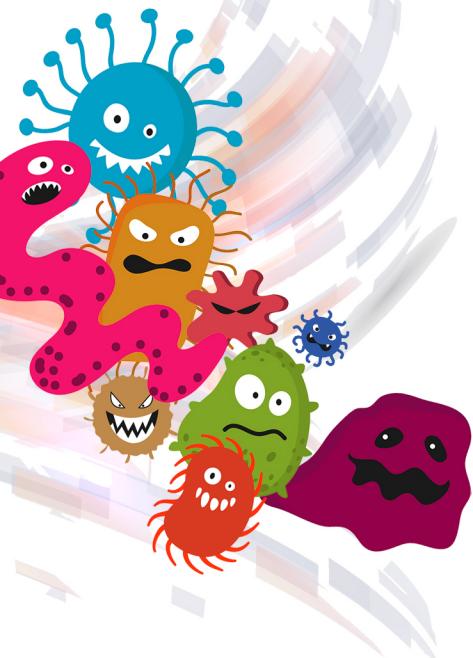


PENCEGAHAN PENYAKIT DAN STIMULASI PERKEMBANGAN PADA ANAK



Ns. Deni Metri, S.Kep.,M.Kes
Septian Andriyani,S.Kp.,M.Kep
Siti Nur Umariyah Febriyanti, S.Si.T, MH, CBC
Lili Anggraini SS T., MH. Kes
Dr. Festy Mahanani Mulyaningrum, SST.MPH

PENCEGAHAN PENYAKIT DAN STIMULASI PERKEMBANGAN PADA ANAK

Oleh:

Ns. Deni Metri, S.Kep.,M.Kes

Septian Andriyani,S.Kp.,M.Kep

Siti Nur Umariyah Febriyanti, S,Si.T, MH, CBC

Lili Anggraini SS T., MH. Kes

Dr. Festy Mahanani Mulyaningrum, SST.MPH



PENCEGAHAN PENYAKIT DAN STIMULASI PERKEMBANGAN PADA ANAK

Penulis:

Ns. Deni Metri, S.Kep.,M.Kes

Septian Andriyani,S.Kp.,M.Kep

Siti Nur Umariyah Febriyanti, S.Si.T, MH, CBC

Lili Anggraini SS T., MH. Kes

Dr. Festy Mahanani Mulyaningrum, SST.MPH

Desain Cover:

Aldian Shobari

Tata Letak:

Achmad Faisal

ISBN:

978-623-09-2180-3

Cetakan Pertama: **Januari, 2023**

Hak Cipta 2023

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2023

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak
sebagian atau
seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT:

Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat

Website: www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram: @bimbel.optimal

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa rahmat dan karunia-Nya sehingga buku refensi tentang pencegahan dan stimulasi perkembangan anak ini dapat di selesaikan dan diterbitkan

Buku referensi adalah suatu tulisan dalam bentuk buku yang menyajikan hasil dari serangkaian kegiatan penelitian yang original, mendalam, dan menyeluruh pada satu cabang ilmu. yang subtansi pembahasannya dalam satu cabang ilmu dan bisa menjadi rujukan dalam pengembangan ilmu dan pengetahuan. Dalam penulisan kali ini terkait dengan keperawatan anak dengan judul Pencegahan dan Stimulasi Perkembangan Pada anak

Selama proses penyusunan buku ini, banyak pihak yang telah berkontribusi. Semoga segala bentuk kontibusi yang telah diberikan mendapat balasan yang berlipat ganda dari Tuhan yang Maha Pemurah.

Oleh karenanya, dengan diadakannya penulisan buku referensi ini, diharapkan semakin bermunculan karya-karya dosen Dalam bentuk buku, yang telah memenuhi standar nasional, sehingga kemanfaatannya dapat dirasakan oleh sebanyak mungkin sivitas akademika baik di dunia perawatan sampai ke masyarakat luas.

PRAKATA

Puji Syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan Hidayah Nya kepada sehingga kami dalam kesempatan ini telah berhasil menyusun buku **Pencegahan Penyakit dan Stimulasi Perkembangan Pada Anak** yang dapat digunakan sebagai salah acuan dalam pelaksanaan proses pembelajaran.

Penulis menyadari bahwa buku ini jauh dari kesempurnaan oleh karena itu dengan kerendahan hati penulis berharap para pembaca untuk senantiasa dapat memberikan kritik dan saran-saran yang sifatnya membangun untuk perbaikan buku ini, sehingga menjadi lebih baik dan membantu penulis untuk berkarya yang lebih baik.

Penulis berharap semoga buku ini dapat bermanfaat dan bernilai ibadah untuk sumbangsih bagi pengembangan ilmu keperawatan, terutama perawat dalam meningkatkan pengetahuan keperawatan pada anak dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan yang berkualitas. Semoga Allah SWT meridhoi segala aktivitas yang kita lakukan untuk keselamatan umat manusia , Amin.

Agustus, 2022

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
PRAKATA.....	iv
DAFTAR ISI	v
Penularan TB Paru Terhadap Anak.....	1
BAB 1 PENDAHULUAN.....	3
BAB 2 METODOLOGI	15
BAB 3 TEORI MUTAKHIR.....	29
BAB 4 PEMBAHASAN.....	31
BAB 5 PENUTUP	35
DAFTAR PUSTAKA	37
GLOSARIUM.....	41
INDEKS.....	43
Pelaksanaan Toilet <i>Training</i> Pada Anak	45
BAB 1 PENDAHULUAN.....	47
BAB 2 METODOLOGI	71
BAB 3 TEORI MUTAKHIR.....	73
BAB 4 PEMBAHASAN.....	77
BAB 5 PENUTUP	89
DAFTAR PUSTAKA	91
GLOSARIUM.....	97
INDEKS.....	99
Pengaruh <i>Brain Gym</i> Terhadap Konsentrasi Anak Usia Prasekolah	101
BAB 1 PENDAHULUAN.....	103
BAB 2 METODOLOGI	107
BAB 3 TEORI MUTAKHIR.....	109
BAB 4 PEMBAHASAN.....	129
BAB 5 PENUTUP	135
DAFTAR PUSTAKA	137
GLOSARIUM.....	141
INDEKS.....	145

Hubungan Pengetahuan Ibu Terhadap Interpretasi Hasil KPSP Anak Usia 0-24 Bulan Di BPM Sagita Darmasari Palembang Tahun 2020	147
BAB 1 PENDAHULUAN.....	148
BAB 2 METODOLOGI	155
BAB 3 TEORI MUTAKHIR.....	157
BAB 4 PEMBAHASAN.....	173
BAB 5 PENUTUP	177
DAFTAR PUSTAKA	179
GLOSARIUM.....	181
INDEKS.....	185
Strategi Deteksi Dini Penerapan Model Promosi Kesehatan Penurunan AKI AKB dan Stunting Dengan Metode <i>Blended Learning</i> Bidan.....	187
BAB 1 PENDAHULUAN.....	188
BAB 2 METODOLOGI	191
BAB 3 TEORI MUTAKHIR.....	193
BAB 4 PEMBAHASAN.....	203
BAB 5 PENUTUP	207
DAFTAR PUSTAKA	209
GLOSARIUM.....	213
INDEKS.....	215
PROFIL PENULIS.....	217

Penularan TB Paru Terhadap Anak

Ns. Deni Metri, S.Kep.,M.Kes



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Pendahuluan

Indonesia adalah salah satu negara tropis, dimana lebih mudah terjangkit penyakit menular dibandingkan dengan wilayah beriklim sedang. Penyebab utamanya adalah faktor lingkungan dimana wilayah tropis memiliki kelembaban cukup tinggi dan pertumbuhan biologis sebagai pendukung keanekaragaman hayati yang tinggi termasuk patogen, vektor, dan hospes. Hal ini diperparah oleh faktor kesadaran masyarakat dan pengendalian penyakit. penyakit menular atau penyakit tropis yang kurang optimal Salah satu contoh penyakit tropis yaitu tuberkulosis yang merupakan salah satu penyebab terbesar kematian di dunia (Smeltzer et al, 2010)

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa sebanyak 1,5 juta orang meninggal karena TB (1.1 juta HIV negatif dan 0.4 juta HIV positif) dengan rincian 89.000 laki-laki, 480.000 wanita dan 140.000 anak-anak. Pada tahun 2014, kasus TB diperkirakan terjadi pada 9,6 juta orang dan 12% diantaranya adalah HIV-positif (WHO, 2015)

Secara global pada tahun 2016 terdapat 10,4 juta kasus insiden TBC (CI 8,8 juta – 12, juta) yang setara dengan 120 kasus per 100.000 penduduk. Lima Negara dengan insiden kasus tertinggi yaitu India, Indonesia, China, Philipina, dan Pakistan. Badan kesehatan dunia mendefinisikan Negara dengan beban tinggi/high burder countries (HBC) untuk TBC berdasarkan 3 indikator yaitu TBC, TBC/HIV, dan MDR-TBC. Terdapat 48 negara yang masuk dalam daftar tersebut. Satu Negara dapat masuk dalam salah satu daftar tersebut, atau keduanya, bahkan bisa masuk dalam ketiganya. Indonesia bersama 13 negara lain, masuk dalam daftar HBC untuk ke-3 indikator tersebut. Artinya

Indonesia memiliki permasalahan besar dalam menghadapi penyakit TB (Infodatin, 2018)

TB pada anak merupakan aspek yang sering dilupakan dari epidemik TB. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2011), TB pada anak mencerminkan transmisi TB yang terus berlangsung di populasi. Masalah ini masih memerlukan perhatian yang lebih baik dalam program pengendalian TB.

Program pengendalian TB yang salah satu kegiatannya adalah mencegah penularan TB. Penularan dari penyakit TB dipengaruhi oleh beberapa faktor. Model teori epidemiologi J. Gordon menyatakan bahwa penularan penyakit infeksi dipengaruhi oleh interaksi dari tiga faktor. Faktor-faktor tersebut antara lain: faktor pejamu (*host*), agen (*agent*), dan lingkungan (*environment*) (Wahyu, 2008). Untuk mencegah terjadinya penularan adalah dengan memutus transmisi dari ketiga faktor tersebut.

Sumber penularan TB pada anak adalah pasien dewasa TB BTA positif. Pada waktu batuk, bersin dan berbicara, pasien menyebarluaskan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*). Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari langsung dapat membunuh kuman. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab. Daya penularan seorang pasien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makintinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut (Kemenkes RI, 2011).

Ada beberapa yang memiliki resiko lebih besar terkena TB antara lain mereka yang memiliki kontak erat dengan penderita yang belum diobati atau tidak menjalankan pengobatan tuntas, mereka yang memiliki kekebalan tubuh rendah dan lemah, mereka yang mengkonsumsi tembakau. Dimana hampir 20 persen kasus TB disebabkan merokok (Depkes RI, 2011).

Kasus TB paru di Provinsi Lampung menempati urutan ke-5 jika dibandingkan provinsi yang ada di Indonesia dimana CNR sebesar 106/100.000 penduduk. (Pusat Data Dan Kementerian Kesehatan RI,

2015). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Utara Tahun 2019 bahwa prevalensi angka kejadian tuberculosis di Kabupaten Lampung Utara adalah sebesar 2.078 orang per tahun 2019 (Dinas Kesehatan Lampung Utara, 2019) . Sedangkan jumlah kasus temuan yang ada di Kabupaten Lampung Utara pada 5 tahun terakhir rata-rata 47,5 %

Dari 28 Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang ada di Lampung Utara, Puskesmas Kotabumi II adalah salah satu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang memiliki jumlah penemuan kasus tuberculosis paru yang cukup tinggi berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Lampung Utara. Data temuan Tuberculosis di Puskesmas Kotabumi II Tahun 2020 pada capaian Triwulan 1 yaitu 12 kasus, Triwulan 2 yaitu 15 kasus, Triwulan 3 yaitu 12 kasus dan pada Triwulan 4 yaitu 10 kasus dengan jumlah total penemuan tuberculosis paru 49 kasus. Dari 49 kasus sebagian besar sudah berkeluarga dan mempunyai anak.

1.2 State of The Art

A. Definisi Tuberkulosis

Tuberkulosis adalah penyakit infeksi kronik yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis* (TB).Kuman ini berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-4/ μm dan tebal 0,3-0,6/ μm . Sebagian besar dinding kuman ini terdiri atas asam lemak (lipid), peptidoglikan dan arabinomannan. Lipid inilah yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam (asam alkohol) sehingga disebut bakteri tahan asam (BTA) dan bakteri ini juga lebih tahan terhadap gangguan kimia dan fisis. Kuman TB tidak hanya menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya (Sudoyo et. al, 2019).

1. Klasifikasi Tuberkulosis

Tuberkulosis dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

a. Berdasarkan organ tubuh yang terkena:

1) Tuberkulosis paru

Tuberkulosis yang menyerang jaringan (parenkim) paru, tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus.

2) Tuberkulosis ekstra paru

Tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, kelenjar getah bening, tulang, dan lain lain.

b. Berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis, yaitu:

1) Tuberkulosis paru BTA positif

a) Sekurang-kurangnya dua dari tiga spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.

b) Satu spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto thorak dada menunjukkan gambaran tuberkulosis.

c) Satu spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif.

d) Satu atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah tiga spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotik Non OAT.

2) Tuberkulosis paru BTA negatif

Kriteria diagnostik TB paru BTA negatif harus meliputi:

a) Paling tidak tiga spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif.

b) Foto thorak menunjukkan gambaran tuberkulosis.

c) Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotik Non OAT.

d) Pertimbangan dokter untuk pemberian pengobatan secara klinis.

c. Berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya:

1) Baru

Adalah pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu).

2) Kambuh (*relaps*)

Adalah pasien tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, didiagnosis kembali dengan BTA positif (apusan atau kuktur).

3) Pengobatan setelah putus berobat (Default)

Adalah pasien yang telah menjalani pengobatan ≥ 1 bulan dan tidak mengambil obat 2 bulan berturut-turut atau lebih sebelum masa pengobatan selesai.

4) Gagal (Failure)

Adalah pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada akhir bulan ke-5 atau lebih selama pengobatan.

5) Pindahan (Transfer In)

Adalah pasien yang dipindahkan dari UPK yang memiliki register TB lain untuk melanjutkan pengobatannya.

2. Patogenesis Tuberkulosis Paru

Sumber penularan adalah penderita TB paru BTA positif (+) yang dapat menularkan kepada orang yang berada disekitarnya atau disekelilingnya terutama kontak erat dengan penderita. Pada waktu batuk atau bersin penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk droplet nuklei. Partikel yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam, tergantung ada tidaknya sinar matahari, ventilasi yang baik dan kelembapan (Sudoyo et all, 2006).

Bakteri TB masuk ke dalam tubuh manusia melalui saluran pernapasan dan bisa menyebar ke bagian tubuh lainnya melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe atau langsung ke organ terdekatnya. Tidak semua kuman TB paru yang masuk ke dalam tubuh akan berkembang menjadi penyakit TB paru. Mekanisme pertahanan tubuh akan segera bekerja dan kuman yang masuk tersebut akan dilumpuhkan.

Namun jika kondisi kesehatan sedang buruk maka daya tahan tubuh akan berkurang, sehingga kemungkinan terjadinya penyakit TB paru akan lebih besar.

3. Diagnosis

Diagnosis TB dibuat berdasarkan (PDPI, 2006):

a. Klinis

Manifestasi klinis tuberkulosis dapat dibagi menjadi 2 golongan, yaitu gejala lokal dan gejala sistemik, bila organ yang terkena adalah paru maka gejala lokal ialah gejala respiratori (gejala lokal sesuai organ yang terlibat)

1) Lokal/respiratory

- a) Batuk produktif (terus-menerus dan berdahak) > 2 minggu
- b) Hemoptisis ringan-masif
- c) Nyeri dada, pleuritic pain
- d) Sesak nafas

2) Sistemik atau konstitusional

Gejala terjadi akibat peranan aktivitas TNF α , yaitu:

- a) Demam (*low grade*)
- b) Keringat malam walau tanpa beraktivitas
- c) Berat badan menurun
- d) Rasa kurang enak badan (malaise)
- e) Fatigue
- f) Anoreksia (nafsu makan menurun)
- g) Spesifik organ ekstra paru

b. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan pertama terhadap keadaan umum pasien mungkin ditemukan konjungtiva mata atau kulit yang pucat karena anemia, suhu demam (subfebris), badan kurus atau berat badan menurun (PDPI, 2006). Tempat kelainan lesi TB paru yang paling dicurigai adalah bagian apeks (puncak) paru. Bila dicurigai adanya infiltrat yang agak luas, maka didapatkan perkusi yang redup dan

auskultasi suara napas bronkial. Akan didapatkan juga suara napas tambahan berupa ronki basah, kasar, dan nyaring. Tetapi bila infiltrat ini diliputi oleh penebalan pleura, suara napasnya menjadi vesikular melemah. Bila terdapat kavitas yang cukup besar, perkusi memberikan suara hipesonor atau timpani dan auskultasi memberikan suara amforik (PDPI, 2006).

Pada tuberkulosis paru yang lanjut dengan fibrosis yang luas sering ditemukan atrofi dan retraksi otot-otot interkostal. Bagian paru yang sakit jadi mencuat dan menarik isi mediastinum atau paru lainnya. Paru yang sehat menjadi lebih hiperinflasi. Bila jaringan fibrotik amat luas yakni lebih dari setengah jumlah jaringan paru-paru, akan terjadi pengecilan daerah aliran darah paru dan selanjutnya meningkatkan tekanan arteri pulmonalis (hipertensi pulmonal) diikuti terjadinya kor pulmonal dan gagal jantung kanan (PDPI, 2006).

c. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Pemeriksaan Radiologis
- 2) Pemeriksaan Laboratorium
 - a) Darah
 - b) Sputum
 - (1) Penting, karena dengan ditemukannya kuman BTA, diagnosis sudah dapat dipastikan.
 - (2) Memberikan evaluasi terhadap pengobatan yang sudah diberikan.
 - (3) Cara pengambilan sputum 3 kali (SPS)
Sewaktu → dahak sewaktu saat kunjungan
Pagi → keesokan harinya
Sewaktu → keesokan harinya
 - (4) Cara pemeriksaan sediaan sputum yang dilakukan sediaan langsung dengan mikroskop dengan pewarnaan Ziehl-Nielsen.
 - c) Tes tuberkulin yaitu tes Mantoux

d) Amplifikasi asam nukleik

Pasien dengan sputum BTA positif:

- 1) Pasien yang pada pemeriksaan sputumnya secara mikroskopis ditemukan BTA, sekurang-kurangnya pada 2x pemeriksaan, atau
- 2) Satu sediaan sputumnya positif disertai kelainan radiologis yang sesuai dengan gambaran TB aktif, atau
- 3) Satu sediaan sputumnya positif disertai biakan yang positif.

Pasien dengan sputum BTA negatif:

- 1) Pasien yang pada pemeriksaan sputumnya secara mikroskopis tidak ditemukan BTA sedikitnya pada 2x pemeriksaan tetapi gambaran radiologis sesuai dengan TB aktif, atau
- 2) Pasien yang pada pemeriksaan sputumnya secara mikroskopis tidak ditemukan BTA sama sekali, tetapi pada biakannya positif.

4. Pengobatan Tuberkulosis Paru

Pengobatan tuberkulosis terbagi menjadi 2 fase yaitu fase intensif (2-3 bulan) dan fase lanjutan 4 atau 7 bulan. Paduan obat yang digunakan terdiri dari paduan obat utama dan tambahan.

Tabel 1.1 Jenis dan Dosis OAT

Obat	Dosis (Mg/Kg BB/Hari)	Dosis yg dianjurkan		Dosis Maks (mg)	Dosis (mg) / berat badan (kg)		
		Harian (mg/ kg BB / hari)	Intermitten (mg/ Kg/ BB/ kali)		< 40	40- 60	>60
R	8-12	10	10	600	300	450	600
H	4-6	5	10	300	150	300	450
Z	20-30	25	35		750	1000	1500
E	15-20	15	30		750	1000	1500
S	15-18	15	15	1000	Sesuai BB	750	1000

Tabel 1.2 Ringkasan Paduan Obat

Kategori	Kasus	Paduan obat yang diajurkan	Keterangan
I	- TB paru BTA +, BTA -, lesi luas	2 RHZE / 4 RH atau 2 RHZE / 6 HE *2RHZE / 4R3H3	
II	- Kambuh	-RHZES / 1RHZE / sesuai hasil uji resistensi atau 2RHZES / 1RHZE / 5 RHE	Bila streptomisin alergi, dapat diganti kanamisin
	- Gagal pengobatan	-3-6 kanamisin, ofloksasin, etionamid, sikloserin / 15-18 ofloksasin, etionamid, sikloserin atau 2RHZES / 1RHZE / 5RHE	
II	- TB paru putus berobat	Sesuai lama pengobatan sebelumnya, lama berhenti minum obat dan keadaan klinis, bakteriologi dan radiologi saat ini (lihat uraiannya) atau *2RHZES / 1RHZE / 5R3H3E3	
III	- TB paru BTA neg. lesi minimal	2 RHZE / 4 RH atau 6 RHE atau *2RHZE / 4 R3H3	
IV	- Kronik	RHZES / sesuai hasil uji resistensi (minimal OAT yang sensitif) + obat lini 2 (pengobatan minimal 18 bulan)	
IV	- MDR TB	Sesuai uji resistensi + OAT lini 2 atau H seumur hidup	

Catatan : * Obat yang disediakan oleh Program Nasional TB

5. Evaluasi Pengobatan

Evaluasi pasien meliputi evaluasi klinis, bakteriologi, radiologi, dan efek samping obat, serta evaluasi keteraturan berobat.

Evaluasi Klinik:

- Pasien dievaluasi setiap 2 minggu pada 1 bulan pertama pengobatan selanjutnya setiap 1 bulan.
- Evaluasi: respons pengobatan dan ada tidaknya efek samping obat serta ada tidaknya komplikasi penyakit.
- Evaluasi klinis meliputi keluhan, berat badan, pemeriksaan fisis.

Evaluasi bakteriologik (0 - 2 - 6 /9 bulan pengobatan)

- a. Tujuan untuk mendeteksi ada tidaknya konversi dahak
- b. Pemeriksaan & evaluasi pemeriksaan mikroskopik
 - 1) Sebelum pengobatan dimulai
 - 2) Setelah 2 bulan pengobatan (setelah fase intensif)
 - 3) Pada akhir pengobatan
- c. Bila ada fasiliti biakan: dilakukan pemeriksaan biakan dan uji resistensi

Evaluasi radiologik (0 - 2 – 6/9 bulan pengobatan)

Pemeriksaan dan evaluasi foto toraks dilakukan pada:

- a. Sebelum pengobatan
- b. Setelah 2 bulan pengobatan (kecuali pada kasus yang juga dipikirkan kemungkinan keganasan dapat dilakukan 1 bulan pengobatan)
- c. Pada akhir pengobatan

Evaluasi keteraturan berobat

- a. Yang tidak kalah pentingnya adalah evaluasi keteraturan berobat dan diminum / tidaknya obat tersebut. Dalam hal ini maka sangat penting penyuluhan atau pendidikan mengenai penyakit dan keteraturan berobat. Penyuluhan atau pendidikan dapat diberikan kepada pasien, keluarga dan lingkungannya.
- b. Ketidakteraturan berobat akan menyebabkan timbulnya masalah resistensi.

Kriteria Sembuh

- 1) BTA mikroskopis negatif dua kali (pada akhir fase intensif dan akhir pengobatan) dan telah mendapatkan pengobatan yang adekuat
- 2) Pada foto toraks, gambaran radiologi serial tetap sama/ perbaikan
- 3) Bila ada fasiliti biakan, maka kriteria ditambah biakan negatif

Evaluasi pasien yang telah sembuh

Pasien TB yang telah dinyatakan sembuh sebaiknya tetap dievaluasi minimal dalam 2 tahun pertama setelah sembuh, hal ini dimaksudkan untuk mengetahui kekambuhan. Hal yang dievaluasi adalah mikroskopis BTA dahak dan foto toraks. Mikroskopis BTA dahak 3,6,12 dan 24 bulan (sesuai indikasi/bila ada gejala) setelah dinyatakan sembuh. Evaluasi foto toraks 6, 12, 24 bulan setelah dinyatakan sembuh (bila ada kecurigaan TB kambuh).

BAB 2

METODOLOGI

Penelitian ini merupakan penelitian survey analitik yang menggunakan metode kuantitatif dan metode kualitatif, dengan pendekatan atau desain *cross sectional*. Dengan menggunakan total sample sebanyak 38 responden dan pengumpulan data kualitatif dilakukan dengan melakukan wawancara mendalam (*in-depth interview*) kepada 5 partisipan. Penelitian ini menggunakan instrumen kuesioner untuk pengumpulan data kuantitatif dan pedoman wawancara untuk pengumpulan data kualitatif. Subjek penelitian ini adalah seluruh pasien tuberculosis paru yang berobat Puskesmas Kotabumi II. Adapun kriteria inklusinya adalah:

- a. Responden bersedia diteliti dan dapat kooperatif.
- b. Responden sudah menikah dan mempunyai anak

Sebelum dilaksanakan Penelitian, peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen kuesioner untuk penelitian kuantitatif dan pedoman wawancara untuk penelitian kualitatif. Dalam instrumen kuesioner telah disediakan pilihan jawaban sehingga responden memilih jawaban yang menurut responden paling benar yang telah tersedia di lembar kuesioner yang telah dibuat oleh peneliti dengan mengacu pada kepustakaan yang ada. Data yang dikumpulkan merupakan data primer yaitu data yang diperoleh langsung dari responden. Untuk penelitian kualitatif terdapat pedoman wawancara yang digunakan saat pengambilan data.

2.1 Perilaku

Pengertian perilaku (behavior) adalah sesuatu yang dilakukan oleh seseorang yang dapat diamati, diukur, maupun diulangi. Untuk membedakan domain psikomotor/behavior dan kognitif perilaku seharusnya tidak didefinisikan melalui deskripsi konsep-konsep yang mungkin terkait dengan perilaku, misalnya motivasi yang mendorong individu melakukan perilaku, proses

internal yang terjadi sehingga seseorang mewujudkan perilaku ataupun perasaan ketika melakukan perilaku (Murti, Bhisma, 2018)

Berbeda dengan Skinner (1938) dalam Soekidjo Notoatmojo (2012) perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena itu perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespon, maka teori Skinner ini disebut teori S-O-R atau Stimulus Organisme Respon. Skinner membedakan adanya dua respons.

1. Respondent response atau reflexive, yakni respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respons-respons yang relative tetap.
2. *Operant response* atau *instrumental response*, yakni respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforce*, karena memperkuat respons.

Dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua.

1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Oleh sebab itu, disebut *covert behavior* atau *unobservable behavior*. Bentuk perilaku tertutup lainnya adalah sikap, yakni penilaian terhadap objek.

2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

Oleh sebab itu disebut *overt behavior*, tindakan nyata atau praktik (*practice*).

2.2 Perilaku Kesehatan

1. Definisi Perilaku Kesehatan

Berdasarkan batasan perilaku dari Skinner (1938) tersebut, maka perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan. Dengan perkataan lain perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*) yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (Notoarmojo & Soekidjo, 2010)

2. Pembagian Perilaku Kesehatan

Becker (1979) membuat klasifikasi tentang perilaku kesehatan, diantaranya adalah

a) Perilaku hidup sehat (*Healty life style*)

Kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya. Perilaku ini mencakup: Menu seimbang, Olahraga teratur, Tidak merokok, Tidak meminum-minuman keras dan narkoba, Istirahat yang cukup, mengendalikan stress dan berperilaku positif.

b) Perilaku sakit (*illness behavior*)

Respon seseorang terhadap sakit dan penyakit. Persepsinya terhadap sakit, pengetahuan tentang penyebab dan gejala penyakit, pengobatan penyakit dan sebagainya.

c) Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*)

Perilaku ini mencakup tindakan untuk memperoleh kesembuhan, mengenal atau mengetahui fasilitas atau sasaran pelayanan penyembuhan penyakit yang layak dan mengetahui hak, misalnya memperoleh perawatan.

2.3 Determinan Perilaku Kesehatan

Pada dasarnya untuk menentukan determinan perilaku manusia sangat sulit, karena merupakan resultante dari berbagai macam penyebab (determinan). Secara garis besar perilaku manusia dilihat dari tiga aspek yaitu fisik, psikis dan sosial. Secara lebih rinci lagi perilaku manusia merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan lain sebaginya (Notoadmodjo,2010). Selanjutnya dari beberapa asumsi antara lain berdasarkan dari teori kepribadian dari Spranger yang membagi menjadi enam nilai kebudayaan, dimana keperibadian seseorang ditentukan oleh salah satu dari nilai budaya yang dominan.

Namun khusus untuk perilaku kesehatan Green (2005) berpendapat bahwa status atau derajat kesehatan dipengaruhi oleh perilaku kesehatan yang dipengaruhi oleh Faktor Predesposisi (*Predesposing Factors*), Faktor Pemungkin (*Enabling Factors*) dan Faktor Pendorong (*Reinforcing Factors*). Green (2005) mengembangkan kerangka konsep tersebut dalam kerangka Program Kesehatan. Adapun masing faktor-faktor tersebut dirinci sebagai berikut :

- 1) *Predesposing Factors* adalah faktor-faktor yang melekat pada diri seseorang atau individu seperti umur, jenis kelamin, pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai dsb.;
- 2) *Enabling Factors* adalah faktor-faktor pemungkin yang sangat berkaitan dengan diri individu seseorang seperti pendapatan rendah, gizi buruk, perumahan padat, perawatan kesehatan yang tidak adekuat;
- 3) *Reinforcing Factors* adalah faktor-faktor yang sangat menunjang atau mendorong diri seseorang seperti pemaparan yang berulang-ulang, peranan prtagas kesehatan dsb.

2.4 Faktor –Faktor yang berhubungan dengan Penularan Tuberculosis Paru pada Anak

1. Faktor Host

a. Umur

Beberapa faktor resiko penularan penyakit tuberkulosis di Amerika yaitu umur, jenis kelamin, ras, asal negara bagian, serta infeksi AIDS. Dari hasil penelitian yang dilaksanakan di New York pada Panti penampungan orang-orang gelandangan menunjukkan bahwa kemungkinan mendapat infeksi tuberkulosis aktif meningkat secara bermakna sesuai dengan umur. Insiden tertinggi tuberculosis paru biasanya mengenai usia dewasa muda (Sudoyo,2009). Di Indonesia diperkirakan 75% penderita TB Paru adalah kelompok usia produktif yaitu lebih dari 25 tahun (Price & Wilson, 2006).

Kenyataan di negara berkembang di mana 75% penderita TB adalah kelompok usia produktif (15–50 tahun). Diperkirakan seorang pasien TB dewasa, akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3–4 bulan, yang berakibat kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20–30% (Sudoyo,2009).

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin laki-laki lebih rentan untuk terinfeksi TB paru dibandingkan dengan perempuan, namun angka kematian lebih tinggi pada perempuan. Penelitian di India menunjukkan bahwa risiko laki-laki untuk terinfeksi TB paru sebesar 2,5 kali dibandingkan dengan perempuan. Sedangkan di Indonesia laki-laki mempunyai risiko menderita TB 1,6 kali dibandingkan dengan perempuan. Data Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa kelompok laki-laki 10% lebih banyak ditemukan kasus TB dibandingkan dengan perempuan. Tidak ditemukannya hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian TB karena proporsi penderita TB pada laki-laki dan perempuan berdasarkan Riskesdas 2013 hampir sama, meskipun ditemukan

perbedaan jumlah penderita TB pada laki laki dan perempuan. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh faktor lain seperti perbedaan perilaku dimana lebih banyak laki laki yang merokok (96,3%) dibandingkan dengan perempuan (3,7%) (Kaur, 2014).

c. Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi terhadap pengetahuan seseorang diantaranya mengenai rumah yang memenuhi syarat kesehatan dan pengetahuan penyakit TB Paru, sehingga dengan pengetahuan yang cukup maka seseorang akan mencoba untuk mempunyai perilaku hidup bersih dan sehat. Selain itu tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi terhadap jenis pekerjaannya.

Hasil penelitian Nurjana (2015) menunjukkan pendidikan berhubungan dengan kejadian TB pada usia produktif. Semakin rendah pendidikan seseorang maka semakin besar risiko untuk menderita TB paru. Pendidikan berkaitan dengan pengetahuan yang nantinya berhubungan dengan upaya pencarian pengobatan. Pengetahuan yang dipengaruhi oleh tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor pencetus (predisposing) yang berperan dalam mempengaruhi keputusan seseorang untuk berperilaku sehat. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka pengetahuan tentang TB semakin baik sehingga pengendalian agar tidak tertular dan upaya pengobatan bila terinfeksi juga maksimal.

Berdasarkan Penelitian Rukmini (2011) tingkat pendidikan rendah pada penderita TB lebih besar yaitu 57,3%, bila dibandingkan dengan pendidikan tinggi 7,8%. Temuan penelitian ini sesuai dengan hasil Riskesdas 2007, yang menemukan prevalensi TB paru empat kali lebih tinggi pada pendidikan rendah dibandingkan pendidikan tinggi (Badan Litbang Depkes RI, 2008).

d. Sosial Ekonomi

Keadaan sosial ekonomi berkaitan erat dengan pendidikan, keadaan sanitasi lingkungan, gizi dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Penurunan pendapatan dapat menyebabkan kurangnya kemampuan daya beli dalam memenuhi konsumsi makanan sehingga akan berpengaruh terhadap status gizi. Apabila status gizi buruk maka akan menyebabkan kekebalan tubuh yang menurun sehingga memudahkan terkena infeksi TB Paru. Faktor ekonomi, keadaan social ekonomi yang rendah pada umumnya berkaitan erat dengan berbagai masalah kesehatan karena ketidakmampuan dalam mengatasi masalah kesehatan. Masalah kemiskinan akan sangat mengurangi kemampuan masyarakat untuk memenuhi kebutuhan gizi, pemukiman dan lingkungan sehat, jelas semua ini akan mudah menumbuhkan penyakit tuberkulosis (Djojodibroto, 2014).

Kepala keluarga yang mempunyai pendapatan dibawah Upah Minimum Rata-rata (UMR) akan mengkonsumsi makanan dengan kadar gizi yang tidak sesuai dengan kebutuhan bagi setiap anggota keluarga sehingga mempunyai status nutrisi dan gizi yang kurang yang akan memudahkan untuk terkena penyakit infeksi diantaranya TB Paru. Dalam hal jenis kontruksi rumah dengan mempunyai pendapatan yang kurang maka kontruksi rumah yang dimiliki tidak memenuhi syarat kesehatan sehingga akan mempermudah terjadinya penularan penyakit TB Paru (Djojodibroto, 2014).

Indeks kepemilikan menunjukkan bahwa semakin rendah tingkat pendapatan seseorang maka semakin besar risiko untuk menderita TB paru. Indeks kepemilikan berhubungan erat dengan kondisi rumah, kepadatan hunian, dan lingkungan perumahan. Pendapatan keluarga yang kecil tidak memungkinkan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal. Menurut Nurjana

(2015), perbaikan sosial ekonomi, peningkatan taraf hidup dan lingkungan serta kemajuan ekonomi banyak membawa perubahan. Di negara-negara maju jauh sebelum ditemukan obat anti TB (tuberculostatika dan tuberculosoid) berkat perbaikan sosial ekonomi, jumlah penderita menurun 10-15% per tahun, artinya bahwa TB dapat hilang dengan sendirinya bila ada perbaikan ekonomi. Penyakit TB paru selalu dikaitkan dengan kemiskinan.

Menurut WHO (2003), 90% penderita TB di dunia menyerang kelompok dengan sosial ekonomi lemah atau miskin dan hubungan keduanya bersifat timbal balik, dimana penyakit TB merupakan penyebab kemiskinan dan karena kemiskinan maka manusia menderita TB.

Keluarga yang mempunyai pendapatan lebih tinggi akan lebih mampu untuk menjaga kebersihan lingkungan rumah tangganya, menyediakan air minum yang baik, membeli makanan yang jumlah dan kualitasnya memadai bagi keluarga mereka, serta mampu membiayai pemeliharaan kesehatan yang mereka perlukan. Sedangkan masyarakat dengan sosial ekonomi rendah mengakibatkan kondisi gizi yang buruk, perumahan yang tidak sehat dan rendahnya akses terhadap pelayanan kesehatan.

e. Kontak dengan penderita TB

Penularan TB dapat terjadi bila ada kontak dengan penderita TB yang umumnya terjadi dalam ruangan yang mengandung droplet (tergantung kosentrasi droplet dalam udara), lama menghirup dan kerentanan individu. Selain kontak serumah, kontak juga dapat terjadi dengan penderita TB di luar rumah (Depkes RI, 2007).

Pada penelitian Nurjanah (2015), sebagian besar pada kelompok penderita TB (75,4%) tidak ada kontak serumah dan yang ada kontak serumah adalah 24,6%. Hasil ini menunjukkan bahwa sebagian besar penularan TB terjadi karena adanya kontak di luar rumah.

Pada penelitian Rukmini (2011) menemukan, bahwa risiko orang yang memiliki kontak serumah dengan penderita TB untuk menderita TB 4,355 kali lebih besar dibandingkan dengan yang tidak punya kontak (95% CI = 2,465–7,694) dan bermakna secara statistik ($p = 0,000$). Risiko penularan bertambah jika terdapat penderita TB lebih dari satu orang dalam satu rumah tangga, di mana besar risiko penularannya adalah empat kali dibandingkan dengan rumah tangga yang hanya satu orang penderita TB.

f. Perilaku

Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2012) menjelaskan perilaku itu dilatarbelakangi atau dipengaruhi oleh 3 faktor pokok yaitu:

1) Faktor Predisposisi (*Predisposing factor*)

Faktor-faktor yang dapat mempermudah terjadinya perilaku pada diri seseorang. Yang meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, pendidikan, dan ekonomi.

2) Faktor Pemungkin (*Enabling factor*)

Adalah faktor-faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku atau tindakan yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, iklan, akses pelayanan

3) Faktor Penguat (*Reinforcing factor*)

Adalah faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Dalam hal ini pengaruh dari lingkungan luar seperti sikap dan perilaku petugas kesehatan, pengawasan keluarga yang lemah dan kehidupan beragama yang lemah.

