

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pertumbuhan Dan Perkembangan

1. Pengertian

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran dan jumlah sel serta jaringan interseluler, berarti bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh sebagian atau keseluruhan, sehingga dapat diukur dengan satuan panjang dan berat (Kemenkes RI, 2019: 3).

Perkembangan adalah bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa serta sosial kemandirian (Kemenkes RI, 2019: 3).

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: 3).

2. Stimulasi Tumbuh Kembang Balita

Stimulasi adalah kegiatan merangsang kemampuan dasar anak umur 0-6 tahun agar anak tumbuh dan berkembang secara optimal. Setiap anak perlu mendapat stimulasi rutin sedini mungkin dan terus menerus pada setiap kesempatan. Stimulasi tumbuh kembang anak di lakukan oleh ibu dan ayah yang merupakan orang terdekat dengan anak, pengganti ibu/pengasuh

anak, anggota keluarga lain dan kelompok masyarakat dilingkungan rumah tangga masing- masing dan dalam kehidupan sehari- hari. Kurangnya stimulasi dapat menyebabkan penyimpangan tumbuh kembang anak bahkan gangguan yang menetap (Kemenkes RI, 2019: 7).

Menurut Kemenkes RI (2016: 11) dalam melakukan stimulasi tumbuh kembang anak, ada beberapa prinsip dasar yang perlu di perhatikan, yaitu sebagai berikut:

- a. Stimulasi di lakukan dengan di landasi rasa cinta dan kasih sayang.
- b. Selalu tunjukkan sikap dan perilaku yang baik karena anak akan meniru tingkah laku orang-orang yang terdekat dengan nya.
- c. Berikan stimulasi sesuai dengan kelompok umur anak.
- d. Lakukan stimulasi dengan cara mengajak anak bermain, bernyanyi, bervariasi, menyenangkan, tanpa paksaan dan tidak ada hukuman.
- e. Lakukan stimulasi secara bertahap dan berkelanjutan sesuai umur anak, terhadap ke 4 aspek kemampuan dasar anak.
- f. Gunakan alat bantu /permainan yang sederhana, aman dan ada disekitar anak.
- g. Berikan kesempatan yang sama pada anak laki-laki dan perempuan.
- h. Anak selalu di beri pujian, bila perlu diberikan hadiah untuk keberhasilannya.

Tabel 1
Jadwal kegiatan dan Jenis Skrining
Deteksi Dini Penyimpangan Tumbuh Kembang Pada Balita dan Anak Prasekolah

Umur Anak	Jenis Deteksi Tumbuh Kembang Yang Harus Dilakukan							
	Deteksi Dini Penyimpangan Pertumbuhan		Deteksi Dini Penyimpangan Perkembangan			Deteksi Dini Penyimpangan Mental Emosional (dilakukan atas indikasi)		
	BB/TB	LK	KPSP	TDD	TDL	KMPE	M-CHAT	GPPH
0 bulan	✓	✓		✓				
3 bulan	✓	✓	✓	✓				
6 bulan	✓	✓	✓	✓				
9 bulan	✓	✓	✓	✓				
12 bulan	✓	✓	✓	✓				
15 bulan	✓	✓	✓	✓				
18 bulan	✓	✓	✓	✓			✓	
21 bulan	✓	✓	✓	✓			✓	
24 bulan	✓	✓	✓	✓			✓	
30 bulan	✓	✓	✓	✓			✓	
36 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
42 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
48 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
54 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
60 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
66 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
72 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓

Sumber: Kemenkes RI, 2019, halaman 23

3. Deteksi Dini Tumbuh Kembang Anak

Deteksi dini tumbuh kembang anak atau pelayanan SDIDTK merupakan kegiatan atau pemeriksaan untuk menemukan secara dini adanya penyimpangan tumbuh kembang pada balita dan anak pra sekolah. Dengan ditemukan secara dini penyimpangan/masalah tumbuh kembang anak, maka intervensi akan lebih mudah dilakukan, bila terlambat diketahui, maka intervensinya akan lebih sulit dan hal ini akan berpengaruh pada tumbuh kembang anak (Kemenkes RI, 2019: 30).

a. Pengukuran Berat Badan terhadap Tinggi Badan (BB/TB)

- 1) Tujuan pengukuran BB/TB adalah menentukan status perbaikan gizi anak usia dibawah 5 tahun, apakah normal, kurus, sangat kurus atau

gemuk.

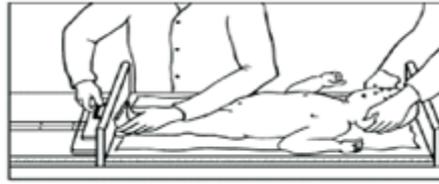
- 2) Jadwal pengukuran BB/TB di sesuaikan dengan jadwal deteksi dini tumbuh kembang balita. Pengukuran dan penilaian BB/TB di lakukan oleh tenaga kesehatan terlatih.

Tabel 2
Pengukuran Berat Badan (BB)

No	Cara pengukuran
1	<p>Menggunakan timbangan bayi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbangan bayi di gunakan untuk menimbang anak sampai umur 2 tahun atau selama anak masih bisa berbaring /duduk tenang 2. Letakkan timbangan pada meja yang datar dan tidak mudah bergoyang 3. Lihat posisi jarum atau angka harus menunjuk ke angka 0 4. Bayi sebaiknya telanjang tanpa topi, kaos kaki dan sarung tangan 5. Baringkan bayi dengan hati-hati di atas timbangan . 6. Lihat jarum timbangan sampai berhenti. 7. Baca angka yang di tunjukan oleh jarum timbangan atau angka timbangan. 8. Bila bayi terus menerus bergerak,perhatikan gerakan jarum,baca tengah-tengah gerakan jarum ke kanan dan ke kiri
2	<p>Menggunakan timbangan injak (timbangan digital)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Letakan timbangan di lantai datar sehingga tidak mudah bergerak 2. Lihat posisis jarum atau angka harus menuju ke angka 0 3. Anak sebaiknya memakai baju sehari-hari yang tipis, tidak memakai alas kaki, jaket, topi, jam tangan, kalung an tidak memegang sesuatu. 4. Anak berdiri diatastimbangan tanpa dipegangi 5. Lihat jarum timbangan sampai berhenti 6. Baca angka yang ditunjukkan oleh jarum timbangan atau angka timbangan 7. Bila anak terus-menerus bergera, perhatikan gerak jarum, baca angka ditengah-tengah antara gerakan jarum ke kanan dan ke kiri

Tabel 3
Pengukuran Panjang Badan (PB) atau Tinggi Badan (TB)

