. Jakarta: Salemba Medika.
- Tamura-Lis, W. (2013). Teach-back for quality and safety. *Urologic Nursing*, 33(6), 267-271. <https://doi.org/10.7257/1053-816X.2013.33.6.267>
- UNICEF. (2025a). Under-Five Mortality. Retrieved November 1, 2025, from <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>
- UNICEF. (2025b). Under-Five Mortality Rate in Indonesia. Retrieved November 2, 2025, from <https://data.unicef.org/country/idn/>
- United Nations Children's Fund. (2020). Situasi anak di Indonesia-Tren, Peluang, dan Tantangan Dalam Memenuhi Hak-Hak Anak. Jakarta: UNICEF Indonesia.
- University of Pennsylvania. (2025). Late-Nineteenth and Early-Twentieth Century Pediatrics. Retrieved November 2, 2025, from <https://www.nursing.upenn.edu/nhhc/home-care/late-nineteenth-and-early-century-pediatrics/>
- Wahyuni, A. A. I. P. (2025). Mari Lindungi Anak Indonesia dengan Tindakan Nyata. Retrieved November 4, 2025, from https://keslan.kemkes.go.id/view_artikel/4135/mari-lindungi-anak-indonesia-dengan-tindakan-nyata
- Wahyuni, C. (2018). Panduan Lengkap Tumbuh Kembang Anak Usia 0-5 Tahun. http://repository.iik-strada.ac.id/20/3/BUKU_AJAR_TUMBUH_KEMBANG_ISI_new.pdf

- Wahyuningrum, E., Yulianti, N. R., & Gayatina, A. K. (2020). Factors affecting sleep problems in preschoolers. *Nurse Media Journal of Nursing*, 10(2), 107–118. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v10i2.26649>
- Wilkin, T. J. (2021). Growth in Childhood. Growth in Childhood. <https://doi.org/10.4324/9781315076645/GROWTH-CHILDHOOD-TERENCE-WILKIN>
- Wong, D. L., Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2023). Wong's Nursing Care of Infants and Children (12th ed.). St. Louis: Elsevier.
- World Health Organization (WHO), 2015 Global School-based Student Health Survei. [Survei Global Kesehatan Pelajar Berbasis Sekolah Tahun 2015], Kementerian Kesehatan RI, Jakarta, 2015.
- World Health Organization (WHO). (2022). Ethical Issues in Pediatric Nursing: Global Guidelines for Health Professionals. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2022). Emergency triage assessment and treatment (ETAT): Guidelines for pediatric emergency care in low-resource settings. WHO Press.
- Wyllie, R., & Hyams, J. S. (2006). Pediatric gastrointestinal and liver disease (3rd). s Elsevier.
- Yusuf Sukman, J. (2017). PENINGKATAN MOTORIK HALUS ANAK USIA DINI DI ERA REVOLUSI INDUSTRI. Вестник Росздравнадзора, 4, 9–15.
- Zhang, X., & Chen, X. (2025). Optimized pediatric emergency nursing and its effects on successful resuscitation and

adverse reactions in children. *Frontiers in Pediatrics*, 13, 1578177.

Zhao, J., He, L., Zhao, Y., & Hu, J. (2023). A review of the roles and implementation of pediatric emergency triage systems. *Medical Science Monitor*, 29, e941582.

TENTANG PENULIS



Eka Wahyuningrum, S.Kep., Ns., M.Kep

Seorang Penulis, Peneliti dan Dosen Prodi S1 Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu KEsehatan St. Elisabeth Semarang (STIKes Elisabeth Semarang). Lahir di Banyutowo, Kabupaten Pati, tanggal 2 Juni 1987 Jawa Tengah. Penulis merupakan anak pertama dari tiga bersaudara dari pasangan bapak Suhardi dan Ibu Yuliana. Penulis menamatkan pendidikan program Sarjana (S1) dan Profesi Keperawatan di Universitas Karya Husada Semarang dan menyelesaikan program Pasca Sarjana (S2) di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta Magister Keperawatan peminatan keperawatan Anak. Penulis merupakan peneliti yang aktif menulis buku keperawatan dan artikel penelitian yang dipublikasikan baik pada jurnal nasional terakreditasi maupun internasional bereputasi.



Dr. Rukmini, S.Kep.Ns., M.Pd., M.Kes..