2. Faktor Agent

Adalah suatu substansi atau elemen tertentu yang kehadiran atau ketidakhadirannya dapat menimbulkan atau mempengaruhi perjalanan penyakit. Elemen tersebut dibagi

menjadi dua yaitu; pertama adalah golongan Abiotik seperti golongan nutrient (kelebihan dan kekurangan gizi seperti karbohidrat, lemak, protein dan vitamin), chemical/kimia (peptisida, logam berat, obat-obatan), physical (suhu, kelembaban panas, radiasi, kebisingan), mechanical (pukulan tangan, kecelakaan, benturan, gesekan dan getaran), psychis (gangguan phisikologi, stress dan depresi) dan yang kedua adalah golongan biotik seperti; protozoa (plasmodium, amoeba), metazoan (arthopoda, helminthes), bakteri (salmonella, *Mycobacterium tuberculosis*), jamur (candida, tinia Algae, hystoplesosis dan sebagainya). Penyebab penyakit yang tergolong dalam biotik yaitu penyakit infeksi (infection disease). Penyakit infeksi ada yang bersifat menular (communicable disease), dan ada yang bersifat tidak menular (non communicable disease). Berat ringannya suatu penyakit infeksi sangat ditentukan oleh sifat bibit penyakit seperti patogenitas, virulensi dan lain-lain.

Faktor *Agent* penyebab penyakit Tuberkulosis adalah kuman TB (*Mycobacterium Tuberculosis*). Sebagian besar kuman TB menyerang paru (TB paru), tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya (Sudoyo, 2009).

3. Faktor Lingkungan

a. Ventilasi

Ventilasi mempunyai banyak fungsi. Fungsi pertama adalah untuk menjaga agar aliran udara didalam rumah tersebut tetap segar. Hal ini berarti keseimbangan oksigen yang diperlukan oleh penghuni rumah tersebut tetap terjaga. Kurangnya ventilasi akan menyebabkan kurangnya oksigen di dalam rumah, disamping itu kurangnya ventilasi akan menyebabkan kelembaban udara di dalam ruangan naik karena terjadinya proses penguapan cairan dari kulit dan penyerapan. Kelembaban ini akan merupakan media yang baik untuk pertumbuhan bakteri-bakteri patogen/bakteri penyebab penyakit, misalnya kuman TB Paru

(Sudoyo,2009). Fungsi kedua dari ventilasi itu adalah untuk membebaskan udara ruangan dari bakteri-bakteri, terutama bakteri patogen, karena di situ selalu terjadi aliran udara yang terus menerus. Bakteri yang terbawa oleh udara akan selalu mengalir. Fungsi lainnya adalah untuk menjaga agar ruangan kamar tidur selalu tetap di dalam kelembaban (*humidity*) yang optimum (Elizabeth, 2009).

Untuk sirkulasi yang baik diperlukan paling sedikit luas lubang ventilasi sebesar 10% dari luas lantai. Untuk luas ventilasi permanen minimal 5% dari luas lantai dan luas ventilasi insidentil (dapat dibuka tutup) 5% dari luas lantai. Udara segar juga diperlukan untuk menjaga temperatur dan kelembaban udara dalam ruangan. Umumnya temperatur kamar 22°-30°C dari kelembaban udara optimum kurang lebih 60% (Tambayong, 2010).

Sanitasi lingkungan perumahan sangat berkaitan dengan penularan penyakit. Rumah dengan pencahayaan dan ventilasi yang baik akan menyulitkan pertumbuhan kuman, karena sinar ultraviolet dapat mematikan kuman dan ventilasi yang baik menyebabkan pertukaran udara sehingga mengurangi kosentrasi kuman. Pada penelitian ini, dari tujuh komponen kondisi fisik rumah yang diteliti, langit-langit dan ventilasi kamar tidur yang terbanyak belum memenuhi persyaratan. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian lainnya, di mana hasil temuan Ahmad Dahlan (2001) di Jambi (2001), ventilasi rumah yang < 10% dari luas lantai mempunyai peluang menderita TB 4,56 kali dibandingkan dengan rumah dengan ventilasi $\geq 10\%$ dari luas lantainya, sedangkan sumber penerangan yang tidak sehat mempunyai risiko menderita TB sebesar 1,8 kali dibandingkan dengan yang menggunakan penerangan yang sehat.

b. Pencahayaan

Untuk memperoleh cahaya cukup pada siang hari, diperlukan luas jendela kaca minimum 20% luas lantai. Jika peletakan jendela kurang baik atau kurang leluasa maka dapat dipasang genteng kaca (Somantri, 2007). Cahaya ini sangat penting karena dapat membunuh bakteri-bakteri patogen di dalam rumah, misalnya basil TB, karena itu rumah yang sehat harus mempunyai jalan masuk cahaya yang cukup (Sudoyo,2009).

c. Kondisi Rumah

Kondisi rumah dapat menjadi salah satu faktor resiko penularan penyakit TB Paru. Atap, dinding dan lantai dapat menjadi tempat perkembang biakan kuman.Lantai dan dinding yg sulit dibersihkan akan menyebabkan penumpukan debu, sehingga akan dijadikan sebagai media yang baik bagi berkembang biaknya kuman *Mycobacterium tuberculosis* (Tambayong, 2010).

d. Kelembaban Udara

Kelembaban udara dalam ruangan untuk memperoleh kenyamanan, dimana kelembaban yang optimum berkisar 60% dengan temperature kamar 22° – 30°C. Kuman TB Paru akan cepat mati bila terkena sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup selama beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab (Sudoyo,2009).

e. Kepadatan hunian

Luas lantai bangunan rumah sehat harus cukup untuk penghuni di dalamnya, artinya luas lantai bangunan rumah tersebut harus disesuaikan dengan jumlah penghuninya agar tidak menyebabkan *overload*. Hal ini tidak sehat, sebab disamping menyebabkan kurangnya konsumsi oksigen juga bila salah satu anggota keluarga terkena penyakit infeksi, akan mudah menular kepada anggota keluarga yang lain. Persyaratan kepadatan hunian untuk seluruh rumah biasanya dinyatakan dalam m²/orang.

Luas minimum per orang sangat relative tergantung dari kualitas bangunan dan fasilitas yang tersedia. Untuk rumah sederhana luasnya minimum 10 m²/orang (Elizabeth, 2009).

Kondisi ruangan berhubungan dengan kejadian TB paru dimana masyarakat dengan kondisi ruangan yang tidak memenuhi syarat mempunyai peluang 1,18 kali untuk tertular TB paru dibandingkan dengan rumah dengan kondisi ruangan yang memenuhi syarat. Kondisi ruangan memenuhi syarat jika tersedia ventilasi > 10% luas lantai, jendela dibuka setiap hari, pencahayaan cukup baik di ruang tidur, dapur maupun ruang keluarga. Rumah dengan pencahayaan dan ventilasi yang baik akan menyulitkan pertumbuhan kuman, karena sinar ultraviolet dapat mematikan kuman dan ventilasi yang baik menyebabkan pertukaran udara sehingga mengurangi kosentrasi kuman.

BAB 3

TEORI MUTAKHIR

Tuberkulosis paru adalah penyakit paru-paru yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini biasanya menular ketika ada orang dewasa yang terinfeksi mengeluarkan kuman penyebab Tuberkulosis pada waktu ia batuk atau bersin. Sehingga kuman tersebut berada di udara yang kemudian dihirup oleh anak atau orang sekelilingnya yang mengakibatkan orang tersebut menjadi terinfeksi penyakit yang sama. Pentingnya pencegahan penularan penyakit ini.

Salah satu tanggung jawab utama orang tua adalah melindungi anak-anaknya dari penularan penyakit, termasuk penyakit Tuberkulosis paru. Ada 2 tipe tuberculosis yaitu tuberculosis anak dan tipe tuberculosis dewasa. Perbedaan yang terdapat dari kedua penyakit ini adalah penularan penyakitnya. Tuberculosis dewasa bisa menularkan ke orang dewasa dan anak-anak namun tuberculosis anak tidak dapat menular pada orang dewasa dan anak-anak. Pada anak bisa mengalami kedua tipe penyakit ini baik tuberculosis tipe dewasa dan tipe anak (Aida, 2019).

Gejala Tuberkulosis sering kita jumpai pada anak ditandai dengan m demam maupun batuk dalam waktu lama yang penyebabnya tidak disebabkan oleh suhu ataupun debu, Gejala lain jumpai pada anak adalah berat badan sulit naik atau termasuk ke dalam gizi kurang jika dihitung dalam standar WHO pada umurnya berat badannya. Adanya benjolan di kelenjar daerah leher rahang bawah, ketiak dan selangkangan/inguinal. Masa inkubasi dari penyakit ini pada anak biasanya berjarak 12 minggu dari terkontaminasi tuberculosis paru (Sarjito, 2019).

Apabila seseorang anak sudah dinyatakan terinfeksi tuberculosis paru maka pengobatannya biasanya selama 9 bulan. Ada dua fase pengobatan, tahap intensif dan tahap lanjutan. Pada

pengobatan tahap intensif, pengobatan dilakukan pada 2-3 bulan pertama yaitu dengan mengkonsumsi obat harian kombinasi dosis tetap berdasarkan pada berat badan anak. Anak dengan tes dahak positif akan ada evaluasi dahak pada bulan kedua, bulan ketiga dan bulan keenam dan dalam masa ini harus sangat benar-benar diperhatikan jangan sampai ada yang terlewat. Dalam hal pengobatan ini, orang tua berperan sangat penting sebagai Pengawas Minum Obat (PMO). Konsumsi obat yang teratur akan menyembuhkan gejala TB perlahan-lahan dan fungsi PMO untuk tidak menghentikan pengobatan secara sendiri tanpa arahan dokter. Jika mengkonsumsi obat secara teratur pada fase tahap intensif dan gejala TB tetap ada, maka pengobatan akan diulangi dari awal. Seorang anak yang orang tuanya terkena TB juga akan mendapatkan pengobatan dengan dosis pencegahan agar tidak tertular dari orang tuanya. Seorang ibu yang terkena TB yang tidak resisten tetap boleh memberikan asi pada anaknya (Kemenkes RI, 2021)

Untuk itu pentingnya pencegahan penularan TB paru terhadap anak agar anak tidak terinfeksi penyakit TB paru. Perilaku yang mempengaruhi kesehatan dapat digolongkan dalam dua kategori, yaitu: perilaku yang terwujud secara sengaja dan sadar dan perilaku yang terwujud secara tidak sengaja atau tidak sadar. Ada perilaku-perilaku yang disengaja atau tidak disengaja membawa manfaat bagi kesehatan individu atau kelompok kemasyarakatan sebaliknya ada yang disengaja atau tidak disengaja berdampak merugikan kesehatan (Dinda, 2021).

Ada beberapa perilaku pencegahan penularan tuberkulosis paru yaitu perilaku batuk, membuang dahak, perilaku merokok, perilaku tidur, perilaku jemur alat tidur, perilaku cuci alat tidur, ada perilaku membuka jendela rumah. (Trasia, 2018)

BAB 4

PEMBAHASAN

Penelitian ini telah dilaksanakan kepada pasien TB yang sudah berkeluarga dan tinggal dengan anaknya dalam satu rumah.

4.1 Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden

Tabel 4.1 Karakteristik Responden

Karakteristik	Frekuensi	%
Umur (tahun)		
21-35	16	42.11
36-50	14	36.84
51-65	6	15.79
>65	2	5.26
Jenis Kelamin		
Laki-laki	20	52.63
Perempuan	18	47.37
Pekerjaan		
Petani	8	21.05
Buruh	8	21.05
Wiraswasta	17	44.74
Ibu Rumah tangga	5	13.16
Lama pengobatan TB Paru		
1 Bulan	9	23.68
2 Bulan	9	23.68
3 Bulan	8	21.05
4 Bulan	10	26.31
5 Bulan	2	5.26

2. Analisis Univariat

Tabel 4.2 Analisis Univariat

Varriabel	Frekuensi	%
Perilaku pencegahan penularan TB paru terhadap anak		
Baik	26	68.42
Tidak baik	12	31.58

Pendidikan		
Tinggi	24	63,16
Rendah	14	36,84
Iklan		
Ada	18	47,36
Tidak ada	20	52,64
Pencahayaan		
Bagus	30	78,95
Kurang bagus	8	21,05
Kebersihan		
Bersih	28	73,68
Tidak bersih	10	26,32
Kelembaban		
Lembab	13	34,21
Tidak lembab	25	65,79

3. Analisis Bivariat

Tabel 4.3 Analisis Bivariat

	Perilaku pencegahan penularan TB paru baik		Perilaku pencegahan penularan TB kurang baik		OR	p-value
	n	%	n	%		
Pendidikan						
Tinggi	19	79,2	5	20,8	3,800 (0,902- 16,008)	0,081
Rendah	7	50,0	7	50,0		
Iklan						
Ada	12	66,7	6	33,3	0,857 (0,218- 3,371)	0,825
Tidak ada	14	70,0	6	30,0		
Pencahayaan						
Bagus	22	73,3	8	26,7	2,750 (0,553- 13,687)	0,232
Kurang bagus	4	50,0	4	50,0		
Kebersihan						
Bersih	25	78,1	7	21,9	17,86 (1,782- 1782,71)	0,008
Tidak bersih	1	16,7	5	83,3		
Kelembaban						
Lembab	16	76,2	5	23,8	2,240 (0,556- 9,023)	0,252
Tidak lembab	10	68,8	7	41,2		

4.2 Pembahasan

Perilaku pencegahan penularan Tuberkulosis Paru terhadap anak adalah baik, tingkat pendidikan pasien tergolong tinggi, Sosial ekonomi pasien baik kategori tinggi sama besarnya dengan sosial ekonomi berkategori rendah. tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status pendidikan dengan perilaku pencegahan tuberkulosis paru. Pengetahuan yang dipengaruhi oleh tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor pencetus (predisposing) yang berperan dalam mempengaruhi keputusan seseorang untuk berperilaku sehat. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka pengetahuan tentang TB semakin baik sehingga pengendalian agar tidak tertular dan upaya pengobatan bila terinfeksi juga maksimal. secara statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara iklan dengan perilaku pencegahan tuberkulosis paru. Pemberian informasi kesehatan ini melalui dapat iklan, brosur, leaflet atau penyuluhan kesehatan langsung kemasyarakatan/individu yang dapat menambah wawasan Kesehatan.

Secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara pencahayaan rumah dengan perilaku pencegahan tuberkulosis paru. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR sebesar 5,500 (95% CI: 1,162 – 26,022) yang artinya pasien yang pencahayaan rumahnya kurang berpeluang 5,5 kali lebih tinggi untuk berperilaku pencegahan penularan tuberculosis paru yang tidak baik dibandingkan dengan pasien yang pencahayaan rumahnya bagus. hal ini sejalan dengan teori yang menyebutkan Sinar matahari langsung dapat membunuh kuman TB. Kuman TB dapat dimusnahkan dalam waktu 20 menit pada suhu 60°C dan 5 menit pada suhu 70°C.

Secara statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kebersihan rumah dengan perilaku pencegahan tuberkulosis paru. Ada beberapa pendapat mengaitkan kebersihan rumah ini dengan sosial ekonomi seperti yang dikemukakan Nurjana (2015), Keluarga yang mempunyai pendapatan lebih tinggi akan lebih mampu untuk menjaga

kebersihan lingkungan rumah tangganya, menyediakan air minum yang baik, membeli makanan yang jumlah dan kualitasnya memadai bagi keluarga mereka, serta mampu membiayai pemeliharaan kesehatan yang mereka perlukan. Secara statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kelembaban dengan perilaku pencegahan tuberkulosis paru. Hal ini berbeda dengan teori yang menyebutkan jumlah percikan ludah yang berada di udara agar dapat terbawa angin keluar ruangan dan membiarkan cahaya matahari masuk ke seluruh ruangan rumah dan kamar tidur. Menjaga kelembaban rumah karena kuman TB dapat bertahan hidup selama bertahun- tahun ditempat yang gelap.

BAB 5

PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pada Sebagian besar perilaku pencegahan Tuberculosis paru tergolong baik pendidikan pasien tergolong tinggi, sebagian besar belum terpapar iklan, pencahayaan rumah bagus, kebersihan rumah cukup bersih, kelembaban rumah tidak lembab. Ada hubungan pendidikan, pencahayaan dan kebersihan dengan perilaku pencegahan penularan TB paru terhadap anak. Tidak ada hubungan keterpaparan iklan dan kelembaban dengan perilaku pencegahan penularan TB paru terhadap anak.

Oleh karena itu diharapkan untuk penelitian selanjutnya berkaitan dengan faktor - faktor yang berhubungan dengan pencegahan penularan Tb paru terhadap anak dengan metode mix supaya supaya hasil penelitian lebih akurat, dan perlunya peningkatan penyuluhan kepada pasien dan keluarga baik dengan home visit atau banner, leaflet dll serta masalah lingkungan agar memodifikasi lingkungan sehingga dapat memutuskan mata rantai penularan tuberculosis paru khususnya terhadap anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Azhar dan Perwitasari (2013). Kondisi Fisik Rumah Dan Perilaku Dengan Prevalensi TB Paru Di Propinsi DKI Jakarta, Banten Dan Sulawesi Utara. <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/MPK/article/view/3427>
- Eni, Noviani, dkk 2015. Pencegahan penularan Tuberkulosis dewasa terhadap anak, jurnal unpad volume 3 nomor 2 agustus 2015
- Elizabeth J. Corwin. 2009.Buku Saku Patofisiologi Corwin. Jakarta: Aditya Media.
- Esmael, A., Ali, I., Agonafir, M., Desale, A., Yaregal, Z., & Desta, K. (2013). Assessment of patients's knowledge, attitude, and practice regarding pulmonary tuberculosis in Eastern Amhara Regional State, Ethiopia: cross-sectional study. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 785-788.
- Gopu, G., Rao, V., & Vadivel, J. (2012). Impact of health education on the knowledge of tuberculosis among sputum-positive pulmonary TB patients and their care-givers. *PubMed*, 160-2.
- Isselbacher dkk.2012.
- Horisson Prinsip-prinsip Ilmu Penyakit Dalam, Alih bahasa Asdie ahmad H,Edisi 13, Jakarta : EGC
- Jadgal, K. M., Nakhaei-Moghadam, T., Alizadeh-Seiouki, H., Zareban , I., & Sharifi-Rad, J. (2015). Impact of Educational Intervention on Patients Behavior with Smear-positive pulmonary tuberculosis . *Materiasociomedica Journal of Academy of Medical Sciences of Bosnia and Herzegovina*, 229-233.
- Jahan, F (2014). Factors Related to Tuberculosis Preventive Behaviors among Tuberculosis Patients' Attendants in Dhaka, Bangladesh. Di akses http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/55910280/title.pdf

Khalil, S., Ahmad, E., Khan, Z., & Perwin, N. (2011). A study of knowledge and awareness regarding pulmonary tuberculosis in patients under treatment for tuberculosis in a rural area of Aligarh-UP. Indian Journal of Community Health, 1-3.

Kementerian Kesehatan RI. (2012). Panduan Tata Laksana Tuberkulosis Sesuai ISTC Dengan Strategi DOTS Untuk Praktik Dokter Swasta (DPS). Jakarta: Kemenkes Dan IDI

Korua (2014) Hubungan Antara Umur, Jenis Kelamin, Dan Kepadatan Hunian Dengan Kejadian TB Paru Pada Pasien Rawat Jalan Di Rumah Sakit Umum Daerah Noongan. <http://fkm.unsrat.ac.id/wp-content>

Lisa (2013) Faktor Risiko Kejadian Penyakit Tuberkulosis Paru Di Puskesmas Karang Taliwang Kota Mataram Provinsi NTB Tahun 2013. <http://www.pps.unud.ac.id/thesis>.

Misnadiarly. 2008. Tuberkulosis Paru Dan Analisis Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Tingginya Angka Kejadiannya Di Indonesia Tahun 2007.

Mondal, M. N., Nazrul, H. M., Chowdhury, M., & Howard, J. (2014). Sociodemographic factors affecting knowledge level of tuberculosis patients in Rajshahi City, Bangladesh. African Health Sciences, 855-865

Murti, Bhisma (2018) Teori Promosi dan Perilaku Kesehatan, Karang Anyar :Bintang Fajar Offset

Nahariani (2015) Hubungan Tingkat Sosial Ekonomi Dengan Angka Kejadian TB Paru BTA Positif Di Wilayah Kerja Puskesmas Peterongan Jombang Tahun 2012. <http://stikespemkabjombang.ac.id/ejurnal>

Notoatmodjo, S. (2012). Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta

Nurjana. (2015). Faktor Risiko Terjadinya Tuberculosis Paru Usia Produktif (15-49 Tahun) Di Indonesia

PPTI. 2012. Jurnal Tuberkulosis Indonesia. Jakarta: The Indonesian Association Againts Tuberkulosis.

Rekam medis Puskesmas Kotabumi II

Romlah (2015) Hubungan Merokok Dengan Kejadian Penyakit Tuberkulosis Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Setu Kota Tangerang Selatan
<http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/28918/1/LAILA%20ROMLAH-FKIK.pdf>

Ruchal, R., Vale, S., & Sah, R. K. (2014). Impact of health education on knowledge, attitude, and practise use of tobacco among the studentt of preuniversity college in interventional study. INternational Journal of Health Science and Research (IJHSR), 196202

Setiarni (2011) Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan, Status Ekonomi Dan Kebiasaan Merokok Dengan Kejadian Tuberkulosis Paru Pada Orang Dewasa Di Wilayah Kerja Puskesmas Tuan-Tuan Kabupaten Ketapang Kalimantan Barat. Jurnal KES MAS Vol. 5, No. 3, September 2011 : 162-232

Thwin, HT. (2008). Preventive Behaviors of Tuberculosis among Myanmar Migrants in Muang Dstrict, Phuket Province – Thailand. Di akses dari http://cphs.healthrepository.org/bitstream/123456789/1443/1/Thesis_Thawda2008.pdf

Ukwaja, K. N., Alobu, I., Nweke, C., & Onyenwe, E. C. (2012). Healthcareseeking behavior, treatment delays and its determinants among pulmonarytuberculosis patients in rural Nigeria: a cross-sectional study. BioMed Central, 13-25.

Versitaria, U, H., Kusnoputranto, H. 2011.

Tuberkulosis Paru Di Palembang, Sumatra Selatan. Vol. 5 No. 5 April 2011 (<Http://Jurnalkesmas.Ui.Ac.Id>

Yamamura, M., Rodriques, L. B., Neto , M. S., CRispim, J. d., & Arcencio, R. A. (2015). factors associated with knowledge about tuberculosis and attitudes of relatives of patients with the

disease in Riberiao Preto Sao Paulo Brazil. REV Bras Epidemiol, 326-340

Yulistyaningrum & Rejeki. (2010). Hubungan Riwayat Kontak Penderita Tuberkulosis Paru (TB) Dengan Kejadian TB Paru Anak Di Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru (BP4) Purwokerto. journal.uad.ac.id/index.php/KesMas/article

GLOSARIUM

A

Agent adalah substansi atau elemen tertentu yang kehadiran atau ketidakhadirannya dapat menimbulkan atau mempengaruhi perjalanan penyakit.

D

DOT: Directly Observed Treatment, Short-course, program pengobatan TB paru

Droplet Nuclei: Penularan melalui udara

E

Environment: lingkungan

H

Host: penjamu

O

overt behavior : perilaku terbuka

T

TB paru: TB paru adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*

INDEKS

Dots
TB paru
Host
Agent
Environment

Pelaksanaan Toilet *Training* Pada Anak

SEPTIAN ANDRIYANI, S.Kp.,M.Kep



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Pendahuluan

Masa balita merupakan tahapan perkembangan dinamis yang menumbuhkan sifat eksploratif mendalam. Pada tahap ini anak mulai berjalan, jongkok, menguasai keterampilan motorik halus, cepat memperoleh bahasa, memahami norma, aturan dan mengalami emosi sadar diri seperti kebanggaan dan rasa malu (Packer, 2017). Penggunaan toilet adalah hal penting dari pada tahap perkembangan ini (Baird et al., 2019). Tetapi bagi banyak orang tua, toilet *training* adalah proses yang membuat stres. Ada berbagai metode pelatihan yang berbeda untuk dipilih dengan sedikit bukti pendekatan terbaik dan Komplikasi dapat muncul pada anak seperti penolakan buang air besar, bersembunyi untuk buang air besar dan mengompol pada malam hari (Baird et al., 2019; Kiddoo, 2012; Vermandel et al., 2008). Program dan strategi yang memperkuat dukungan sosial dapat membantu proses toilet *training* menjadi kurang stres dan lebih sukses (Gloria D. Sclar,G.D., Mosler.H.J.,2022).

Toilet training merupakan salah satu tugas perkembangan anak usia todler (Hockenberry & Wilson, 2009). Semua anak harus menyelesaikan tugas perkembangan ini dengan sukses mematuhi aturan-aturan untuk mendapatkan otonomi dan harga diri (Nunen, K., Kaerts et al, 2015). Pada tahapan usia 1-3 tahun atau usia *todler*, kemampuan *sfigter uretra* untuk mengontrol rasa ingin defekasi mulai berkembang. Sejalan dengan anak mampu berjalan, kedua *sfigter* tersebut semakin mampu mengontrol rasa ingin berkemih dan defekasi (Wong, 2009). Walaupun demikian, dari satu anak ke anak yang lain berbeda kemampuan dalam pencapaian tersebut, bergantung pada beberapa faktor baik fisik maupun psikologis.

Toilet Training perlu dilakukan selama anak berada dalam periode optimal untuk menghindari efek jangka panjang seperti

inkontinensia dan infeksi saluran kemih (ISK) (Yang Wu, 2013). Anak-anak yang tidak dilakukan proses *toilet training* diperkirakan 10% anak usia sekolah mengalami *nocturnal enuresis* (Shepar J.A, Poler et al, (2016).

Dampak yang paling umum kegagalan *toilet training* diantaranya adanya perlakuan atau aturan yang ketat dari orang tua kepada anaknya yang dapat menganggu kepribadian anak cenderung bersikap keras kepala bahkan kikir. Apabila orang tua sering memarahi anak pada saat buang air besar atau kecil atau melarangnya saat bepergian. Selain itu apabila orang tua santai dalam memberikan aturan dalam *toilet training* maka anak akan dapat mengalami kepribadian ekspresif dimana anak lebih tega, cenderung ceroboh, suka membuat gara-gara, emosional dan seenaknya dalam melakukan kegiatan sehari-hari (Hidayat, 2005). Selain itu juga usia yang tidak tepat melakukan *toilet training* pada anak dapat menimbulkan beberapa masalah seperti sembelit, menolak toileting, disfungsi berkemih, infeksi saluran kemih, dan enuresis (Nakysa, 2013).

Di Indonesia diperkirakan jumlah balita mencapai 30% dan dari 250 juta jiwa penduduk Indonesia, dan menurut Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) nasional tahun 2005 diperkirakan jumlah balita yang susah mengontrol buang air besar dan buang air kecil (mengompol) di usia *toddler* sampai usia pra sekolah mencapai 75 juta anak. Fenomena ini dipicu karena banyak hal, pengetahuan ibu yang kurang tentang cara melatih buang air kecil dan buang air besar, pemakaian popok (*pampers*) sekali pakai dan hadirnya saudara baru (Riblat cit., Pusparini, (2010) dalam jurnal Lestari, 2013). Banyak dari orang tua membiasakan anak-anak terlalu lama menggunakan popok sekali pakai merupakan hal yang tidak baik karena menjadi salah satu penghambat *toilet training* yang akibatnya anak akan terbiasa buang air di celana (Prabowowati, 2013).

Kegagalan dalam mengontrol proses berkemih dapat mengakibatkan mengompol pada anak, keadaan demikian apabila berlangsung lama dan panjang akan mengganggu tugas perkembangan anak (Horn, 2006; Kroeger, 2010 dalam jurnal Musfiroh, 2014). Selain itu dampak jangka panjang dari tidak dilakukannya *toilet training*

adalah Infeksi Saluran Kemih (ISK). Anak-anak yang belum pernah dilatih dengan benar tentang *toilet training* dapat mengakibatkan *enuresis*, ISK, *disfungsi berkemih*, sembelit, *encopresis* dan penolakan untuk pergi ke *toilet* lebih sering (Mota 2008).

Berdasarkan hasil wawancara dengan pihak puskesmas dan data dari laporan bulanan puskesmas bahwa diwilayah kerja puskesmas Cigugur Tengah bahwa Posyandu yang memiliki jumlah anak usia 1-3 tahun yang paling banyak berada di Posyandu Nusa Indah A dengan jumlah 97 anak sedangkan urutan kedua adalah posyandu melati dengan jumlah 76 anak. Pada saat dilakukan wawancara kepada 10 orang ibu yang memiliki anak usia 1-3 tahun bahwa 2 orang ibu rumah tangga mengatakan tidak mengetahui tentang *toilet training*, 4 orang ibu yang bekerja mengatakan belum mengetahui dampak yang akan terjadi jika tidak dilakukan *toilet training* dan masih sering menggunakan *diapers* karena dianggap lebih praktis dan anaknya masih sering ngopol, 2 orang ibu mengatakan selalu mengantar anaknya ke *toilet* jika anak ingin BAK atau BAB, 2 orang ibu rumah tangga mengatakan mencoba melatih anaknya untuk tidak menggunakan *diapers*, menggunakan *diapers* saat bepergian saja. Berdasarkan fenomena diatas, adapun rumusan masalahnya adalah “Bagaimana pandangan orang tua tentang pentingnya pelaksanaan *toilet training* pada anak ?

1.2 State of The Art

A. Definisi *Toilet Training*

Toilet training (mengajarkan anak ke toilet) adalah cara anak untuk mengontrol kebiasaan membuang hajatnya di tempat yang semestinya, sehingga tidak sembarang membuang hajatnya (Tripeni, 2012).

B. Pedoman Memulai *Toilet Training*

Orang tua memainkan peran kunci dalam *toilet training*. Orang tua perlu menyiapkan anak dengan memberi arahan, motivasi, dan penguatan. Orang tua perlu mengatur meluangkan waktu dan memiliki kesabaran dalam melakukan

proses *toilet training*. Salah satunya diperlukan pengkajian kebutuhan *toilet training*.

Pengkajian kebutuhan terhadap *toilet training* merupakan sesuatu yang harus diperhatikan sebelum anak melakukan buang air besar dan buang air kecil, mengingat anak akan melakukan *toilet training* dapat mengalami keberhasilan dan kegagalan. Pengkajian sebelum melakukan *toilet training* yang meliputi pengkajian fisik, psikologis dan intelektual.

Lima tanda kesiapan anak untuk *toilet training* menurut Schmitt (2004 dalam Hockenberry & Wilson 2009) yaitu kesiapan kandung kemih, kesiapan untuk BAB, kesiapan kognitif, kemampuan bergerak, dan kesiapan psikologis. Menurut beberapa ahli, kesiapan fisiologis dan psikologis belum selesai sampai usia 22-30 bulan (Schum.Kolb, McAuliffe, 2002, Schmitt 2004 dalam Hockenberry & Wilson 2009) menekankan orang tua harus mulai mempersiapkan anak untuk *toilet training* lebih awal dari usia 30 bulan. Hal ini penting untuk dikuasai anak yaitu keterampilan motorik, komunikasi yang dapat dimengerti, tidak bertentangan dengan orang tua, menyadari kemampuan untuk mengendalikan tubuh sehingga dapat menyenangkan orang tua. Salah satu tanggung jawab perawat yang paling penting adalah untuk membantu orang tua mengenali tanda-tanda kesiapan pada anak. Rata-rata anak perempuan lebih siap untuk memulai *toilet training* antara 2 sampai 2,5 bulan sebelum anak laki-laki melakukan *toilet training* (Schum, Kulb 2002 dalam Hockenberry & Wilson 2009).

Kontrol kandung kemih pada waktu malam hari biasanya membutuhkan waktu beberapa bulan atau tahun setelah dimulai *toilet training*. Hal ini karena kebutuhan siklus tidur perlu matang sehingga anak dapat terjaga pada waktunya untuk berkemih. Anak akan memiliki episode malam setelah waktu siang hari benar-benar kering (tidak ngompol), anak-anak yang masih mengompol di malam hari pada usia 6

tahun memerlukan intervensi (Mercer 2003 dalam Hockenberry & Wilson 2009).

Keberhasilan pada anak orang tua harus memberikan motivasi. Jika hubungan orang tua – anak menjadi tegang, keduanya mungkin perlu istirahat untuk fokus pada kegiatan yang menyenangkan bersama-sama. Regresi berkaitan dengan situasi stress keluarga atau anak dilakukan terlalu cepat, kemunduran adalah bagian normal dari *toilet training* dan bukan berarti kegagalan, tetapi harus dipandang sebagai kemunduran sementara (Hockenberry & Wilson 2009).

Menurut Wong (2009) kesiapan anak dalam *toilet Training* adalah :

1) Kesiapan Fisik

- (1) Kontrol *volunter sfingter* anal dan uretra, biasanya pada usia 18 sampai 24 bulan.
- (2) Mampu tidak mengompol selama 2 jam, Jumlah popok yang basah berkurang, tidak mengompol selama tidur siang.
- (3) Defekasi teratur.
- (4) Keterampilan motorik kasar yaitu duduk, berjalan dan berjongkok.
- (5) Keterampilan motorik halus, membuka pakaian.

2) Kesiapan Mental

- (1) Mengenali urgensi defekasi atau berkemih.
- (2) Keterampilan komunikasi verbal atau non verbal untuk menunjukkan saat basah atau memiliki urgensi defekasi atau berkemih.
- (3) Keterampilan kognitif untuk menirukan perilaku yang tepat dan mengikuti perintah.

3) Kesiapan Psikologis

- (1) Mengekspresikan keinginan untuk menyenangkan orang tua.
- (2) Mampu duduk di toilet selama 5 sampai 10 menit tanpa bergoyang atau terjatuh.

- (3) Keingintahuan mengenai kebiasaan toilet orang dewasa atau kakak.
 - (4) Ketidaksabaran akibat popok yang kotor oleh feses atau basah, ingin untuk segera diganti.
- 4) Kesiapan Parental
- (1) Mengenali tingkat kesiapan anak.
 - (2) Berkeinginan untuk meluangkan waktu untuk toilet *training*.
 - (3) Ketiadaan stres atau perubahan keluarga, seperti perceraian, pindah rumah, sibling atau akan berpergian.
 - (4) Anak harus mampu mengenali dorongan untuk melepaskan atau menahan dan mampu untuk mengkomunikasikannya.

C. Cara Mempermudah Toilet *Training*

- 1) Memberi contoh.
- 2) Toilet duduk.
- 3) Berikan kursi kecil yang kuat untuk anak sehingga dapat naik ke toilet dan berikan toilet duduk khusus agar anak merasa aman.
- 4) Untuk anak perempuan, ajarkan untuk membersihkannya setelah BAK/BAB dan arah depan ke belakang.
- 5) Toilet jongkok lebih mudah untuk anak laki-laki saat BAK. Untuk anak perempuan, ajarkan untuk berjongkok. Saat buang air, contohkan anak untuk jongkok.
- 6) Ajarkan anak kebiasaan melakukan mencuci tangan setelah selesai dari toilet. Jagalah kebersihan toilet, pastikan bersih, sehingga toilet nyaman dan aman untuk anak (Suririnah, 2009).

D. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Toilet Training pada Anak

1) Tingkat Pendidikan Ibu

Pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi (Nursalam, 2003).

2) Sosial-Budaya

Kebudayaan dimana hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap. *Toilet training* berbeda di antara berbagai budaya. Budaya yang bergantung pada popok sekali pakai cenderung *toilet training* menjadi terlambat. Ras orang-orang Digo dari Afrika Timur mulai *toilet training* dalam beberapa minggu pertama kehidupan dan mengharapkan bayi untuk dilatih cukup baik antara usia empat sampai enam bulan dibandingkan dengan ras lain, anak-anak Afrika, Amerika yang ditemukan untuk memulai dan menyelesaikan *toilet training* pada awal usia 18 bulan sebaliknya, anak-anak Kaukasia memulai *toilet training* usia 30 bulan dan dilatih di 39 bulan (Klassen et all, 2006).

3) Tingkat Pendapatan Keluarga

Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

4) Pola Asuh Orang Tua

Pola asuh adalah cara atau model seseorang dalam membimbing dan mendidik orang lain yang berbeda dalam lingkup asuhannya, dalam bahasan ini seseorang diartikan sebagai orang tua dan orang lain sebagai anak (Santrock, 2011).

5) Usia Onset

Anak usia 18-24 bulan diharuskan untuk memulai *toilet training* karena kontrol dari spinchers ani dan uretra dicapai beberapa saat setelah anak bisa berjalan (Hockenberry, 2009). Usia anak dan waktu memainkan peran besar dalam proses *toilet training*. Keterampilan

yang sedang dipelajari dan dipraktekkan oleh balita pada tahap ini, membantu dalam proses *toilet training* dan berkontribusi untuk beberapa masalah potensial. Anak juga mendapatkan kesadaran diri dan menjadi sadar akan harapan orang lain. Hal ini dapat menyebabkan konflik dan kecemasan berikutnya (Weissman, 2012).

6) Lingkungan

Anak-anak yang tinggal di pedesaan memiliki waktu yang lebih awal melakukan *toilet training* dibanding anak-anak yang tinggal diperumahan (Onen, 2012). Lingkungan berpengaruh terhadap pembentukan perilaku seseorang. Pembentukan perilaku atau perilaku yang dipelajari terutama dengan menciptakan *operant conditioning* melalui penggunaan penguat berupa hadiah atau *reward*. Skinner menganggap *reward* dan *reinforcement* merupakan faktor penting dalam belajar (Nasir, 2009).