No	Cara Pengukuran
1	<p>Cara mengukur dengan posisi berbaring:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sebaiknya dilakukan oleh 2 orang. 2. Bayi dibaringkan telentang pada alas yang datar. 3. Kepala bayi menempel pada pembatas angka. 4. Petugas 1: kedua tangan memegang kepala bayi agar tetap menempel 5. pada pembatas angka 0 (pembatas kepala). 6. Petugas 2: tangan kiri menekan lutu bayi agar lurus, tangan kananmenekan batas kaki ke telapak kaki 7. Petugas 2: membaca angka di tepi di luar pengukur



Gambar 1
(Sumber: Kemenkes RI, 2019: 27)

2

Gara mengukur dengan posisi berdiri

1. Anak tidak memakai sandal atau sepatu.
2. Berdiri tegak menghadap kedepan.
3. Punggung, pantat dan tumit menempel pada tiang pengukur.
4. Turunkan batas atas pengukur sampai menempel di ubun-ubun.
5. Baca angka pada batas tersebut.



Gambar 2
(Sumber: Kemenkes RI, 2019: 27)

b. Pengukuran Lingkar Kepala Anak (LKA)

- 1) Tujuan pengukuran lingkaran kepala anak adalah untuk mengetahui lingkaran kepala anak dalam batas normal atau di luar batas normal.
- 2) Jadwal, disesuaikan dengan umur anak. Umur 0-11 bulan, pengukuran dilakukan setiap tiga bulan. Pada anak yang lebih besar, umur 12-72 bulan, pengukuran dilakukan setiap enam bulan. Pengukuran dan penilaian lingkaran kepala anak dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih.
- 3) Cara mengukur lingkaran kepala
 - (a) Alat pengukur dilingkarkan pada kepala anak melewati dahi, menutupi alis mata, diatas kedua telinga, dan bagian belakang

kepala yang menonjol, tarik agak kencang.

- (b) Baca angka pada pertemuan dengan angka 0.
- (c) Tanyakan tanggal lahir bayi/anak, hitung umur bayi/anak.
- (d) Hasil pengukuran dicatat pada grafik lingkaran kepala menurut umur dan jenis kelamin anak.
- (e) Buat garis yang menghubungkan ukuran yang lalu dengan ukuran sekarang.



Gambar 3
Pengukuran Lingkar Kepala
(Sumber Kemenkes RI, 2019: 28)

Interpretasi

- (a) Jika ukuran lingkaran kepala anak berada di dalam “jalur hijau” , lingkaran kepala anak normal.
- (b) Jika ukuran lingkaran kepala anak berada di luar “jalur hijau” , lingkaran kepala anak tidak normal.
- (c) Lingkaran kepala anak tidak normal ada 2 (dua), yaitu makrosefal berada di atas ” jalur hijau” dan mikrosefal apabila berada di bawah ” jalur hijau” .

Intervensi

Apabila ditemukan makrosefal maupun mikrosefal segera dirujuk ke

rumah sakit (Kemenkes RI, 2016: 19).

c. Skrining pemeriksaan perkembangan anak menggunakan kuesioner praskrining perkembangan (KPSP)

Tujuan untuk mengetahui perkembangan anak normal atau ada penyimpangan. Skrining/pemeriksaan dilakukan oleh tenaga kesehatan, guru TK dan petugas PAUD terlatih. Jadwal skrining/pemeriksaan KPSP rutin adalah: setiap 3 bulan pada anak < 24 bulan dan tiap 6 bulan pada anak usia 24 - 72 tahun (umur 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60, 66 dan 72 bulan) (Kemenkes RI, 2016: 20).

Apabila orang tua datang dengan keluhan anaknya mempunyai masalah tumbuh kembang, sedangkan umur anak bukan umur skrining maka pemeriksaan menggunakan KPSP untuk umur skrining yang lebih muda dan dianjurkan untuk kembali sesuai dengan waktu pemeriksaan umurnya (Kemenkes RI, 2016: 20).

Alat/instrumen yang digunakan adalah:

1) Formulir KPSP menurut umur.

Formulir ini berisi 9-10 pertanyaan tentang kemampuan perkembangan yang telah dicapai anak. Sasaran KPSP anak umur 0-72 bulan.

2) Alat bantu pemeriksaan berupa:

Pensil, kertas, bola sebesar bolatennis, kerincingan, kubus berukuran sisi 2,5 Cm sebanyak 6 buah, kismis, kacang tanah, potongan biskuit kecil berukuran 0.5-1 Cm.

Cara menggunakan KPSP:

- a) Pada waktu pemeriksaan/skrining, anak harus dibawa.
- b) Tentukan umur anak dengan menanyakan tanggal bulan dan tahun anak lahir. Bila umur anak lebih 16 hari dibulatkan menjadi 1 bulan.

Contoh: bayi umur 3 bulan 16 hari, dibulatkan menjadi 3 bulan bila umur bayi 3 bulan 15 hari, dibulatkan menjadi 3 bulan.
- c) Setelah menentukan umur anak, pilih KPSP yang sesuai dengan umurnya.
- d) KPSP terdiri ada 2 macam pertanyaan, yaitu:
 - (1) Pertanyaan yang dijawab oleh ibu/pengasuh anak, contoh:
"Dapatkah bayi makan kue sendiri?"
 - (2) Perintah kepada ibu/pengasuh anak atau petugas melaksanakan tugas yang tertulis pada KPSP. Contoh: "Pada posisi bayi anda telentang, tariklah bayi pada pergelangan tangannya secara perlahan-lahan ke posisi duduk".
- 3) Jelaskan kepada orang tua agar tidak ragu-ragu atau takut menjawab, oleh karena itu pastikan ibu/pengasuh anak mengerti apa yang ditanyakan kepadanya.
- 4) Tanyakan pertanyaan tersebut secara berturut-turut, satu per satu. Setiap pertanyaan hanya ada 1 jawaban, Ya atau Tidak. Catat jawaban tersebut pada formulir.
- 5) Ajukan pertanyaan yang berikutnya setelah ibu/pengasuh anak menjawab pertanyaan terdahulu.
- 6) Teliti kembali apakah semua pertanyaan telah dijawab.