Dosen Tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Adi Husada. Ketertarikan penulis dalam bidang kesehatan dan pendidik dimulai setelah menempuh Pendidikan Magister mendapatkan gelar M.Pd. Penulis tempuh pada di Universitas Sebelas Maret Surakarta 2014 hingga meraih gelar M.Kes. Pendidikan doktoral telah ditempuh hingga tahun 2022 mencapaigelar Dr. dengan menekuni bidang Pendidikan di Universitas Negeri Surabaya. Sebagai dosen Profesional penulis merupakan peneliti aktif dan pelaksana pengabdian masyarakat serta penulis buku dan artikel ilmiah,

khususnya pada bidang keperawatan anak, sesuai memiliki kepakaran dalam bidang Keperawatan dan Kesehatan khususnya Anak. Untuk pengembangan ilmu dan profesi, penulis juga aktif dalam beberapa organisasi profesi diantaranya pada bidang keperawatan anak dan Pendidikan. Penulis berharap agar buku yang ditulis oleh penulis dapat memberikan manfaat untuk pengembangan ilmu khususnya bidang Kesehatan, keperawatan dan Pendidikan.



Dina Istiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

Lahir di Blitar, pada 01 Januari 1988. Penulis bekerja sebagai Dosen Keperawatan pada Prodi Profesi Ners di STIKes Adi Husada Surabaya. Anak pertama dari tiga bersaudara, pasangan Subagyo dan Sundari. Menyelesaikan pendidikan Akademi Keperawatan (D3) di Kabupaten Trenggalek, Program Sarjana (S1 Kep dan Profesi Ners) di Universitas Strada Kediri, dan Program Magister (S2) di Universitas Airlangga Surabaya.



Lia Yuliana, S.Kep., Ns., M.Kep

Dosen Prodi Ilmu Kesehatan Universitas Bale Bandung, Lahir di Ciamis, 04 Juli 1999. Anak pertama dari dua bersaudara, pasangan Darsan dan Romdah. Menamatkan pendidikan Program Sarjana (S1) di STIKes Muhammadiyah Ciamis tahun 2021, dan Program Magister-S2 pada Universitas Jenderal Achmad Yani Cimahi 2025.



Ganjar Safari, S.Kep., Ns., M.M., M.Kep

Dosen Prodi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bale Bandung, saat ini aktif sebagai praktisi pada bidang Hipnoterapi dan *Neuro Linguistic Programming*, Lahir di Bandung, 28 Oktober 1986. Menamatkan pendidikan Program Sarjana (S1) di Universitas ARS International, Program Profesi (Ners) di Universitas BSI Bandung, Program Magister-S2 (Manajemen Rumah Sakit) pada Universitas Sangga Buana YPKP Bandung dan Program Magister-S2 (Keperawatan Anak) pada Universitas Jenderal Ahmad Yani. Pemegang Sertifikasi dari *Indonesian Board Hypnoterapi* (IBH) bidang Profesional Hipnoterapi (CPHt), bidang *Neuro Linguistic Programming* (NLP) dari *Neo NLP Society*. Berbagai penelitian yang telah dilakukan dan dipublikasi pada Jurnal internasional bereputasi (Scopus) & Jurnal Nasional terindeks Sinta.



Anisa Oktiawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Dosen Prodi D-3 Keperawatan Universitas Bhamada Slawi, saat ini aktif sebagai pengajar di bidang ilmu keperawatan anak, Lahir di Banda Aceh, 15 Oktober 1986. Anak pertama dari dua bersaudara, pasangan Wirtono Heri Suntoro dan Tuti Marhaeni. Menamatkan pendidikan Program Sarjana (S1) di Universitas Diponegoro Semarang, dan Program Magister-S2 pada Universitas Indoneisa. Penulis aktif melakukan kegiatan tridharma di bidang keilmuan Keperawatan Anak. Karya terakhir melakukan publikasi di Jurnal Nasional terindkes SINTA 2 dengan judul penelitian GEMATI Program: Reducing the Incidence of Stunting.



Ns. Rahayu Savitri, M.Kep., Ph.DN

Merupakan dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Budi Luhur, Cimahi, Jawa Barat. Lahir di Jakarta pada tahun 1975, Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan pada tahun 2002 dan Pendidikan Profesi Ners pada tahun 2004 di Universitas Padjadjaran. Gelar Magister Keperawatan diperoleh dari STIKes Jenderal Achmad Yani (Universitas Jenderal Achmad Yani) pada tahun 2013, dan gelar *Doctor of Philosophy in Nursing (Ph.D. in Nursing)* diraih dari Women's University, Manila, Filipina, pada tahun 2025. Bidang keahlian penulis meliputi pendidikan keperawatan, khususnya keperawatan anak. Selain berperan sebagai pendidik dan peneliti, beliau juga aktif dalam kegiatan profesional dan pengembangan ilmu keperawatan melalui keterlibatannya dalam organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Jawa-Barat serta menjadi anggota organisasi Ikatan Perawatan Anak Nasional Indonesia (IPANI).

Penerbit :

Penerbit Buku Sonpedia

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



Redaksi :

Jl. Premix No. 07 Kenali Asam Bawah Kota Baru

Kota Jambi 36129

Tel +6282177858344

Email: penerbitbukusonpedia@gmail.com

Website: <https://buku.sonpedia.com/>