7) Fisik, mental, perilaku, dan gangguan perkembangan anak
Toilet training pada anak dengan cacat mental atau fisik merupakan tantangan yang unik untuk mengatur dirinya dibandingkan dengan *toilet training* pada anak yang sehat, terdapat komponen tambahan yang perlu dipertimbangkan, seperti keterlambatan komunikasi, kesulitan proses sensorik, kepekaan terhadap stimulasi, kemampuan terbatas untuk meniru, perencanaan motorik terganggu (Klassen, 2006).

8) Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Pengetahuan tentang *toilet training* yaitu cara mengajarkan latihan *toilet training*, dimulai dari mengetahui tanda-tanda kesiapan anak. Orang tua perlu mengetahui cara mengajarkan *toilet training* pada anak. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan,

kesadaran, dan sikap positif, maka perilaku tersebut akan bersikap langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama (Notoatmodjo, 2010). Setiap anak menunjukkan ciri-ciri pertumbuhan dan perkembangan yang sesuai dengan usianya.

E. Konsep Tumbuh Kembang Anak

Tumbuh kembang pada anak terjadi di sepanjang kehidupan yang terdiri dari beberapa tahapan. Setiap manusia memiliki tahap tumbuh kembang dengan karakter dan tugas perkembangan yang memiliki ciri khas dari tiap tahapannya. Tugas perkembangan memiliki definisi yaitu sepaket keahlian dan kompetensi yang khas untuk tiap tumbuh kembangnya dan harus dipenuhi, agar dapat beraktivitas dan menjalin hubungan dengan lingkungannya (Hockenberry & Wilson, 2009 dalam Azizah 2012). Proses tumbuh kembang seseorang adalah hasil interaksi dari berbagai faktor yang saling terkait, yaitu faktor genetik/keturunan, lingkungan bio-fisiko-psiko-sosial dan perilaku (Azizah, 2012).

Seorang anak mulai belajar menentukan arah perkembangan dirinya, suatu fase yang mendasari derajat kesehatan, perkembangan emosional, derajat pendidikan, kepercayaan diri, kemampuan bersosialisasi serta kemampuan diri seorang anak di masa mendatang. Interaksi antara anak dan orang tua dalam proses ini sangat bermanfaat bagi proses perkembangan anak secara keseluruhan karena orang tua dapat segera mengenali kelainan proses tumbuh kembang anaknya sedini mungkin (Potter & Perry, 2010).

Pertumbuhan dan perkembangan didefinisikan seperti berikut (Putra, dkk, 2014):

- 1) Pertumbuhan (*growth*), merupakan masalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu, yang dapat diukur besar (gram, pound, kilo).

- Ukuran panjang dengan cm atau meter, umur tulang dan keseimbangan metabolismik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh).
- 2) Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan (*skill*) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur sebagai hasil dari proses pematangan.

F. Konsep Pertumbuhan

Pertumbuhan (*growth*), merupakan tahapan peningkatan sesuatu dalam hal jumlah, ukuran, dan arti pentingnya (Setiyaningrum E, 2017). Pertumbuhan adalah perubahan fisik dan peningkatan ukuran. Pertumbuhan dapat diukur secara kuantitatif. Indikator pertumbuhan meliputi tinggi badan, berat badan, ukuran tulang, dan pertumbuhan gigi. Pola pertumbuhan fisiologis sama untuk semua orang, akan tetapi laju pertumbuhan bervariasi pada tahap pertumbuhan dan perkembangan berbeda (Wong, dkk, 2009).

Pertumbuhan berkaitan dengan peningkatan ukuran dan struktur. Anak tidak saja menjadi besar secara fisik, tapi ukuran dan struktur organ dalam tubuh dan kemampuan otak meningkat. Akibatnya anak tersebut memiliki kemampuan dan keinginan yang lebih besar untuk belajar, mengingat dan berpikir. Anak-anak yang dalam masa pertumbuhan dan perkembangan memiliki rasa ingin tahu yang besar terhadap lingkungan sekitar. Hal ini dapat ditandai dengan banyaknya pertanyaan yang diajukan oleh mereka. Rasa ingin tahu tersebut memberikan kesempatan kepada anak dalam belajar mengenal sesuatu hal lebih banyak (Hurlock, 2010).

Istilah pertumbuhan khusus dimaksudkan bagi pertumbuhan dalam ukuran badan dan fungsi fisik dan murni. Pertumbuhan pada umumnya dibatasi pada perubahan-perubahan struktural dan fisiologis dalam pembentukan seseorang secara jasmaniah dari saat masih berbentuk janin melalui periode-periode prenatal (dalam kandungan), dan postnatal (setelah lahir), sampai pada kedewasaannya (Sobur A, 2013). Pertumbuhan sebagai perubahan secara fisiologis sebagai

hasil dari proses pematangan fungsi-fungsi fisik, yang berlangsung secara normal pada diri anak yang sehat, dalam peredaran waktu tertentu. Pertumbuhan sifatnya sementara, hanya terjadi sampai manusia mencapai kematangan fisik. Artinya, individu tidak akan bertambah tinggi atau besar, jika batas pertumbuhan tubuhnya telah mencapai tingkat kematangan. Jadi, yang dimaksud dengan pertumbuhan adalah berkembangnya ukuran fisik dan struktur tubuh yang dapat diukur dengan satuan panjang ataupun satuan berat (Sobur A, 2013).

Ciri-ciri pertumbuhan yaitu (Potter & Perry, 2010):

- a. Pertumbuhan akan terjadi perubahan ukuran dalam hal bertambahnya ukuran fisik, seperti berat badan, tinggi badan, lingkar kepala, lingkar lengan, lingkar dada, dan lain-lain.
- b. Pertumbuhan dapat terjadi perubahan proporsi yang dapat terlihat pada proporsi fisik atau organ manusia yang muncul mulai dari masa konsepsi hingga dewasa.

G. Konsep Perkembangan

Proses perkembangan bersifat individual dan unik sehingga memberikan hasil akhir yang berbeda dan ciri tersendiri pada setiap anak (Wong dkk, 2009). Anak-anak berkembang ketika memiliki hubungan yang aman dan positif dengan orang dewasa yang memiliki pengetahuan tentang bagaimana mendukung perkembangan dan pembelajaran mereka (Board on Children, Youth, 2015).

Perkembangan merupakan hasil interaksi kematangan antara susunan saraf pusat dengan organ yang dipengaruhinya, sehingga menyebabkan perkembangan berperan penting dalam kehidupan manusia. Perkembangan adalah bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian. Pertumbuhan terjadi secara simultan dengan perkembangan. Berbeda dengan pertumbuhan, perkembangan merupakan hasil interaksi kematangan susunan saraf pusat dengan organ yang dipengaruhinya, misalnya

perkembangan sistem neuromuskuler, kemampuan bicara, emosi dan sosialisasi. Kesemua fungsi tersebut berperan penting dalam kehidupan manusia yang utuh(Kemenkes RI,2016).

Perkembangan anak mengacu pada proses dimana seorang anak tumbuh dan mengalami berbagai perubahan sepanjang hidupnya. Urutan perkembangannya sama pada semua anak, namun kecepatan perkembangan akan beragam pada masing-masing anak. Kecepatan dan tingkat perkembangan berkaitan dengan kematangan fisiologis dari syaraf, kerangka tubuh dan otot. Perkembangan ditentukan secara genetik serta dipengaruhi juga dimodifikasi oleh berbagai faktor lingkungan, seperti nutrisi, kondisi hidup dan segala hal yang dialami pada setiap tahap kehidupan.. Kematangan dan belajar merupakan salah satu hasil dari perkembangan. Kematangan ini memberi bahan dasar untuk belajar dan menentukan pola pola umum dan urutan-urutan perilaku (Meggit, 2013).

Perkembangan berkaitan dengan bertambahnya struktur fungsi tubuh yang meliputi kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara, dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian (Kusbiantoro, 2015). Perkembangan merupakan perubahan yang progresif dan terus menerus dalam diri organisme sejak lahir hingga mati (Sobur A, 2013). Perkembangan adalah perubahan-perubahan yang dialami individu atau organisme menuju tingkat kedewasaannya atau kematangannya (*maturation*) yang berlangsung secara sistematis, progresif, dan berkesinambungan, baik menyangkut fisik (jasmaniah) maupun psikis (rohaniah) (Yusuf, 2011).

Perkembangan anak dibagi menjadi 5 periode, yaitu:

- 1) Periode pra lahir dimulai dari saat pembuahan sampai lahir. Pada periode ini terjadi perkembangan fisiologis yang sangat cepat yaitu pertumbuhan seluruh tubuh secara utuh.
- 2) Periode neonatus adalah masa bayi yang baru lahir. Masa ini terhitung mulai 0 sampai dengan 14 hari. Pada periode ini bayi berupaya beradaptasi terhadap lingkungan yang sama sekali baru untuk bayi tersebut yaitu lingkungan di luar rahim ibu.

- 3) Masa bayi adalah masa bayi berumur 2 minggu sampai 2 tahun. Pada masa ini bayi belajar mengendalikan ototnya sendiri sampai bayi tersebut mempunyai keinginan untuk mandiri.
- 4) Masa kanak-kanak terdiri dari 2 bagian yaitu masa kanak-kanak awal dan akhir masa kanak-kanak. Masa kanak-kanak awal adalah masa anak berusia 2 sampai 6 tahun, masa ini disebut juga masa pra sekolah yaitu masa anak menyesuaikan diri secara sosial. Akhir masa kanak-kanak adalah anak usia 6 sampai 13 tahun, dapat juga disebut sebagai usia sekolah.
- 5) Masa puber adalah masa anak mulai menginjak umur 11 sampai 16 tahun. Masa ini termasuk periode transisi karena merupakan 2 tahun masa kanak-kanak akhir dan 2 tahun masa awal remaja. Secara fisik tubuh anak pada periode ini berubah menjadi tubuh orang dewasa (Hurlock ,2010).

Ciri-ciri perkembangan yaitu

- 1) Terjadinya perubahan dalam (a) aspek fisik: perubahan tinggi dan berat badan serta organ-organ tubuh lainnya, (b) aspek psikis: semakin bertambahnya perbendaharaan kata dan matangnya kemampuan berpikir, mengingat, serta menggunakan imajinasi kreatifnya.
- 2) Terjadinya perubahan dalam proporsi: (a) aspek fisik: proporsi tubuh anak berubah sesuai dengan fase perkembangannya.
- 3) Tahapan perkembangan berurutan mulai dari kemampuan melakukan gerakan sederhana berlanjut menjadi melakukan hal yang sempurna (Yusuf, 2011).

Aspek Perkembangan Anak yaitu:

- 1) Motorik kasar (*gross motor*)
Keterampilan motorik kasar melibatkan otot-otot besar tubuh dan mencakup fungsi-fungsi lokomotor seperti duduk tegak, berjalan, menendang, dan melempar bola.
- 2) Motorik halus (*fine motor Skills*)

Keterampilan-keterampilan motorik halus (*fine motor skills*) melibatkan otot kecil yang memungkinkan fungsi-fungsi seperti menggenggam, dan memanipulasi objek-objek kecil, seperti menulis, menggambar, dan mengenakan pakaian.

3) Bahasa anak (*language*)

Sementara anak tumbuh dan berkembang, produk bahasa mereka meningkat dalam kuantitas, keluasan dan kerumitannya. Mempelajari perkembangan bahasa biasanya ditunjukkan dalam rangkaian dan percepatan perkembangan dan faktor-faktor yang mempengaruhi perolehan bahasa sejak usia bayi dan dalam kehidupan selanjutnya (Upton, 2012).

Dalam pembicaraan perkembangan bahasa terdapat 3 butir yang perlu dibicarakan, yaitu:

- a. Pertama, ada perbedaan bahasa dan kemampuan berbicara. Bahasa biasanya dipahami sebagai sistem tata bahasa yang rumit dan bersifat semantik, sedangkan kemampuan bicara terdiri dari ungkapan dalam bentuk kata-kata. Walaupun bahasa dan kemampuan berbicara sangat dekat hubungannya, keduanya berbeda.
- b. Kedua, terdapat dua daerah pertumbuhan bahasa yaitu bahasa yang bersifat pengertian/reseptif (*Understanding*) dan pernyataan/ekspresif (*Producing*). Bahasa pengertian (misalnya mendengarkan dan membaca) menunjukkan kemampuan anak untuk memahami dan berlaku terhadap komunikasi yang ditunjukkan kepada anak tersebut. Bahasa ekspresif (bicara dan tulisan) menunjukkan ciptaan bahasa yang dikomunikasikan kepada orang lain.
- c. Ketiga, komunikasi diri atau bicara dalam hati, juga harus dibahas. Anak akan berbicara dengan dirinya sendiri apabila berkhayal, pada saat merencanakan menyelesaikan masalah, dan menyerasikan gerakan (Mustofa, 2016).

4) Perilaku sosial (*Personal Social*)

Tingkah laku sosialisasi adalah sesuatu yang dipelajari, bukan sekedar hasil dari kematangan. Perkembangan sosial seorang anak diperoleh selain dari proses kematangan juga melalui

kesempatan belajar dari respons terhadap tingkah laku anak. Diharapkan melalui kegiatan dikelas, anak prasekolah dapat dikembangkan minat dan sikap terhadap orang lain. Tatapan sosial yang sehat akan mampu mengembangkan perkembangan konsep dan yang positif, keterampilan sosial dan kesiapan untuk belajar secara formal. Diantara berbagai ragam kegiatan dikelas ini, bermain merupakan kegiatan yang sangat mendukung perkembangan anak (Mustofa, 2016).

Adapun faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak adalah:

1. Faktor Internal

Berikut ini adalah faktor-faktor internal yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak, yaitu :

a. Ras/etnik atau bangsa

Anak yang dilahirkan dari ras/bangsa Amerika tidak memiliki faktor herediter ras/bangsa Indonesia atau sebaliknya.

b. Keluarga

Ada kecenderungan keluarga yang memiliki postur tubuh tinggi, pendek, gemuk, atau kurus.

c. Umur

Kecepatan pertumbuhan yang pesat adalah pada masa prenatal, tahun pertama kehidupan, dan pada masa remaja.

d. Jenis kelamin

Fungsi reproduksi pada anak perempuan berkembang lebih cepat daripada laki-laki. Akan tetapi setelah melewati masa pubertas, pertumbuhan anak laki-laki akan lebih cepat.

e. Genetik

Genetik (heredokonstitusional) adalah bawaan anak yaitu potensi anak yang akan menjadi ciri khasnya. Ada beberapa kelainan genetik yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak, contohnya seperti kerdil.

f. Kelainan kromosom

Kelainan kromosom umumnya disertai dengan kegagalan pertumbuhan seperti pada sindroma Down's dan sindroma Turner's (Adriana, 2013).

2. Faktor Eksternal

Berikut ini adalah faktor-faktor eksternal yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak:

1) Faktor Prenatal

a. Gizi

Nutrisi ibu hamil terutama pada trimester akhir kehamilan akan memengaruhi pertumbuhan janin.

b. Mekanis

Posisi fetus yang abnormal bisa menyebabkan kelainan kongenital seperti *club foot*.

c. Toksin/zat kimia

Beberapa obat-obatan seperti Aminopterin atau Thalidomid dapat menyebabkan kelainan kongenital seperti palatoskisis.

d. Endokrin

Diabetes mellitus dapat menyebabkan makrosomia, kardiomegali, dan hyperplasia adrenal.

e. Radiasi

Paparan radiasi dan sinar Rontgen dapat mengakibatkan kelainan pada janin seperti mikrosefali, spina bifida, retardasi mental, dan deformitas anggota gerak, kelainan kongenital mata, serta kelainan jantung.

f. Infeksi

Infeksi pada trimester pertama dan kedua oleh TORCH (Toxoplasma, Rubella, Citomegali virus, Herpes simpleks) dapat menyebabkan kelainan pada janin seperti katarak, bisu tuli, mikrosefali, retardasi mental, dan kelainan jantung kongenital.

g. Kelainan imunologi

Eritoblastosis fetalis timbul atas dasar perbedaan golongan darah antara janin dan ibu sehingga ibu membentuk antibody terhadap sel darah merah janin, kemudian melalui plasenta masuk ke dalam peredaran darah janin dan akan menyebabkan hemolysis yang selanjutnya mengakibatkan hiperbilirubinemia dan kerniklus yang akan menyebabkan kerusakan jaringan otak.

h. Anoksia embrio

Anoksia embrio yang disebabkan oleh gangguan fungsi plasenta menyebabkan pertumbuhan terganggu.

i. Psikologi ibu

Kehamilan yang tidak diinginkan serta perlakuan salah atau kekerasan mental pada ibu hamil dan lain-lain.

2) Faktor Persalinan

Komplikasi persalinan pada bayi seperti trauma kepala, asfiksia dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak (Kemenkes RI,2016).

3) Faktor Pasca Persalinan

a. Gizi

Untuk tumbuh kembang bayi, diperlukan zat makanan yang adekuat.

b. Penyakit kronis atau kelainan kongenital

Tuberculosis, anemia, dan kelainan jantung bawaan mengakibatkan retardasi pertumbuhan jasmani.

c. Lingkungan fisik dan kimia

Lingkungan yang sering disebut melieu adalah tempat anak tersebut hidup berfungsi sebagai penyedia kebutuhan dasar anak (provider). Sanitasi lingkungan yang kurang baik, kurangnya sinar matahari, paparan sinar radioaktif dan zat kimia tertentu (Pb, Merkuri, rokok, dan lain-lain) mempunyai dampak yang negatif terhadap pertumbuhan anak.

d. Psikologis

Hubungan anak dengan orang sekitarnya. Seorang anak yang tidak dikehendaki oleh orang tuanya atau anak yang selalu merasa tertekan, akan mengalami hambatan di dalam pertumbuhan dan perkembangan.

e. Endokrin

Gangguan hormon, misalnya pada penyakit hipotiroid, akan menyebabkan anak mengalami hambatan pertumbuhan.

f. Sosioekonomi

Kemiskinan selalu berkaitan dengan kekurangan makanan serta kesehatan lingkungan yang jelek dan ketidaktahuan, hal tersebut menghambat pertumbuhan anak.

g. Lingkungan pengasuhan

Pada lingkungan pengasuhan, interaksi ibu-anak sangat memengaruhi tumbuh kembang anak.

h. Stimulasi

Perkembangan memerlukan rangsangan atau stimulasi, khususnya dalam keluarga, misalnya penyediaan mainan, sosialisasi anak, serta keterlibatan ibu dan anggota keluarga lain terhadap kegiatan anak.

i. Obat-obatan

Pemakaian kortikosteroid jangka panjang akan menghambat pertumbuhan, demikian halnya dengan pemakaian obat perangsang terhadap susunan saraf yang menyebabkan terhambatnya produksi hormon pertumbuhan (Kemenkes RI, 2016).

H. Peran Orang Tua Dalam Stimulasi Perkembangan Anak

Orang tua adalah figur pendidik utama dan pertama bagi anak-anaknya yang harus menjalankan peran dan tanggung jawabnya masing-masing terutama dalam pengasuhan terhadap anaknya. Peran dan tanggung jawab orang tua mendapatkan

penilaian dari masyarakat, orang tua lain, dan bahkan anaknya sendiri (Fitri, 2017).

Peran adalah serangkaian perilaku diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. posisi atau status ini diartikan sebagai posisi individu dalam masyarakat sebagai suami, istri, anak, orang tua, dan sebagainya (Arita, 2008). Peran orang tua terdiri dari peran ibu dan peran ayah. Peran ibu dapat adalah kemampuan untuk mengasuh serta menentukan nilai (Prianto, 2017).

Pertama, ibu memiliki peran yang amat sangat penting karena fungsi alaminya adalah menyusui anak. Selain itu, para ibu juga berkonsentrasi pada kewajiban menjaga keluarga serta membesarkan anak (Prianto, 2017). Dalam perubahan sosial saat ini, ibu juga melakukan kegiatan bekerja di luar rumah. Peran ibu terutama dalam perkembangan sangatlah penting karena diharapkan anak dipantau dengan sangat baik (Maulina, 2014).

Ibu berperan sebagai pendidik pertama dan utama dalam keluarga sehingga ibu harus menyadari untuk mengasuh anak dengan baik dan sesuai dengan tahapan perkembangan pada anak. Peran ibu sangat penting dalam kehidupan buah hatinya di saat masih bayi hingga dewasa, bahkan sampai sudah lepas tanggung jawabnya atau sudah menikah dengan orang lain seorang ibu tetap berperan dalam kehidupan anaknya (Prianto, 2017).

Adapun peran ibu meliputi:

1. Mengurus rumah tangga. Ibu sebagai pengurus rumah tangga dalam keluarga, maka kegiatan yang biasa dilakukan seperti memasak, mencuci, menyapu, mengepel dll.
2. Sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya juga sebagai salah satu kelompok dari peranan sosial.
3. Secara khusus kebutuhan sosial dan efektif tidak dipenuhi oleh ayah. Maka berkembang hubungan persahabatan antara ibu dan anak-anak. Ibu lebih bersifat tradisional dalam pengasuhan terhadap anak (misalnya dengan suatu

- penekanan yang lebih besar pada kehormatan, kebersihan, kepatuhan dan disiplin).
4. Salah satu anggota masyarakat di lingkungannya. Ketika di masyarakat ibu bersosialisasi dengan masyarakat sekitarnya dalam rangka mewujudkan hubungan yang harmonis melalui acara kegiatan-kegiatan seperti PKK, arisan dan pengajian.
 5. Ibu Sebagai Pembimbing Anak, peran Ibu menjadi pembimbing dan pendidik anak dari sejak lahir sampai dewasa khususnya dalam hal susila dan beretika untuk bertingkah laku yang baik (Prianto 2017).

Secara tradisional, peran ayah atau suami adalah menyediakan kebutuhan dasar, seperti sandang, papan dan pangan bagi isteri dan anaknya Muhassin, 2016). Akan tetapi saat ini ketika seorang ibu bekerja, maka keterlibatan suami ketika mengasuh akan lebih dominan (Muhassin, 2016). Ayah atau pria lebih umum dikenal sebagai pencari nafkah di dalam keluarga keterlibatannya dalam megasuh anak tidak terlalu dominan, karena keberadaannya di rumah yang tidak cukup lama. Peran informal pada ayah yaitu peran sebagai pemberi dorongan, peran untuk memulai atau berkontribusi dalam menghadapi masalah, peran untuk pelopor, peran mempertahankan keharmonisan, coordinator, peran untuk kompromi, serta peran informal lainnya (Maisyarah, 2017).

Keterlibatan ayah dalam perkembangan anaknya sangat berpengaruh baik dari segi emosional, sosial, kognitif bahkan bisa mempengaruhi kesehatan fisik (Allen & Daly, 2007 dalam Muhassin, 2016). Dari segi kognitif, keterlibatan ayah dalam kegiatan bermain ataupun pengasuhan dan perawatan anak akan membuat anaknya lebih kompeten dan menjadi pemecah masalah yang lebih baik jika dibandingkan dengan anak sebayanya yang ayahnya tidak memiliki keterlibatan. Kebiasaan para ayah ketika mengajukan pertanyaan logis seperti apa, di mana, dan seterusnya, membuat anak memiliki keterampilan komunikasi yang lebih baik dalam interaksinya (Muhassin, 2016).

Anak akan terpancing untuk banyak berbicara, menggunakan kosakata yang lebih banyak, dan menghasilkan kalimat yang lebih panjang ketika berinteraksi. Dari segi emosional, anak memiliki kelekatan yang lebih banyak dari ayahnya, memiliki rasa lebih nyaman. Selain itu, anak juga memiliki rasa ingin tahu dan keinginan untuk mengeksplorasi apa yang ada di lingkungannya, baik ketika berinteraksi dan memberikan respon pada stimulus dan ia juga memiliki kepercayaan diri yang lebih baik (Muhassin, 2016).

Dari segi sosial, keterlibatan ayah menghasilkan kompetensi sosial, inisiatif, kematangan sosial, dan kemampuan untuk berinteraksi sosial pada anaknya. Hubungan anak dengan teman sebayanyapun lebih baik. Dalam pertemanan anak cenderung positif terhadap anak lain termasuk saudara kandungnya, bisa menyelesaikan konflik pertemanan yang dialami cara yang positif (Muhassin, 2016).

Tinjauan secara kesehatan fisik juga memberikan dampak yang positif. Perhatian yang diberikan seorang ayah pada pasangannya membuat suasana positif dalam kehidupan rumah tangga dan kesehatan ibu-anak menjadi lebih terperhatikan. Secara umum, ayah yang melibatkan diri dalam kegiatan dengan anaknya memiliki anak yang lebih sehat dan relatif tidak terlalu sering mengalami masalah kesehatan (Muhassin, 2016).

Adapun tahap pertumbuhan dan perkembangan anak usia Todler dan Prasekolah (Kozier, 2011):

- 1) *Todler (1-3 Tahun)*: Perkembangan motorik memungkinkan adanya peningkatan otonomi fisik, keterampilan psikososial meningkat. Anak usia todler berkembang dari kondisi tidak memiliki kontrol volunter hingga mampu berjalan dan berbicara, belajar untuk mengontrol BAB dan BAK serta memperoleh berbagai jenis informasi mengenai lingkungan disekitarnya.
- 2) *Prasekolah (4-5 Tahun)*: Pengalaman baru dan peran sosial anak usia prasekolah dipraktikkan selama bermain. Pertumbuhan fisik berlangsung lebih lambat tetapi kontrol

tubuh dan koordinasi meningkat pesat, adanya perkembangan *toilet training*, mengenakan dan melepas pakaian sendiri. Adapun tugas perkembangan menurut Havigrust pada anak usia *todler* dan prasekolah adalah (Kozier, 2011) salah satunya adalah belajar mengontrol eliminasi.

Pada anak usia *todler* menurut tahap perkembangan Freud berada pada tahap anal dengan karakteristik bahwa anus dan kandung kemih merupakan sumber kesenangan (konflik utama adalah *toilet training*). Implikasinya adalah pengontrolan dan pengeluaran feses memberikan kesenangan dan perasaan kontrol bagi anak. *Toilet training* harus menjadi pengalaman yang menyenangkan bagi anak (Kozier, 2011).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Onen di Turki (2012) bahwa inisiasi *toilet training* diantaranya dapat dipengaruhi oleh tingkat ekonomi keluarga, ukuran keluarga, status tempat tinggal antara kota dan desa. Terdapat banyak faktor yang berperan aktif pada anak dalam melakukan *toilet training* yaitu tingkat pendidikan ibu, sosial budaya, struktur tingkat pendapatan keluarga, usia, metode yang digunakan, tempat, jenis toilet, pengetahuan, psikologis anak, status, dan gender (Onen & Aksoy 2012). *Toilet Training* perlu dilakukan selama anak berada dalam periode optimal untuk menghindari efek jangka panjang seperti inkontinensia dan infeksi saluran kemih (ISK) (Yang Wu, 2013).

Hasil penelitian Nunen karolien di Belgia (2015) bahwa banyak anak dilakukan *toilet training* setelah usia sekolah minimal 30 bulan. Orang tua tidak menyadari kemungkinan konsekuensi negatif yang dapat ditimbulkannya. Ibu yang bekerja lebih sering bahwa anak dilakukan *toilet training* sebelum usia 30 bulan dan semakin tinggi tingkat pendidikan ibu maka semakin besar mengirim anaknya ke sekolah untuk *toilet training*.

Studi retrospektif kasus kontrol, bahwa anak-anak pada saat melakukan *toilet training* dengan adanya hukuman memiliki gejala inkontinensia atau infeksi, sedangkan anak-anak tanpa gejala inkontinensia dan kejadian infeksi saluran kemih lebih rendah ketika

anak yang mendapat motivasi dari orang tua mereka untuk mencoba kembali *toilet training* (Kiddoo, 2012).

BAB 2

METODOLOGI

Desain penelitian menggunakan pendekatan secara kuantitatif dan kualitatif (*mixed methods*) dengan teknik pengambilan sampel secara kuantitatif menggunakan purposif *sampling* sebanyak 80 responden dan pengumpulan data kualitatif dilakukan dengan melakukan wawancara mendalam (*in-depth interview*) kepada 9 partisipan. Penelitian ini menggunakan instrumen kuesioner untuk pengumpulan data kuantitatif dan pedoman wawancara untuk pengumpulan data kualitatif.

Subjek penelitian ini adalah ibu yang mempunyai anak usia 1-3 tahun sebanyak 80 orang ibu untuk penelitian kuantitatif dan 9 partisipan untuk kualitatif. Adapun kriteria inklusi untuk data kuantitatif adalah:

- 1) Ibu yang bersedia menjadi responden
- 2) Ibu yang mampu membaca dan menulis
- 3) Ibu yang mempunyai anak di usia *toddler* (1-3 tahun)

Sedangkan kriteria eksklusi adalah Ibu yang memiliki anak di usia diatas 3 tahun, ibu yang sedang sakit. Sebelum dilaksanakan Penelitian, peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen kuesioner untuk penelitian kuantitatif dan pedoman wawancara untuk penelitian kualitatif. Uji validitas dilakukan kepada 20 orang ibu yang memiliki anak usia toddler dengan diberikan kuesioner dan 2 orang dilakukan wawancara untuk validitas instrumen dalam penelitian kualitatif.

Dalam instrument kuesioner telah disediakan pilihan jawaban sehingga responden memilih jawaban yang menurut responden paling benar yang telah tersedia di lembar kuesioner yang telah dibuat oleh peneliti dengan mengacu pada kepustakaan yang ada. Data yang dikumpulkan merupakan data primer yaitu data yang diperoleh

langsung dari responden. Untuk penelitian kualitatif terdapat pedoman wawancara yang digunakan saat pengambilan data.

BAB 3

TEORI MUTAKHIR

Anak usia toddler yaitu anak berada pada rentang usia 1-3 tahun. Anak akan melewati 3 fase yang meliputi fase otonom, fase anal, dan fase praoperasional. Pada fase otonom anak akan belajar cara makan dan berpakaian secara mandiri. Saat fase anal anak sudah waktunya untuk dilatih *toilet training*. Sedangkan pada fase praoperasional perkembangan pengetahuan anak sudah berkembang sehingga anak perlu diberikan arahan supaya anak tidak kebingungan (Kameliawati et al., 2020). Pada fase ini terdapat keterkaitan antara perkembangan, pertumbuhan fisik, dan psikososial. Usia *toddler* perlu belajar untuk mengendalikan buang air kecil karena pada usia *toddler* anak belum dapat mengontrol buang air kecil sehingga menyebabkan enuresis pada anak. Hal ini sangat penting bagi *toddler* untuk mengembangkan keterampilan motorik seperti menerapkan *toilet training* dengan benar agar anak tidak membuang air kecil pada tempatnya (Heri et al., 2020).

Salah satu tanggung jawab utama orang tua adalah melatih balita cara mengontrol buang air kecil. *Developmentally Appropriate Practice* (DAP) adalah metode *toilet training* yang berguna untuk anak-anak. video modeling adalah alat penting untuk mengajarkan keterampilan motorik kepada anak-anak dan orang dewasa. Memulai *toilet training* pada anak dengan waktu yang tepat adalah titik kunci intervensi dengan menggunakan kesiapan *toilet training* berkala dan hasilnya menunjukkan efektivitas pelatihan video modeling. Dengan secara konsisten menggunakan teori pembelajaran sosial observasional, film pendidikan video modeling, bersama dengan pendekatan DAP secara efektif mempersingkat durasi *training toilet* pada balita (Khorasani, Tangestani, & Maroufi, 2022).

Dampak yang paling umum dari kegagalan *toilet training* diantaranya adanya perlakuan atau aturan yang ketat dari orang tua

kepada anaknya dapat menganggu kepribadian anak cenderung bersikap keras kepala bahkan kikir. Selain itu apabila orang tua santai dalam memberikan aturan dalam *toilet training* maka anak dapat mengalami kepribadian ekspresif dimana anak lebih tega, cenderung ceroboh, suka membuat gara-gara, emosional dan seenaknya dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Selain itu penelitian ini perlu untuk dilakukan karena *toilet training* sangat penting dan merupakan tugas perkembangan anak, diperlukan bimbingan dari orang tua sehingga anak dapat berhasil melakukan *toilet training* secara mandiri.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Onen di Turki (2012) bahwa inisiasi *toilet training* diantaranya dapat dipengaruhi oleh tingkat ekonomi keluarga, ukuran keluarga, status tempat tinggal antara kota dan desa. Terdapat banyak faktor yang berperan aktif pada anak dalam melakukan *toilet training* yaitu tingkat pendidikan ibu, sosial budaya, struktur tingkat pendapatan keluarga, usia, metode yang digunakan, tempat, jenis toilet, pengetahuan, psikologis anak, status, dan gender (Onen & Aksoy 2012). *Toilet Training* perlu dilakukan selama anak berada dalam periode optimal untuk menghindari efek jangka panjang seperti inkontinensia dan infeksi saluran kemih (ISK) (Yang Wu, 2013).

Hasil penelitian Nunen karolien di Belgia (2015) bahwa banyak anak dilakukan *toilet training* setelah usia sekolah minimal 30 bulan. Orang tua tidak menyadari kemungkinan konsekuensi negatif yang dapat ditimbulkannya. Ibu yang bekerja lebih sering bahwa anak dilakukan *toilet training* sebelum usia 30 bulan dan semakin tinggi tingkat pendidikan ibu maka semakin besar mengirim anaknya ke sekolah untuk *toilet training*.

Studi retrospektif kasus kontrol, bahwa anak-anak pada saat melakukan *toilet training* dengan adanya hukuman memiliki gejala inkontinensia atau infeksi, sedangkan anak-anak tanpa gejala inkontinensia dan kejadian infeksi saluran kemih lebih rendah ketika anak yang mendapat motivasi dari orang tua mereka untuk mencoba kembali *toilet training* (Kiddoo, 2012). Selain itu juga hukuman, terutama hukuman badan tidak saja kurang efektif namun potensial membahayakan dan mengajari anak agresi fisik dalam mengatasi rasa

marah (Rudolf, 2006). Pentingnya orang tua memberikan *rereinforcement* ketika anak menunjukkan kemajuan *toilet trainingnya* sesuai dengan pernyataan Ginanjar (2008) tentang manfaat dari *reinforcement positif* bahwa adanya *reinforcement positif* maka anak yang berhasil akan termotivasi untuk melakukan hal yang sama di hari berikutnya sehingga tanpa sadar akan menjadikannya sebagai suatu perilaku yang bersifat lebih menetap.

Kesiapan anak, pengetahuan orang tua dan pelaksanaan toileting yang benar, merupakan suatu domain penting yang perlu orang tua ketahui untuk meningkatkan kemampuan toileting pada anak (Luqmansyah, 2010). Perubahan perilaku bergantung pada kualitas rangsangan (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme. Keberhasilan perubahan perilaku yang terjadi sangat ditentukan kualitas dari sumber. Untuk membentuk jenis respon atau perilaku perlu diciptakan suatu kondisi yang disebut *operant conditioning* yaitu dengan menggunakan urutan-urutan komponen penguat berupa hadiah atau *reward* (Maulana, 2009).

BAB 4

PEMBAHASAN

Penelitian ini telah dilaksanakan kepada ibu yang memiliki anak usia *toddler* (1-3 tahun) yang berjumlah 80 ibu dengan pengambilan sampel menggunakan teknik *Purposive Sampling*. Penyajian analisa data diuraikan berdasarkan karakteristik responden dan hasil deskripsi tentang pelaksanaan *toilet training* pada anak usia *toddler* (1-3 tahun).

4.1 Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden

Pada penelitian ini didapatkan karakteristik responden berdasarkan usia ibu, pekerjaan, dan pendidikan terakhir ibu, dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.1
Distribusi Frekuensi Karakteristik Demografi Responden

Karakteristik		
Usia	Frekuensi	Peresentase (%)
20-30	44	55
30-40	33	41,3
>40	3	3,8
Total	80	100
Pekerjaan		
Ibu Rumah Tangga	66	82,5
Guru	2	2,5
Karyawan Swasta	5	6,3
Wiraswasta	5	6,3
Buruh	2	2,5
Total	80	100
Pendidikan		
SD	3	3,8
SMP	24	30
SMA	43	53,8
D1	2	2,5
D3	1	1,3
S1	7	8,8
Total	80	100

Jenis Kelamin			
Laki-laki	45	56,3	
Perempuan	35	43,8	
Total	80	100	

Berdasarkan tabel 1 didapatkan bahwa sebagian besar dari distribusi usia responden berada pada kelompok usia 20-30 tahun yang berjumlah 44 orang (55%). Distribusi pekerjaan setengahnya dari responden merupakan seorang IRT (ibu rumah tangga) yaitu 66 orang (82,5%). Distribusi pendidikan responden sebagian besar merupakan lulusan SMA yaitu berjumlah 43 orang (55,8%). Distribusi jenis kelamin anak setengahnya dari responden berjenis kelamin laki-laki yaitu berjumlah 45 orang (56,3%).

2. Gambaran Pelaksanaan Toilet *Training* Pada Anak Usia Toddler (1-3 tahun)

Pelaksanaan *toilet training* pada anak usia *toddler* (1-3 tahun) merupakan suatu bentuk dalam mengontrol buang air kecil dan buang air besar, mengetahui beberapa bagian tubuh dan fungsinya, menerapkan perilaku hidup sehat dan bersih, dan sebagai awal terbentuknya kemandirian sehingga anak bisa melakukan BAK dan BAB secara mandiri.

Tabel 4.2

Distribusi Frekuensi Pelaksanaan *Toilet Training* pada Anak Usia Toddler (1-3 tahun)

Karakteristik		
Pelaksanaan	Frekuensi	Peresentase (%)
Pelaksanaan Baik	72	90
Pelaksanaan Tidak Baik	8	10
Total	80	100

Berdasarkan tabel 4.2 menjelaskan bahwa distribusi pelaksanaan ibu tentang *toilet training* pada anak usia toddler pada 80 responden didapatkan bahwa terdapat pelaksanaan baik yaitu berjumlah 72 orang (90%) dan pelaksanaan tidak baik berjumlah 8 orang (10%).