Interpretasi hasil KPSP:

- 1) Hitunglah berapa jumlah jawaban Ya.
 - a) Jawaban Ya, bila ibu/pengasuh menjawab: anak bisa atau pernah atau sering atau kadang kadang melakukannya.
 - b) Jawaban Tidak, bila ibu/pengasuh menjawab: anak belum pernah melakukan atau tidak paham atau ibu/pengasuh anak tidak tahu.
- 2) Jumlah jawaban 'Ya' = 9 atau 10, perkembangan anak sesuai dengan tahap perkembangannya(S).
- 3) Jumlah jawaban 'Ya' = 7 atau 8, perkembangan anak meragukan (M).
- 4) Jumlah jawaban 'Ya' = 6 atau kurang, kemungkinan ada penyimpangan (P).
- 5) Untuk jawaban 'Tidak', perlu dirinci jumlah jawaban 'Tidak' menurut jenis keterlambatan (gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa, sosialisasi dan kemandirian).

Intervensi:

- 1) Bila perkembangan anak sesuai umur (S), lakukan tindakan berikut:
 - a) Beri pujian kepada ibu karena telah mengasuh anaknya dengan baik.
 - b) Teruskan pola asuh anak sesuai dengan tahap perkembangan anak
 - c) Beri stimulasi perkembangan anak setiap saat, sesering mungkin, sesuai dengan umur dan kesiapan anak.
 - d) Ikutkan anak pada kegiatan penimbangan dan pelayanan kesehatan di posyandu secara teratur sebulan 1 kali dan setiap ada kegiatan Bina Keluarga Balita (BKB). Jika anak sudah memasuki usia prasekolah (36-72 bulan), anak dapat diikutkan pada kegiatan di Pusat Pendidikan

Anak Usia Dini (PAUD), Kelompok Bermain dan Taman Kanak-Kanak.

- e) Lakukan pemeriksaan/skrining rutin menggunakan KPSP setiap 3 bulan pada anak berumur kurang dari 24 bulan dan setiap 6 bulan pada anak umur 24 sampai 72bulan.
- 2) Bila perkembangan anak meragukan (M), lakukan tindakan berikut:
- a) Beri petunjuk pada ibu agar melakukan stimulasi perkembangan pada anak lebih sering lagi, setiap saat dan sesering mungkin.
 - b) Ajarkan ibu cara melakukan intervensi stimulasi perkembangan anak untuk mengatasi penyimpangan/mengejar ketertinggalannya.
 - c) Lakukan pemeriksaan kesehatan untuk mencari kemungkinan adanya penyakit yang menyebabkan penyimpangan perkembangannya dan lakukan pengobatan.
 - d) Lakukan penilaian ulang KPSP 2 minggu kemudian dengan menggunakan daftar KPSP yang sesuai dengan umur anak.
 - e) Jika hasil KPSP ulang jawaban 'Ya' tetap 7 atau 8 maka kemungkinan ada penyimpangan (P).
- 3) Bila tahapan perkembangan terjadi penyimpangan (P), lakukan tindakan berikut: Merujuk ke Rumah Sakit dengan menuliskan jenis dan jumlah penyimpangan perkembangan (gerak kasar, gerak halus, bicara & bahasa, sosialisasi dan kemandirian) (Kemenkes RI, 2016: 21-22).

Tabel 4
Formulir KPSP Umur 15 Bulan

		YA	TIDAK
Anak dipangku ibunya/ pengasuh di tepi meja periksa			
1. Beri 2 kubus, tanpa bantuan, apakah anak dapat mempertemukan dua kubus kecil yang ia pegang?	Gerak Halus		
2. Apakah anak dapat mengambil benda kecil seperti kacang, kismis, atau potongan biskuit dengan menggunakan ibu jari dan jari telunjuk seperti pada gambar 	Gerak Halus		
Tanya/ ibu atau pengasuh			
3. Apakah anak dapat jalan sendiri atau jalan dengan berpegangan?	Gerak Kasar		
4. Tanpa bantuan, apakah anak dapat bertepuk tangan atau melambai- lambai?	Sosial dan Kemandirian		
5. Jawab TIDAK bila ia membutuhkan bantuan Apakah anak dapat mengatakan “papa” ketika ia memanggil/ melihat ayahnya dan mengatakan “mama” saat melihat/memanggil ibunya?	Bicara dan Bahasa		
6. Jawab YA bila anak mengatakan salah satu diantaranya Apakah anak dapat menunjukkan apa yang diinginkannya tanpa menangis atau merengek? Jawab YA bila ia menunjuk, menarik atau mengeluarkan suara yang menyenangkan	Sosial dan Kemandirian		
Coba berdirikan anak			
7. Apakah anak dapat berdiri sendiri tanpa berpegangan selama kira- kira 5 detik?	Gerak Kasar		
8. Apakah anak dapat berdiri sendiri tanpa berpegangan selama 30 detik atau lebih?	Gerak Kasar		
9. Taruh kubus dilantai, tanpa berpegangan atau menyentuh lantai, apakah anak dapat membungkuk untuk memungut kubus dilantai dan kemudian berdiri kembali?	Gerak Kasar		
10. Apakah anak dapat berjalan di sepanjang ruangan tanpa jatuh atau terhuyung- huyung	Gerak Kasar		

Sumber: Kemenkes RI, 2016, Halaman 41.

d. Tahapan Perkembangan Umur 12- 18 Bulan

1) Motorik Kasar

Motorik kasar adalah tugas perkembangan jasmani berupa koordinasi gerakan tubuh seperti berjalan, berlari, berjinjit, melompat,

bergantung, melempar dan menangkap, serta menjaga keseimbangan. Tingkat kematangannya sangat diperlukan untuk pondasi kematangan motorik halus (Kemenkes RI, 2016: 5).

Tahapan Perkembangan:

- a) Berdiri sendiri tanpa berpegangan
- b) Berjalan mundur 5 langkah
- c) Membungkuk memungut mainan kemudian berdiri kembali
(Kemenkes RI, 2016: 42).

2) Motorik Halus

Menurut Papalia (2018) motorik halus adalah kemampuan yang berhubungan dengan keterampilan fisik yang melibatkan otot kecil dan koordinasi mata- tangan kontrol dan koordinasi gerak halus dari mulai meraih, mendorong, menarik, menggenggam, menjumpit, memanipulasi (memeras, menggunting, mengcopy, merone, meletakkan, memasang). Saraf motorik halus ini dapat dilatih dan dikembangkan melalui kegiatan dan rangsangan yang kontinu secara rutin (Yamet, 2020: 46).

Kombinasi antara fungsi mata dan tangan serta koordinasinya, sehingga sangat membutuhkan fokus konsentrasi. Diperlukan kemandirian anak seperti makan, berpakaian (mengancingkan baju, meresletingkan celana, dll). Diperlukan untuk kemampuan akademis di sekolah nantinya seperti: menggunting, menempel, mewarnai, melukis dan lain- lain (Yamet, 2020: 46).