Tabel 4.3
Pelaksanaan Ibu tentang Toilet Training pada Anak Usia Toddler
(1-3 tahun) Berdasarkan Demografi Responden

Karakteristik Responden	Peran			
	Baik		Tidak Baik	
	N	%	N	%
Usia				
20-30	40	56,6	4	50
30-40	29	40,3	4	50
>40	3	4,2		
Total	72	100	8	100
Pekerjaan				
Ibu Rumah Tangga	59	81,9	7	87,9
Guru	2	2,8	0	0
Karyawan	5	6,9	0	0
Swasta	4	5,6	1	12,5
Wiraswasta	2	2,8	0	0,0
Buruh				
Total	72	100	8	100
Pendidikan				
SD	3	4,2	0	0
SMP	22	30,6	2	25
SMA	38	52,8	5	62,5
D1	2	2,8	0	0
D3	1	1,4	0	0
S1	6	8,3	1	12,5
Total	72	100	8	100

Berdasarkan tabel 4.3 dapat disimpulkan bahwa sebagian kecil dari kelompok usia pelaksanaan tidak baik yaitu umur 30-40 tahun yang berjumlah 4 orang (50%) dan sebagian kecil dari responden berperan baik pada umur 20-30 yang berjumlah 40 orang (56,6%). Berdasarkan pekerjaan sebagian kecil dari responden pelaksanaan *toilet training* tidak baik yaitu IRT yang berjumlah 7 orang (87,9%) dan sebagian kecil dari responden melaksanakan *toilet training* dengan baik yaitu Ibu Rumah Tangga IRT yang berjumlah 59 orang (81,9%). Berdasarkan pendidikan sebagian kecil responden melaksanakan dengan baik tentang *toilet training* yaitu memiliki latar belakang

berpendidikan SMA yaitu 38 orang (52,8%) dan sebagian dari responden pelaksanaan *toilet training* tidak baik yaitu yang memiliki latar belakang pendidikan SMA yang berjumlah 5 orang (62,5%).

3. Karakteristik Partisipan

Pada penelitian ini didapatkan karakteristik partisipan pada penelitian kualitatif secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.4 Karakteristik Partisipan

Nama Ibu	Ny. T	Ny. M	Ny.D	Ny. E	Ny. S	Ny.N	Ny. R	Ny. I	Ny. L
Usia Ibu	37 tahun	36 tahun	30 tahun	24 tahun	28 tahun	31 tahun	34 tahun	32 tahun	31 tahun
Pendidikan	SMP	SMP	SMP	SMA	SMA	SMK	SMA	S1	SMA
Pekerjaan	IRT	IRT	IRT	BHL	IRT	IRT	IRT/ Wiras wasta	IRT/ Guru part time	IRT
Nama Anak	An. T	An. R	An. R	An. N	An. R	An. S	An. D	An. A	An. K
Usia Anak	15 Bulan	30 Bulan	21 Bulan	31 Bulan	36 Bulan	32 Bulan	36 Bulan	25 Bulan	22 Bulan
Anak ke	6	2	2	1	1	2	1	2	2

Berdasarkan tabel 4 bahwa partisipan dalam penelitian ini berjumlah sembilan orang yang semuanya merupakan perempuan atau seorang ibu. Enam partisipan bekerja sebagai ibu rumah tangga, buruh harian lepas, wiraswasta dan guru part time. Usia partisipan bervariasi, dengan usia termuda 24 tahun dan tertua 37 tahun. Pendidikan terakhir partisipan terdiri dari SMP, SMA/SMK dan S1. Anak para partisipan bervariasi dari yang termuda mulai berusia 15 bulan dan tertua berusia 36 bulan. anak ke satu berjumlah tiga orang, yang merupakan anak ke 2 berjumlah lima orang dan yang terakhir merupakan anak ke enam.

Berdasarkan hasil penelitian secara kualitatif didapatkan bahwa berdasarkan hasil pengumpulan data hasil wawancara secara mendalam didapatkan 6 tema pelaksanaan *toilet training* pada anak yaitu tanda - tanda anak ingin BAK/BAB, tanda anak

siap dilatih BAK/BAB, kesiapan orangtua, tahap latihan pada anak, kecemasan anak, kecemasan orang tua.

4.2 Pembahasan

1. Karakteristik Responden

Berdasarkan tabel 4.1 bahwa karakteristik pekerjaan hampir seluruhnya dari responden melaksanakan *toilet training* dengan baik yaitu Ibu Rumah Tangga (IRT) berjumlah 59 orang (81,9%) dan sebagian kecil dari responden melaksanakan *toilet training* tidak baik yaitu pada pekerjaan wiraswasta berjumlah 1 orang (12,5%).

Menurut peneliti, hasil penelitian menunjukkan bahwa semua orang tua belum pernah mendapatkan informasi tentang cara mengajarkan anak *toilet training* sehingga menyebabkan ibu kurang mengetahui. Adapun hampir seluruh dari responden pelaksanaan *toilet training* baik yaitu bisa meluangkan waktu lebih banyak di rumah sehingga dapat melaksanakan *toilet training*.

Ibu yang tidak bekerja cenderung memiliki kesempatan lebih besar dan waktu yang lebih banyak untuk memperhatikan anak sehari-hari, dan juga dapat memantau langsung kemandirian anak sesuai usianya, serta lebih cepat diketahui apabila terjadi gangguan pada tumbuh kembang anak yang dapat menghambat keberhasilan *toilet training*. Sehingga status bekerja ibu akan memberikan pengaruh dalam kemampuan ibu untuk menyediakan waktu dalam penerapan *toilet training* (Dian, 2016). Ibu tidak bekerja adalah seorang ibu yang hanya melakukan pekerjaan di rumah dan tidak memiliki penghasilansendiri. Dimana pada ibu yang tidak bekerja akan mempunyai banyak waktu untuk mengasuh balitanya meliputi perhatian, kasih sayang, dan waktu dalam penerapan *toilet training* sehingga dapat mengasuh anaknya dengan baik dan mencurahkan kasih sayangnya (Ratnawati, 2014).

Hasil penelitian ini relevan dengan penelitian Ratnawati (2014) tentang perbedaan kemampuan ibu dalam *toilet training*

usia *toddler* berdasarkan status pekerjaan ibu di Posyandu Jeruk Desa Tirtomulyo Kretek Bantul Yogyakarta bahwa status pekerjaan ibu berpengaruh besar dalam kemampuan ibu untuk mencapai keberhasilan *toilet training*.

Berdasarkan tabel 3 karakteristik pendidikan bahwa sebagian besar dari responden telah melaksanakan dengan baik *toilet training* yaitu dengan latar belakang pendidikan SMA sebanyak 38 orang (52,8%) dan sebagian kecil dari responden pelaksanaan *toilet training* tidak baik yaitu yang memiliki latar belakang pendidikan S1 yang berjumlah 1 orang yaitu (12,5%). Menurut peneliti, hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih banyak responden yang berpendidikan menengah atas berperan baik, hal ini dapat di pengaruhi oleh teori dan pengaplikasiannya lebih di terapkan di kehidupan nyata sehingga anak bisa lebih mengikuti arahan orangtua. Adapun sebagian kecil dari responden yang berpendidikan S1 yang dalam pelaksanaan *toilet training* tidak baik. Hal ini dapat disebabkan karena faktor lain diantaranya teori yang didapat dan pengaplikasiannya masih kurang sehingga masih ada sebagian kecil yang pelaksanaan *toilet trainingnya* tidak baik.

Banyak faktor yang mempengaruhi orang tua dalam mengajarkan *toilet training* pada anak diantaranya adalah pendidikan, umur, pekerjaan, lingkungan, sosial budaya, informasi, sumber informasi yang dapat berpengaruh terhadap cara mengajarkan *toilet training* pada anak (Mendur JP, 2018). Faktor yang berperan aktif dalam melaksanakan *toilet training* yaitu salah satunya tingkat pendidikan orang tua,sosial budaya, struktur tingkat pendapatan keluarga, usia anak, metode yang digunakan, tempat jenis toilet, pengetahuan orang tua, psikologis anak status dan gender. Selain itu karakteristik orang tua yaitu tingkat pendidikan dan pekerjaan orang tua dapat mempengaruhi keyakinan dan sikap tentang pelaksanaan *toilet training* (Van Nunen,2015). *Toilet training* ini perlu dilakukan pada anak selama dalam periode optimal untuk menghindari efek jangka panjang seperti inkontinensia dan infeksi saluran kemih (Yang Wu, 2013).

2. Deskripsi tentang Pelaksanaan Toilet *Training* pada Anak Usia Toddler

Pelaksanaan *toilet training* pada anak usia *toddler* (1-3tahun) merupakan suatu bentuk dalam mengontrol buang air kecil dan buang air besar, mengetahui beberapa bagian tubuh dan fungsinya, menerapkan perilaku hidup sehat dan bersih, dan sebagai awal terbentuknya kemandirian sehingga anak bisa melakukan BAK dan BAB secara mandiri (Andriyani & Sumartini,2019).

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa pelaksanaan baik tentang *toilet training* pada anak usia *toddler* berjumlah 72 orang (90%), pelaksanaan tidak baik berjumlah 8 orang (10%). Hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir seluruh dari responden berperan baik 72 orang (90%) ada beberapa faktor yang mempengaruhi diantaranya adalah motivasi dari orangtua untuk melatih BAB dan BAK sehingga anak bisa melakukan latihan BAB dan BAK, melatih anak dengan tidak adanya keterpaksaan ataupun tidak menggunakan cara emosional menjadi salah satu indikator keberhasilan *toilet training*.

Adapun peran orang tua salah satunya ibu yaitu sebagai pemerhati kebutuhan anak, kasih sayang, perawatan, memberi pembelajaran untuk anak lebih mandiri dan memelihara kebahagiaan dan kedamaian di dalam keluarga (Listiyana,2012). Peran ibu dalam perkembangan anak sangat penting, karena dengan keterampilan ibu yang baik maka diharapkan pemantauan anak dapat dilakukan dengan baik. Orang tua akan mudah menerima dan mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu yang disebabkan oleh adanya keinginan untuk memenuhi kebutuhan tertentu. Dengan motivasi yang baik untuk melakukan stimulasi *toilet training*, maka keberhasilan *toilet training* akan terwujud (Subagyo, 2010). Motivasi orang tua dalam memulai toilet training dilakukan ketika punya waktu dan anak ketika telah mencapai usia yang sesuai untuk dilatih (Van Aggelpoel,T., De wachter S.,Van Hal G, 2018).

Manfaat dari keberhasilan *toilet training* yaitu memberikan beberapa keuntungan bagi anak seperti dapat mengontrol buang air kecil dan buang air besar, awal terbentuknya kemandirian sehingga anak bisa melakukan sendiri BAB dan BAK dan juga mengetahui beberapa bagian tubuh dan fungsinya, serta dapat menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (Putri, 2016).

Ibu lebih memilih untuk berperan dalam pelaksanaan *toilet training* di usia *toddler* untuk bisa membiasakan anak mengontrol buang air kecil dan buang air besar dan ada sebagian orangtua atau ibu memilih dengan cara praktis dan mudah yaitu dengan pemakaian diapers pada anaknya. Hal ini menyebabkan banyaknya anak yang masih belum bisa mengontrol buang air besar dan buang air kecil sampai usia pra sekolah bahkan sampai usia sekolah disebabkan karena kegagalan *toilet training* pada saat anak usia *toddler* (Rahayu, 2014). Kegagalan dalam *toilet training* menyebabkan anak mempunyai kebiasaan sulit menahan saat ingin buang air kecil dan buang air besar dan sulit mengontrol saat ingin buang air kecil dan buang air besar (Pusparini, Winda & Arifah, Siti. 2010). Adapun sebagian kecil dari responden yang berjumlah 8 orang (10%) berperan tidak baik faktor lainnya yaitu tidak adanya keinginan untuk meluangkan waktu melatih anaknya dalam *toilet training* dan kurang mengetahui tingkat kesiapan anak dalam pelaksanaan *toilet training*. Peran ibu bagi anak-anaknya disini yaitu sebagai kasih sayang, pemerhati kebutuhan bagi anaknya dan sebagai pendidik yang memberi pembelajaran untuk anaknya agar bisa mandiri.

3. Tanda Anak Siap Dilatih BAK/BAB

Berdasarkan hasil penelitian melalui wawancara mendalam orang tua menyampaikan bahwa anak sudah mulai berjalan, sudah bisa berbicara dan berkomunikasi, sudah bisa jongkok dan sudah mengerti atau paham apa yang diucapkan orang lain.

Kesiapan anak untuk dilakukan *toilet training* tergantung pada perkembangan fisik dan psikologis. Alasan paling signifikan ditunjukkan oleh orang tua untuk memulai *toilet training* bahwa

anak menunjukkan sinyal dan memiliki keterampilan tertentu yang sesuai dengan rekomendasi fokus pentingnya tanda-tanda kesiapan *toilet training* (Kaerts N, Vermandel A, Van al G, Jacques Wyndaele J, 2013). Salah satu tanda kesiapan mental adalah anak mampu menirukan perilaku dalam keterampilan kognitif yang tepat dan mampu mengikuti perintah (Wong, Donna & Hockenberry, 2009). Berdasarkan hasil tersebut, bahwa ada kesesuaian antara fakta dan teori yang di dapatkan yaitu anak mampu menirukan perilaku yang tepat dimana anak mampu mencuci tangan sendiri walaupun airnya disiapkan terlebih dahulu sebelumnya, tetapi ketidakmampuan anak cebok sendiri setelah BAB bisa dipengaruhi oleh penggunaan diapers, rasa tidak nyaman terhadap feses juga dapat mempengaruhi sehingga anak tidak mau melakukannya.

Berdasarkan perkembangan kognitif, usia 18- 24 bulan anak memasuki fase reaksi sirkular tersier sehingga anak mampu menirukan aktivitas orang lain sehingga anak akan mengamati perilaku dan aktivitas yang ada di sekitarnya kemudian anak akan menirukan perilaku dan aktivitas tersebut, saat ini adalah waktu yang tepat untuk melakukakan *toilet training* pada anak karena anak akan mudah menyerap dan menirukan apa yang orangtua ajarkan (Sari & Putri. (2018).

4. Kesiapan Orangtua

Hasil penelitian menjelaskan bahwa orangtua sudah mengetahui sebelumnya, sifat alamiah, sudah mempersiapkan untuk latihan dan melihat sosok orang tua. orangtua dapat dikatakan siap untuk melakukan *toilet training* pada anak, bila orangtua mempunyai keinginan meluangkan waktu untuk mengajarkan *toilet training* (Wong, Donna & Hockenberry, 2009). Selain itu Orangtua juga tidak dalam keadaan stress atau tidak sedang ada masalah di dalam keluarga. Hasil penelitian menjelaskan bahwa semua orangtua mengajarkan anaknya *toilet training* meskipun tidak melalui pispot tetapi anak langsung di

ajak ke toilet. Model pembelajaran toilet *training* dengan menggunakan pispot tidak harus selalu dilakukan oleh orangtua.

Peran orangtua dalam pelaksanaan *toilet training* sangat penting, orangtua harus sabar dan mengerti kesiapan anak untuk memulai toilet *training*, harus memberikan dukungan kepada anak agar anak berhasil dalam melakukan toilet *training*, seperti jangan menggunakan diapers pada anak dengan alasan lebih praktis, tetapi mengajak anak untuk buang air besar atau buang air kecil pada jam-jam tertentu di pispot atau langsung ke toilet, agar anak dapat melatih keinginan buang airnya.

Berdasarkan hasil penelitian, sejalan dengan hasil penelitian Mendur, Rottie, & Bataha (2018) bahwa ada hubungan antara peran orangtua dengan kemampuan toilet *training* pada anak pra sekolah. Peran orangtua yang baik akan menghasilkan kemampuan *toilet training* yang baik. Peran orangtua merupakan tingkah laku dari ayah dan ibu untuk membantu dan membimbing sehingga anak mempunyai semangat dan keinginan untuk belajar, karena orangtua merupakan panutan dan pedoman dalam kehidupan anak (Sari & Putri, 2018).

5. Tahap Latihan Pada Anak

Hasil penelitian menjelaskan bahwa dimulai sejak umur satu tahun anaknya diantar ke kamar mandi, dibiasakan ke kamar mandi, diajarkan cebok, diajarkan mengambil air, diajarkan pakai sabun, diajarkan cuci tangan, belajarkan buka celana sendiri, mengingatkan BAK dan dilakukan secara berulang-ulang. Mengajarkan anak *toilet training* dapat dilakukan salah satunya dengan memberikan contoh mengenai cara menggunakan toilet, membuat desain kamar mandi menjadi menarik dan mengajarkan anak latihan dulu pada toilet mini hingga anak benar-benar mampu untuk duduk di toilet yang sebenarnya (Devina, 2015).

6. Kecemasan Anak dan Kecemasan Orangtua

Hasil penelitian menjelaskan bahwa anak takut melihat tinjanya sendiri sedangkan orangtua cemas saat anak rewe, khawatir, kasian pada anak. Hal ini sesuai dengan penelitian

Marganingsih, 2008 tentang Survei Tentang Pemberian Toilet *Training* Bagi Usia Balita Pada Ibu-Ibu di Desa Donoharjo, Ngaglik, Sleman, Yogyakarta bahwa cara mengajarkan toilet *training* berpengaruh terhadap kondisi fisiologis anak yang akan berkelanjutan dari dampak psikologis yang dialami anak. Pada pelatihan *toilet training* yang diberikan ibu-ibu bahwa dampak negatifnya adalah enuresis. Hal ini bahwa salah satu penyebab terjadinya enuresis adalah kurangnya latihan *toilet training* saat usia 2-5 tahun (Marganingsih,2008). Sedangkan kecemasan orangtua saat latihan *toilet training* dikarenakan kurangnya sumber informasi yang didapatkan serta pendidikan seorang ibu, karena responden dalam penelitian kualitatif sebagian besar lulusan SLTP dan SLTA.

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi orang tua dalam pelaksanaan *toilet training* pada anak diantaranya pendidikan, umur, pekerjaan, lingkungan, sosial budaya, informasi, sumber informasi yang dapat berpengaruh terhadap cara mengajarkan *toilet training* pada anak [Mendur JP, (2018)].

Hal ini sejalan dengan penelitian Rahayu D & Firdaus, 2014, mengenai hubungan orang tua dengan kemampuan *toilet training* pada anak usia *toddler* bahwa faktor yang mempengaruhi dengan penelitian Marganingsih, 2008 tentang Survei Tentang Pemberian *Toilet Training* Bagi Usia Balita Pada Ibu-Ibu di Desa Donoharjo, Ngaglik, Sleman, Yogyakarta bahwa cara mengajarkan *toilet training* berpengaruh terhadap kondisi fisiologis anak yang akan berkelanjutan dari dampak psikologis yang dialami anak. Pada pelatihan *toilet training* yang diberikan ibu-ibu bahwa dampak negatifnya adalah enuresis. Hal ini bahwa salah satu penyebab terjadinya enuresis adalah kurangnya latihan *toilet training* saat usia 2-5 tahun (Maraninsih,2008). Sedangkan kecemasan orangtua saat latihan *toilet training* dikarenakan kurangnya sumber informasi yang didapatkan serta pendidikan seorang ibu, karena responden dalam penelitian kualitatif sebagian besar lulusan SLTP dan SLTA. Banyak faktor yang dapat mempengaruhi orang tua dalam pelaksanaan *toilet training* pada

anak diantaranya pendidikan, umur, pekerjaan, lingkungan, sosial budaya, informasi, sumber informasi yang dapat berpengaruh terhadap cara mengajarkan *toilet training* pada anak (Mendur JP. (2018). Hal ini sejalan dengan penelitian Rahayu D & Firdaus, 2014, tentang hubungan orang tua dengan kemampuan *toilet training* pada anak usia *toddler* bahwa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan orangtua salah satunya adalah pendidikan.

BAB 5

PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pada karakteristik pekerjaan hampir seluruhnya dari responden melaksanakan *toilet training* dengan baik yaitu Ibu Rumah Tangga dan sebagian kecil dari responden melaksanakan *toilet training* tidak baik yaitu pada karakteristik pekerjaan wiraswasta. Berdasarkan karakteristik pendidikan hampir sebagian besar responden melaksanakan dengan baik *toilet training* yaitu dengan karakteristik pendidikan SMA dan sebagian kecil dari responden pelaksanaan *toilet training* tidak baik yaitu dengan latar belakang pendidikan S1. Selain itu juga hasil wawancara mendalam didapatkan 6 tema pelaksanaan *toilet training* pada anak yaitu tanda - tanda anak ingin BAK/BAB, tanda anak siap dilatih BAK/BAB, kesiapan orangtua, tahap latihan pada anak, kecemasan anak, kecemasan orang tua.

Oleh karena itu diharapkan untuk penelitian selanjutnya berkaitan dengan pentingnya *toilet training* pada anak dengan memperhatikan aspek lingkungan baik fisik maupun psikologis dalam menunjang proses *toilet training* dan diharapkan dapat menggunakan media edukasi yang menarik supaya orang tua dapat mengetahui, memahami dan dapat melaksanakannya dengan baik sehingga dapat membantu proses perkembangan anak menjadi lebih optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Andriyani, S., Sumartini, S. 2019. Pandangan Orang Tua Tentang Pelaksanaan Toilet *Training* Berdasarkan Karakteristik Pendidikan dan Pekerjaan Pada Anak Usia Toodler Di Kota Cimahi, Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan <http://ejournal.stikesmuhgombong.ac.id> Volume 15, No 2, Desember
- Baird, D. C., Bybel, M., & Kowalski, A. W. (2019). *Toilet training: Common questions and answers*. American Academy of Family Physicians, 100(8), 468–474.
- Depkes RI,. (2006). *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*. Jakarta
- Dian A. (2016). *Buku Ajar Tumbuh Kembang dan Terapi Bermain Pada Anak edisi ke 2*. Jakarta : Salemba Medika
- Devina, dkk. (2015). *Perancangan Buku Interaktif Tentang Toilet Training Anak Usia 1-3 Tahun. Program Studi Desain Komunikasi Visual, Fakultas Seni dan Desain, Universitas Kristen Petra, Jl. Siwalankerto, Surabaya*
- Hidayat, A.A. (2005).*Pengantar Ilmu Keperawatan Anak I*. Jakarta : Salemba Medika
- Gloria D. Sclar,G.D., Mosler.H.J., Caregiver social support and child toiletbtraining in rural Odisha, India: What types of support facilitate *training* and how? *Appl Psychol Health Well-Being*. 2022;14:413–433.
- Greer Brian D, Neidert Pamela L, Dozier Claudia L. (2016). A Component Analysis Of Toilet-*Training* Procedures, *journal of applied behavior analysis*
- Heri, B., Indah, W., Syamdarniati, & Siti, J. (2020). Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang Toilet *Training* Dengan Pelaksanaan

Toilet Training Pada Anak Toddler Di Kelurahan Karang Pule Kota Mataram. *PrimA : Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan*, 6(1), 8–13. <https://doi.org/10.47506/jpri.v6i1.161>

Hockenberry, J. M & Wilson, D. (2009). *Essential Pediatric Nursing*. St.Louis, Mosby

Kaerts N, Vermandel A, Van al G, Jacques Wyndaele J, (2013), toilet Training in Healthy Children results of a questionnaire study involving parents who make use of Day-Care at least once a Week. *Neurology and Urodynamics* 33:316-323. Doi 10.1002/nau.22392

Kameliawati, F., Armay, L., & Marthalena, Y. (2020). Keberhasilan Toilet Training pada Anak Usia Toddler ditinjau dari Penggunaan Disposable Diapers. *Majalah Kesehatan Indonesia*, 1(2), 57–60.

Kiddoo,(2012). *Toilet Training Children:When to start and How to Train*. CMAJ. Tersedia di <http://www.cmaj.ca/content/184/5/511.full.pdf+html>

Khorasani, P. Tangestani, A. Maroufi, M. (2022). Effect of Toddlers' Daily Toilet Training Program Based on Developmentally Appropriate Practice Approach on Toilet Training Duration, *Journal Research Developmen Nursing Midwifery, Volume 19, Number 1*

Kozier, E.,Berman & Snyder., (2011), *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Edisi 7, Alih Bahasa : Pamilih Eko Karyuni,dkk. Jakarta : EGC

Lang,E. M., (2008), *Among Healthy Children, What Toilet-Training Strategy is most Effective and Prevents Fewer Adverse Events (Stool Withholding and Dysfunctional Voiding)* tersedia di <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2529421/>

Listiyana. (2012). *Peranan Ibu Dalam Mengenalkan Pendidikan Seks Pada Anak Usia Dini*, UIN Maliki Malang. Diakses tanggal 22 Maret 2019. portalgaruda.org

Luqmansyah, (2010). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Toilet Training dengan Penerapan Toilet Training pada Anak Usia Toddler di Kelurahan Mijen Kecamatan Mijen Kota Semarang*. Diperoleh tanggal 09 february 2013 dari <http://jtptunimus-gdl-luqmansyah-5215-3-bab2.jtptunimus-gdl-luqmansyah-5215-3-bab2.com>

Marganingsih. (2008). *Survei Tentang Pemberian Toilet Training Bagi Usia Balita Pada Ibu-Ibu di Desa Donoharjo, Ngaglik, Sleman, Yogyakarta*. (Skripsi). Program studi psikologi fakultas psikologi. Universitas Sanata Dharma Yogyakarta

Maulana, H. (2009). *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC

Mendur JP. (2018). *Hubungan Peran Orang Tua dengan Kemampuan Toilet Training pada Anak Pra Sekolah di TK GMIM Sion Sentrum Sendangan Kawangkoan Satu*. download.garuda.ristekdikti.go.id/article.php?...Gambaran%20Pen...

Millei, Z., & Gallagher, J. (2012) *Opening Spaces for Dialogue and Re-Envisioning Children's Bathroom in a Preschool*. Tersedia di www.academia.edu/2085894/Millei_Z_and_Gallagher_2002_Opening-Space-for-Dialogue

Mota, M.D., & Barros, A.,(2008).*Toilet Training: Methods, Parental Expectations and Associated Dysfunctions*. *Journal de Pediatria*. Tersedia di <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1752>

Nakysa,. H. (2013).*Toilet Training in Iranian Children: A Cross-Sectional Study* *Iranian Journal of Pediatrics*. Volume 23 (Number 2).

Packer, M. J. (2017). Child development: Understanding a cultural perspective. SAGE Publications Lt

Pusparini, Winda & Arifah, Siti. (2010). *Hubungan Pengetahuan Ibu tentang Toilet Training pada Anak Usia Toddler di Desa Kadokan Sukoharjo*. (Vol. 3, No. 2).

Putri. (2016). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Toilet Training terhadap Pelaksanaan Toilet Training pada Anak Usia Toddler di Kelurahan Sewu Surakarta*. Skripsi.

Rahayu, dkk. (2014). *Hubungan Peran Orang Tua Terhadap Kemampuan Toilet Training Pada Anak Usia Toddler Di PAUD Permata Bunda RW 01 Desa Jati Selatan 1 Sidoarjo*. Skripsi journal.unusa.ac.id/index.php/jhs/article/download/136/124

Ratnawati, D. (2014). *Perbedaan Kemampuan Ibu Dalam Toilet Training Toddler Berdasarkan Status Pekerjaan Ibu di Posyandu Jeruk Desa Tirtomulyo Kretek Bantul*. Yogyakarta: STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

Rirismawati, (2010). *Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Toilet Training Dengan Kemampuan Anak Mengontrol BAK dan BAB di PAUD Melati Kedaung Kaliangke Cengkareng Jakarta Barat 2010*. http://Library.esaunggul.ac.id/opac/infopustaka4.php?id_anggota=&isbn=ifisbn=idpustaka=&ifidpustaka=&judul=ifjudul=jenis=&pengarang

Rudolf, M.A. (2006). *Buku Ajar Pediatri*, Volume 1. Jakarta:EGC

Sari & Putri. (2018). Kesiapan Toilet Training Pada Anak Usia 18-24 Bulan. *Adi Husada Nursing Journal*, Vol.4, No.2, Desember 2018

Shepar J.A, Poler et al, (2016), Evidence-Based Psychosocial Treatments for Pediatric Elimination Disorders, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, ISSN: 1537-4416 (Print) 1537-4424 (Online). Tersedia di <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1247356>

Yang Wu,. H. (2013). Can Evidence Based Medicine Change Toilet Training Practice, *Arab journal of Urology*: Elsevier Tersedia di <http://dx.doi.org/10.1016/j.aju.2012.11.001>

Van Aggelpoel T, De Wachter S, Van Hal G (2018), Parents' Views On Toilet Training: A Cross-Sectional Study In Flanders, *nursing children and young people.co.uk*, volume 30 number 3.

Van Nunen K., et al. (2015). Parents' views on toilet *training* (TT): A Quantitative study to identify the beliefs and attitudes of parent concerning TT. *Journal of Child Health Care* Vol 19(2) 265-274.Doi:10.1177/1367493513508232

Wong, Donna L., & Hockenberry (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*, Volume 1. Edisi 6. Alih Bahasa: Agus Sutarna, dkk. Jakarta: EGC

GLOSARIUM

B

BAB: Buang Air Besar

BAK: Buang Air Kecil

D

DAP: Developmentally Appropriate Practice

Diapers: Popok sekali pakai yang banyak di jual dipasaran

I

ISK: Infeksi Sakuran Kemih

S

Sfingter Uretra : Jenis otot involunteratau tidak sadar yang terbentuk dari penebalan otot detrusor dan menutup **uretra** ketika kandung kemih telah dikosongkan

T

Toilet *Training*: Latihan mengontrol rangsangan untuk beriliminasi yaitu Buang Air Kecil dan Buang Air Besar yang dilakukan pada tempatnya

Toddler: Anak yang berada antara rentang usia 12-36 bulan, Masa ini juga merupakan masa golden age/masa keemasan untuk kecerdasan dan perkembangan anak

INDEKS

BAK

BAB

Toilet *Training*

Toddler

ISK

Pengaruh *Brain Gym* Terhadap Konsentrasi Anak Usia Prasekolah

SITI NUR UMARIYAH FEBRIYANTI, S.Si.T, MH, CBC



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) adalah periode yang penting dan menjadi salah satu wadah untuk membantu memenuhi kebutuhan anak dalam proses pengembangan kemampuan minat diri anak yang mendasar. Selama pembelajaran berlangsung, anak yang mampu berkonsentrasi maka stimulus dan informasinya yang diberikan akan mampu dikelola dengan baik. (Ningsih and Khotimah, 2018) Usia 3-4 tahun adalah periode sensitif atau masa peka pada anak sehingga anak perlu pembelajaran dengan konsentrasi yang tinggi, apabila anak tidak konsentrasi maka hasil belajar anak menjadi tidak optimal. (Bili and Dewi, 2019)

Konsentrasi belajar adalah suatu faktor yang menentukan keberhasilan seseorang baik belajar dalam kelas, kelompok belajar ataupun belajar secara mandiri. Konsentrasi seseorang yang rendah dalam belajar akan menyebabkan menurunnya hasil belajar seseorang. (Chalidaziah, 2018)

Ada beberapa metode yang dapat digunakan untuk meningkatkan konsentrasi pada anak. Salah satu dari metode tersebut adalah senam otak (*Brain gym*). Senam otak (*brain gym*) dipilih menjadi salah satu metode untuk dapat meningkatkan konsentrasi anak karena gerakannya melibatkan 3 dimensi otak yang berhubungan dengan kemampuan seseorang. Dimensi yang dilibatkan meliputi dimensi *latelaris* yang berhubungan dengan kemampuan komunikasi, dimensi pemfokusan dengan melibatkan batang otak yang berhubungan dengan kemampuan konsentrasi, dan dimensi pemuatan dengan melibatkan otak

tengah yang berhubungan dengan kemampuan mengatur dan mengkoordinasikan sesuatu (Sukri and Purwanti, 2016).

Data yang peneliti ambil dari Kemendikbud (2021) di Indonesia ada 94.382 TK dan 85.597 KB yang sudah tercatat di Kemendikbud. Di Provinsi Jawa Tengah terdapat 14.132 TK dan 10.316 KB. Di Kota Semarang terdapat 607 TK dan 351 KB. Kabupaten Kendal terdapat 539 TK dan 346 KB. Di Kecamatan Pegandon terdapat 17 TK dan 15 KB. (KEMENDIKBUD, 2021)

Desa Wonosari Kecamatan Pegandon Kabupaten Kendal terdapat 1 TK dan 3 KB. Hasil *study* pendahuluan jumlah pelajar 26 anak diantaranya 16 anak perempuan dan 10 anak laki-laki, terdapat 2 ruang kelas dan juga terdapat sarana dan prasarana yang mendukung. Dalam satu kelas tersebut guru mengatakan hampir seluruh anak tidak bisa konsentrasi mereka lebih suka menghabiskan waktunya untuk aktifitas fisik dari pada belajar, ketika diberi penjelasan banyak yang tidak faham karena konsentrasi mereka yang rendah dan banyak juga yang mengandalkan orang tuanya yang mendampingi dalam pembelajaran tersebut.

Peneliti membandingkan dengan KB Apel Merah yang berada di Desa Wonosari juga, berdasarkan penelitian tersebut kasusnya hampir sama banyak anak yang tidak konsentrasi. Pembedanya pada 2 KB tersebut adalah pada tenaga pengajaryya, di KB As-Sidiq hanya terdapat 1 guru dan 1 relawan, sedangkan di KB apel merah terdapat 3 guru dan 1 relawan.

Upaya yang sudah dilakukan gurunya yaitu sudah mengganti metode pembelajaran yang awalnya cenderung pasif menjadi sedikit aktif dengan menyuruh anak menghafal dengan metode bernyanyi sambil tepuk tangan tetapi hal tersebut tidak berlangsung lama. Hasil wawancara tersebut memberikan ide penulis untuk melakukan *Brain Gym* (senam otak) yang merupakan salah satu upaya terapi non farmakologi untuk meningkatkan konsentrasi pada anak. Karena *Brain Gym* (senam otak) belum familiar di Desa Wonosari, guru sudah mengetahui

tentang senam otak tetapi belum pernah menerapkan senam otak untuk anak-anak di KB As-Sidiq karena belum mengetahui kegunaan dari senam otak yaitu salah satunya meningkatkan konsentrasi. Berdasarkan hasil survei yang tersebut membuat penulis tertarik melakukan penelitian dengan tema pengaruh brain gym terhadap konsentrasi anak usia prasekolah.

1.2 Rumusan Masalah

Kejadian kurangnya konstrasi pada anak usia prasekolah perlu mendapatkan perhatian serius dalam penanganannya sehingga penulis merumuskan masalah yaitu “Apakah ada pengaruh *brain gym* terhadap konsentrasi anak usia prasekolah di KB As Sidiq?”.

1.3 Tujuan Penelitian

Untuk menganalisis pengaruh *Brain Gym* terhadap konsentrasi anak usia pra-sekolah di KB As-Sidiq

BAB 2

METODOLOGI

Penelitian yang dilakukan merupakan penelitian kuantitatif berupa *Quasi Experiment* (eksperimen semu) dengan rancangan penelitian *one group pretest-posttest design*. Dalam rancangan ini kelompok diberikan perlakuan berupa *brain gym* selama 3 hari. Sebelumnya kelompok diawali dengan pengukuran awal konsentrasi dan setelah pemberian perlakuan diadakan pengukuran kembali.

Populasi dalam penelitian ini adalah siswa/siswi di KB As Sidiq yang berusia 4-5 tahun sebanyak 26 orang (sumber dari data sekolah). Teknik sampling pada penelitian ini adalah *Nonprobability Sampling* dengan jenis “*Purposive Sampling*” (berdasarkan pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti berdasar kriteria inklusi) meliputi anak yang bersedia menjadi responden, anak dengan konsentrasi rendah dan sedang dengan kategori skor 0-7. Kriteria anak yang tidak bisa dijadikan responden (kriteria eksklusi) apabila tidak berangkat saat penelitian, anak yang hanya berangkat pada penelitian hari pertama dan kedua saja. Sehingga jumlah sampel yang memenuhi syarat ada 19 anak.

Instrument dalam penelitian ini terdiri dari Lembar Observasi WPPSI (sudah baku), Standar Operasional Prosedur (SOP) *Brain Gym*. Teknik pengumpulan data yang dilakukan peneliti dimulai dari pelaksanaan *informed consent* yaitu meminta ijin kepada orangtua agar anaknya diperbolehkan menjadi responden dan supaya orang tua dapat membujuk anaknya supaya mau menjadi responden. Peneliti memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan serta manfaat penelitian kepada responden. Setelah responden menyetujui maka dilakukan pretest menggunakan Lembar Observasi WPPSI yang terdiri dari skala verbal dan skala performasi. Skala verbal terdiri dari beberapa point pertanyaan yaitu: poin informasi, pengertian, hitungan,

persamaan, dan pemahaman. Sedangkan untuk skala performasi terdiri atas animal house, melengkapi gambar, labirin, geometric design dan rancangan balok. Pretest dilakukan selama 15 menit. Intervensi *Brain Gym* dilakukan selama 3 hari (7-9 Juni 2021). Dilakukan posttest pada hari ketiga. Hasil posttest dilakukan koreksi, untuk selanjutnya dilakukan olah data. Responden diberikan hadiah berupa peralatan sekolah.

Uji normalitas data menggunakan *Shapiro Wilk*, hasil uji normalitas data konsentrasi anak sebelum dan sesudah dilakukan *Brain Gym* adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Hasil Uji Normalitas Data Konsentrasi Anak Sebelum dan Sesudah *Brain Gym*

Variabel	P-Value	Teori	Keterangan	Uji Statistik
konsentrasi anak usia prasekolah sebelum dilakukan <i>Brain Gym</i>	0,008	<0.05	Tidak normal	
konsentrasi anak usia prasekolah sebelum dilakukan <i>Brain Gym</i>	0,023	<0.05	Tidak normal	Wilcoxon

Berdasarkan tabel 2.1 didapatkan hasil uji normalitas data bahwa konsentrasi anak usia prasekolah sebelum diberikan *Brain Gym* (senam otak) memiliki nilai *p-value* 0,008 dan konsentrasi anak usia prasekolah sesudah diberikan *Brain Gym* (senam otak) memiliki nilai *p-value* 0,023. Apabila salah satu sebaran datanya tidak normal, maka dapat disimpulkan bahwa sebaran data tersebut tidak normal, oleh karena itu uji berpasangan yang digunakan yaitu *Wilcoxon*.