Tahapan Perkembangan:

Menumpuk 2 kubus (Kemenkes RI, 2016: 6).

3) Bicara Bahasa

Kemampuan bicara dan bahasa aspek yang berhubungan dengan kemampuan untuk memberikan respon terhadap suara, berbicara, berkomunikasi, mengikuti perintah dan sebagainya (Kemenkes RI, 2016: 6).

Tahapan Perkembangan:

Memanggil ayah dengan kata "papa" , memanggil ibu dengan kata "mama" (Kemenkes RI, 2016: 43).

4) Sosialisasi Kemandirian

Sosialisasi dan kemandirian adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri anak (makan sendiri, membereskan mainan selesai bermain), berpisah dengan ibu/pengasuh anak, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya (Kemenkes RI, 2016: 6).

Tahapan Perkembangan:

- a) Menunjuk apa yang diinginkan tanpa menangis/merengek, anak bisa mengeluarkan suara yang menyenangkan atau menarik tangan ibu.
- b) Memperlihatkan rasa cemburu/bersaing (Kemenkes RI, 2016: 43).

e. Skrining Perkembangan Menurut Denver II

Tes Denver II merupakan tes psikomotorik dan merupakan salah satu dari metode skrining terhadap kelainan perkembangan anak. Denver II yang digunakan sekarang adalah revisi dari *Denver Developmental Screening Test* (DDST) (Soetjningsih dan Ranuh, 2013: 185).

Fungsi tes Denver II adalah:

- 1) Menilai tingkat perkembangan anak sesuai dengan umurnya.

- 2) Menilai perkembangan anak sejak baru lahir sampai umur 6 tahun.
- 3) Menjaring anak tanpa gejala terhadap kemungkinan adanya kelainan perkembangan.
- 4) Memastikan apakah anak dengan kecurigaan terdapat kelainan, memang benar mengalami kelainan perkembangan.
- 5) Melakukan pemantauan perkembangan anak yang berisiko (misal anak dengan masalah perinatal) (Soetjiningsih dan Ranuh, 2013: 185).

Denver II bukan merupakan tes diagnostic atau tes IQ, bukan peramal kemampuan adaptif atau intelektual anak di masa mendatang, tidak dibuat untuk menghasilkan diagnosis seperti ketidakmampuan belajar (*learning disability*), kesukaran belajar (*learning disorder*) atau gangguan emosional dan tidak untuk substitusi evaluasi diagnostic atau pemeriksaan fisik. Denver II lebih ditunjukkan untuk skrining dengan cara membandingkan kemampuan perkembangan seorang anak dengan anak lain yang seumur (Soetjiningsih dan Ranuh, 2013: 185).

Dalam lembar Denver II, terdapat 125 gugus tugas (kemampuan) perkembangan. Setiap tugas digambarkan dalam bentuk kotak persegi panjang horizontal yang berurutan menurut umur. Pada umumnya, pada waktu dilakukan tes, tugas yang perlu diperiksa pada setiap kali skrining hanya berkisar antara 25-30 tugas saja, sesuai dengan tugas perkembangan yang terpotong garis umur, sehingga tidak memakan waktu lama, yakni hanya sekitar 15-20 menit saja. Sensitivitas Denver II tinggi, tetapi terdapat keterbatasan dalam spesifisitas dan nilai prediktif (Soetjiningsih dan Ranuh, 2013: 185).

Dalam pelaksanaan skrining dengan Denver II ini, umur anak perlu ditetapkan terlebih dahulu dengan menggunakan patokan 30 hari untuk satu bulan dan 12 bulan untuk 1 tahun. Sedangkan umur bayi premature digunakan umur koreksi. Misal umur kronologisnya bayi 6 bulan, tetapi bayi tersebut lahir pada kehamilan 8 bulan (32 minggu), berarti 1 bulan (4 minggu) lahir lebih cepat, maka umur koreksi bayi tersebut adalah 5 bulan (6 bulan dikurangi 1 bulan). Koreksi umur bayi premature dilakukan sampai anak berumur 2 tahun (Soetjiningsih dan Ranuh, 2013: 185).

Perhitungan umur adalah sebagai berikut:

Missal, Budi lahir pada tanggal 23 Mei 2010 dari kehamilan yang cukup nulan dan tes dilakukan pada tanggal 5 Oktober 2012, maka perhitungannya adalah sebagai berikut:

2012 - 10 - 5 (saat tes dilakukan)

2010 - 5 - 23 (tanggal lahir Budi)

Umur Budi $2 - 4 - 12 = 2$ tahun 4 bulan 12 hari.

Kemudian garis umur ditarik vertikal pada formulir Denver II yang memotong kotak-kotak tugas perkembangan pada ke-4 sektor (Soetjiningsih dan Ranuh, 2013: 185-186).

Formulir Denver II:

- 1) Pada garis paling atas dan dasar terdapat skala yang melukiskan umur dalam bulan dan tahun, mulai lahir sampai umur 6 tahun. Untuk 24 bulan pertama, setiap jarak antara 2 tanda garis tegak menunjukkan skala 1 bulan. Selanjutnya, mulai 24 bulan sampai 6 tahun, setiap jarak 2 garis

tegak menunjukkan sklaa 3 bulan.

- 2) Setiap tugas perkembangan terdiri 1 gambar kotak segi empat panjang, dimana tergambar kemampuan perkembangan anak 25%, 50%, 75%, dan 90% terhadap bak perkembangan anak menurut umur.
- 3) Pada beberapa gambar kotak, terdapat *foot note* bilangan (angka) yang menunjukkan bahwa, pada saat melakukan tes harus melihat penjelasan yang ada dibaliknya formulir sesuai dengan bilangan yang akan di tes.
- 4) Huruf R pada tepi kiri segi empat panjang menunjukkan bahwa dalam melakukan tes, boleh berdasarkan laporan orang tua atau pengasuh (Soetjiningsih dan Ranuh, 2013: 186).

Denver II erisi 125 gugus tugas (*items*) yang disusun dalam formulir menjadi 4 sektor untuk menjaring fungsi-fungsi berikut:

1) *Personal social* (personal sosial)

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

2) *Fine motor adiptive* (gerakan motorik halus)

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

3) *Language* (Bahasa)

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

4) *Gross motor* (gerakan motorik kasar)

Aspek yang berhubungan dengan pergerakan dan sikap tubuh (Soetjiningsih dan Ranuh, 2013: 186-187).

Alat yang digunakan

- 1) Alat peraga: benang wol merah, kismis/manik-manik, kubus warna merah-kuning-hijau-biru, permainan anak, botol kecil, bola tenis, bel kecil, kertas dan pensil.
- 2) Lembar formulir Denver II
- 3) Buku petunjuk sebagai referensi yang menjelaskan cara-cara penilaiannya (Soetjiningsih dan Ranuh, 2013: 187).

Prosedur Denver II terdiri dari 2 tahap, yaitu:

- 1) Tahap pertama: secara periodik dilakukan pada semua anak yang berusia 3-6 bulan, 9-12 bulan, 18-24 bulan, 3 tahun, 4 tahun, dan 5 tahun.
- 2) Tahap kedua: dilakukan pada mereka yang pada tahap pertama dicurigai mengalami hambatan perkembangan. Kemudian, prosedur ini dilanjutkan dengan evaluasi diagnostik yang lengkap (Soetjiningsih dan Ranuh, 2013: 187).

Penilaian

Skor yang dipakai Denver II:

- “P” : *Pass* (“lulus”): bila anak melakukan tes dengan baik, atau orangtua/pengasuh anak memberi laporan (“tepat” /dapat dipercaya) bahwa anak dapat melakukannya.
- “F” : *Fail* (“gagal”): bila anak dapat melakukan tes dengan

baik, atau orangtua/pengasuh memberi laporan (“tepat”)
bahwa anak tidak dapat melakukan dengan baik.

“NO” : *No opportunity* (tidak ada kesempatan): bila anak tidak mempunyai kesempatan untuk melakukan tes karena ada hambatan. Skor ini hanya boleh dipakai pada tes dengan tanda “R” .

“R” : *Refusal* (menolak): bila anak menolak untuk melakukan tes.

Setelah semua pemeriksaan diselesaikan, dilakukan “tes perilaku” (terdapat dalam formulir Denver II disebelah kanan bawah), secara menyeluruh pada saat tes berlangsung (Soetjiningsih dan Ranuh, 2013: 187).

Interpretasi penilaian individual

1) Penilaian “lebih” (*advanced*)

Bila seorang anak “lulus” (*pass*) pada *item* tugas perkembangan yang terletak di kanan garis umur, dinyatakan perkembangan anak lebih “lebih” , karena kebanyakan anak sebayanya belum “lulus” .

2) Penilaian “normal”

Bila seorang anak “gagal” (*fail*) atau “menolak” (*Refusal*) melakukan tes pada *item* di sebelah kanan garis umur, maka perkembangan anak dinyatakan normal. Anak tidak diharapkan “lulus” sampai umurnya lebih tua.

Atau bila anak “lulus” , “gagal” atau “menolak” tes pada *item*

dimana garis umur terletak diantara persentil 25 dan 75. Perkembangan anak pada tes tersebut dinyatakan normal.

3) Penilaian *Caution* “peringatan”

Bila seorang anak “gagal” atau “menolak” tes pada *item* dimana garis umur terletak pada atau antara persentil 75 dan 90, maka skornya adalah *Caution* (tuliskan C, seelah kanan kotak segi panjang).

4) Penilaian *delayed*/Keterlambatan

Bila seorang anak “gagal” atau “menolak” melakukan tes pada *item* yang terletak pada lengkap di sebelah kiri garis umur, karena anak “gagal” atau “menolak” tes dimana 90% anak-anak sudah dapat melakukannya.

Keterlambatan ini ditandai dengan memberi warna pada bagian akhir kotak segi panjang

5) Penilaian *No Opportunity* “tidak ada kesempatan” pada tes yang dilaporkan orangtua atau anak tidak ada kesempatan untuk melakukan atau mencoba, diberi skor sebagai “*No*” (Soetjningsih dan Ranuh, 2013: 188-189).

Interpretasi tes Denver II

Normal

- 1) Bila tidak ada keterlambatan (F) atau paling banyak terdapat 1 “*caution*” (C).
- 2) Lakukan pemeriksaan ulang pada control kesehatan berikutnya.

Abnormal

- 1) Terdapat 2 atau lebih keterlambatan (F).
- 2) Dirujuk untuk dievaluasi diagnostik.

Suspek

- 1) Bila didapatkan 2 atau lebih “*caution*” (C) dan atau satu atau lebih keterlambatan (F).
- 2) Lakukan tes ulang dalam 1-2 minggu untuk menghilangkan faktor sesaat seperti rasa takut, keadaan sakit, mengantuk atau kelelahan (Soetjningsih dan Ranuh, 2013: 189).

f. Tes Daya Dengar (TDD)

- 1) Tujuan tes daya dengar adalah untuk menemukan gangguan pendengaran sejak dini, agar dapat segera ditindaklanjuti untuk meningkatkan kemampuan daya dengar dan bicara anak.
- 2) Jadwal TDD adalah setiap 3 bulan pada bayi umur kurang dari 12 bulan dan setiap 6 bulan pada anak umur 12 bulan ke atas. Tes ini dilaksanakan oleh tenaga kesehatan, guru TK, tenaga PADU dan petugas terlatih lainnya.
- 3) Alat/sarana yang diperlukan adalah
 - a) Instrumen TDD menurut umur anak;
 - b) Gambar binatang (ayam, anjing, kucing), manusia;
 - c) Mainan (boneka, kubus, sendok, cangkir, bola).
- 4) Cara melakukan TDD
 - a) Tanyakan tanggal, bulan, dan tahun anak lahir, kemudian hitung umur anak dalam bulan.

- b) Pilih daftar pertanyaan TDD yang sesuai dengan umur anak.
- c) Pada anak umur kurang dari 24 bulan
- (1) Semua pertanyaan harus dijawab oleh orang tua/pengasuh anak. Tidak usah ragu-ragu atau takut menjawab, karena tidak untuk mencari siapa yang salah.
 - (2) Bacakan pertanyaan dengan lambat, jelas dan nyaring, satu persatu, berurutan.
 - (3) Tunggu jawaban dari orangtua/pengasuh anak.
 - (4) Jawaban “Ya” jika menurut orang tua/pengasuh, anak dapat melakukannya dalam satu bulan terakhir.
 - (5) Jawaban “Tidak” jika menurut orang tua/pengasuh anak tidak pernah, tidak tahu atau tak dapat melakukannya dalam satu bulan terakhir.
- d) Pada anak umur 24 bulan atau lebih
- (1) Pertanyaan-pertanyaan berupa perintah melalui orangtua/pengasuh untuk dikerjakan oleh anak.
 - (2) Amati kemampuan anak dalam melakukan perintah orangtua/pengasuh.
 - (3) Jawaban “Ya” jika anak dapat melakukan perintah orangtua/pengasuh.
 - (4) Jawaban “Tidak” jika anak tidak dapat atau tidak mau melakukan perintah orangtua/pengasuh.