BAB 3

TEORI MUTAKHIR

3.1 Konsep Anak Prasekolah

a. Definisi anak Prasekolah

Usia prasekolah adalah usia yang tepat untuk mengembangkan berbagai potensi yang ada. Usia prasekolah adalah usia 3-6 tahun. Apabila anak mengalami kerapuhan atau kelemahan pada usia tersebut maka anak akan mengalami hambatan dan masalah pada perkembangan selanjutnya. (Purwanti, 2013) Pada fase ini terdapat perkembangan anak yang kadang kurang diperhatikan oleh orang tua karena tidak dianggap penting dan akan belajar dengan sendirinya ketika memasuki bangku prasekolah. (Ibnu, Saleh and Hidayanti, 2020)

b. Perkembangan anak prasekolah

Ada beberapa perkembangan diantaranya:

1) Perkembangan sosial emosi anak

Perkembangan sosial merupakan perkembangan tingkah laku pada anak dimana anak diminta untuk menyesuaikan diri dengan aturan yang berlaku dalam lingkungan masyarakat. Pada tahapan ini anak hanya mementingkan dirinya sendiri dan belum mampu bersosialisasi secara baik dengan orang lain, anak belum mengerti bahwa lingkungan memiliki cara pandang yang berbeda. (Nurmalitasari, 2015)

2) Perkembangan emosi

- a) Berlangsung singkat dan berakhir tiba-tiba
- b) Terlihat lebih hebat dan kuat
- c) Bersifat sementara atau dangkal
- d) Lebih sering terjadi
- e) Dapat diketahui dengan jelas dari tingkah lakunya

- f) Reaksi mencerminkan *individualisme*
Emosi dapat dikembangkan menjadi dua yaitu
 - a) Emosi positif
 - b) Emosi negatif

c. Perkembangan anak berdasarkan usia 4-5 tahun

- 1) Berdiri 1 kaki selama 6 detik
- 2) Melompat-lompat 1 kali
- 3) Menari
- 4) Menggambar tanda silang
- 5) Menggambar lingkaran
- 6) Menggambar orang dengan 3 bagian tubuh
- 7) Menggantung baju atau pakaian boneka
- 8) Menyebut nama lengkap tanpa dibantu
- 9) Senang menyebut kata-kata baru
- 10) Senang bertanya tentang sesuatu
- 11) Menjawab pertanyaan dengan kata-kata yang benar
- 12) Bicara mudah dimengerti
- 13) Bisa membandingkan/membedakan sesuatu dari ukuran dan bentuknya
- 14) Menyebut angka, menghitung jari
- 15) Menyebut nama-nama hari
- 16) Berpakaian sendiri tanpa dibantu
- 17) Bereaksi tenang dan tidak rewel ketika ditinggal ibu. (RI., 2010)

d. Indikator yang harus dikuasai pada anak 4-5 tahun

Menurut Kurikulum PAUD (2012) indikator yang harus dikuasai anak usia 4-5 tahun adalah sebagai berikut :

- 1) Moral dan nilai agama
 - a. Mengikuti bacaan doa
 - b. Menirukan lagu keagamaan
 - c. Menirukan gerakan ibadah
 - d. Menyayangi ciptaan tuhan
 - e. Memiliki rasa sopan santun dan saling menghormati
- 2) Sosial emosional dan kemandirian

- a. Berinteraksi dengan teman sebaya
 - b. Dapat menjaga keamanan diri sendiri
 - c. Mulai menunjukkan rasa percaya diri
 - d. Dapat menunjukkan kemanidrian
 - e. Mulai dapat menunjukkan emosi yang wajar
 - f. Mulai menunjukkan sikap kedisiplinan
 - g. Mulai dapat bertanggung jawab
- 3) Bahasa
- a. Dapat mendengarkan, membedakan, dan mengucapkan bunyi/suara tertentu
 - b. Dapat berkomunikasi/berbicara secara lisan
 - c. Dapat memperkaya kosa kata yang diperlukan untuk berkomunikasi sehari-hari
 - d. Dapat menceritakan gambar (pra membaca)
 - e. Dapat mengenal hubungan antara bahasa lisan dan tulisan (pramembaca)
 - f. Dapat mengenal bentuk simbol sederhana (pramenulis)
- 4) Kognitif
- a. Dapat mengenal klasifikasi sederhana
 - b. Dapat mengenal konsep-konsep sains sederhana
 - c. Dapat mengenal bilangan
 - d. Dapat mengenal bentuk geometri
 - e. Dapat memecahkan masalah sederhana
 - f. Dapat mengenal konsep ruang dan posisi
 - g. Dapat mengenal ukuran
 - h. Dapat mengenal konsep waktu
 - i. Dapat mengenal berbagai pola
 - j. Dapat konsep pengetahuan sosial sederhana
- 5) Fisik/motorik
- a. Dapat melakukan gerakan di tempat
 - b. Dapat melakukan gerak berpindah tempat sederhana (gerak dasar non lokomotor)
 - c. Dapat melakukan gerakan jari tangan untuk kelenturan otto (mototrik halus)

- d. Dapat melakukan kordinasi mata tangan
 - e. Menunjukan ciri-ciri sehat fisik
- 6) Seni
- a. Dapat menggambar sederhana
 - b. Dapat menciptakan sesuatu dengan berbagai media
 - c. Dapat mengekspresikan diri dalam bentuk gerak sederhana
 - d. Dapat menyanyi dan memainkan alat musik sederhana.
- (Diknas, 2012).

e. Masalah perkembangan anak prasekolah

Masalah perkembangan anak yang sering ditemukan yaitu :

1) Gangguan bicara dan bahasa

Kemampuan berbahasa merupakan indikator seluruh perkembangan anak. Karena kemampuan berbahasa sensitif terhadap keterlambatan atau kerusakan pada sistem lainnya, sebab melibatkan kemampuan kognitif, motor, psikologis, emosi dan lingkungan sekitar anak. Stimulasi yang kurang akan dapat menyebabkan gangguan bicara dan berbahasa bahkan gangguan ini dapat menetap.

2) *Cerebral palsy*

Merupakan suatu kelainan gerakan dan postur tubuh yang tidak progresif, yang disebabkan oleh karena suatu kerusakan/gangguan pada sel-sel motorik pada susunan saraf pusat yang sedang tumbuh/belum selesai pertumbuhannya.

3) Sindrom Down

Anak dengan Sindrom Down adalah individu yang dapat dikenal dari fenotipnya dan mempunyai kecerdasan yang terbatas, yang terjadi akibat adanya jumlah kromosom 21 yang berlebih. Perkembangannya lebih lambat dari anak yang normal. Beberapa faktor seperti kelainan jantung kongenital, hipotonia yang berat, masalah biologis atau lingkungan lainnya dapat menyebabkan keterlambatan

perkembangan motorik dan keterampilan untuk menolong diri sendiri.

4) Perawakan Pendek

Short stature atau Perawakan Pendek merupakan suatu terminologi mengenai tinggi badan yang berada di bawah persentil 3 atau -2 SD pada kurva pertumbuhan yang berlaku pada populasi tersebut. Penyebabnya dapat karena variasi normal, gangguan gizi, kelainan kromosom, penyakit sistemik atau karena kelainan endokrin.

5) Gangguan Autisme.

Merupakan gangguan perkembangan pervasif pada anak yang gejalanya muncul sebelum anak berumur 3 tahun. Pervasif berarti meliputi seluruh aspek perkembangan sehingga gangguan tersebut sangat luas dan berat, yang mempengaruhi anak secara mendalam. Gangguan perkembangan yang ditemukan pada autisme mencakup bidang interaksi sosial, komunikasi dan perilaku.

6) Retardasi Mental.

Merupakan suatu kondisi yang ditandai oleh intelegensi yang rendah ($IQ < 70$) yang menyebabkan ketidakmampuan individu untuk belajar dan beradaptasi terhadap tuntutan masyarakat atas kemampuan yang dianggap normal.

7) Gangguan Pemusatkan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)

Merupakan gangguan dimana anak mengalami kesulitan untuk memusatkan perhatian yang seringkali disertai dengan hiperaktivitas. (RI., 2010)

Anak prasekolah adalah anak yang berusia 3-6 tahun. Anak prasekolah memiliki ciri khas tersendiri dalam segi pertumbuhan dan perkembangan. Pertumbuhan merupakan bertambah jumlah dan besarnya sel diseluruh bagian tubuh yang secara kuantitatif dapat diukur, sedangkan perkembangan merupakan bertambah sempurna fungsi alat

tubuh yang dapat diukur melalui tumbuh kematangan dan belajar. (Mulqiah, Santi and Lestari, 2017)

Usia prasekolah merupakan usia yang sangat penting bagi pertumbuhan dan perkembangan anak, sebab pertumbuhan dan perkembangan intelegensi serta motorik anak berkembang cepat. (Susanto and Artikel, 2012) Usia dini disebut juga sebagai tahap (*golden age*). Pada tahap ini sebagian besar jaringan sel-sel otak berfungsi sebagai pengendali setiap aktivitas dan kualitas manusia. Dua tahun pertama kehidupan manusia sangat penting bagi perkembangan anak. Anak mulai mengembangkan kemampuan motorik indrawi, visual dan auditori yang distimulasi melalui ligkungan sekitarnya. (Nurmalitasari, 2015)

f. Faktor tumbuh kembang

Faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan pada bayi adalah :

- 1) Faktor lingkungan biologis
 - (a) Suku bangsa
 - (b) Jenis kelamin
 - (c) Umur
 - (d) Gizi
 - (e) Perawatan kesehatan
 - (f) Kepakaan terhadap penyakit
 - (g) Penyakit kronis
- 2) Faktor fisik (lingkungan rumah)
- 3) Faktor psikososial
- 4) Faktor keluarga. (Febriyanti, Siti Nur Umariyah, Nurlintang Difi, 2020)

3.2 Konsep Konsentrasi

a. Definisi Konsentrasi

Konsentrasi merupakan keadaan pikiran atau asosiasi terkondisi yang diaktifkan oleh sensasi di dalam tubuh. Cara mengaktifkan sensasi di dalam tubuh adalah dengan membuat

tubuh berada dalam keadaan yang *rileks* dan suasana yang menyenangkan, karena dalam keadaan tegang seseorang tidak akan dapat menggunakan otaknya dengan maksimal karena fikiran menjadi kosong. (Bili and Dewi, 2019)

Konsentrasi belajar adalah suatu aktivitas untuk membatasi ruang lingkup perhatian seseorang pada satu objek atau satu materi pelajaran. Konsentrasi belajar sebagai suatu pemusatan, penyatuan, pernyataan adanya hubungan antara bagian-bagian dalam pelajaran atau lebih. (Nuryana and setyo, no date)

b. Faktor yang mempengaruhi konsentrasi belajar

Faktor yang mempengaruhi konsentrasi antara lain:

- 1) Pemusatan pikiran
- 2) Rasa kawatir
- 3) Perasaan tertekan
- 4) Gangguan pikiran
- 5) Gangguan kepanikan
- 6) Dan kesiapan belajar

Faktor yang mempengaruhi untuk berkonsentrasi akan tumbuh dan berkembang sesuai dengan usia individu, kondisi sistem syaraf (*neurological system*) akan mempengaruhi kemampuan individu dalam menyeleksi sejumlah informasi dalam kegiatan konsentrasi, pengetahuan dan pengalaman turut berperan dalam usaha untuk memusatkan perhatian, dan individu yang cerdas (*inteligency*) akan lebih memiliki kemampuan dalam berkonsentrasi. (Bili and Dewi, 2019)

Menurut (Nuryana & Setyo, 2010) faktor yang mempengaruhi konsentrasi antara lain :

- 1) Faktor usia
Kemampuan untuk konsentrasi ini ikut tumbuh dan berkembang sesuai dengan usia individu
- 2) Faktor fisik
Kondisi sistem saraf (*neurological system*) mempengaruhi kemampuan individu dalam menyeleksi sejumlah informasi

dalam kegiatan perhatian. Individu memiliki kemampuan saraf otak yang berbeda dalam menyeleksi sejumlah informasi yang ada sehingga turut mempengaruhi kemampuan individu dalam memusatkan perhatian

3) Faktor pengetahuan dan pengalaman

Pengetahuan dan pengalaman turut berperan dalam usaha memusatkan perhatian pada objek yang belum bisa dikenali polanya sehingga pengetahuan dan pengalaman individu dapat memudahkan untuk berkosentrasi

4) Faktor lingkungan

Faktor lingkungan mempengaruhi konsentrasi belajar antara lain yaitu suara, pencahayaan, temperatur, dan desain belajar(Nuryana and setyo, no date).

Gangguan konsentrasi disebabkan oleh faktor internal maupun faktor eksternal, yaitu :

1) Faktor internal

- a) Mengantuk
- b) Tubuh merasa lapar dan haus
- c) Sedang stres

2) Faktor eksternal

- a) Udara di sekitar yang berpolusi
- b) Suhu udara panas
- c) Adanya aroma tidak sedap(Kristina Nunung, 2015)

c. Ciri ciri anak yang konsentrasi

Ciri-ciri anak yang konsentrasi adalah sebagai berikut

- 1) Memperhatikan setiap materi pelajaran yang disampaikan guru
- 2) Dapat merespon dan memahami setiap materi pelajaran yang diberikan
- 3) Selalu bersikap aktif dengan bertanya dan memberikan argumentasi mengenai materi pelajaran yang disampaikan guru

- 4) Menjawab dengan baik dan benar setiap pertanyaan yang diberikan guru
- 5) Kondisi kelas tenang dan tidak gaduh saat menerima materi pelajaran. (Khotimah, Sita Husnul, Sunaryati, Titin, Suhartini, 2021)

d. Pengukuran daya ingat

Pengukuran yang sesuai dengan aspek dan indikator daya ingat menggunakan skala *Wechsler* dengan menggunakan *tes Wechsler Preschool and Primary Scale Of Intellegency* (WPPSI) pada tahun 1963 *David Wechsler* mempublikasikan tes ini untuk anak-anak usia 3-6 tahun dan terdiri dari subtes skala verbal dan skala performansi. Skala verbal terdiri dari informasi, rentang angka, kosa kata, hitungan, pemahaman, dan kesamaan. Untuk skala performansi terdiri dari kelengkapan gambar, susunan gambar, balok, perakitan objek, simbol angka. (Nur'aeni, 2012)

e. Instrumen untuk mengukur tingkat konsentrasi anak

Wechsler Preschool and Primary Scaleof Intelegence (WPPSI), dikembangkan oleh *Weschler* sesuai dengan namanya, alat tes ini sudah baku karena sudah digunakan dalam beberapa penelitian. (Hartono, 2015) sehingga tidak memerlukan uji validitas dan reliabilitas lagi. Instrumen ini dirancang dan digunakan pada anak-anak usia sebelum masuk sekolah atau anak-anak yang berada pada tingkat taman kanak-kanak hingga umur 6 tahun saat anak mulai masuk ke sekolah dasar. Alat tes ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kecerdasan anak secara keseluruhan serta dapat juga digunakan untuk mengidentifikasi karakteristik keterlambatan atau kesulitan anak tersebut. (Cloudida, 2018)

Atribut psikologis dan kemampuan-kemampuan yang diukur oleh alat test ini terdiri dari dua penilaian besar, yaitu tes verbal yang mencakup atas tes kemampuan menerima

informasi, kemampuan pemahaman, kemampuan berhitung, kemampuan melihat persamaan dan pengertian, serta tes prestasi yang terdiri atas rumah binatang dengan mencocokkan nama binatang dan tempat tinggalnya, penyelesaian gambar dengan melengkapi gambar yang kosong, mencari jejak, bentuk geometris, labirin dan puzzle balok(Siswina, Shahib and Rasyad, 2016)

f. Klasifikasi hasil pada WPPSI

Untuk menentukan kategori konsentrasi *David Wechsler* yaitu:

1) Berdasarkan Kategori rentang skor konsentrasi:

- a) Skor 0-1 : konsentrasi sangat rendah
- b) Skor 2-4 : konsentrasi rendah
- c) Skor 5-7 : konsentrasi sedang
- d) Skor 8-10 : konsentrasi tinggi
- e) Skor 11-12 : konsentrasi sangat tinggi

2) Berdasarkan rentang skor dengan hasil IQ :

Skoring dan penilaian dilakukan dengan menjumlahkan skor pada masing-masing subtest. Setelah itu, dilakukan perubahan dari *Raw Score* menjadi *Scaled Score* pada masing – masing subtest. Setelah itu, *Scaled Score* pada *subtest verbal* di jumlahkan, begitu pula *Scaled Score* pada *subtest performance*. Keduanya akan menghasilkan masing-masing *Verbal Score*, *Performance Score*, dan *Total Score*. Gunakan Tabel pada buku manual untuk merubah nilai tersebut menjadi *IQ Verbal*, *IQ Perfomance*, dan juga *IQ Total*, dan tentukan kategori sesuai dengan kategori IQ dari *David Wechsler*, yaitu :

- a) *Very supervior/sangat cerdas (>130)*
- b) *Superior/cerdas (120-129)*
- c) *High average/diatas normal (110-119)*
- d) *Average/normal (90-109)*
- e) *Low Average/dibawah normal (80-89)*
- f) *Bordeline/rendah (70-79)*

g) *Extreme low*/sangat rendah (<69). (Nur'aeni, 2012)

Kriteria pada tingkat intelegensi, sebagai berikut:

- 1) Sangat cerdas (*Very superior*), IQ: > 130

Anak-anak *very superior* lebih cakap dalam membaca, mempunyai pengetahuan tentang bilangan yang sangat baik, perbendaaan kata yang luas dan cepat memahami pengertian yang abstrak. Pada umumnya, faktor kesehatan, kekuatan, dan ketangkasan lebih menonjol dari pada anak normal.

- 2) Cerdas (Superior), IQ: 120 – 129

Kelompok ini sangat berhasil dalam tugas sekolah/akademik. Mereka seringkali terdapat dalam kelas biasa. Ketua kelas biasanya berasal dari kelompok ini.

- 3) Diatas normal (*Bright normal*), IQ: 110 – 119

Kelompok ini merupakan kelompok individu yang normal tetapi berada pada tingkat yang tinggi.

- 4) Normal (*Average*), IQ: 90 – 109

Kelompok ini merupakan kelompok yang normal atau rata-rata. Mereka merupakan kelompok yang terbesar presentasenya dalam populasi penduduk.

- 5) Dibawah normal (*Below normal*), IQ: 80 – 89

Kelompok ini termasuk kelompok normal, rata-rata atau sedang tetapi pada tingkat bawah, mereka agak lambat dalam belajarnya.

- 6) Rendah (*borderline*), IQ: 70 – 79

Kelompok ini berada di atas kelompok terbelakang dan dibawah kelompok normal (sebagai batas). Kelompok ini bersusah payah dengan beberapa hambatan, untuk menyelesaikan tugas sekolah.

- 7) Sangat rendah (*Mental detective*), IQ: < 69

Kelompok ini sampai tingkat tertentu dapat belajar membaca, menulis, dan membuat perhitungan-perhitungan sederhana, dapat diberikan pekerjaan rutin

tertentu yang tidak memerlukan perencanaan dan pemecahan.

g. Cara melatih konsentrasi

Cara melatih konsentrasi anak adalah sebagai berikut:

- 1) Dengan menggambar dan menulis sekitar 15-20 menit
- 2) Mengalihkan aktivitas motorik kasar dengan melakukan aktivitas motorik halus
- 3) Melakukan senam *Brain gym*. (Astuti E, Wahyuningsri W, 2014)

3.3 Konsep *Brain Gym* (Senam Otak)

a. Definisi *Brain Gym* (Senam Otak)

Brain gym merupakan serangkaian gerakan tubuh yang dikembangkan oleh *Edu-K* yaitu singkatan dari *Educational Kinesiology*. Kinesiologi bersal dari kata Yunani “kinesis” yang berarti gerakan, sehingga *kinesiology* diartikan sebagai ilmu tentang gerakan tubuh manusia. *Educational Kinesiology* adalah ilmu tentang gerakan tubuh dalam pendidikan. *Edu-K* pertama kali dikembangkan oleh *Paul E. Dennison* seorang pendidik dan pelapor penelitian otak berkebangsaan Amerika. (Yuniarni, Miranda and Ariyani, 2018) Senam otak (*Brain gym*) adalah serangkaian gerak sederhana untuk memudahkan kegiatan belajar dan penyesuaian dengan tuntutan sehari-hari yang bertujuan untuk menyatukan pikiran dan tubuh. (Ali Mohammad, 2018)

Brain Gym adalah latihan gerak sederhana untuk memudahkan kegiatan belajar dan penyesuaian dengan aktivitas sehari-hari berupa serangkaian gerak sederhana yang dapat menunjang kerjasama antara otak bagian kiri dan kanan. *Brain Gym* dapat menyebabkan fungsi otak belahan kiri dan kanan bekerjasama sehingga memperkuat hubungan antara kedua belahan otak sebelum digunakan dalam berbagai aktivitas. (Suneki, Ambarini and Destriani, 2012)

b. Konsep dasar *Brain Gym* (Senam Otak)

Konsep dasar *Brain Gym* meliputi:

- 1) Belajar merupakan kegiatan alami dan menyenangkan dan terus terjadi sepanjang hidup seseorang
- 2) Kesulitan belajar adalah ketidakmampuan mengatasi stres dan keraguan dalam menghadapi suatu tugas baru
- 3) Kita semua mengalami kesulitan belajar selama kita telah belajar untuk tidak bergerak (Ina, Yulifah and Susmini, 2018)

c. Manfaat *Brain Gym* (Senam Otak)

Manfaat dari *Brain Gym* adalah sebagai berikut :

- 1) Memperbaiki kemampuan membaca, mengeja, dan menulis
- 2) Memperbaiki kepercayaan diri, koordinasi dan komunikasi
- 3) Memperbaiki konsentrasi dan memori
- 4) Memperbaiki hiperaktifitas
- 5) Mengatasi stress dan mencapai suatu tujuan
- 6) Meningkatkan motivasi dan mengembangkan kepribadian
- 7) Meningkatkan keterampilan organisasi
- 8) Memperbaiki penampilan(Sundari, 2017)

d. Mekanisme *Brain Gym* (Senam Otak)

Mekanisme *Brain Gym* terbagi menjadi tiga antara lain :

1) Dimensi lateralis

Kemampuan belajar paling tinggi apabila kedua otak bekerjasama dengan baik. Bila otak bekerja sama kurang baik siswa sulit membedakan antara kiri dan kanan, gerakan kaku, tulisan jelek, menulis terbalik, dan masih banyak lagi. Dimensi lateralis untuk belahan otak kiri dan kanan yang bertujuan untuk melatih koordinasi tubuh kiri-kanan.

2) Dimensi pemfokusan

Pemfokusan adalah kemampuan menyeberangi garis tengah partisipasi yang memisahkan bagian belakang dan bagian depan tubuh dan juga bagian belakang (*ossipital*)

dan depan otak (*frontal lobe*). Dimensi pemfokusan untuk bagian belakang otak, batang otak dan bagian depan otak

3) Dimensi pemasatan

Pemasatan adalah kemampuan untuk menyeberangi garis pisah antara bagian atas dan bagian bawah tubuh dan mengaitkan fungsi dari bagian dan bawah otak, bagian tengah sistem limbi (*midbrain*) yang berhubungan dengan informasi emosional serta otak besar (*cerebrum*) untuk berfikir abstrak. Dimensi pemasatan untuk menyeimbangkan posisi depan dan belakang (sistem limbi) serta otak besar untuk koordinasi tubuh atas dan bawah. (Diana *et al.*, 2016)

e. **Indikasi dan Kontra indikasi *Brain gym***

Dalam jurnal (Hayat, 2017) indikasi dan kontra indikasi *Brain Gym* yakni:

1) Indikasi

- a) Diberikan pada anak yang mengalami penurunan konsentrasi
- b) Anak yang mengalami ketegangan
- c) Anak yang mengalami kelelahan saat proses pembelajaran berlangsung
- d) Anak yang memiliki riwayat BBLR

2) Kontra indikasi

- a) Tidak boleh diberikan pada anak yang demam
- b) Anak yang tidak ingin diberikan *Brain Gym*

f. **Waktu pemberian *Brain Gym***

Waktu yang sangat efektif untuk pemberian terapi *Brain Gym* pada anak adalah sebelum memulai pelajaran, karena untuk meningkatkan minat belajar pada anak. Dalam penelitian ini waktu yang dibutuhkan untuk satu kali intervensi selama 5-7 menit sudah memperlihatkan hasil yaitu suasana belajar lebih menyenangkan, dan untuk mendapatkan hasil yang maksimal terhadap peningkatan belajar yaitu setelah dilakukan terapi *Brain Gym* selama 3 hari dilakukan sehari 1

kali sebelum pembelajaran dimulai. (Berbek and Nganjuk, 2014)

Brain Gym sangat efektif diberikan pada pagi hari sebelum melakukan pembelajaran karena anak akan lebih tertarik dalam belajar jika diawali dengan hal-hal yang menyenangkan sehingga otak kanan dan otak kiri menjadi seimbang. (Panzilion *et al.*, 2020)

g. Gerakan-gerakan *Brain Gym*

Gerakan sebelum melakukan senam otak antara lain yaitu kesiapan belajar/PACE (*Positif, Active, Clear, and Energetic*)

- 1) Positive, yaitu dengan melakukan gerakan kait relaks (*hook up*), tangan disilangkan dengan jempol bagian bawah, lalu diputar sambil kaki di gerakkan(Yuniarni, Miranda and Ariyani, 2018) Manfaat gerakan ini si kecil lebih percaya diri dan perhatiannya akan lebih seksama. (Yuniarni, Miranda and Ariyani, 2018)



Gambar 3.1 Hooks-ups (kait relaks)
(Yuniarni, Miranda and Ariyani, 2018)

Caranya: Sambil duduk, murid menyilangkan pergelangan kaki kiri ke atas kaki kanan. Silangkan pergelangan tangan kirinya ke atas tangan kanan, lalu menjalinkan jari-jari menarik kedua tangan, dan meletakkan di dada. Sambil menutup mata, bernafas dalam dan relaks selama 1 menit.

Kemampuan akademik:

- a) Mendengar dan berbicara lebih jelas
 - b) Menghadapi tes dan tantangan sejenis
 - c) Belajar dengan papan ketik
- 2) *Active*, dilakukan dengan cara gerakan silang (*cross crawl*). Caranya dengan menggerakkan tangan kanan bersamaan dengan kaki kiri dan sebaliknya. (Yuniarni, Miranda and Ariyani, 2018) Manfaat gerakan silang adalah melancarkan peredaran cairan ke otak. (Yuniarni, Miranda and Ariyani, 2018)
- Caranya:
- a) Untuk mengaktifkan indera kinestik, sentuhlah tiap tangan ke lutut yang berlawanan
 - b) Gerakkan silang sambil duduk (dengan menggerakkan kaki dan tangan yang berlawanan)



**Gambar 3.2 *Cross Crawl* (gerakan silang)
(Yuniarni, Miranda and Ariyani, 2018)**

Kemampuan akademik:

- a) Mengeja
 - b) Menulis
 - c) Mendengarkan
 - d) Membaca dan memahami/mengerti
- 3) *Clear*, dilakukan dengan cara memijat titik dua jari di bawah tulang selangka (*clavikula*) dengan satu tangan dan tangan

yang lainnya menggosok daerah pusar. (Yuniarni, Miranda and Ariyani, 2018)



Gambar 3.3 Brain Buttons (saklar otak)
(Yuniarni, Miranda and Ariyani, 2018)

Caranya: Saklar otak (jaringan lunak di bawah tulang selangka di kiri dan kanan tulang dada) dipijat dengan satu tangan, sementara tangan yang lainnya memegang pusar.

Kemampuan akademik:

- a) Kemampuan membaca
- b) Koordinasi tubuh

Manfaat saklar otak ini adalah mengkoordinasi kedua belahan otak, meningkatkan kelancaran aliran darah, meningkatkan keseimbangan badan, serta meningkatkan kerjasama antar kedua mata, sehingga dapat mengurangi kejulingan. (Yuniarni, Miranda and Ariyani, 2018)

- 4) *Energetic*, untuk bersikap energenik diperlukan pendukung berupa air putih minimal 125 cc, berguna untuk menyalurkan oksigen ke otak dan melarutkan garam sehingga mengoptimalkan fungsi energi listrik di dalam tubuh. (Yuniarni, Miranda and Ariyani, 2018)



Gambar 2.4, The energetetic yawn (menguap berenergi)
(Yuniarni, Miranda and Ariyani, 2018)

Caranya:

Menguap baik jika dibarengi dengan menyentuh tempat-tempat tegang dirahang yang dapat menolong menyeimbangkan tulang tengkorak dan menghilangkan ketegangan di kepala dan rahang. (Yuniarni, Miranda and Ariyani, 2018)

Kemampuan akademik:

- a) Membaca dengan suara
- b) Menulis kreatif
- c) Berbicara di depan umum

Manfaatnya yaitu untuk menunjang belajar anak. Diantaranya adalah, darah lebih banyak menerima zat asam yang diperlukan untuk belajar, melepas protein yang diperlukan untuk belajar hal baru, melarutkan garam yang mengoptimalkan fungsi energi listrik tubuh untuk membawa informasi ke otak serta mengaktifkan sistem limpa. Limpa berfungsi untuk mengangkat zat-zat gizi, hormon, dan sebagai saluran pembuangan. (Yuniarni, Miranda and Ariyani, 2018)

Setiap gerakan *Brain Gym* memiliki sistem kerja sendiri-sendiri dan memiliki dimensi-dimensi yang berbeda. *Brain Gym* dapat membantu mahasiswa belajar mengkoordinasikan gerakan mata, tangan dan tubuh karena gerakan *Brain Gym* adalah suatu usaha alternatif alami yang sehat untuk menghadapi ketegangan dan tantangan pada diri sendiri. Latihan mengulur, meregangkan atau meringankan otot (gabungan dari ketiga dimensi) menyangkut konsentrasi, pengertian, dan pemahaman, membantu untuk menerima hal baru. (Ali Mohammad, 2018)

Brain Gym dilakukan dengan cara menstimulasi gelombang otak melalui gerakan-gerakan ringan dengan permainan melalui olah tangan dan kaki yang dapat

memberikan rangsangan atau stimulus pada otak sehingga dapat meningkatkan kemampuan belajar dan pemasukan perhatian atau konsentrasi mahasiswa karena seluruh bagian otak digunakan dalam proses belajar dan berkonsentrasi. (Bili and Dewi, 2019)

BAB 4

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Konsentrasi Anak Usia Prasekolah Sebelum dan Sesudah *Brain Gym* di KB As Sidiq

Tabel 4.1 Distribusi responden berdasarkan hasil pretest dan posttest

Variabel	Median	Std Deviasi	Min	Max
konsentrasi anak usia prasekolah sebelum dilakukan <i>Brain Gym</i> di KB As Sidiq	4,32	1,108	3	6
konsentrasi anak usia prasekolah sesudah dilakukan <i>Brain Gym</i> di KB As Sidiq	7,63	1,257	6	10

Berdasarkan tabel 4.1 hasil pretest dari 19 responden maka dapat diketahui bahwa tingkat konsentrasi pada anak usia prasekolah sebelum diberikan *Brain Gym* memiliki nilai tengah 4,32 dengan standar deviasi 1,108 dengan nilai paling rendah 3 dan nilai paling tinggi 6. Hasil posttest dapat diketahui bahwa tingkat konsentrasi anak usia prasekolah sesudah diberikan *Brain Gym* memiliki nilai tengah 7,63 dengan standar deviasi 1,257 dengan nilai paling rendah 6 dan nilai paling tinggi 10.

Hasil penelitian dari 19 responden terdapat responden yang konsentrasinya rendah hal itu berupa anak tidak fokus dalam pembelajaran. Berdasarkan tabel 1 dari hasil pretest dari 19 responden ditemukan nilai paling rendah 3 dan masuk dalam kategori konsentrasi rendah. Anak tidak bisa menjawab pertanyaan di nomor 4 hanya 1 orang yang dapat menjawab pertanyaan tentang perhitungan ini dengan benar, dimana terdapat 5 soal

perhitungan yang harus dikerjakan. Pada pertanyaan nomor 5 yang terdapat 4 soal yang harus dikerjakan dengan tepat juga terdapat 1 orang anak yang dapat menjawab soal perhitungan ini dengan tepat. Dari 2 soal perhitungan tersebut dapat disimpulkan bahwa anak kurang teliti dalam menghitung dan anak kurang fokus.

Pada pertanyaan nomor 7 yang didalamnya terdapat 8 gambar dan anak diminta untuk melengkapi kata tidak ada sama sekali anak yang dapat menjawab pertanyaan tersebut dengan benar semua, banyak anak yang tidak selesai dalam pertanyaan ini, dan mereka hanya mengisi yang mereka tahu, sehingga semua yang menjawab di soal ini tidak ada yang mendapatkan nilai 1. Hal ini juga terjadi pada soal nomor 8 (*animal house*) dimana anak diminta mencocokkan gambar hewan dengan tempat tinggalnya banyak yang salah dalam penempatannya. Pada pertanyaan nomor 11 (*geometric design*) dimana anak diberikan 3 gambar yaitu lingkaran, kotak, dan segitiga dan anak diminta untuk menggambar gambar tersebut hanya 2 anak yang dapat menjawab pertanyaan ini dengan benar.

Dari penjelasan soal yang tidak dapat dikerjakan anak tersebut dapat disimpulkan bahwa konsentrasi anak dalam mengerjakan soal kurang. Salah satunya bisa dipengaruhi faktor usia karena usia anak yang berbeda pada satu kelas sehingga kemampuan individu tiap anak berbeda, anak yang usia 4 tahun tidak bisa sekonsentrasi anak usia 5 tahun, karena tingkat kemampuannya sudah berbeda sehingga pemusatan pikirannya tidak sama. Konsentrasi anak bisa juga dipengaruhi oleh faktor lingkungan anak, yaitu bisa dari pencahayaan dalam pembelajaran di kelas, jika ruangan sedikit redup tidak terang maka anak akan mengantuk bahkan tidak nyaman, tetapi jika ruangan terang dan nyaman maka anak akan merasa senang, bisa juga dipengaruhi oleh metode pembelajaran yang diberikan, karena anak usia 4-5 tahun lebih menyukai metode pembelajaran yang ada gerakannya seperti pembelajaran yang di awali dengan senam terlebih dahulu.

Konsentrasi merupakan keadaan pikiran atau asosiasi terkondisi yang diaktifkan oleh sensasi di dalam tubuh. Cara mengaktifkan sensasi di dalam tubuh adalah dengan membuat tubuh berada dalam keadaan yang *rileks* dan suasana yang menyenangkan, karena dalam keadaan tegang seseorang tidak akan dapat menggunakan otaknya dengan maksimal karena fikiran menjadi kosong untuk itu otak perlu dilatih salah satunya dengan senam otak. (Bili and Dewi, 2019)

Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan konsentrasi salah satunya bisa dengan terapi nonfarmakologis yaitu *Brain Gym* (senam otak). Senam otak (*Brain gym*) adalah serangkaian gerak sederhana untuk memudahkan kegiatan belajar dan penyesuaian dengan tuntutan sehari-hari yang bertujuan untuk menyatukan pikiran dan tubuh. (Ali Mohammad, 2018)

Setelah diberikan Senam Otak (*Brain Gym*) berdasarkan hasil *posttes* dari 19 responden dapat diketahui bahwa tingkat konsentrasi anak usia prasekolah sesudah diberikan *Brain Gym* (senam otak) memiliki nilai paling rendah 6 dan nilai paling tinggi 10. dari hasil kuesioner anak yang tadinya tidak bisa mengerjakan soal nomor 4 (hitungan) yang didalamnya ada 5 soal anak-anak sudah bisa mengerjakan dan terdapat 9 orang yang mengerjakan dengan benar. Pada soal nomor 5 anak yang mengerjakan dengan benar ada 12 dibandingkan sebelumnya hanya 1 anak. Pada soal nomor 7 terdapat 3 anak yang menjawab dengan benar dibandingkan sebelumnya tidak ada yang menjawab dengan benar sama sekali. Pada soal nomor 8 terdapat 7 anak yang menjawab pertanyaan dengan benar dibandingkan sebelumnya tidak ada yang menjawab sama sekali. Dan pada soal nomor 11 terdapat 9 anak yang menjawab pertanyaan dengan benar dibandingkan sebelumnya hanya 1 anak yang dapat menjawab. Berdasarkan penjelasan tersebut Sesudah diberikan *Brain Gym* (senam otak) ada perubahan bahwa dari hasil *posttes* nilai anak meningkat dari yang awal konsentrasinya rendah berubah menjadi konsentrasi sedang. Dan yang konsentrasi sedang berubah menjadi konsentrasi anak

tinggi. Hal itu membuktikan bahwa ada pengaruh pemberian *Brain Gym* (senam otak) pada anak prasekolah di KB As Sidiq.

Dari hasil pretest tersebut tidak ada anak yang awalnya menjawab dengan benar dan setelah diberikan posttest anak menjawab salah, karena guru selama penelitian memberikan pelajaran pretest-posttes ini kepada anak didiknya. Sehingga anak-anak ada kemajuan. Menurut analisa peneliti *Brain Gym* (senam otak) sangat efektif diberikan pada anak pra sekolah karena *Brain Gym* (senam otak) dapat menstimulasi semangat belajar. *Brain Gym* jika dilakukan secara teratur akan memberikan stimulasi terhadap otak anak dan memperbaiki keseimbangan dan koordinasi otak anak sehingga dapat meningkatkan pestasi belajar pada anak usia prasekolah.