Interpretasi

- a) Apabila ada satu atau lebih jawaban “Tidak” , kemungkinan anak

mengalami gangguan pendengaran.

- b) Catat dalam Buku KIA atau kartu kohort bayi/balita atau status/catatan medik anak, jenis kelainan (Kemenkes RI, 2016: 22).

4. Pengertian Gangguan Perkembangan

Menurut Hidayah (2012), Gangguan tumbuh kembang adalah kegagalan untuk tumbuh dan berkembang dimana sebenarnya anak tersebut lahir dengan cukup bulan, akan tetapi dalam pertumbuhan dan perkembangan selanjutnya mengalami kegagalan dalam pertumbuhan fisik dengan malnutrisi dan keterlambatan perkembangan sosial atau motorik (Pratiwi, 2020: 5).

Periode tiga tahun pertama pada masa balita merupakan periode emas pertumbuhan fisik, intelektual, mental, dan emosional anak. Pertumbuhan dan perkembangan otak paling cepat 3 tahun pertama sehingga menjadi pengukuran rutin dari pengkajian nutrisi anak sampai umur 3 tahun. Usia toddler terjadi antara 1 sampai 3 tahun. Usia ini merupakan masa keemasan pada anak karena pada masa ini anak akan sangat cepat mempelajari hal-hal baru. Keberhasilan menguasai tugas-tugas perkembangan pada usia toddler membutuhkan dasar yang kuat selama masa pertumbuhan dan memerlukan bimbingan dari orang lain terutama orang tua (Marufiyani, Noviawati dan Setiyawati, 2018: 1)

Gangguan perkembangan sekecil apapun pada masa balita, apabila tidak terdeteksi dan tidak ditangani dengan baik akan berdampak buruk. Jika keterlambatan tidak diketahui lebih cepat akan sangat berpengaruh pada perkembangan motorik anak selanjutnya, karena perkembangan anak

memiliki rangkaian tahapan yang berurutan. Salah satu upaya untuk mengetahui adanya penyimpangan perkembangan bayi dan balita yaitu dengan deteksi dini penyimpangan perkembangan. Melalui deteksi dini dapat diketahui adanya masalah perkembangan anak sehingga pemulihannya dapat dilakukan lebih awal dan akhirnya tumbuh kembang anak yang dapat berlangsung dengan optimal (Marufiyani, Noviawati dan Setiyawati, 2018: 2)

Perkembangan anak sangat penting karena anak dengan perkembangan yang terlambat akan sulit mengejar ketertinggalan dan akan mempengaruhi kehidupan anak di masa mendatang. Hal tersebut menunjukkan bahwa perkembangan berdampak terhadap masa depan anak (Marufiyani, Noviawati dan Setiyawati, 2018: 2).

a. Pengertian Gangguan Perkembangan Motorik Kasar

Gangguan perkembangan motorik kasar adalah ketidakwajaran yang terjadi pada bagian tubuh dan menjadi hambatan dalam perkembangan pusat syaraf maupun koordinasi otot contohnya seperti ketidakmampuan mengatur keseimbangan, reaksi kurang cepat dan koordinasi yang kurang baik akan mengakibatkan keterlambatan pada emosi dan kecerdasan anak (Wanti, Azhora dan Faiz, 2019: 2).

Biasanya sulit membedakan apakah perkembangan motorik kasar anak termasuk normal atau tidak. Proses kematangan setiap anak memang tidak selalu sama, sehingga laju perkembangan antara anak yang satu dari yang lain sangat berbeda. Itulah sebabnya ada anak yang bisa berjalan ketika usianya mencapai 12 bulan, sementara anak lain baru bisa berjalan

pada usia 15 bulan. Sekalipun demikian tidak berarti bayi yang bisa cepat berjalan lebih pandai dari bayi yang relatif lebih lambat berjalan. Setiap anak pada dasarnya memiliki kecepatan perkembangan yang berbeda-beda, sehingga kemungkinan anak yang terlambat berjalan justru lebih cepat dalam perkembangan berbicaranya. Yang lebih penting adalah memantau perkembangan motorik anak terlambat atau sesuai dengan norma perkembangan yang ada, apabila ada keterlambatan perlu diperiksa secara seksama (Suhartini, 2005: 18).

b. Pengertian Gangguan Perkembangan Sosial Kemandirian

Gangguan perkembangan sosial kemandirian yaitu ketidakmampuan seorang anak untuk mengadakan interaksi dengan orang lain.

Tahap perkembangan kemandirian Menurut Singgih Gunarsa dalam buku Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja (2004), kemandirian dapat berkembang dengan baik bila diberikan kesempatan untuk berkembang melalui latihan yang dilakukan sejak dini. Kemandirian semakin berkembang seiring pertambahan usia. Keterlambatan perkembangan yaitu kondisi dimana anak tidak mampu berinteraksi dengan lingkungan sekitar (Kumalasari, 2019: 5).

5. Faktor Penyebab

a. Faktor Penyebab Gangguan Motorik Kasar

Menurut Hadders-Algra (2018) perilaku motorik didasarkan pada gerakan spontan, pola aktivitas, yang merupakan peran penting dari jaringan saraf. Perilaku motorik kasar termasuk dalam perkembangan kematangan pada postur, keseimbangan kepala, duduk, merayap, berdiri, dan berjalan

(Firdaus, 2018).

Pada periode ini sering terjadi masalah perkembangan termasuk perkembangan motorik kasar. Masalah perkembangan motorik kasar pada infant dapat dideteksi sejak dini, dengan merujuk pada red flags. Gangguan motorik kasar pada bayi di antaranya bayi belum dapat berguling umur lima bulan, belum dapat mengontrol kepala usia 6-7 bulan, belum dapat duduk tegak di lantai 5-10 menit pada usia 10-12 bulan, dan belum dapat merangkak dan ditarik ke posisi berdiri pada umur 12-13 bulan (Firdaus, 2018).

Beberapa faktor penyebab dari gangguan perkembangan pada motorik kasar:

1) Faktor Lingkungan

Di Indonesia, faktor lingkungan dapat menyebabkan penyimpangan tumbuh kembang anak yang umumnya dilatar belakangi oleh kemiskinan dan ketidaktahuan masyarakat tentang proses tumbuh kembang. Sebuah hasil penelitian menunjukkan bahwa keterlambatan perkembangan motorik kasar balita merupakan masalah kesehatan, dengan angka kejadian 29,3% di pedesaan dan 18,7% di perkotaan (Firdaus, 2018).

Balita di pedesaan lebih banyak yang mengalami keterlambatan perkembangan dibandingkan balita di perkotaan. Di perkotaan, penghasilan keluarga merupakan faktor yang dianggap mewakili keadaan sosioekonomi keluarga dan merupakan salah satu faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi perkembangan seorang anak (Firdaus, 2018).

2) Keadaan Ekonomi

Keluarga yang berpenghasilan rendah memiliki kecenderungan yang lebih besar untuk mempunyai anak yang perkembangannya terlambat. Hal ini mungkin berhubungan dengan kemampuan keluarga untuk menyediakan makanan yang cukup bagi anaknya dan juga kemampuan untuk menyediakan sarana alat bantu stimulasi (Firdaus, 2018).

3) Status Gizi

Berkaitan dengan makanan, keterlambatan motorik kasar anak dapat disebabkan keadaan anak yang kekurangan gizi. Kurangnya pemberian makanan yang sehat dan cukup gizi pada balita umur 6-18 bulan bisa menyebabkan terganggunya perkembangan mental, menghambat pertumbuhan motorik kasar, terganggunya pertumbuhan badan, serta terdapatnya berbagai jenis penyakit pada bayi (Firdaus, 2018).

4) Stimulasi

Anak membutuhkan orang lain dalam perkembangannya dan orang yang paling pertama bertanggung jawab adalah orang tua. Sebuah penelitian tentang perkembangan motorik kasar bayi melalui stimulasi ibu belum maksimal dalam memberikan tindakan stimulasi untuk bayi > perkembangan bayi (Firdaus, 2018).

Pada anak bayi didapatkan beberapa bayi mengalami keterlambatan pada motorik kasar. Kurangnya stimulasi dikarenakan masih banyak ibu yang belum mengerti tentang perannya dalam memberikan tindakan stimulasi untuk perkembangan motorik kasar bayinya dikarenakan faktor lingkungan dan budayanya. Budaya tersebut diantaranya seperti ibu tidak

rutin membawa bayinya ke pelayanan kesehatan/posyandu di wilayah tersebut (Firdaus, 2018).

Anak yang tidak mempunyai kesempatan untuk belajar seperti sering digendong atau diletakkan di baby walker juga dapat mengalami keterlambatan dalam mencapai kemampuan motorik. Tindakan stimulasi yang dilakukan oleh ibu yang sangat berpengaruh besar untuk pertumbuhan dan perkembangan (Firdaus, 2018).

Hal-hal lain yang menghambat perkembangan motorik kasar, seperti kelahiran sulit, terutama apabila disertai trauma di kepala, anak dengan intelegensi rendah, lingkungan artinya orang tua terlalu protektif sehingga menghambat kebebasan anak untuk melatih keterampilan motorik kasarnya, misal anak tidak boleh menggunakan tungkainya karena ada ketakutan orang tua tungkai anak akan menjadi bengkok. Anak sangat berhati-hati merupakan hambatan juga dalam mengembangkan motorik kasar, misalnya pada saat belajar berjalan takut jatuh atau cedera. Sebenarnya anak sudah dapat berjalan sambil dipegang pada satu jarinya, namun apabila pegangan dilepas anak akan mogok berjalan dan langsung duduk atau berdiri di tempat. Kelahiran dini atau prematur bisa menghambat perkembangan motorik kasar anak karena tingkat perkembangan pada saat lahir di bawah bayi normal. Penghambat lain juga dikarenakan cacat fisik misalnya anak mengalami kebutaan, juga perbedaan pola asuh yang berkaitan dengan jenis kelamin, anak perempuan tidak diberi kebebasan sebesar kebebasan anak laki-laki. (Firdaus, 2018).

b. Faktor Penyebab Gangguan Sosial Kemandirian

Menurut Susanto (2017) Faktor yang Mempengaruhi Kemandirian Anak Kemandirian seorang anak sangat dipengaruhi oleh kepercayaan diri. Dalam riset terbaru mengenai perkembangan kepercayaan diri dan kepercayaan antara anak dengan orang tua ditemukan bahwa anak yang merasa maka akan lebih berani melakukan penjelajahan sendiri, lebih mampu mengolah stres, mempelajari keterampilan baru, dan berhubungan dengan orang lain, serta memiliki kepercayaan lebih bahwa mereka cukup kompeten untuk menghadapi lingkungan yang baru (Kumalasari, 2019: 31).

Mussen (Puryanti, 2013: 23) mengungkapkan bahwa seorang anak dalam menegakkan kemandirian bergantung pada tiga hal, yaitu:

- 1) Sikap sosial terhadap kemandirian dalam kultur seorang (anak) tersebut.
- 2) Pola asuh kelekatan anak dengan orang tua.
- 3) Interaksi dengan teman sebaya dan dukungan.

Hurlock (dalam Mutmainah, 2016) menambahkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian adalah:

1) Pola Asuh orang tua

Orang tua dengan pola asuh demokratis sangat merangsang kemandirian anak, dimana orang tua memiliki peran sebagai pembimbing yang memperhatikan terhadap setiap aktivitas dan kebutuhan anak, terutama yang berhubungan dengan studi dan pergaulannya baik di lingkungan keluarga maupun sekolah (Kumalasari, 2019: 32).

2) Jenis kelamin

Anak yang berkembang dengan tingkah laku maskulin lebih mandiri

dibandingkan anak dengan anak yang 33 mengembangkan pola tingkah laku yang feminis. Karena hal tersebut laki-laki memiliki sikap yang agresif daripada anak perempuan yang sifatnya lemah lembut dan pafis (Kumalasari, 2019: 32).

3) Urutan posisi anak

Anak pertama sangat diharapkan untuk menjadi contoh dan menjaga adiknya lebih berpeluang untuk mandiri dibandingkan dengan anak bungsu yang mendapatkan perhatian berlebih dari orang tua dan saudara-saudaranya berpeluang kecil untuk mandiri (Kumalasari, 2019: 33).

Markum (dalam Puspitasari, 2014: 25) yang dikutip oleh Mutmainah (2016) mengemukakan faktor-faktor yang menjadi kendala perkembangan kemandirian antara lain:

- 1) Kebiasaan selalu dibantu atau dilayani, misalnya orang tua selalu melayani keperluan anak-anak, akan membuat anak-anak manja dan tidak mau berusaha sendiri sehingga akan membuat anak tidak mandiri
- 2) Sikap orang tua yang selalu memanjakan dan memuji anak akan menghambat kemandiriannya
- 3) Kurangnya kegiatan di luar rumah, disaat anak-anak tidak mempunyai kegiatan dengan teman-temannya akan membuat anak bosan sehingga dia akan malas, tidak kreatif serta tidak mandiri.
- 4) Peranan anggota lain, misalnya ada saudara yang melakukan tugas rumahnya maka akan menghambat kemandiriannya.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian antara lain: faktor keturunan, pola asuh orang

tua, jenis kelamin, urutan posisi anak, dan faktor-faktor lain yang terwujud dari pola asuh dan kelekatan yang tidak sesuai dengan anak (Kumalasari, 2019).