Ciri-ciri anak yang konsentrasi dalam belajar yaitu selalu memperhatikan setiap materi pelajaran yang disampaikan guru, dapat merespon dan memahami setiap materi pelajaran yang diberikan, selalu bersikap aktif dengan bertanya dan memberikan argumentasi mengenai materi pelajaran yang disampaikan guru, menjawab dengan baik dan benar setiap pertanyaan yang diberikan guru dan kondisi kelas tenang dan tidak gaduh saat menerima materi pelajaran. Anak prasekolah setelah diberikan *Brain Gym* (senam otak) dilihat dari hasil *posttest* ada peningkatan sehingga *Brain Gym* (senam otak) dapat dipercaya mampu meningkatkan konsentrasi belajar. (Nuryana and setyo, no date).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Meivy Christiani (2018) yang menjelaskan bahwa konsentrasi anak usia prasekolah sesudah diberikan *Brain Gym* (senam otak) di dapatkan hasil *p-value* 0,000 sehingga ada pengaruh yang ditimbulkan oleh *Brain Gym* (senam otak) terhadap konsentrasi anak Kelompok A di TK Kuncup Lestari Surabaya. (Ningsih and Khotimah, 2018).

2. Pengaruh Brain Gym terhadap Tingkat Konsentrasi Anak Usia Prasekolah

Tabel 4.2 Pengaruh Brain Gym terhadap Tingkat Konsentrasi Anak Usia Prasekolah

Variabel	Mean	Std. Deviasi	P value
Konsentrasi anak usia prasekolah sebelum dan sesudah dilakukan Brain Gym	10,43	0,32	0,000

Hasil uji berpasangan menggunakan uji Wilcoxon pada tabel 2 dapat diketahui bahwa nilai p-value = 0,000 yang menunjukkan < 0,05 maka Ha diterima, hal ini menunjukkan bahwa ada pengaruh pemberian Brain Gym terhadap konsentrasi anak usia prasekolah di KB As Sidiq.

Konsentrasi belajar merupakan suatu pemuatan pikiran terhadap mata pelajaran dengan mengesampingkan semua hal lainnya yang tidak berhubungan dengan pelajaran. Setiap siswa memiliki rentang konsentrasi yang berbeda-beda. Anak yang konsentrasi rendah pada saat penelitian ditemukan ada 12 anak dan yang memiliki konsentrasi sedang ada 7 anak untuk itu perlu dilakukan *Brain Gym* untuk meningkatkan konsentrasi anak. Setelah diberikan *Brain Gym* selama 3 hari konsentrasi anak berubah, anak yang memiliki konsentrasi sedang ditemukan 11 anak dan anak yang konsentrasi tinggi ditemukan 8 anak.

Brain gym merupakan sejumlah gerakan sederhana yang dapat menyeimbangkan setiap bagian bagian otak, dapat menarik keluar tingkat konsentrasi otak, dan juga sebagai jalan keluar bagi bagian-bagian otak yang terhambat agar dapat berfungsi maksimal. Setelah diberikan *Brain Gym* konsentrasi anak berubah dari yang rendah berubah menjadi sedang, dan yang sedang berubah menjadi tinggi. Anak rentan sekali mengalami penurunan, Hal ini disebabkan adanya faktor eksternal dan faktor internal yang dapat menyebabkan siswa mengalami kelelahan dan ketegangan selama proses pembelajaran berlangsung.

Pembelajaran pada anak prasekolah selama masa covid ini juga menjadi pengaruh karena konsentrasi anak akan berbeda-beda kekurangannya ada yang memilih memperhatikan dan ada juga yang asik bermain dengan teman duduk didepannya, kelebihan dari pembelajaran pada masa covid ini sedikit lebih enak karena orang tua tidak begitu ikut menemani di dalam ruangan hanya mengawasi di luar ruangan sehingga anak akan lebih mengasah kemampuannya. Perhatian anak akan meningkat pada 15-20 menit pertama proses pembelajaran kemudian akan menurun pada 15-20 menit kedua siswa mengalami penurunan.

Untuk meningkatkan kemampuan belajar mereka dapat dilakukan dengan *Brain Gym* (senam otak). *Brain Gym* dilakukan dengan cara menstimulasi gelombang otak melalui gerakan-gerakan ringan dengan permainna melalui olah tangan dan kaki(Sd *et al.*, 2018). Menurut analisa peneliti *Brain Gym* dibuat untuk menstimulasi dimensi lateralisis, meringankan dimensi pemfokusan serta merelaksasi dimensi pemasukan. Stimulasi ini juga pada dasarnya akan memiliki manfaat jika diberikan secara berkesinambungan, hal ini dikarenakan agar hasil yang diperoleh maksimal dalam perkembangan anak.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Pramesti (2018) tentang Pengaruh *Brain Gym* terhadap tingkat konsentrasi belajar pada anak sekolah di SD Negeri 1 Tonja Denpasar dengan menunjukkan hasil bahwa ada pengaruh yang signifikan (*p-value* $0,000 < 0,05$) dimana ada pengaruh tingkat konsentrasi dalam belajar.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Simpulan

Konsentrasi pada anak usia prasekolah sebelum dan sesudah diberikan *Brain Gym* (senam otak) memiliki nilai tengah (median) 4,32 dengan standar deviasi 1,108 dengan nilai paling rendah 3 dan nilai paling tinggi 6. Tingkat konsentrasi anak usia prasekolah sesudah diberikan *Brain Gym* (senam otak) memiliki nilai tengah (median) 7,63 dengan standar deviasi 1,257 dengan nilai paling rendah 6 dan nilai paling tinggi 10.

Ada pengaruh pemberian *Brain Gym* (senam otak) terhadap konsentrasi anak usia prasekolah di KB As Sidiq. Nilai p-value = 0,000 yang menunjukan kurang dari <0.05

5.2 Saran

1. Bagi anak-anak di KB As Sidiq

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai tambahan informasi cara meningkatkan konsentrasi sebelum pembelajaran dimulai dan di pertengahan pembelajaran yaitu dengan *Brain Gym*.

2. Bagi Guru Pengajar

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai tambahan informasi dan pengetahuan cara meningkatkan konsentrasi pada anak pra-sekolah dengan cara guru dapat menerapkan *Brain Gym* sebelum melakukan pembelajaran dan dipertengahan pembelajaran

3. Bagi Peneliti selanjutnya.

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan agar meneliti dengan jenis dan desain penelitian yang berbeda. Peneliti selanjutnya sebaiknya melakukan penelitian dengan kombinasi non

farmakologi lainnya pada anak yang beresiko. Peneliti selanjutnya juga diharapkan dapat menambah variabel lainnya dan dapat juga meneliti dengan menggunakan penelitian secara kualitatif. Peneliti selanjutnya diharapkan dapat menambah responden penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali Mohammad, A. T. (2018) ‘Brain Gym Dapat Meningkatkan Konsentrasi Belajar Mahasiswa Stei Indonesia Rawamangun Jakarta Timur’, *Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan*, 5(2), pp. 173–178.
- Astuti E, Wahyuningsri W, W. W. (2014) ‘Pengaruh Stimulasi Motorik Halus Terhadap Daya Konsentrasi Belajar Anak Usia Prasekolah’, *Jurnal Ilmu Pendidikan*, 20(2).
- Berbek, K. E. C. and Nganjuk, K. A. B. (2014) ‘PEMBERIAN BRAIN GYM TERHADAP HASIL BELAJAR MATEMATIKA PADA SISWA KELAS III DI SDN BALONGREJO Oleh : Henny Purwandari Prodi Pendidikan Ners di STIKES Satria Bhakti Nganjuk GIVING BRAIN GYM FOR LEARNING OUTCOMES OF MATHEMATICS IN THIRD GRADE AT SDN BALONGRE’, pp. 129–140.
- Bili, L. D. and Dewi, M. (2019) ‘Efektivitas Senam Otak Dalam Meningkatkan Konsentrasi Belajar Siswa’, *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pendidikan*, 2(2), pp. 68–78.
- Chalidaziah, W. (2018) ‘Kondisi Konsentrasi Belajar Anak Usia Dini di Taman Kanak-kanak X’, *Journal of Islamic Early Childhood Education*, 1(1).
- Cloudida (2018) ‘Daftar alat tes IQ di Indonesia’, *Daftar alat tes IQ di Indonesia*.
- Diana, S. et al. (2016) ‘Senam Otak Meningkatkan Prestasi Belajar Anak Usia Pra Sekolah 4-6 Tahun’, *Jurnal Keperawatan*, 9(3), pp. 144–147.
- Diknas, P. K. (2012) ‘Checklist Indikator Perkembangan Anak Usia 4-5 Tahun’, pp. 1–11.
- Febriyanti, Siti Nur Umariyah, Nurlintang Difi, H. R. N. (2020) ‘The Benefits of Baby Gym on Development of Baby Age 6 Months’, *Jurnal Kebidanan*, 10(2), pp. 98–102. Available at: <http://ejournal.poltekkes->

smg.ac.id/ojs/index.php/jurkeb/article/view/5814.

Hartono, Patria Wahyu. (2015) 'PENGARUH SENAM OTAK (BRAIN GYM) TERHADAP DAYA INGAT PADA ANAK USIA PRASEKOLAH (USIA 4-6 TAHUN)', pp. 23–34.

Hyatt, K. J. (2007) 'Brain Gym®', *Remedial and Special Education*, 28(2), pp. 117–124. doi: 10.1177/07419325070280020201.

Ibnu, I. F., Saleh, U. and Hidayanti, H. (2020) 'Perbedaan Perkembangan Sosial Anak Usia Prasekolah yang Mengikuti Pendidikan Taman Kanak-Kanak dengan yang Tidak Mengikuti Pendidikan Taman Kanak-Kanak', *Jurnal Psikogenesis*, 8(1), pp. 45–55.

Ina, A. S., Yulifah, R. and Susmini (2018) 'Nursing News Volume 3, Nomor 3, 2018', 3, pp. 758–765.

KEMENDIKBUD, D. J. P. dan D. (2021) *Manajemen Dapodik*.

Khotimah, Sita Husnul, Sunaryati, Titin, Suhartini, S. (2021) 'Penerapan Media Gambar Sebagai Upaya dalam Peningkatan Konsentrasi Belajar Anak Usia Dini', *Jurnal Obsesi Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*, 5(1), pp. 676–685. Available at: file:///C:/Users/ASUS/Downloads/683-3604-3-PB.pdf.

Kristina Nunung, E. (2015) 'Pengaruh Senam Otak Terhadap Tingkat Konsentrasi Belajar Mahasiswa', *Jurnal Kesehatan Hesti Wira Sakti*, 3(3), pp. 69–74.

Mulqiah, Z., Santi, E. and Lestari, D. R. (2017) 'Pola Asuh Orang Tua Dengan Perkembangan Bahasa Anak Prasekolah (Usia 3-6 Tahun)', *Dunia Keperawatan*, 5(1), p. 61. doi: 10.20527/dk.v5i1.3643.

Ningsih, M. C. B. and Khotimah, N. (2018) 'Pengaruh Brain Gym Terhadap Konsentrasi Pada Anak Kelompok A Di TK Kuncup Lestari Surabaya', *PAUD Teratai*, 7(3), pp. 1–6.

Nur'aeni (2012) 'TES PSIKOLOGI : Tes Inteligensi dan Tes Bakat', *Pustaka pelajar: Universitas Muhammadiyah (UM) Purwokerto*

Press, p. 173.

- Nurmalitasari, F. (2015) ‘Perkembangan Sosial Emosi pada Anak Usia Prasekolah’, *Buletin Psikologi*, 23(2), p. 103. doi: 10.22146/bpsi.10567.
- Nuryana, A. and setyo, P. (no date) ‘Efektivitas Brain Gym Dalam Meningkatkan Konsentrasi Belajar Pada Anak’, *Indigenous, Jurnal Ilmiah Berkala Psikologi*, Vol 12 No(1), pp. 88–98.
- Panzillion, P. et al. (2020) ‘Perkembangan Motorik Prasekolah antara Intervensi Brain Gym dengan Puzzle’, *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), pp. 510–519. doi: 10.31539/jks.v3i2.1120.
- PAUD, K. (2012) *Indikator PAUD Umur 3-4 Tahun*.
- Purwanti, F. (2013) ‘Developmental and Clinical Psychology’, *Identitas Diri Remaja Pada Siswa Kelas Xi Sma Negeri 2 Pemalang Ditinjau Dari Jenis Kelamin*, 1(1), pp. 21–27.
- RI., D. (2010) ‘Pedoman pelaksanaan stimulasi, deteksi, dan intervensi tumbuh kembang anak.’
- Sd, D. I. et al. (2018) ‘PENGARUH BRAIN GYM TERHADAP TINGKAT KONSENTRASI BELAJAR PADA ANAK SEKOLAH Proses tumbuh kembang anak dapat berlangsung secara alamiah , tetapi proses sangat belajar ini menjadikan siswa tidak sekolah dasar di seluruh dunia di bawah koordinasi The Internat’, 2(1).
- Siswina, T., Shahib, N. and Rasyad, A. S. (2016) ‘Pengaruh Stimulasi Pendidikan Terhadap Perkembangan Kecerdasan Anak Usia 3–6 Tahun’, *Jurnal Ilmiah Bidan*, 1(2), pp. 27–33.
- Sukri, A. and Purwanti, E. (2016) ‘Meningkatkan Hasil Belajar Siswa Melalui Brain Gym’, *Jurnal Edukasi Matematika dan Sains*, 1(1), p. 50. doi: 10.25273/jems.v1i1.778.
- Sundari, P. S. (2017) ‘Pengembangan Senam Brain Gym Untuk Anak Usia Dini di TK Tunas Muda Kota Jambi’.
- Suneki, S., Ambarini, R. and Destriani, D. (2012) ‘Brain-Gym (Senam Otak) Untuk Mengatasi Problem Belajar Anak’, *E-Dimas*, 3(1), p.

7. doi: 10.26877/e-dimas.v3i1.247.

Susanto, E. and Artikel, I. (2012) ‘Model Pembelajaran Akuatik Siswa Prasekolah’, *Journal of Physical Education and Sports*, 1(1).

Yuniarni, D., Miranda, D. and Ariyani, R. (2018) ‘Manfaat Brain Gym Bagi Perkembangan Anak Usia Dini di TK Kanisius Pontianak’, *Jurnal Buletin Al Ribaath Universitas Muhammadiyah Pontianak*, 15(No.1), pp. 54–62.

GLOSARIUM

A

Anak usia prasekolah: anak usia 3-6 tahun.

B

Brain Gym: latihan gerak sederhana untuk memudahkan kegiatan belajar dan penyesuaian dengan aktivitas sehari-hari berupa serangkaian gerak sederhana yang dapat menunjang kerjasama antara otak bagian kiri dan kanan dan dapat menyebabkan fungsi otak belahan kiri dan kanan bekerjasama sehingga memperkuat hubungan antara kedua belahan otak sebelum digunakan dalam berbagai aktivitas.

C

Cerebral Palsy: suatu kelainan gerakan dan postur tubuh yang tidak progresif, yang disebabkan oleh karena suatu kerusakan/gangguan pada sel-sel motorik pada susunan saraf pusat yang sedang tumbuh/belum selesai pertumbuhannya.

Cerebrum: otak besar.

Clavicula: tulang selangka.

G

Gangguan Pemusatkan Perhatian dan Hiperaktifitas (GPPH): gangguan dimana anak mengalami kesulitan untuk memusatkan perhatian yang seringkali disertai dengan hiperaktivitas

I

Informed Consent: memberikan informasi tentang penelitian dan meminta persetujuan responden untuk menjadi responden penelitian.

K

Konsentrasi Belajar: suatu aktivitas untuk membatasi ruang lingkup perhatian seseorang pada satu objek atau satu materi pelajaran.

L

Limpa: organ tubuh berukuran satu kepalan kecil yang terletak di sisi kiri perut, dilindungi oleh tulang rusuk dan mempunyai fungsi untuk melindungi tubuh dari kerusakan akibat zat asing.

O

Otak: pusat computer dari semua alat tubuh, yang terletak di dalam rongga tengkorak (cranium) yang dibungkus oleh selaput otak yang kuat.

Q

Quasi Experiment: Desain penelitian yang melibatkan minimal dua kelompok sampel yaitu kelompok sampel eksperimen yang diberikan perlakuan dan satu kelompok sampel lainnya sebagai kelompok kontrol

R

Retardasi mental: gangguan perkembangan otak yang ditandai dengan nilai IQ di bawah rata-rata dan ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti orang normal, dikenal dengan istilah gangguan intelektual

S

Senam otak: latihan gerak sederhana untuk memudahkan kegiatan belajar dan penyesuaian dengan aktivitas sehari-hari berupa serangkaian gerak sederhana yang dapat menunjang kerjasama antara otak bagian kiri dan kanan dan dapat menyebabkan fungsi otak belahan kiri dan kanan bekerjasama sehingga memperkuat hubungan antara kedua belahan otak sebelum digunakan dalam berbagai aktivitas.

Sosialisasi: suatu proses belajar-mengajar dalam berperilaku di masyarakat.

Stimulasi: kegiatan yang dilakukan dengan tujuan untuk merangsang kemampuan dasar anak sehingga tumbuh kembangnya optimal.

U

Uji expert: adalah uji validitas yang menggunakan panel expert yaitu peneliti melakukan konsultasi dengan ahli dalam bidang keilmuan yang dimaksud

INDEKS

Brain Gym
Guru
Konsentrasi belajar
Prasekolah
Senam Otak
Stimulasi

**Hubungan Pengetahuan Ibu Terhadap
Interprestasi Hasil KPSP Anak Usia 0-24
Bulan Di BPM Sagita Darmasari
Palembang Tahun 2020**

LILI ANGGRAINI SST.,MH.Kes



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Usia 0-24 bulan merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang pesat, sehingga dikatakan sebagai periode emas sekaligus periode kritis. Periode emas dapat diwujudkan apabila pada masa ini bayi dan anak memperoleh asupan gizi yang sesuai untuk tumbuh kembang optimal. Sebaliknya apabila bayi dan anak pada masa ini tidak memperoleh makanan sesuai kebutuhan gizinya, maka periode emas akan berubah menjadi periode kritis yang akan mengganggu tumbuh kembang bayi dan anak, baik pada saat ini maupun masa selanjutnya (Nutrisiani, 2010).

Masa bayi dan balita merupakan masa yang penting dalam pertumbuhan dan perkembangan anak. Maka dalam memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada bayi dan balita, sangat penting bagi orang tua untuk mengetahui perkembangan bayi dan balita sebagai dasar untuk mengetahui perkembangan selanjutnya, yaitu pra sekolah, sekolah, akil balik dan remaja. Untuk perkembangan balita yang baik, dibutuhkan kesehatan dan gizi yang baik dari ibu hamil, bayi, dan anak pra-sekolah. Stimulasi atau rangsangan yang cukup dalam kuantitas dan kualitas sejak awal juga dibutuhkan bayi dan anak untuk perkembangan mental dan psikososialnya (Maryunani, Anik, 2012). Oleh karena itu, orang tua khususnya ibu harus memiliki pengetahuan tentang proses pertumbuhan dan perkembangan pada anak usia pra sekolah sehingga bila ada kelainan tumbuh kembang secara dini bisa diketahui (Kusnandi, Rusmil, 2008 dalam Saputri, 2013).

Dalam proses pertumbuhan dan perkembangan orang tua berperan penting terutama ibu untuk mengetahui dan membina anak dalam proses tumbuh kembangnya agar tumbuh kembang anak dapat menjadi optimal. Dalam hal ini pemberian informasi sangat dibutuhkan dari seorang tenaga kesehatan.Tenaga kesehatan dapat memberikan informasi tentang pemberian stimulasi dan kecapaian perkembangan yang dialami masa prasekolah. Dengan pemberian informasi diharapkan dapat mengubah sikap dalam pemberian stimulasi terutama pada masa prasekolah (Ayu, Dinda 2013).

Salah satu upaya meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan bayi adalah dengan pemberian ASI Eksklusif.Di awal hidupnya, bayi membutuhkan nutrisi adekuat untuk tumbuh kembangnya.Air Susu Ibu merupakan faktor lingkungan biologis dan kebutuhan asuh yang mengandung nutrisi terbaik bagi bayi karena ASI mengandung semua zat gizi dengan jumlah dan komposisi yang ideal serta sifat ASI yang sangat mudah diserap oleh tubuh bayi. Kandungan laktosa, lemak, protein, garam dan mineral, vitamin, lisozim, antibody dan sel darah putih pada ASI sangat bermanfaat untuk membantu pertumbuhan dan perkembangan bayi yang optimal serta melindungi terhadap berbagai penyakit (Soetjiningsih dan Ranuh, 2013 : Oktiyani et al, 2015)

Selain pemberian ASI secara eksklusif, salah satu upaya meningkatkan perkembangan bayi adalah stimulasi psikososial merupakan faktor lingkungan psikososial dan kebutuhan asuh untuk menunjang perkembangan bayi dimana stimulasi psikososial adalah cikal bakal proses pembelajaran anak melalui pendidikan dan pelatihan dalam bentuk aktivitas bermain. Melalui stimulasi psikososial, anak dapat mengendalikan dan mengkoordinasikan otot – ototnya serta melibatkan perasaan emosi dan pikiran sehingga anak mendapat berbagai pengalaman hidup. Pemberian stimulasi akan lebih efektif apabila

memperhatikan kebutuhan anak sesuai dengan tahap perkembangannya (Soetjiningsih, 2013; Lestari dan Chasanah, 2016).

Stimulasi mendorong lebih dari 200 juta anak di seluruh dunia mengoptimalkan potensi perkembangannya. Anak yang menerima stimulasi secara terarah akan lebih cepat berkembang dibandingkan anak yang kurang atau tidak mendapatkan stimulasi. Stimulasi dapat dilakukan oleh orang tua, anggota keluarga, petugas kesehatan, atau orang dewasa lain di sekitar anak (Yousafzai, 2014), kelainan perkembangan anak. Anggapan bahwa skrining merupakan hal yang membebani, menyita waktu, sulit dipahami, serta validitas dan reliabilitas instrumen masih rendah membuat pelaksanaan skrining belum maksimal di layanan kesehatan primer (Soetjiningsih, 2014).

Orang tua terutama ibu diharapkan memberikan stimulasi dini dengan memberikan sentuhan, kata-kata, dan tatapan untuk mengoptimalkan tumbuh kembang anak selanjutnya. Stimulasi yang dilakukan oleh ibu merupakan stimulasi terbaik. Ibu dengan pengetahuan yang baik dapat berpengaruh terhadap sikap dan perilaku dalam melakukan stimulasi perkembangan anak secara bertahap, berkelanjutan, dan menyeluruh terhadap semua aspek perkembangan anak (Santrock, 2011).

Berdasarkan hasil penelitian dari wawancara anak saat melakukan DDST oleh Herlina (2010), sebagian besar anak yang memiliki perkembangan diduga mengalami kegagalan dalam sektor personal sosial dan motorik halus dikarenakan orang tua yang jarang bahkan tidak pernah mengajari anaknya. Mereka cenderung membiarkan anaknya berkembang apa adanya, bahkan jarang berinteraksi dan memberikan stimulasi kepada anaknya dikarenakan kesibukan orang tua.

Menurut penelitian yang dilakukan Sudirman dkk (2016), Ada hubungan antara tingkat pengetahuan ibu dengan tahap pencapaian pertumbuhan dan perkembangan balita. Ibu yang

memiliki tingkat pengetahuan baik maka tahap pertumbuhan dan perkembangan balita memiliki pertumbuhan yang baik dan mencapai tahap perkembangan yang sesuai dengan tahapan umur. Oleh karena itu baik ibu ataupun petugas kesehatan hendaknya selalu bekerjasama untuk melakukan deteksi dini penyimpangan pertumbuhan dan perkembangan balita agar dapat dilakukan intervensi dini bila balita mengalami masalah tumbuh kembang.

Pertumbuhan adalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran, atau dimensi tingkat sel, organ, maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, pon, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang, dan keseimbangan metabolismik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh). Pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisik, sedangkan perkembangan berkaitan dengan pematangan fungsi organ/individu.

Berat badan merupakan gambaran dari masa tubuh, massa tubuh sangat peka dalam waktu yang singkat. Perubahan tersebut secara langsung tergantung oleh adanya penyakit infeksi dan nafsu makan. Pada anak yang mempunyai status kesehatan dan nafsu makan yang baik, maka pertambahan berat badan akan mengikuti sesuai dengan usianya. Akan tetapi, apabila anak mempunyai status kesehatan yang tidak baik maka pertumbuhan akan terhambat. Oleh karena itu berat badan mempunyai sifat labil dan digunakan sebagai salah satu indikator status gizi yang menggambarkan keadaan saat ini (Aritonang, 2013).

Tinggi badan memberikan gambaran tentang pertumbuhan. Pada keadaan tubuh yang normal, pertumbuhan tinggi badan bersamaan dengan usia. Pertumbuhan tinggi badan berlangsung lambat, kurang peka pada kekurangan zat gizi dalam waktu yang singkat. Dampak pada tinggi badan akibat kekurangan zat gizi belangsung sangat lama, sehingga dapat menggambarkan keadaan gizi masa lalu. Keadaan tinggi badan pada usia sekolah

menggambarkan status gizi berdasarkan indeks TB/U saat baduta (Aritonang, 2013).

Perkembangan (development) adalah perubahan yang bersifat kuantitatif dan kualitatif, yaitu bertambahnya kemampuan (skill) struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks. Termasuk didalamnya perkembangan kognitif, bahasa, motorik, emosi, dan perkembangan prilaku (Soetjiningsih, 2014). Perkembangan menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) (2008) adalah bertambahnya kemampuan struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang lebih teratur, dapat diperkirakan, dan dapat diramalkan sebagai hasil dari proses diferensiasi sel, jaringan tubuh, organ-organ, serta sistemnya yang terorganisasasi. Jadi perkembangan adalah proses perubahan struktur dan fungsi tubuh yang meliputi perkembangan kognitif, bahasa,

Pertumbuhan adalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran, atau dimensi tingkat sel, organ, maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, pon, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang, keseimbangan metabolismik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh). Pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisik, sedangkan perkembangan berkaitan dengan pematangan fungsi organ/individu.

Berat badan merupakan gambaran dari masa tubuh, massa tubuh sangat peka dalam waktu yang singkat. Perubahan tersebut secara langsung tergantung oleh adanya penyakit infeksi dan nafsu makan. Pada anak yang mempunyai status kesehatan dan nafsu makan yang baik, maka pertambahan berat badan akan mengikuti sesuai dengan usianya. Akan tetapi, apabila anak mempunyai status kesehatan yang tidak baik maka pertumbuhan akan terhambat. Oleh karena itu berat badan mempunyai sifat labil dan digunakan sebagai salah satu indikator status gizi yang menggambarkan keadaan saat ini (Aritonang, 2013).

Tinggi badan memberikan gambaran tentang pertumbuhan. Pada keadaan tubuh yang normal, pertumbuhan tinggi badan bersamaan dengan usia. Pertumbuhan tinggi badan berlangsung lambat, kurang peka pada kekurangan zat gizi dalam waktu yang singkat. Dampak pada tinggi badan akibat kekurangan zat gizi belangsung sangat lama, sehingga dapat menggambarkan keadaan gizi masa lalu. Keadaan tinggi badan pada usia sekolah menggambarkan status gizi berdasarkan indeks TB/U saat baduta (Aritonang, 2013).

Perkembangan (development) adalah perubahan yang bersifat kuantitatif dan kualitatif, yaitu bertambahnya kemampuan (skill) struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks. Termasuk didalamnya perkembangan kognitif, bahasa, motorik, emosi, dan perkembangan prilaku (Soetjiningsih, 2014). Perkembangan menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) (2008) adalah bertambahnya kemampuan struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang lebih teratur, dapat diperkirakan, dan dapat diramalkan sebagai hasil dari proses diferensiasi sel, jaringan tubuh, organ-organ, serta sistemnya yang terorganisasi. Jadi perkembangan adalah proses perubahan struktur dan fungsi tubuh yang meliputi perkembangan kognitif, bahasa, motorik, emosi, dan perkembangan prilaku.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah apakah terdapat hubungan pengetahuan ibu terhadap interpretasi hasil KPSP anak usia 0-24 bulan di BPM sagita darmasari Palembang tahun 2020.

1.3 Tujuan Penelitian

Untuk menganalisis hubungan pengetahuan ibu terhadap interpretasi hasil kpsp anak usia 0-24 bulan di bpm sagita darmasari Palembang tahun 2020.

BAB 2

METODOLOGI

Penelitian ini menggunakan penelitian *deskriptif* kuantitatif dengan pendekatan potong lintang (*cross sectional*). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh bayi berusia 0-24 bulan dan teknik sampel yang digunakan adalah *Purposive Sampling* dengan memenuhi karakteristik inklusi dan eksklusi, adapun variabel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu variabel independent dalam penelitian ini pengetahuan ibu terhadap tumbuh kembang anak dan Variabel hasil interpretasi KPSP. Teknik pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan data primer dimana peneliti akan menggunakan sampel yang langsung ditemukan pada saat penelitian, setelah didapatkan sampel maka peneliti akan mengajukan pertanyaan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP). Uji statistik pada penelitian ini menggunakan metode *rank spearman*. Dengan tingkat kemaknaan (α) 0,05 jika $p\ value \leq 0,05$ berarti ada hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen.

BAB 3

TEORI MUTAKHIR

3.1 Tumbuh Kembang

1. Pertumbuhan

Pertumbuhan adalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran, atau dimensi tingkat sel, organ, maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, pon, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang, dan keseimbangan metabolismik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh).

Pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisik, sedangkan perkembangan berkaitan dengan pematangan fungsi organ/individu.

a. Berat Badan

Berat badan merupakan gambaran dari masa tubuh, massa tubuh sangat peka dalam waktu yang singkat. Perubahan tersebut secara langsung tergantung oleh adanya penyakit infeksi dan nafsu makan. Pada anak yang mempunyai status kesehatan dan nafsu makan yang baik, maka pertambahan berat badan akan mengikuti sesuai dengan usianya. Akan tetapi, apabila anak mempunyai status kesehatan yang tidak baik maka pertumbuhan akan terhambat. Oleh karena itu berat badan mempunyai sifat labil dan digunakan sebagai salah satu indikator status gizi yang menggambarkan keadaan saat ini (Aritonang, 2013).

Antara usia 0 dan 6 bulan, berat bayi bertambah 682 gram perbulan. Berat badan lahir bayi meningkat 2 kali lipat ketika usia 5 bulan. Antara usia 6 dan 12 bulan, berat bayi bertambah 341 g perbulan. Berat lahir bayi meningkat tiga kali lipat saat berusia 12 bulan. Berat badan akan menjadi empat kali lipat berat badan lahir saat berusia 2 tahun.

b. Tinggi Badan

Tinggi badan memberikan gambaran tentang pertumbuhan. Pada keadaan tubuh yang normal, pertumbuhan tinggi badan bersamaan dengan usia. Pertumbuhan tinggi badan berlangsung lambat, kurang peka pada kekurangan zat gizi dalam waktu yang singkat. Dampak pada tinggi badan akibat kekurangan zat gizi belangsung sangat lama, sehingga dapat menggambarkan keadaan gizi masa lalu. Keadaan tinggi badan pada usia sekolah menggambarkan status gizi berdasarkan indeks TB/U saat baduta (Aritonang, 2013).

c. Lingkar Kepala (LK)

Secara normal pertambahan ukuran pada setiap tahap relative konstan dan tidak dipengaruhi oleh faktor ras, bangsa dan letak geografis. Saat lahir, ukuran lingkar kepala 21 normalnya adalah 33-35 cm. kemudian akan bertambah sebesar $\pm 0,5$ cm perbulan pada bulan pertama atau menjadi ± 44 cm. pada 6 bulan pertama, pertumbuhan kepala paling cepat dibandingkan dengan tahap berikutnya, kemudian tahun-tahun pertama lingkar kepala bertambah tidak lebih dari 5 cm pertahun setelah itu sampai usia 18 tahun lingkar kepala hanya bertambah ± 10 cm. pengukuran ini dimaksud untuk menaksir pertumbuhan otak sehingga bila ada hambatan / gangguan pada pertumbuhan lingkar kepala, pertumbuhan otak biasanya terhambat (Hidayat, 2010).

d. Lingkar Lengan (LILA)

Saat lahir lingkar lengan atas sekitar 11 cm dan pada tahun pertama lingkar lengan atas menjadi 16 cm, selanjutnya ukuran tersebut tidak banyak berubah sampai usia 3 tahun. Ukuran ini mencerminkan pertumbuhan jaringan lemak dan otot yang tidak terpengaruh oleh

keadaan cairan tubuh dan berguna untuk menilai keadaan gizi dan pertumbuhan anak prasekolah (Hidayat, 2010).

2. Perkembangan

Perkembangan (*development*) adalah perubahan yang bersifat kuantitatif dan kualitatif, yaitu bertambahnya kemampuan (*skill*) struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks. Termasuk didalamnya perkembangan kognitif, bahasa, motorik, emosi, dan perkembangan perilaku (Soetjiningsih, 2014).

Tahapan Perkembangan Menurut Usia:

1. Usia 0-3 bulan
 - a. Mengangkat kepala setinggi 45
 - b. Menggerakkan kepala dari kiri/kanan ke tengah
 - c. Melihat dan menatap wajah anda
 - d. Mengoceh spontan atau bereaksi dengan mengoceh
 - e. Suka tertawa keras
 - f. Beraksi terkejut terhadap suara keras
 - g. Membalas tersenyum ketika diajak bicara/tersenyum
 - h. Mengenal ibu dengan penglihatanm penciuman, pendengaran, kontak
2. Usia 3-6 bulan
 - a. Berbalik dari telungkup ke terlentang
 - b. Mengangkat kepala setinggi 90
 - c. Mempertahankan posisi kepala tetap tegak dan stabil
 - d. Menggenggam pensil
 - e. Meraih benda yang ada dalam jangkauannya.
 - f. Memegang tangannya sendiri.
 - g. Berusaha memperluas pandangan.
 - h. Mengarahkan matanya pada benda-benda kecil.
 - i. Mengeluarkan suara gembira bernada tinggi atau memekik.

- j. Tersenyum ketika melihat mainan/gambar yang menarik saat bermain sendiri
- 3. Usia 6-9 bulan
 - a. Duduk (sikap tripoid - sendiri)
 - b. Belajar berdiri, kedua kakinya menyangga sebagian berat badan
 - c. Merangkak meraih mainan atau mendekati seseorang
 - d. Memindahkan benda dari tangan satu ke tangan yang lain
 - e. Memungut 2 benda, masing-masing lengan pegang 1 benda pada saat yang bersamaan
 - f. Memungut benda sebesar kacang dengan cara meraup
 - g. Bersuara tanpa arti, mamama, bababa, dadada, tatata
 - h. Mencari mainan/benda yang dijatuhkan
 - i. Bermain tepuk tangan/ciluk baa
 - j. Bergembira dengan melempar benda
 - k. Makan kue sendiri
- 4. Usia 9-12 bulan
 - a. Mengangkat benda ke posisi berdiri
 - b. Belajar berdiri selama 30 detik atau berpegangan di kursi
 - c. Dapat berjalan dengan dituntun
 - d. Mengulurkan lengan/badan untuk meraih mainan yang diinginkan
 - e. Mengenggam erat pensil
 - f. Memasukkan benda ke mulut
 - g. Mengulang menirukan bunyi yang didengarkan
 - h. Menyebut 2-3 suku kata yang sama tanpa arti
 - i. Mengeksplorasi sekitar, ingin tau, ingin menyentuh apa saja
 - j. Beraksi terhadap suara yang perlahan atau bisikan.
 - k. Senang diajak bermain “CILUK BAA”

- I. Mengenal anggota keluarga, takut pada orang yang belum dikenali
5. Usia 12-18 bulan
 - a. Berdiri sendiri tanpa berpegangan
 - b. Membungkung memungut mainan kemudian berdiri kembali
 - c. Berjalan mundur 5 langkah
 - d. Memanggil ayah dengan kata “papa”. Memanggil ibu dengan kata “mama” Menumpuk 2 kubus
 - e. Memasukkan kubus di kotak
 - f. Menunjuk apa yang diinginkan tanpa menangis/merenek, anak bisa mengeluarkan suara yang menyenangkan atau menarik tangan ibu.
 - g. Memperlihatkan rasa cemburu / bersaing
6. Usia 18-24 bulan
 - a. Berdiri sendiri tanpa berpegangan selama 30 detik
 - b. Berjalan tanpa terhuyung-huyung
 - c. Bertepuk tangan, melambai-lambai
 - d. Menumpuk 4 buah kubus
 - e. Memungut benda kecil dengan ibu jari dan jari telunjuk
 - f. Menggelindingkan bola kearah sasaran
 - g. Menyebut 3-6 kata yang mempunyai arti
 - h. Membantu/menirukan pekerjaan rumah tangga
 - i. Memegang cangkir sendiri, belajar makan - minum sendiri

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perkembangan

- a. Faktor Internal (Dalam)
 1. Perbedaan ras/etnik Ras berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak. Beberapa ras atau suku bangsa memiliki karakteristik yang khas, misalnya bangsa Asia memiliki tubuh yang cenderung

pendek atau kecil sedangkan bangsa Eropa dan Amerika cenderung tinggi besar.

2. Keluarga Berkaitan dengan genetik dalam suatu keluarga ada kecenderungan memiliki postur tubuh yang pendek atau tinggi.
3. Umur Pada masa prenatal merupakan tahun pertama kehidupan dimana terjadi pertumbuhan yang sangat pesat.
4. Jenis Kelamin Pada anak perempuan terjadi perkembangan fungsi reproduksi yang lebih cepat. Berbeda pada saat melewati masa pubertas, perkembangan anak laki-laki akan lebih cepat.
5. Genetik Genetik adalah bawaan anak yaitu potensi anak yang akan menjadi ciri khasnya. Beberapa kelainan genetik berpengaruh pada tumbuh kembang anak.
6. Kelainan Kromosom Kelainan kromosom umumnya disertai dengan kegagalan pertumbuhan (Soetjiningsih, 2014).

b. Faktor Eksternal (Luar)

1. Faktor Prenatal
 - a. Gizi Nutrisi ibu hamil terutama pada trimester akhir kehamilan akan memengaruhi pertumbuhan janin (Deki, 2016).
 - b. Mekanis Posisi fetus yang abnormal bisa menyebabkan kelainan kongenital seperti club foot
 - c. Toksin/zat kimia Beberapa obat-obatan seperti Aminopterin atau Thalidomid dapat menyebabkan kelainan kongenital seperti palatoskisis
 - d. Endokrin Diabetes mellitus dapat menyebabkan makrosomia, kardiomegali, dan hyperplasia adrenal
 - e. Radiasi Paparan Radiasi dan sinar Rontgen dapat mengakibatkan kelainan pada janin seperti mikrosefali, spina bifida, retardasi mental, dan

- deformitas anggota gerak, kelainan kongenital mata, serta kelainan jantung
- f. Infeksi Infeksi pada trimester pertama dan kedua oleh TORCH (Toxoplasma, Rubella, Citomegali virus, Herpes simpleks) dapat menyebabkan kelainan pada janin seperti katarak, bisu tuli, mikrosefali, retardasi mental, dan kelainan jantung kongenital
 - g. Psikologi ibu Kehamilan yang tidak diinginkan serta perlakuan salah atau kekerasan mental pada ibu hamil dan lain-lain
2. Faktor persalinan
- Komplikasi persalinan pada bayi seperti trauma kepala, asfiksia dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak.
3. Faktor pascanatal
- a. Biologis: Ras, jenis kelamin, umur, gizi, perawatan kesehatan, fungsi metabolism, penyakit kronis serta hormone.
 - b. Fisik: Keadaan geografis suatu daerah, sanitasi, keadaan rumah, serta radiasi
 - c. Psikososial: Cinta dan kasih sayang, kualitas interaksi, motivasi belajar, stimulasi.
 - d. Keluarga: Pekerjaan/pendapatan keluarga, pendidikan ayah/ibu, jumlah saudara, pola asuh, jenis kelamin, kepribadian ayah/ibu, stabilitas rumah tangga, dan agama (Soetjiningsih, 2014).

4. Alat Ukur Tumbuh Kembang Anak

Deteksi dini tumbuh kembang anak adalah kegiatan/pemeriksaan untuk menemukan secara dini adanya penyimpangan tumbuh kembang pada balita. Kuesioner Pra Skrening Perkembangan (KPSP) merupakan deteksi dini yang dapat di lakukan di berbagai usia.

- a. Pengertian KPSP Kuesioner Pra Skrening Perkembangan (KPSP) merupakan tes pemeriksaan perkembangan anak dengan menggunakan kuesioner (Kemenkes RI, 2016).
- b. Tujuan KPSP Tujuan skrining/pemeriksaan perkembangan anak menggunakan KPSP adalah untuk mengetahui perkembangan anak normal atau ada penyimpangan. Instrumen KPSP ini dapat dilakukan di semua tingkat pelayanan kesehatan dasar (Diana, 2010).
- c. Jadwal skrining/pemeriksaan KPSP Jadwal rutin dilakukan pada umur 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60, 66 dan 72 bulan. Jika anak belum mencapai umur skrining tersebut, minta ibu datang kembali pada umur skrining yang terdekat untuk pemeriksaan rutin. Misalnya bayi umur 7 bulan, diminta datang kembali untuk skrining pada umur 9 bulan. Apabila anak mempunyai masalah tumbuh kembang pada usia anak diluar jadwal skrining, maka gunakan KPSP untuk usia skrining terdekat yang lebih muda (Diana, 2010).
- d. Formulir KPSP menurut umur Formulir ini berisi 9-10 pertanyaan tentang kemampuan perkembangan yang telah dicapai anak. Sasaran KPSP anak umur 0-72 bulan. Alat bantu pemeriksaan berupa: pensil, kertas, bola sebesar bola tennis, kerincinan, kubus berukuran sisi 2,5 cm sebanyak 6 buah, kismis, kacang tanah, potongan biskuit kecil berukuran 0,5-1 cm (Kemenkes RI, 2016).
- e. Interpretasi Hasil KPSP
 - 1) Hitung jawaban Ya (bila dijawab bisa atau sering atau kadang–kadang)
 - 2) Hitung jawaban Tidak (bila jawaban belum pernah atau tidak pernah)
 - 3) Bila jawaban YA = 9–10, perkembangan anak sesuai dengan tahapan perkembangan (S)

- 4) Bila jawaban YA = 7 atau 8, perkembangan anak meragukan (M).
- 5) Bila jawaban YA = 6 atau kurang, kemungkinan ada penyimpangan (P).
- 6) Rincilah jawaban TIDAK pada nomer berapa saja (Kemenkes RI, 2016).

f. Intervensi

Bila perkembangan anak sesuai umur (S), lakukan tindakan berikut:

- 1) Beri pujian kepada ibu karena telah mengasuh anaknya dengan baik.
- 2) Teruskan pola asuh anak sesuai dengan tahap perkembangan anak.
- 3) Beri stimulasi perkembangan anak setiap saat, sesering mungkin, sesuai dengan umur dan kesiapan anak.
- 4) Ikutkan anak pada kegiatan penimbangan dan pelayanan kesehatan di posyandu secara teratur sebulan 1 kali dan setiap ada kegiatan BKB. Jika anak sudah memasuki usia pra-sekolah (36-72 bulan), anak dapat diikutkan pada kegiatan di Pusat PAUD, Kelompok Bermain dan Taman Kanak-Kanak.
- 5) Lakukan pemeriksaan/skrining rutin menggunakan KPSP setiap bulan pada anak berumur kurang dari 24 bulan dan setiap 6 bulan pada anak umur 24 sampai 72 bulan

g. Bila perkembangan anak meragukan (M), lakukan tindakan berikut:

- 1) Beri petunjuk pada ibu agar melakukan stimulasi perkembangan pada anak lebih sering lagi, setiap saat dan sesering mungkin.
- 2) Ajarkan ibu cara melakukan intervensi stimulasi perkembangan anak untuk mengatasi penyimpangan / mengejar ketertinggalannya.

- 3) Lakukan pemeriksaan kesehatan untuk mencari kemungkinan adanya penyakit yang menyebabkan penyimpangan perkembangannya.
 - 4) Lakukan penilaian ulang KPSP 2 minggu kemudian dengan menggunakan daftar KPSP yang sesuai dengan umur anak.
 - 5) Jika hasil KPSP ulang jawaban “Ya” tetap 7 atau 8 maka kemungkinan ada penyimpangan (P).
- h. Bila tahapan perkembangan terjadi penyimpangan (P), lakukan tindakan berikut: Rujukan ke Rumah Sakit dengan menuliskan jenis dan jumlah penyimpangan perkembangan (gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa, sosialisasi dan kemandirian) (Kemenkes RI, 2016).

5. Cara Stimulasi Berdasarkan Usia

- a. Usia 0-3 bulan
 - 1) Anak diletakkan pada posisi tengkurap dan diletakkan mainan berwarna cerah agar belajar mengangkat kepala
 - 2) Gantungkan mainan berwana, berbunyi, atau berputar di atas tempat tidur anak
 - 3) Ajak anak bicara dan tersenyum sesering mungkin
- b. Usia 3-6 bulan
 - 1) Anak sering diletakkan pada posisi tengkurap
 - 2) Letakkan mainan berwarna dengan posisi berpindah-pindah
 - 3) Perdengarkan berbagai bunyi-bunyian
 - 4) Ketika berbicara dengan anak ulangi beberapa kata berkali-kali
- c. Usia 6-9 bulan
 - 1) Anak sering diletakkan dalam posisi duduk jika belum bisa duduk sendiri
 - 2) Berikan mainan atau makanan yang dapat dipegang

- 3) Anak dilatih mengucapkan ma...ma...pa...pa...
 - 4) Ajak anak bermain ‘ciluk-ba’
- d. Usia 9-12 bulan
- 1) Berjalan dengan berpegangan
 - 2) Ajari anak menyusun beberapa balok/kotak besar
 - 3) Ajari kata-kata yang mudah ditirukan anak, seperti: makan, minum, mama, papa
 - 4) Ajari anak memberikan mainan atau benda yang diminta orang lain
- e. Usia 12-15 bulan
- 1) Ajari anak berjalan mundur, berjinjit, dan naik turun tangga sambil berpegangan pada dinding/pegangan tangga
 - 2) Beri mainan yang dapat mengeluarkan suara saat ditarik maju maupun mundur
 - 3) Ajak anak bermain lempar tangkap bola (diawali dengan bola berukuran besar)
 - 4) Anak diberi mainan dalam berbagai ukuran dan mangkuk/kotak yang lebih besar
 - 5) Ajak anak membuat suara dari benda-benda yang ada di sekitar, seperti memukul-mukul sendok ke kaleng atau menggoyang-goyangkan kerincingan.
 - 6) Ajari anak menyebut nama bagian tubuh dengan merangkai minimal dua kata, contoh: gigi adik, pipi mama
 - 7) Ajak anak melakukan pekerjaan rumah tangga sederhana, seperti menyapu, dll
 - 8) Ajak anak bermain merawat boneka, seperti menggendong dan menuapi
 - 9) Ajari anak melepas pakaian. Dapat diberikan sedikit bantuan, seperti orangtua membukakan kancing atau menarik kaos melewati kepala anak, kemudian membiarkan anak melepas pakaianya sendiri

- 10) Latih anak untuk makan sendiri dengan menggunakan sendok
 - 11) Ajak anak pergi ke tempat-tempat umum
- f. Usia 15-18 bulan
- 1) Ajak anak melakukan aktivitas luar ruangan, seperti bermain air, ayunan, ataupun menendang bola
 - 2) Ajak anak membuat rangkaian manik-manik/kancing yang berukuran besar.
 - 3) Ajak anak bermain meniup busa sabun
 - 4) Ajak anak untuk membaca dan minta anak menyebutkan namanama gambar yang ada dalam buku/majalah tersebut
 - 5) Bermain "telepon-teleponan" dengan menggunakan kaleng dan tali
 - 6) Sering memeluk dan mencium anak.
 - 7) Ajari anak untuk membereskan mainannya sendiri/membantu kegiatan sederhana di rumah
 - 8) Biasakan anak untuk bermain dengan teman sebaya
 - 9) Kenalkan berbagai permainan baru kepada anak, misalnya "petak umpet"
- g. Usia 18-24 bulan
- 1) Ajak anak untuk melompati benda-benda kecil yang ada di lantai
 - 2) Ajari anak untuk mendorong benda dengan kaki, misalnya balok mainan
 - 3) Kenalkan permainan puzzle sederhana (2-3 keping) kepada anak
 - 4) Ajak anak menggambar garis & lingkaran hingga membentuk wajah orang
 - 5) Ajak anak bermain dengan adonan kue/plastisin
 - 6) Beri APE yang berbentuk kotak kayu/plastik dengan lubang-lubang yang beragam bentuknya pada masing-masing sisi kotak tersebut

- 7) Biasakan anak mengerjakan perintah sederhana
- 8) Biasakan anak untuk bercerita apa yang dilihat/dalaminya
- 9) Ajak anak bermain "rumah-rumahan"
- 10) Biasakan anak untuk bermain dengan teman sebayanya tanpa ditunggu orangtua
- 11) Ajari anak untuk berpakaian dan menggantungkan baju sendiri

3.2 Pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (oevent behavior). Dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoadmodjo dalam Wawan dan Dewi,2010 : 12). Menurut Efendy dalam Notoadmodjo (2010), bahwa pengetahuan merupakan hasil dari penggunaan pancaindera yang didasarkan atas intuisi atau kebetulan,otoritas dan kewibawaan,tradisi dan pendapat umum.

Oleh karena itu pengetahuan ibu disini sangat penting dalam memberikan stimulus yang benar bagi perkembangan balita. Seorang anak memerlukan perhatian khusus untuk optimalisasi tumbuh kembangnya. Optimalisasi perkembangan diperlukan adanya interaksi antara anak dan orangtua, terutama peranan ibu sangat bermanfaat bagi proses perkembangan anak secara keseluruhan karena orangtua dapat segera mengenali kelainan proses perkembangan anaknya sedini mungkin dan memberikan stimulus tumbuh kembang anak yang menyeluruh dalam aspek fisik, mental, dan sosial. Terdapat empat faktor risiko yang mempengaruhi perkembangan anak-anak di negara berkembang yaitu malnutrisi kronis berat, stimulasi dini yang tidak adekuat, defisiensi yodium dan anemia defisiensi besi. Salah satu faktor resiko yang penting dan berhubungan dengan

interaksi ibu dan anak adalah pemberian stimulasi dini. Hasil penelitian Alfia Kurniawati dan Lilik Hanifah (2014) di peroleh bahwa pengetahuan ibu baik dan cukup dapat mempengaruhi sikap dan perilaku ibu dalam memberikan stimulasi pada balitanya.

Orang tua terutama ibu diharapkan memberikan stimulasi dini dengan memberikan sentuhan, kata-kata, dan tatapan untuk mengoptimalkan tumbuh kembang anak selanjutnya. Stimulasi yang dilakukan oleh ibu merupakan stimulasi terbaik. Ibu dengan pengetahuan yang baik dapat berpengaruh terhadap sikap dan perilaku dalam melakukan stimulasi perkembangan anak secara bertahap, berkelanjutan, dan menyeluruh terhadap semua aspek perkembangan anak (Santrock, 2011).

Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan:

1. Pendidikan

Pendidikan adalah proses tumbuh kembang seluruh kemampuan dan perilaku manusia melalui pengajaran, sehingga dalam penelitian ini perlu dipertimbangkan umur dan proses belajar. Tingkat pendidikan juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang yang lebih menerima ide-ide dan teknologi yang baru. Semakin tinggi pendidikan seseorang makin mudah seseorang tersebut menerima informasi. Berdasarkan teori pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan karena pendidikan merupakan suatu usaha untuk mengembangkan kemampuan yang berlangsung di dalam hidup, semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah orang tersebut menerima informasi dan mengerti akan informasi tersebut (Notoadmodjo,2012).

2. Umur

Bahwa semakin tinggi umur seseorang semakin tinggi pula tingkat pengetahuannya dan ini diperoleh dari pengalamannya, dan ini akan berpengaruh terhadap apa yang

akan dilakukan oleh seseorang (Hurlock dalam Notoadmodjo, 2012).

3. Pekerjaan

Pekerjaan merupakan suatu kegiatan atau aktivitas seseorang untuk memperoleh penghasilan guna memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari dan dapat memberikan stimulasi yang baik terhadap perkembangan motorik anaknya agar asupan gizi anak dapat terpenuhi dengan baik (Notoatmodjo, 2010).

BAB 4

PEMBAHASAN

**Tabel 4.1 Interpretasi KPSP anak usia 0-24 bulan
di BPM Sagita Darmasari Palembang**

Hasil KPSP	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Sesuai (9-10)	78	88,6
Meragukan (7-8)	10	11,4
Jumlah	88	100

Berdasarkan tabel diatas, dapat dilihat bahwa dari 88 responden diketahui bahwa hasil interpretasi KPSP sesuai (9-10) sebanyak 78 responden (88,6%) sedangkan meragukan (7-8) sebanyak 10 responden (11,4%).

Perkembangan (development) adalah perubahan yang bersifat kuantitatif dan kualitatif, yaitu bertambahnya kemampuan (skill) struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks.Termauk didalamnya perkembangan kognitif, bahasa, motorik, emosi, dan perkembangan perilaku (Soetjiningsih, 2014).Umur yang paling rawan adalah masa balita, oleh karena pada masa itu anak mudah sakit dan mudah terjadi kurang gizi.Disamping itu masa balita merupakan dasar pembentukan kepribadian anak sehingga diperlukan perhatian khusus.

Terdapat empat faktor risiko yang mempengaruhi perkembangan anak-anak di negara berkembang yaitu malnutrisi kronis berat, stimulasi dini yang tidak adekuat, defisiensi yodium dan anemia defisiensi besi.Salah satu faktor resiko yang penting dan berhubungan dengan interaksi ibu dan anak adalah pemberian stimulasi dini.Ibu dengan pengetahuan yang baik dapat berpengaruh terhadap sikap dan perilaku dalam melakukan stimulasi perkembangan anak secara bertahap, berkelanjutan, dan menyeluruh terhadap semua aspek perkembangan anak (Santrock, 2011).

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Alfia Kurniawati dan Lilik Hanifah (2014) di peroleh bahwa pengetahuan ibu baik dan cukup dapat mempengaruhi sikap dan perilaku ibu dalam memberikan stimulasi pada balitanya.

Tabel 4.2 Hubungan pengetahuan ibu terhadap interpretasi KPSP anak usia 0-24 bulan di BPM Sagita Darma Sari

Pengetahuan	Hasil interpretasi KPSP				Total		$p\ value$	ρ_{xy}		
	S (Sesuai)		M (Meragukan)		N	%				
	N	%	N	%						
Baik	41	100	0	0	41	100	0,000	0,466		
Cukup	25	92,6	2	7,4	27	100				
Kurang	12	60	8	40	20	100				
Total	78	88,6	10	11,4	88	100				

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa dari 88 responden ibu berdasarkan tingkat pengetahuan didapatkan bahwa dari 41 orang yang tingkat pengetahuannya baik terdapat 41 orang (100%) yang hasil interpretasi KPSP nya sesuai dan 0 % yang hasil interpretasi KPSP nya meragukan dan dari 27 orang yang tingkat pengetahuannya cukup terdapat 25 orang (92,6%) hasil interpretasi KPSP nya sesuai dan 2 orang (7,4%) hasil interpretasi KPSP nya meragukan sedangkan dari 20 orang yang tingkat pengetahuannya kurang terdapat 12 orang (60%) hasil interpretasi KPSP nya sesuai dan 8 orang (11,4%) hasil interpretasi KPSP nya meragukan.

Berdasarkan uji statistik *rank spearman* didapatkan bahwa nilai ρ_{xy} adalah sebesar 0,466 dan $p\ value = 0,000$ lebih kecil dari $\alpha = 0,05$ ($p\ value \leq \alpha$). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan ibu terhadap hasil interpretasi KPSP dengan tingkat hubungan yang sedang karena ρ_{xy} berada pada interval koefisien 0,40 – 0,599 (Sugiyono, 2008) dan mempunyai arah korelasi yang positif, sehingga semakin tinggi tingkat pengetahuan ibu

tentang tumbuh kembang maka semakin baik hasil interpretasi KPSP nya.

Hal ini sejalan dengan penelitian Kurniawati dan Hanifah (2014), dikemukakan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan ibu tentang stimulasi tumbuh kembang dengan perkembangan balita usia 12-36 bulan di Posyandu Kasih Ibu 7 Banyu Urip Klego Boyolali Tahun 2014. Hal ini ditunjukkan dengan tingginya presentase ibu dengan tingkat pengetahuan yang baik sebanyak 18 responden (60%) dan yang perkembangan balita nya sesuai sebanyak 22 responden (73,3%).

Hal ini sesuai dengan teori Notoadmodjo (2012) dalam Wawan dan Dewi (2010), pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (event behavior). Dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan Menurut Efendy dalam Notoadmodjo (2010), bahwa pengetahuan merupakan hasil dari penggunaan pancaindera yang didasarkan atas intuisi atau kebetulan, otoritas dan kewibawaan, tradisi dan pendapat umum.

Salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah umur, responden dalam penelitian ini sebagian besar 86 responden (97,7%) berusia antara 20-35 tahun, yaitu berada pada usia reproduktif. Usia 20-35 tahun pada wanita merupakan usia reproduktif dan berada pada usia melahirkan yang dianjurkan (Hartanto, 2004). Usia reproduktif sangat berpengaruh terhadap pengetahuan tentang perkembangan anak dan praktek-praktek pengasuhan anak (Lubis, 1990). Menurut Hurclok (2004) semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja.

Perkembangan menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) (2008) adalah bertambahnya kemampuan struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang lebih teratur, dapat diperkirakan, dan dapat diramalkan sebagai hasil dari proses diferensiasi sel, jaringan tubuh, organ-organ, serta sistemnya yang terorganisasi. Jadi perkembangan adalah proses perubahan struktur dan fungsi tubuh

yang meliputi perkembangan kognitif, bahasa, motorik, emosi, dan perkembangan prilaku.

Dalam penelitian Zukhra dan Amin (2017) menurut Redjeki (2005), kemampuan orang tua dalam memberikan stimulasi kepada balita dapat dilihat dari pengetahuan yang baik dalam memberikan stimulasi perkembangan kepada balita.Kemampuan ibu dapat dilihat dari peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku dalam menstimulus balita.

Orang tua terutama ibu diharapkan memberikan stimulasi dini dengan memberikan sentuhan, kata-kata, dan tatapan untuk mengoptimalkan tumbuh kembang anak selanjutnya.Stimulasi yang dilakukan oleh ibu merupakan stimulasi terbaik.Ibu dengan pengetahuan yang baik dapat berpengaruh terhadap sikap dan perilaku dalam melakukan stimulasi perkembangan anak secara bertahap, berkelanjutan, dan menyeluruh terhadap semua aspek perkembangan anak (Santrock, 2011).

BAB 5

PENUTUP

5.1 Simpulan

1. Distribusi frekuensi berdasarkan tingkat pengetahuan ibu baik sebanyak 41 responden (46,6%) , pengetahuan ibu cukup sebanyak 27 responden (30,7%) sedangkan pengetahuan ibu kurang sebanyak 20 responden (22,7%).
2. Distribusi frekuensi berdasarkan hasil interpretasi KPSP sesuai (9-10) sebanyak 78 responden (88,6%) sedangkan meragukan (7-8) sebanyak 10 responden (11,4%).
3. Terdapat hubungan yang cukup dan signifikan pengetahuan ibu terhadap tumbuh kembang dengan hasil interpretasi KPSP anak usia 0-24 bulan dengan nilai p value $0,000 \geq 0,05$ yang artinya H_a diterima dan H_0 ditolak.

5.2 Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan
Meningkatkan kualitas pengetahuan mahasiswa dalam metode pembelajaran untuk mata kuliah asuhan neonatus, khususnya pelatihan menilai perkembangan anak dengan KPSP langsung di perkuliahan dan kerjasama dengan bidan agar mahasiswa mengisi kunjungan neonatus awal dengan didampingi bidan.
2. Bagi Ibu
Bagi ibu diharapkan sedini mungkin memberikan stimulasi pada tumbuh kembang balitanya yang menyeluruh dalam aspek fisik, mental, dan sosial yang dapat memberikan dampak positif terhadap perkembangan balitanya.
3. Bagi peneliti selanjutnya

Pada penelitian selanjutnya perlu meneliti lebih dalam lagi tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan, seperti pendidikan, usia, pekerjaan, culture, kepribadian, pengalaman dan informasi.

4. Bagi tenaga kesehatan

Tenaga kesehatan khususnya di BPM Sagita Darmasari Palembang diharapkan lebih meningkatkan perannya dalam deteksi dini tumbuh kembang anak usia 0-24 bulan, sehingga apabila terjadi keterlambatan perkembangan anak dapat mengambil langkah-langkah pencegahan lebih awal.

DAFTAR PUSTAKA

- Aritonang, I. (2013). Model Multilevel Pertumbuhan Anak Usia 0-24 Bulan dengan Variabel yang Mempengaruhinya. *Jurnal Penelitian dan Evaluasi Pendidikan*. Hal 130-142. Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta
- Azwar, S. (2016). *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Diana. (2010). Pemantauan Perkembangan Anak Balita. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Unand*. 4 (2) Hal 120 Departemen.
- Herlina T., Subagyo, & Agustin R., 2010. Perbedaan Perkembangan Anak Usia 4- 5 Tahun Antara yang Ikut PAUD dan Tidak Ikut PAUD. *Jurnal Penelitian Kesehatan Forikes*. 1(4) Hal 249-258.
- Kharisma, M. dan Efni, N. (2017). Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang Tumbuh Kembang Dengan Perkembangan Anak Usia 3-4 Tahun di Kelompok Bermain Golden Kids di Kecamatan Telanai Pura Kota Jambi. *Journal Academica Baiturrahim*, 6(1).
- Kurniawati, A., & Hanifah, L. 2014 Hubungan Pengetahuan ibu tentang Stimulasi Tumbuh Kembang Balita Usia 12-36 Bulan di Posyandu Kasih Ibu 7 Banyu urip Klego Boyolalu Tahun 2014. *jurnal Kebidanan Indonesia (Akademi Kebidanan Mambaul Ulum Surakarta)*. Vol 6(1), 83-100 hlm.
- Nursalam dan Efendi, F. 2008. *Pendidikan Dalam Keperawatan*, Surabaya : Salemba Medika.
- Nutrisiani.(2010). *Pertumbuhan dan Perkembangan Anak*. Jakarta : Salemba Medika
- Notoadmojo, S. 2010. *Metodelogi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta
- _____. 2012. *Metodelogi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta
- _____. 2014. *Metodelogi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta

Redjeki, G.S. 2005. Kemampuan dan Kepuasan Ibu Terhadap Pendidikan Kesehatan Mengenai Stimulasi Perkembangan Anak Usia Toddler (Master Tesis, Tidak dipublikasikan). Universitas Indonesia, Jakarta.

Santrock, J. W. (2011) Life, Span Development, Perkembangan Masa Hidup. 1(5).Jakarta : Erlangga

Sugeng, H., Tarigan, R., dan Sari (2019). *Gambaran Tumbuh Kembang Anak pada Periode Emas Usia 0-24 Bulan di Posyandu Wilayah Kecamatan Jatinangor*.Bandung : Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran.

Suryawan dkk (2012).*Deteksi Dini Tanda dan Gejala Penyimpangan Pertumbuhan dan Perkembangangan Anak*. Jawa Barat : IDAI

Soetjiningsih dan Ranuh 2014.*Tumbuh Kembang Anak*, Jakarta : EGC

Otiyani, P., Nugraheni, S., dan Rahfiludin, Z. (2015). *Hubungan Pemberian ASI Eksklusif Dengan Perkembangan Bayi Usia 0-6 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Padangsari Kota Semarang*.Kota Semarang : Jurnal Kesehatan Masyarakat

Wawan, A., dan Dewi Maria. 2010. Medical Book :*Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia*.Yogyakarta : Numed

GLOSARIUM

B

Berat badan merupakan gambaran dari masa tubuh, massa tubuh sangat peka dalam waktu yang singkat

C

Cerebral Palsy: suatu kelainan gerakan dan postur tubuh yang tidak progresif, yang disebabkan oleh karena suatu kerusakan/gangguan pada sel-sel motorik pada susunan saraf pusat yang sedang tumbuh/belum selesai pertumbuhannya.

Cerebrum: otak besar.

Clavicula: tulang selangka.

D

Deteksi dini tumbuh kembang anak adalah kegiatan/pemeriksaan untuk menemukan secara dini adanya penyimpangan tumbuh kembang pada balita

G

Genetik adalah bawaan anak yaitu potensi anak yang akan menjadi ciri khasnya

I

Informed Consent: memberikan informasi tentang penelitian dan meminta persetujuan responden untuk menjadi responden penelitian.

K

KPSP merupakan tes pemeriksaan perkembangan anak dengan menggunakan kuesioner.

kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (event behavior). Dari pengalaman dan penelitian

ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan

Kerangka teori adalah suatu model hubungan yang menerangkan bagaimana hubungan suatu teori dengan faktor-faktor penting yang telah diketahui dalam suatu masalah tertentu

L

Lingkar Lengan (LILA) Saat lahir lingkar lengan atas sekitar 11 cm dan pada tahun pertama lingkar lengan atas menjadi 16 cm, selanjutnya ukuran tersebut tidak banyak berubah sampai usia 3 tahun. Ukuran ini mencerminkan pertumbuhan jaringan lemak dan otot yang tidak terpengaruh oleh keadaan cairan tubuh dan berguna untuk menilai keadaan gizi dan pertumbuhan anak prasekolah

O

Otak: pusat computer dari semua alat tubuh, yang terletak di dalam rongga tengkorak (cranium) yang dibungkus oleh selaput otak yang kuat.

P

Pertumbuhan adalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran, atau dimensi tingkat sel, organ, maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, pon, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang, dan keseimbangan metabolisme (retensi kalsium dan nitrogen tubuh)

Perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia baik yang dapat diamati langsung dari maupun tidak dapat diamati oleh pihak luar

Pendidikan adalah proses tumbuh kembang seluruh kemampuan dan perilaku manusia melalui pengajaran, sehingga dalam penelitian ini perlu dipertimbangkan umur dan proses belajar

Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang lebih teratur, dapat diperkirakan, dan dapat diramalkan sebagai hasil dari proses

diferensiasi sel, jaringan tubuh, organ-organ, serta sistemnya yang terorganisasasi

Q

Quasi Experiment: Desain penelitian yang melibatkan minimal dua kelompok sampel yaitu kelompok sampel eksperimen yang diberikan perlakuan dan satu kelompok sampel lainnya sebagai kelompok kontrol

R

Retardasi mental: gangguan perkembangan otak yang ditandai dengan nilai IQ di bawah rata-rata dan ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti orang normal, dikenal dengan istilah gangguan intelektual

S

Senam otak: latihan gerak sederhana untuk memudahkan kegiatan belajar dan penyesuaian dengan aktivitas sehari-hari berupa serangkaian gerak sederhana yang dapat menunjang kerjasama antara otak bagian kiri dan kanan dan dapat menyebabkan fungsi otak belahan kiri dan kanan bekerjasama sehingga memperkuat hubungan antara kedua belahan otak sebelum digunakan dalam berbagai aktivitas.

Sosialisasi: suatu proses belajar-mengajar dalam berperilaku di masyarakat.

Stimulasi: kegiatan yang dilakukan dengan tujuan untuk merangsang kemampuan dasar anak sehingga tumbuh kembangnya optimal.

T

Tinggi Badan memberikan gambaran tentang pertumbuhan. Pada keadaan tubuh yang normal, pertumbuhan tinggi badan bersamaan dengan usia. Pertumbuhan tinggi badan berlangsung lambat, kurang peka pada kekurangan zat gizi dalam waktu yang singkat

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya

U

Uji expert: adalah uji validitas yang menggunakan panel expert yaitu peneliti melakukan konsultasi dengan ahli dalam bidang keilmuan yang dimaksud

INDEKS

Brain Gym
Guru
Konsentrasi belajar
Prasekolah
Senam Otak
Stimulasi

Strategi Deteksi Dini Penerapan Model Promosi Kesehatan Penurunan AKI AKB dan Stunting Dengan Metode *Blended Learning* Bidan

Dr. FESTY MAHANANI M, SST.MPH



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan di bidang kesehatan mengarah kepada upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan bagi masyarakat yang optimal. *Sustainable Development Goals* (SDGs) merupakan program kegiatan yang meneruskan agenda *Milenum Development Goals* (MDGs) untuk periode waktu tahun 2016-2030 sekaligus menindaklanjuti program MDGs yang belum selesai (Kementerian Kesehatan RI, 2016)

Agenda SDGs yang telah disepakati terdapat 17 tujuan dan 169 target yang harus tercapai pada tahun 2030. Tujuan dari SDGs adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal pemerintah pun telah melakukan salah satu upaya untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak yaitu dengan menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Stunting (Kementerian Kesehatan RI, 2016)

Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia tahun 2018-2019 terdapat penurunan dari 4.226 menjadi 4.221 kasus. Meskipun terjadi kecenderungan penurunan angka kematian ibu, namun tidak berhasil mencapai target MDGs (Kemenkes & RI, 2020). Angka Kematian Ibu (AKI) di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2015-2019, Kabupaten Grobogan menduduki kasus kematian ibu tertinggi kedua sebanyak 36 kasus setelah Kabupaten Brebes dengan 37 kasus (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2019)

Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan jumlah kematian bayi (0-11 bulan) per 1.000 kelahiran hidup dalam kurun waktu satu tahun. AKB menggambarkan tingkat permasalahan

kesehatan masyarakat yang berkaitan dengan faktor penyebab kematian bayi. Apabila AKB disuatu wilayah tinggi, artinya status kesehatan di wilayah tersebut rendah. Angka Kematian Bayi di Provinsi Jawa Tengah tahun 2019 sebesar 8,2 per 1.000 kelahiran hidup. Kabupaten/kota dengan AKB tertinggi kedua adalah Kabupaten Grobogan adalah 13,2 per 1.000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2019).

Pendek dan sangat pendek atau yang sering disebut sebagai stunting merupakan status gizi yang berdasarkan pada indeks tinggi badan menurut umur (TB/U). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan menyatakan bahwa persentase balita sangat pendek pada balita usia 0-59 bulan di Provinsi Jawa Tengah adalah 31,15 persen, sedangkan persentase balita pendek adalah 20,06 persen (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2019)

Kematian ibu, kematian bayi dan stunting merupakan prioritas utama yang harus dientaskan dalam upaya pembangunan sumber daya manusia yang berkualitas. Kesehatan ibu, bayi, balita hingga anak usia sekolah merupakan kunci untuk mencetak manusia Indonesia yang unggul. Bidan sebagai pemberi layanan terbanyak pada ibu hamil memegang peranan penting dalam penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan stunting karena perannya dalam upaya promotif dan preventif terkait pelayanan kesehatan ibu dan anak, konseling perencanaan kehamilan, peningkatan kualitas pelayanan ANC, pertolongan persalinan, kesehatan bayi, edukasi gizi termasuk pemantauan tumbuh kembang balita (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Upaya promotif dan preventif yang dapat diberikan bagi bidan dalam rangka percepatan menurunkan AKI, AKB, dan stunting adalah dengan pelatihan *blended learning*. Pelatihan *Blended Learning* mengacu pada belajar yang mengkombinasi atau mencampur antara pembelajaran tatap muka (*face to face*

learning) dan pembelajaran berbasis komputer (*computer based learning*) (Munzadi, 2018). Pelatihan *Blended Learning* bertujuan untuk meningkatkan kapasitas bidan dalam melakukan pelayanan ibu dan bayi termasuk tatalaksana pra rujukan sesuai kompetensi dan kewenangan bidan serta melakukan kolaborasi antar profesi dalam penurunan AKI, AKB dan stunting (Kementerian Kesehatan RI, 2021)

Studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Klambu, bahwa kasus AKI, AKB dan stunting masih tinggi, dimana kasus angka kematian ibu dari tahun 2017-2021 berjumlah 4 kasus, angka kematian bayi dan balita dari tahun 2017-2021 berjumlah 47 kasus dan kasus stunting dari tahun 2019-2021 kategori pendek berjumlah 589 kasus sedangkan kategori sangat pendek berjumlah 465 kasus. Berdasarkan fenomena diatas, peneliti tertarik untuk mengambil judul penelitian pengaruh *blended learning* bagi bidan terhadap penurunan AKI, AKB dan stunting.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah apakah terdapat pengaruh blended learning bagi bidan terhadap penurunan AKI, AKB dan stunting di Puskesmas Klambu Kabupaten Grobogan.

1.3 Tujuan Penelitian

Menganalisis pengaruh blended learning bagi bidan terhadap penurunan AKI, AKB, dan Stunting.

BAB 2

METODOLOGI

Penelitian ini merupakan jenis penelitian *case control*, menggunakan jenis data kuantitatif. Design eksperimen dengan rancangan *one group pre-post test*. Penelitian ini dilakukan dengan memberikan pelatihan *blended learning* bagi bidan yang ada di Puskesmas Klambu untuk mengetahui apakah terjadinya penurunan AKI, AKB dan Stunting di Puskesmas Klambu.

Populasi dalam penelitian ini adalah Seluruh Bidan di Puskemas Klambu Kabupaten Grobogan, Teknik Sampling dalam penelitian ini *Total Sampling*.

Uji Normalitas Uji normalitas data pada variabel Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Stunting dengan menggunakan uji *Shapiro-wilk* karena jumlah responden kurang dari 50.

Kelompok	Kolmogrov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
AKI	<i>Pre</i>	.319	6	.056	.683	6	.004
	<i>Post</i>	.492	6	.000	.496	6	.000
AKB	<i>Pre</i>	.492	6	.000	.496	6	.000
	<i>Post</i>	.492	6	.000	.496	6	.000
Bayi resiko stunting	<i>Pre</i>	.254	6	.200	.866	6	.212
	<i>Post</i>	.213	6	.200	.950	6	.741

Uji normalitas data didapatkan hasil *p value* pada variabel Angka Kematian Ibu (AKI) sebelum dilakukan *blended learning* sebesar 0,004 dan setelah dilakukan *blended learning* sebesar 0,000 lebih kecil dari 0,05 yang artinya bahwa data tidak berdistribusi normal. Uji

normalitas data didapatkan hasil *p value* pada variabel Angka Kematian Bayi (AKB) sebelum dilakukan *blended learning* sebesar 0,000 dan setelah dilakukan *blended learning* sebesar 0,000 lebih kecil dari 0,05 yang artinya bahwa data tidak berdistribusi normal. Karena distribusi data tidak normal, maka uji hipotesis yang digunakan adalah uji Mann-Whitney.

Uji normalitas data didapatkan hasil *p value* pada variabel Stunting sebelum dilakukan *blended learning* sebesar 0,212 dan setelah dilakukan *blended learning* sebesar 0,415 lebih besar dari 0,05 yang artinya bahwa data berdistribusi normal. Karena syarat distribusi data normal terpenuhi, maka uji hipotesis yang digunakan adalah uji t tidak berpasangan/independent-sample t test.

BAB 3

TEORI MUTAKHIR

3.1 *Blended Learning* Bagi Bidan

Blended Learning merupakan sebuah model pembelajaran campuran untuk mendukung kurikulum. *Blended Learning* didefinisikan sebagai kombinasi dari tatap muka dan komunikasi yang dimediasi secara teknologi antara dosen, siswa dan sumber belajar. Model ini meliputi pengajaran tatap muka, modul online dan konferensi video pembelajaran (Patterson et al., 2015). *Blended Learning* bagi Bidan bertujuan untuk mempercepat penurunan AKI, AKB dan Stunting, untuk meningkatkan kapasitas bidan dalam melakukan pelayanan ibu dan bayi termasuk tatalaksana pra rujukan sesuai kompetensi dan kewenangan bidan serta melakukan kolaborasi antar profesi dalam penurunan AKI, AKB dan stunting (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Kematian ibu, kematian bayi, dan stunting, merupakan prioritas utama yang harus dientaskan dalam upaya pembangunan sumber daya manusia yang berkualitas. Kesehatan ibu, bayi, balita hingga anak usia sekolah merupakan kunci untuk mencetak manusia Indonesia yang unggul. Bidan sebagai pemberi layanan terbanyak pada ibu hamil memegang peranan penting dalam penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) karena perannya dalam upaya promotif dan preventif terkait pelayanan kesehatan ibu dan anak, konseling perencanaan kehamilan, peningkatan kualitas pelayanan *Antenatal Care* (ANC), pertolongan persalinan, kesehatan bayi, edukasi gizi termasuk pemantauan tumbuh kembang balita (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Dalam upaya melakukan promotif dan preventif maka perlu adanya pelatihan bagi bidan, yaitu pelatihan *blended*

learning. Pelatihan ini dibekali dengan modul yang bertujuan untuk meningkatkan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di fasilitas pelayanan kesehatan primer dalam rangka penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi. Modul ini menjelaskan berbagai topik yang terdiri dari: 1) Kebijakan Terkini Peran Bidan dalam Pelayanan Kebidanan; 2) Persiapan Masa Sebelum Hamil; 3) Kolaborasi Interprofesi dan Tatalaksana Prarujukan Maternal; 4) Pelayanan Antenatal Terpadu; 5) Asuhan Persalinan; 6) Asuhan Masa Nifas; 7) Pelayanan KB Pasca Persalinan; 8) Tatalaksana Kegawatdaruratan pada Bayi Baru Lahir; 9) Pelayanan Neonatal Esensial Saat Lahir; 10) Tatalaksana Kegawatdaruratan Pada Bayi Baru Lahir; 11) Pelayanan Kesehatan Neonatal Esesnsial Setelah Lahir; 12) Tatalaksana awal sederhana kegawatdaruratan bayi dan anak prarujukan; 13) Tatalaksana Prarujukan Pneumonia dengan Menggunakan MTBS dan Pengenalan Kecurigaan Tuberkulosis Pada Anak; 14) Tatalaksana prarujukan diare dengan menggunakan MTBS; 15) Inisiasi Menyusu Dini (IMD); 16) Pemantauan Pertumbuhan dan Stimulasi Perkembangan Bayi Dengan Menggunakan Buku Kia 2020; 17) Edukasi Gizi Bagi Ibu Hamil, Bersalin, Nifas dan Ibu Menyusui Serta Pemantauan Pertumbuhan Balita; 18) Edukasi Gizi Pemantauan Pertumbuhan Balita Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir adalah upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir serta dalam rangka percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Pelatihan *blended learning* dilaksanakan selama 7 hari. Proses pelatihan 4 hari dengan pemberian materi secara daring, 3 hari praktik didampingi mentor. Selama daring setiap materi diberi penugasan, kemudian hasil tugas dikonsultkan atau didiskusikan dengan mentor saat praktik. Selama praktik peserta pelatihan membuat laporan dan didokumentasikan kemudian

laporan dikumpulkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten untuk dilanjutkan dikirim ke Dinas Kesehatan Provinsi.

Bidan memiliki peran sangat penting dalam memberikan layanan kesehatan ibu, kesehatan anak, kesehatan reproduksi dan keluarga berencana. Bidan yang merupakan garda terdepan dalam memberikan pelayanan kebidanan, perlu mendapatkan pengetahuan dan keterampilan terkini tentang perkembangan dan rekomendasi terbaru dalam melaksanakan pelayanan kebidanan yang berkualitas (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Usaha yang sudah dilakukan setelah pelatihan yaitu bidan mengaplikasikan hasil pelatihan pada pelayanan di Puskesmas. Untuk kasus maternal bila ditemukan komplikasi dilakukan tindakan pra rujukan sesuai protap yg sudah diajarkan dipelatihan. Bumil dengan anemia dan KEK disamping pemberian tablet tambah darah, juga diberi PMT (Pemberian Makanan Tambahan) selama 90 hari, sedangkan untuk bayi stunting diberi sirup zink 10 mg/hr selama 3 bulan.

3.2 Angka Kematian Ibu (AKI)

1. Definisi Angka Kematian Ibu (AKI)

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah jumlah kematian perempuan pada saat hamil atau kematian dalam kurun waktu 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lamanya kehamilan atau tempat persalinan, yakni kematian yang disebabkan karena kehamilannya atau pengelolaannya, tetapi bukan karena sebab-sebab lain per 100.000 kelahiran hidup. Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019, pemerintah menargetkan penurunan AKI dari status awal 346 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 306 per 100.000 kelahiran hidup (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses

pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, dan pelayanan keluarga berencana termasuk KB pasca persalinan (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

2. Penyebab Kematian Ibu

Penyebab kematian ibu dibagi menjadi dua kelompok yaitu:

- a. Kematian obstetri langsung (*direct obstetric death*) yaitu kematian ibu yang disebabkan oleh komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas yang timbul akibat tindakan atau kelalaian dalam penanganan. Komplikasi yang dimaksud antara lain perdarahan antepartum dan postpartum, preeklamsia/eklamsia, infeksi, persalinan macet, dan kematian pada kehamilan muda (Susiana, 2019).
- b. Kematian obstetri tidak langsung (*indirect obstetric death*) adalah kematian ibu yang disebabkan oleh suatu penyakit yang sudah diderita sebelum kehamilan atau persalinan yang berkembang dan bertambah berat yang tidak berkaitan dengan penyebab obstetri langsung. Kematian obstetri tidak langsung ini misalnya disebabkan oleh penyakit jantung, hipertensi, hepatitis, malaria, anemia, tuberkulosis, HIV/AIDS, diabetes dan lain-lain (Susiana, 2019).

Penyebab kematian ibu yang diakibatkan oleh kecelakaan tidak di klasifikasikan ke dalam kematian ibu yang ada hubungannya dengan kehamilan, persalinan dan nifas. Kematian yang dihubungkan dengan kehamilan, *International Classification of Diseases* (ICD) memudahkan identifikasi penyebab kematian ibu ke dalam kategori baru yang disebut *pregnancy related death* yaitu kematian wanita selama hamil

atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan dan tidak tergantung dari penyebab kematian lain (World Health Organization, 2015).

Batasan 42 hari ini dapat berubah karena telah diketahui bahwa dengan adanya prosedur-prosedur dan teknologi baru maka terjadinya kematian dapat diperlama dan ditunda sehingga ICD juga memasukkan suatu kategori baru yang disebut kematian maternal terlambat (*late maternal death*) yaitu kematian wanita akibat penyebab obstetrik langsung atau tidak langsung yang terjadi lebih dari 42 hari tetapi kurang dari satu tahun setelah berakhirnya kehamilan (World Health Organization, 2015).

3.3 Angka Kematian Bayi (AKB)

1. Definisi Angka Kematian Bayi

Angka Kematian Bayi (AKB) didefinisikan sebagai jumlah meninggalnya bayi yang berusia di bawah 1 tahun per 1.000 kelahiran yang terjadi dalam kurun satu tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2021). Kematian Bayi terjadi saat setelah bayi lahir sampai bayi belum berusia tepat satu tahun (Amiruddin & Hasmi, 2014). Kematian bayi dapat dibagi dalam kematian neonatal (28 hari pertama) dan kematian pascaneonatal antara 28-365 hari (Rachmawati, L, Basuki, & Hari, 2011).

Secara garis besar, dari sisi penyebabnya kematian bayi terdapat dua macam yaitu endogen dan eksogen, kematian bayi endogen atau kematian neonatal adalah kematian bayi yang terjadi pada bulan pertama setelah dilahirkan, dan umumnya disebabkan oleh faktor-faktor yang dibawa anak sejak lahir, yang diperoleh dari orang tuanya pada saat konsepsi atau didapat selama kehamilan. Kematian bayi eksogen atau kematian post neonatal adalah kematian bayi yang terjadi setelah usia satu bulan sampai menjelang

usia satu tahun yang disebabkan oleh faktor-faktor yang bertalian dengan pengaruh lingkungan luar (Yunita, Istiyani, & Muslihatinningsih, 2014).

2. Penyebab Kematian Bayi

Penyebab utama kematian bayi penting untuk diketahui karena sebagian besar diantaranya dapat dihindarkan. Cara penanganan untuk mengurangi risiko kematian neonatal dini biasanya ditujukan untuk mencegah atau menangani kasus-kasus ini. Penyebab utama kasus lahir mati dan kematian neonatal dini adalah hampir sama sehingga sebaiknya dipertimbangkan bersama-sama. Penyebab utama kematian neonatal dini adalah masalah obstetri selama kehamilan maupun persalinan yang dapat mengakibatkan kematian. Penyebab utama kematian neonatal dini yaitu persalinan prematur, hipoksia intrapartum, perdarahan antepartum, hipertensi pada kehamilan, infeksi, anomali, gangguan pertumbuhan intrauterin, trauma, penyakit sistemik pada ibu hamil (Manuaba, 2010).

Berdasarkan faktor risiko dari neonatal, berikut ini merupakan risiko tinggi neonatal yang berisiko mengalami kematian; a. Bayi baru lahir dengan asfiksia; b. Bayi baru lahir dengan tetanus neonatorum; c. BBLR (Berat Badan Lahir Rendah <2500 gram); d. Bayi baru lahir dengan ikterus neonatorum (ikterus >10 hari setelah lahir); e. Bayi baru lahir dengan sepsis; f. Bayi kurang bulan dan lebih bulan; g. Bayi baru lahir dengan cacat bawaan; h. Bayi lahir melalui proses persalinan dengan tindakan (Manuaba, 2010).

Banyak faktor yang terkait dengan kematian bayi, penelusuran kematian berdasarkan penyebab kematian merupakan hal yang penting dalam melihat determinan kematian bayi. Secara garis besar, dari sisi penyebabnya,

kematian bayi ada dua macam yaitu kematian bayi endogen dan kematian bayi eksogen (Utomo, 2013).

Kematian bayi endogen atau yang umum disebut kematian neonatal adalah kematian bayi yang terjadi pada bulan pertama setelah dilahirkan dan umumnya disebabkan oleh faktor-faktor yang dibawa anak sejak lahir, yang diperoleh dari orang tuanya pada saat konsepsi atau didapat selama kehamilan. Kematian eksogen atau kematian post neonatal adalah kematian bayi yang terjadi setelah usia satu bulan sampai menjelang usia satu tahun yang disebabkan oleh faktor-faktor yang berhubungan dengan pengaruh lingkungan luar (Utomo, 2013).

3.4 *Stunting*

1. Definisi *Stunting*

Stunting adalah kondisi dimana bayi memiliki panjang badan saat lahir yaitu pada bayi laki-laki <48 cm dan pada bayi perempuan <47 cm (Rukmana, Briawan, & Ekyanti, 2016). Sedangkan pada balita, stunting (kerdil) adalah kondisi dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umur. Kondisi ini diukur dengan panjang atau tinggi badan yang lebih dari minus dua standar deviasi median standar pertumbuhan anak dari WHO. Balita stunting termasuk masalah gizi kronik yang disebabkan oleh banyak faktor seperti kondisi sosial ekonomi, gizi ibu saat hamil, kesakitan pada bayi, dan kurangnya asupan gizi pada bayi. Balita stunting di masa yang akan datang akan mengalami kesulitan dalam mencapai perkembangan fisik dan kognitif yang optimal. Kejadian balita stunting (pendek) merupakan masalah gizi utama yang dihadapi Indonesia (Carolina, Hidayatullah, & Wulandari, 2019).

2. Dampak Stunting

Stunting dapat memberikan dampak bagi kelangsungan hidup anak. Dampak stunting terbagi menjadi dua yang terdiri dari jangka pendek dan jangka panjang. Dampak jangka pendek dari stunting dibidang kesehatan adalah dapat menyebabkan peningkatan mortalitas dan morbiditas, di bidang perkembangan berupa penurunan perkembangan kognitif, motorik, dan bahasa dan di bidang ekonomi berupa peningkatan pengeluaran untuk biaya kesehatan (World Health Organization, 2013).

Dampak stunting jangka panjang dibidang kesehatan adalah dapat meningkatkan potensi obesitas pada masa dewasa, morbiditas, menurunkan kesehatan reproduksi, dibidang pembangunan dapat menurunkan prestasi sekolah, tidak tercapainya kapasitas belajar dan potensi, sedangkan dibidang ekonomi dapat menurunkan kapasitas dan produktivitas kerja (Stewart CP, Iannotti L, Dewey KG, 2013).

3. Faktor-Faktor Penyebab Stunting

Stunting dapat disebabkan oleh berbagai faktor. Penyebab terjadinya stunting pada anak menjadi 4 kategori besar meliputi:(World Health Organization, 2013)

a. Faktor keluarga dan rumah tangga

- 1) Faktor maternal berupa nutrisi yang kurang pada saat prekonsepsi, kehamilan, dan laktasi, tinggi badan ibu yang rendah, kekurangan energi kronis (KEK), anemia, infeksi, kehamilan pada usia remaja, kesehatan mental, *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR) dan kelahiran preterm, jarak kelahiran yang pendek, dan hipertensi dalam kehamilan.
- 2) Faktor lingkungan keluarga berupa stimulasi dan aktivitas anak yang tidak adekuat, perawatan yang buruk, sanitasi dan suplai air yang tidak adekuat,

makanan yang tidak terjaga, jumlah makanan yang kurang dan pengetahuan pengasuh yang rendah.

- b. Faktor Makanan tambahan/komplementer yang tidak adekuat

1) Kualitas makanan yang buruk

Kualitas makanan akan menentukan nutrisi yang dikandungnya dan diserap tubuh. Kualitas makanan yang buruk meliputi : kualitas zat mikronutrien yang rendah/buruk, rendahnya konsumsi makanan yang beraneka ragam dan protein hewani, kadar anti nutrient, kadar energi yang rendah pada makanan tambahan.

2) Praktik pemberian makanan yang tidak adekuat.

Meliputi: frekuensi makan selama dan setelah sakit, makanan konsistensi, kuantitas makan yang menurun, dan susah makan.

- 3) Makanan yang aman Meliputi makanan dan minuman yang terkontaminasi, PHBS yang buruk, penyimpanan dan persiapan makanan yang tidak aman.

- c. Faktor menyusui Meliputi penundaan Inisiasi Menyusui Dini (IMD), tidak ASI eksklusif, dan penyapihan < 2 tahun.

- d. Faktor infeksi Meliputi infeksi: diare, enteropati di lingkungan, berkurangnya nafsu makan karena infeksi, infeksi pernapasan, malaria dan inflamasi.

BAB 4

PEMBAHASAN

Tabel 4.1 Pengaruh *Blended Learning* bagi Bidan terhadap AKI

AKI	Median	Nilai p
Pre	0,50	
Post	0,00	0,241

Tabel diatas menunjukkan hasil uji perbedaan pengaruh antara kelompok sebelum dilakukan *blended learning* dan setelah dilakukan *blended learning*. Hasil uji beda antar kelompok menunjukkan nilai $p>0,05$, hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat pengaruh angka kematian ibu sebelum dan sesudah dilakukan blended learning bagi bidan.

Tabel 4.2 Pengaruh *Blended Learning* bagi Bidan terhadap AKB

AKB	Median	Nilai p
Pre	1,00	
Post	0,00	0,027

Tabel diatas menunjukkan hasil uji perbedaan pengaruh antara kelompok sebelum dilakukan *blended learning* dan setelah dilakukan *blended learning*. Hasil uji beda antar kelompok menunjukkan nilai $p<0,05$, hal ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh angka kematian bayi sebelum dan sesudah dilakukan blended learning bagi bidan.

Tabel 4.3 Pengaruh *Blended Learning* bagi Bidan terhadap Resiko Stunting

Resiko Stunting	Rerata (s.b)	Nilai p	Perbedaan rerata (IK 95%)
Pre	10,17 (0,75)		
Post	8,67 (1,21)	0,028	0,58

Tabel diatas menunjukkan hasil uji pengaruh antara kelompok sebelum dilakukan *blended learning* dan setelah dilakukan *blended learning*. Berdasarkan nilai sig. levene's test for equality of variances adalah sebesar $0,141 > 0,05$ maka dapat diartikan bahwa varians data antara kelompok sebelum dan sesudah dilakukan blended learning adalah homogen atau sama. Sehingga penafsiran tabel output independent sample t test berpedoman pada nilai yang terdapat dalam tabel equal variances assumed. Berdasarkan tabel equal variances assumed diketahui nilai sig. (2-tailed) sebesar $0,028 < 0,05$, maka sebagaimana dasar pengambilan keputusan dalam uji independent sample t test dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan pengaruh yang signifikan antara kelompok sebelum dilakukan dan sesudah dilakukan blended learning bagi bidan.

Pengaruh Blended Learning bagi Bidan terhadap AKI

Hasil data distribusi frekuensi menunjukkan data bahwa 6 bulan sebelum dilakukan blended learning bagi bidan terdapat 3 angka kematian ibu dan 6 bulan setelah dilakukan blended learning bagi bidan terdapat 1 angka kematian ibu, terlihat bahwa terdapat penurunan angka kematian ibu sebelum dan sesudah dilakukan blended learning bagi bidan, tetapi berdasarkan uji statistik mann-whitney didapatkan hasil bahwa tidak terdapat pengaruh yang signifikan terhadap penurunan angka kematian ibu sebelum dan sesudah dilakukan blended learning. Hal ini terjadi karena data atau periode waktu yang diteliti kurang besar dalam pengambilan sampel penelitian.

Program pelatihan blended learning bagi bidan dari kemenkes menjadi salah satu upaya untuk meningkatkan peran bidan dalam menurunkan angka kematian ibu dengan upaya promotif dan preventif terkait pelayanan kesehatan, konseling perencanaan kehamilan, peningkatan kualitas pelayanan ANC dan pertolongan persalinan di wilayah Puskesmas (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Pelatihan blended learning merupakan salah satu cara untuk meningkatkan kinerja seorang bidan dalam mengurangi jumlah AKI di suatu wilayah, hal ini dikarenakan pelatihan menjadi salah satu sumber peningkatan pengetahuan seorang bidan dalam mengambil keputusan terutama pada waktu-waktu kritis. Pelatihan menjadi salah satu cara untuk mengembangkan sumber daya manusia, dimana pelatihan merupakan bagian dari suatu proses pendidikan secara formal dengan tujuan untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan kerja seseorang (Simanjutak, Nababan, Hakim, & Manurung, 2021)

Hasil penelitian serupa didapatkan bahwa metode blended learning meningkatkan kualitas standar pendidikan kebidanan dan pendidikan secara umum. Manfaat paling umum menggunakan blended learning adalah penggunaan waktu yang efektif, bahan ajar yang terbaru, dan mengurangi biaya transportasi untuk peserta didik dan pendidik (Ndayisenga et al., 2021).

Pengaruh Blended Learning bagi Bidan terhadap AKB

Hasil data distribusi frekuensi menunjukkan data bahwa 6 bulan sebelum dilakukan blended learning bagi bidan terdapat 5 angka kematian bayi dan 6 bulan setelah dilakukan blended learning bagi bidan terdapat 1 angka kematian bayi, terlihat bahwa terdapat penurunan angka kematian bayi sebelum dan sesudah dilakukan blended learning, didukung dengan uji statistik mann-whitney didapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan yang signifikan terhadap penurunan angka kematian bayi sebelum dan sesudah dilakukan blended learning, hal ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh angka kematian bayi sebelum dan sesudah dilakukan blended learning bagi bidan.

Peran bidan sangat dibutuhkan dalam menangani masalah tingginya angka kematian bayi (AKB), dalam UU Nomor 36 tahun 2009 tentang

Kesehatan membahas tentang Kesehatan bayi yaitu pada pasal 131. Pasal 131: upaya pemeliharaan kesehatan bayi dan anak harus ditujukan untuk mempersiapkan generasi yang akan datang yang sehat, cerdas dan berkualitas serta untuk menurunkan angka kematian bayi dan anak (Dewi, 2016).

Pengaruh Blended Learning bagi Bidan terhadap Stunting

Hasil data distribusi frekuensi menunjukkan data bahwa 6 bulan sebelum dilakukan blended learning bagi bidan terdapat 61 bayi dengan risiko stunting dan 6 bulan setelah dilakukan blended learning bagi bidan terdapat 52 bayi dengan risiko stunting, terlihat bahwa terdapat penurunan bayi dengan risiko stunting sebelum dan sesudah dilakukan blended learning, didukung dengan uji statistik independent t test didapatkan hasil bahwa terdapat pengaruh yang signifikan terhadap penurunan angka stunting sebelum dan sesudah dilakukan blended learning, hal ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh penurunan angka stunting sebelum dan sesudah dilakukan blended learning bagi bidan.

Bidan berperan tidak hanya membantu menekan angka kematian ibu dan bayi, tetapi juga dalam upaya penurunan angka stunting, hal ini sesuai dengan Pasal 46 Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan yang menjelaskan bahwa tugas bidan meliputi pelayanan kesehatan ibu, kesehatan anak, reproduksi perempuan dan keluarga berencana. Anak yang dinyatakan sehat dalam proses tumbuh kembang pada awal kehidupannya adalah anak yang tidak mengalami stunting (UUD RI, 2019).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa peran bidan dapat mempengaruhi perilaku ibu dalam pencegahan stunting pada balitanya, dengan adanya peran bidan yang baik segala kegiatan kesehatan terutama dalam target penurunan angka stunting juga dapat terlaksana dengan baik (Heni Wulandari & Istiana Kusumastuti, 2020).

BAB 5

PENUTUP

5.1 Simpulan

1. Tidak terdapat pengaruh intervensi *blended learning* bagi bidan terhadap angka kematian ibu. Hasil uji statistik mann-whitney dengan hasil $p=0,241>0,05$ pada penelitian ini menemukan hasil bahwa tidak terdapat pengaruh intervensi *blended learning* bagi bidan dalam penurunan angka kematian ibu.
2. Terdapat perbedaan dan pengaruh intervensi *blended learning* bagi bidan terhadap angka kematian bayi. Hasil uji statistik mann-whitney dengan hasil $p=0,027<0,05$ pada penelitian ini menemukan hasil bahwa terdapat pengaruh intervensi *blended learning* bagi bidan dalam penurunan angka kematian bayi.
3. Terdapat perbedaan dan pengaruh intervensi *blended learning* bagi bidan terhadap angka stunting. Hasil uji statistik independent t test dengan hasil $p=0,028<0,05$ pada penelitian ini menemukan hasil bahwa terdapat pengaruh intervensi *blended learning* bagi bidan dalam penurunan angka *stunting*.

5.2 Saran

1. Untuk Institusi Kebidanan
Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai *Evidence Based Practice*, dalam menurunkan AKI, AKB dan Stunting.
2. Untuk Peneliti Selanjutnya
Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dan dasar dalam penelitian selanjutnya. Peneliti selanjutnya diharapkan untuk mengambil sampel penelitian yang lebih besar dan waktu yang lama.

3. Untuk Petugas Kesehatan

Penelitian ini diharapkan sebagai bahan masukan untuk petugas kesehatan dalam hal meningkatkan kualitas pelayanan KIA di Fasyankes Primer.

DAFTAR PUSTAKA

- Amiruddin, R., & Hasmi. (2014). *Determinan Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Carolina, M., Hidayatullah, T., & Wulandari, S. (2019). Perkembangan Pembangunan Sarana dan Indikator Kesehatan. *Pusat Kajian Anggaran Badan Keahlian Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia*, 16. Retrieved from <https://berkas.dpr.go.id/puskajianggaran/referensi-apbn/public-file/referensi-apbn-public-20.pdf>
- Dewi, S. (2016). Kewajiban Bidan Dalam Menanggulangi Kematian Ibu Dan Kematian Bayi Di Hubungkan Dengan Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan Juncto Keputusan Gubernur Jawa Barat Nomor 441.8/Kep.1076-Dinkes/2014 Tentang Tim Koordinasi Program Penyelamatan Ibu Dan Bayi Baru Lahir. *Justisi Jurnal Ilmu Hukum*, 1(1), 95–117. <https://doi.org/10.36805/jjih.v1i1.111>
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2019). Profil Kesehatan Provinsi Jateng Tahun 2019. *Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*, 3511351(24), 273–275.
- Elmeida, I. F., & Pranajaya, R. (2017). Pengaruh Metode Pembelajaran Blended Learning Terhadap Motivasi Belajar Mahasiswa Kebidanan Poltekkes Tanjungkarang. *Jurnal Keperawatan*, XIII(1), 35–41.
- Heni Wulandari, & Istiana Kusumastuti. (2020). Peran Bidan, Peran kader, Dukungan Keluarga dan Motivasi Ibu terhadap Perilaku Ibu dalam Pencegahan Stunting. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 19(2), 73–80. <https://doi.org/10.33221/jikes.v19i02.548>
- Kemenkes, & RI. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019* (B. Hardhana, F. Sibuea, & W. Widiantini, eds.). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

https://doi.org/10.5005/jp/books/11257_5

Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia 2016*. Jakarta.

Kementerian Kesehatan RI. (2019). Profil Kesehatan Indonesia 2018. In *Journal of Clinical Pathology* (Vol. 40). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
<https://doi.org/10.1136/jcp.40.5.591-b>

Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Modul Pelatihan Blended Learning bagi Bidan dalam Rangka Percepatan Penurunan AKI , AKB dan Stunting*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Komini Nasional Etik Penelitian Kesehatan. (2011). Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan 2011. *Litbang Kementerian Kesehatan*, 1–134.

Manuaba, I. (2010). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.

Munzadi, M. (2018). *Pengaruh Blended Learning Berbasis Rotation Model terhadap Motivasi dan Hasil Belajar Geografi Siswa MA Matholiul Anwar Lamongan*. 6(3), 125–132.

Ndayisenga, J. P., Babenko-Mould, Y., Kasine, Y., Nkurunziza, A., Mukamana, D., Murekezi, J., ... Muhayimana, A. (2021). Blended teaching and learning methods in nursing and midwifery education: A scoping review of the literature. *Research Journal of Health Sciences*, 9(1), 100–114.
<https://doi.org/10.4314/rejhs.v9i1.11>

Patterson, J., Baddock, S., Pairman, S., Griffiths, C., & Miller, S. (2015). Evaluation of the learning components of a blended Bachelor of Midwifery programme: student perceptions of how these contributed to their learning and their readiness for practice. *New Zealand College of Midwives Journal*, 51(December), 50–58.
<https://doi.org/10.12784/nzcomjnl51.2015.8.50-58>

Rachmawati, T., L., T., Basuki, & Hari. (2011). Pola Penyakit Penyebab Kematian Bayi Di Pedesaan Dan Perkotaan, Kondisi Sosio Ekonomi Pada Kejadian Kematian Bayi Di Indonesia Hasil Riskesdas 2007. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 14.

Rukmana, E., Briawan, D., & Ekyanti, I. (2016). Faktor Risiko pada Stunting pada Anak usia 6-24 Months in Bogor. *Jurnal MKMI2*, 12(3), 192–199.

Sastroamoro, S. (2014). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis* (5 th ed). Jakarta: Sagung Seto.

Simanjutak, F. E., Nababan, D., Hakim, L., & Manurung, J. (2021). FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KINERJA BIDAN DALAM HUBUNGANNYA TERHADAP ANGKA KEMATIAN IBU DI KABUPATEN LABUHANBATU. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 7(2), 1485–1499.

Stewart CP, Iannotti L, Dewey KG, M. K. dan O. A. (2013). Childhood Stunting: Context, Causes and Consequences. *Maternal and Child Nutrition*.

Susiana, S. (2019). Strategi Penurunan Kematian Ibu Dan Anak. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.

Utomo, M. (2013). Studi Kematian Ibu dan Bayi di Provinsi Sumatera Barat: Faktor Determinan dan Masalahnya. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 5(6), 243–249.

UUD RI. (2019). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan*.

World Health Organization. (2013). *Childhood Stunting: Context, Causes and Consequences Conceptual Framework 2013*.

World Health Organization. (2015). *Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB)*.

Yunita, A., Istiyani, N., & Muslihatinningsih, F. (2014). Diskriptif Faktor Sosial Ekonomi Terhadap Mortalitas Bayi Di Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember. *Artikel Ilmiah*.

Zolfaghari, M., Negarandeh, R., & Eybpoosh, S. (2013). Developing a blended learning program for nursing and midwifery students in Iran: Process and preliminary outcomes. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(1), 20–26. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23983723%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3748550>

GLOSARIUM

A

AKI: Angka Kematian Ibu (AKI) adalah jumlah kematian perempuan pada saat hamil atau kematian dalam kurun waktu 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lamanya kehamilan atau tempat persalinan, yakni kematian yang disebabkan karena kehamilannya atau pengelolaannya, tetapi bukan karena sebab-sebab lain per 100.000 kelahiran hidup.

AKB: Angka Kematian Bayi (AKB) didefinisikan sebagai jumlah meninggalnya bayi yang berusia di bawah 1 tahun per 1.000 kelahiran yang terjadi dalam kurun satu tahun.

B

Blended Learning: *Blended Learning* merupakan sebuah model pembelajaran campuran untuk mendukung kurikulum. *Blended Learning* didefinisikan sebagai kombinasi dari tatap muka dan komunikasi yang dimediasi secara teknologi antara dosen, siswa dan sumber belajar

Q

Quasi Experiment: Desain penelitian yang melibatkan minimal dua kelompok sampel yaitu kelompok sampel eksperimen yang diberikan perlakuan dan satu kelompok sampel lainnya sebagai kelompok kontrol

S

Stunting: *stunting* (kerdil) adalah kondisi dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umur. Kondisi ini diukur dengan panjang atau tinggi badan yang lebih dari minus dua standar deviasi median standar pertumbuhan anak dari

WHO. Balita stunting termasuk masalah gizi kronik yang disebabkan oleh banyak faktor seperti kondisi sosial ekonomi, gizi ibu saat hamil, kesakitan pada bayi, dan kurangnya asupan gizi pada bayi.

U

Uji expert: uji validitas yang menggunakan panel expert yaitu peneliti melakukan konsultasi dengan ahli dalam bidang keilmuan yang dimaksud

INDEKS

Blended Learning

AKI

AKB

Stunting

Bidan

PROFIL PENULIS



Ns. Deni Metri, S.Kep.,M.Kes

Email : denimetri08@gmail.com

Phone : 081379020316

Adalah dosen tetap Poltekkes Tanjungkarang Prodi Keperawatan Kotabumi. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di Universitas Andalas Padang pada tahun 2004, Kemudian menyelesaikan pendidikan S2 di Universitas Mitra Lampung pada tahun 2016. Mata kuliah yang diampu oleh penulis adalah Komunikasi Dalam Keperawatan, Keperawatan Anak, keperawatan gerontik. Dalam rangka meningkatkan ilmu pengetahuan, penulis aktif mengikuti kegiatan Pelatihan dan Seminar-Seminar Ilmiah kesehatan dan Keperawatan di tingkat Nasional maupun Internasional. Selain itu dalam bidang organisasi Penulis aktif menjadi anggota Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), Asosiasi Dosen Indonesia.

PROFIL PENULIS



Septian Andriyani, S.Kp., M.Kep

Email: septianandriyani@upi.edu

Phone : 081322908808

orcid iD: 0000-0001-5661-7235

Scopus ID: 57200562125

Adalah dosen tetap Prodi Keperawatan Fakultas Pendidikan Olahraga dan Kesehatan Universitas Pendidikan Indonesia Di Bandung. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di Universitas Padjadjaran Bandung pada tahun 2004, Kemudian menyelesaikan pendidikan S2 Keperawatan Anak di STIKES Jenderal Achmad Yani Cimahi pada tahun 2013. Mata kuliah yang diampu oleh penulis adalah Komunikasi Dalam Keperawatan, Keperawatan Anak, Promosi Kesehatan dan Keperawatan Olahraga. Penulis juga aktif mendapatkan hibah penelitian dari Internal UPI dan kemenristek DIKTI. Dalam rangka meningkatkan ilmu pengetahuan, penulis aktif mengikuti kegiatan Pelatihan dan Seminar-Seminar Ilmiah kesehatan dan Keperawatan di tingkat Nasional maupun Internasional. Selain itu dalam bidang organisasi Penulis aktif menjadi anggota Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), anggota Ikatan Perawat Anak Indonesia (IPANI) dan Pengurus AIPViKI Regional IV Jawa Barat Banten Periode 2019-2023.

PROFIL PENULIS



Siti Nur Umariyah Febriyanti, S,Si.T, MH, CBC

Penulis Lahir di Semarang, 14 Februari 1980, lulus DIII Kebidanan dari AKBID Depkes Semarang tahun 2001, lulus DIV Bidan Pendidik di STIKES Ngudi Waluyo Ungaran tahun 2003, lulus AKTA Mengajar di Universitas PGRI Semarang tahun 2006, lulus Magister Hukum Kesehatan di Universitas Katholik Soegijapranata Semarang tahun 2015. Pernah bekerja sebagai Bidan di PMB dan RSIA Bunda Semarang tahun 2001-2003, aktif di beberapa organisasi baik sebagai anggota atau pengurus organisasi seperti PC IBI Kota Semarang, DPW Jateng MHKI, Ikatan Alumni Magister Hukum Kesehatan Universitas Katholik Soegijapranata Semarang dan beberapa organisasi lain di masyarakat, bekerja sebagai Dosen Kebidanan di Universitas Karya Husada Semarang mulai tahun 2003-sekarang. Hasil penelitian rutin dipublikasikan penulis tiap semester di Jurnal Nasional Terakreditasi dan Prosiding baik nasional maupun internasional. Beberapa modul dan buku sudah dipublikasikan, ber-ISBN dan mendapat Hki antara lain Buku Ajar Natural Basic Therapy IV, Modul Inovasi Pijat Bayi Prematur dengan Music Lullaby, Buku Saku Olahan Buah Pisang dan Alpukat untuk Meningkatkan Berat Badan Balita Gizi Kurang, Buku Panduan Praktek Klinik Kebidanan I Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis, Buku Panduan Praktek Klinik Kebidanan I Asuhan Kebidanan Pada Persalinan dan BBL Fisiologis, Buku Panduan Praktek Klinik Kebidanan I Asuhan Kebidanan Pada Nifas Fisiologis.

PROFIL PENULIS



Lili Anggraini SSiT., MH. Kes

Penulis Lahir di Sumanik, 20 Januari 1974, lulus Poltekkes Padang 2003, lulus DIV Bidan Pendidik di PoLtekkes Jakarta III 2007, lulus Magister Hukum Kesehatan di Universitas Katholik Soegijapranata Semarang tahun 2014.

Pernah bekerja sebagai Bidan di PTT di Sumatra Barat 1998.TPMB dan klinik bersalin 1998-2023 aktif di beberapa organisasi baik sebagai anggota atau pengurus organisasi seperti menjadi pengurus di PDIBIDKI, wakil bendahara 2 di Pita Putih Indonesia, wakil bendahara di apvokasi, anggota dan beberapa organisasi lain di masyarakat, bekerja sebagai Dosen Kebidanan di AKBID Kartika Mitra Husda 2004 – 2019 dan mengajar di Stikes Abdi Nusantara Jakarta 2019 samapai sekarang. Hasil penelitian rutin dipublikasikan penulis tiap semester di Jurnal Nasional Terakreditasi dan Prosiding baik nasional maupun internasional. Beberapa modul dan buku sudah dipublikasikan, ber-ISBN

PROFIL PENULIS



**Dr. Festy Mahanani Mulyaningrum,
SST.MPH**

Penulis Lahir di Kendal, 20 Mei 1990, lulus DIV Bidan Pendidik di Poltekkes Kemenkes Surakarta 2012, lulus S2 Universitas Sebelas Maret 2015 dan Lulus Program Doktor Promosi Kesehatan Universitas Sebelas Maret 2021. Aktif di beberapa organisasi baik sebagai anggota atau pengurus organisasi seperti IBI dan DWP KPP Jakarta, bekerja sebagai Dosen An Nuur Purwodadi mulai tahun 2016-sekarang. Hasil penelitian rutin dipublikasikan penulis tiap semester di Jurnal Nasional Terakreditasi dan Prosiding baik nasional maupun internasional. Beberapa modul dan buku sudah dipublikasikan, ber-ISBN dan mendapat Hki antara lain Buku Ajar Komunikasi Kebidanan, Modul Komik IMS HIV AIDS, Buku Self efficacy, dan Monograf Model Promosi Kesehatan Deteksi Dini Kanker Servix.

Keperawatan anak merupakan suatu disiplin ilmu keperawatan yang berfokus pada kesejahteraan anak sehingga perawat bertanggung jawab secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan anak baik yang sehat maupun sakit. Dalam mensejahterakan anak, keperawatan selalu mengutamakan kepentingan anak dan upayanya tidak terlepas dari peran keluarga. Anak bukan miniatur orang dewasa tetapi merupakan individu yang unik dan mempunyai kebutuhan sesuai tahap perkembangan. Agar sesuai dengan tahap perkembangan maka perlu dilakukan upaya perilaku agar anak-anak terhindar dari penyakit, khususnya penyakit TB paru. Penyakit TB paru merupakan suatu penyakit yang disebabkan Mycobacterium tuberculosis. Penyakit ini sangat infeksius yang merupakan droplet nuclei. TB pada anak mencerminkan transmisi TB yang terus berlangsung di populasi. Masalah ini masih memerlukan perhatian yang lebih baik dalam program pengendalian TB. Bakteri TB masuk ke dalam tubuh manusia melalui saluran pernapasan dan bisa menyebar ke bagian tubuh lainnya melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe atau langsung ke organ terdekatnya. Tidak semua kuman TB paru yang masuk ke dalam tubuh akan berkembang menjadi penyakit TB paru. Mekanisme pertahanan tubuh akan segera bekerja dan kuman yang masuk tersebut akan dilumpuhkan. Namun jika kondisi kesehatan sedang buruk maka daya tahan tubuh akan berkurang, sehingga kemungkinan terjadinya penyakit TB paru akan lebih besar. Perlunya mengetahui perilaku pencegahan penularan TB paru. Hendaknya ada peningkatan penyuluhan kepada pasien dan keluarga baik dengan home visit atau banner, leaflet dll serta masalah lingkungan agar memodifikasi lingkungan sehingga dapat memutuskan mata rantai penularan tuberculosis paru khususnya terhadap anak.

Penerbit:

ISBN 978-623-09-2180-3



PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower Lt 5 Unit F

Jalan S. Parman Kav. 22-24

Kel. Palmerah, Kec. Palmerah

Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11490

telp: (021) 29866919