6. Tanda Gejala Gangguan Perkembangan

a. Tanda Gejala Gangguan Perkembangan Motorik Kasar

Ada beberapa gejala yang merupakan pertanda terjadinya gangguan pada perkembangan motorik kasar anak, antara:

1) Terlalu kaku atau lemah

Misalnya bayi usia 5 bulan masih mengepal telapak tangannya, tubuh agak kaku saat digendong, serta cenderung membanting-banting diri ke belakang. Saat diberdirikan dengan bertopang pada ketiaknya, tungkai kecil terjulur kaku, pada waktu berbaring telentang tanpa melakukan gerakan apa pun, serta kepala tidak bisa diangkat (terkulai) saat digendong, semua menunjukkan motorik kasar anak terlalu kaku atau lemah (Suhartini, 2005: 182).

2) Ukuran bayi abnormal

Apabila kepala anak terlalu besar kemungkinan menderita hidrosefalus atau menimbunnya cairan dalam otak, sementara apabila kepala terlalu kecil kemungkinan merupakan pertanda tidak maksimalnya perkembangan otak si anak (Suhartini, 2005: 182).

3) Pernah kejang

Kejang yang terjadi merupakan pertanda adanya kerusakan dalam sistem saraf pusat (Suhartini, 2005: 183).

4) Melakukan gerakan aneh

Misalnya bayi menunjukkan gerakan seperti berputar-putar sendiri tanpa koordinasi atau tujuan yang jelas (Suhartini, 2005: 183).

5) Proses persalinan tidak mulus

Misalnya ibu mencoba menggugurkan kandungan, atau proses kelahiran kurang baik, misalnya bayi dipaksa lahir secara alami, sehingga terjadi trauma pada kepala (Suhartini, 2005: 183).

b. Tanda Gejala Gangguan Perkembangan Sosial Kemandirian

Adapun beberapa tanda gejala dari keterlambatan perkembangan sosial kemandirian yaitu, sebagai berikut:

- 1) Tidak merespon panggilan namanya.
- 2) Cenderung sulit bersosialisasi.
- 3) Jarang tersenyum atau berekspresi kesenangan lain.
- 4) Kurang bersuara dan menunjukkan ekspresi wajah.
- 5) Tidak merespon panggilan namanya.
- 6) Tidak bisa bermain pura- pura.
- 7) Tidak dapat secara spontan mengikuti perintah saat bermain pok ame ame atau ciluk ba.

7. Penatalaksanaan Perkembangan Meragukan Motorik Kasar Dan Sosial Kemandirian

Penatalaksanaan pertumbuhan dan perkembangan anak yaitu:

- a. Selalu beritahu ibu atau pengasuh anak setiap hasil dari pemeriksaan dan berikan penjelasan yang mudah dimengerti.
- b. Selalu puji apapun hasil akhir pada pemeriksaan untuk memotivasi anak.

- c. Mengedukasi orang tua/ pengasuh anak untuk memberikan makanan bergizi seimbang yaitu seperti nasi, lauk (tahu, tempe, telur, ikan laut dan ayam), buah- buahan, sayuran hijau, dan snak pendamping agar anak tidak mudah bosan. Karena status gizi anak sangat mempengaruhi proses perkembangannya
- d. Mengedukasi ibu dan pengasuh anak cara menstimulasi anaknya sesuai dengan umurnya.

Stimulasi aspek motorik kasar:

- 1) Berjalan mundur 5 langkah, bila anak sudah jalan tanpa berpegangan, ajari anak cara melangkah mundur. Berikan mainan yang bisa ditarik karena anak akan mengambil langkah mundur untuk dapat memperhatikan mainan itu.
- 2) Menarik mainan, bila anak sudah jalan tanpa berpegangan, berikan mainan yang bisa ditarik ketika anak berjalan. Umumnya anak senang mainan yang bersuara.
- 3) Membungkuk memungut mainan kemudian berdiri kembali.
- 4) Bila anak sudah bisa merangkak naik dan melangkah turun tangga, ajari anak cara jalan naik tangga sambil berpegangan pada dinding atau pegangan tangga. Tetap bersama anak ketika ia melakukan hal ini untuk pertama kalinya.
- 5) Berjalan sambil berjinjit. Tunjukkan kepada anak cara berjalan sambil berjinjit. Buat agar anak mau mengikuti anda berjinjit di sekeliling ruangan.

Stimulasi aspek sosial kemandirian:

- 1) Pegang saputangan/ kain atau kertas untuk menutupi wajah dari pandangan anak, kemudian singkirkan penutup wajah dari hadapan anak dan katakan " CILUK BA" ketika anak dapat melihat wajah kita kembali.
 - 2) Mengajak anak bermain dengan orang lain dan ketika anggota keluarga lain pergi, lambaikan tangan anak sambil berkata "daaa···daaa", bantu bayi membalas lambaian.
- e. Menganjurkan ibu dan pengasuh anak untuk rajin menstimulasi secara rutin, penuh kesabaran, dan kasih sayang, bervariasi dan sambil bermain dengan anak agar tidak bosan.
- f. Intervensi pada anak dilakukan secara intensif setiap hari sekitar 3- 4 jam, selama 2 minggu. Bila anak terlihat senang dan tidak bosan, waktu intervensi dapat ditambah. Bila anak menolak atau rewel, intervensi dihentikan dahulu. Dilanjutkan apabila anak sudah dapat diintervensi lagi.
- g. Menganjurkan ibu untuk mengawasi perkembangan anaknya.
- h. Bila hasil evaluasi intervensi jawaban "YA" tetap 7 atau 8, maka kerjakan langkah-langkah berikut: teliti kembali apakah ada masalah dengan:
- 1) Intensitas intervensi perkembangan yang dilakukan di rumah, apakah dilakukan secara intensif?
 - 2) Jenis kemampuan perkembangan anak yang diintervensi, apakah sudah dilakukan secara tepat dan benar.

- 3) Cara memberikan intervensi, apakah sudah sesuai dengan petunjuk dan nasehat dari tenaga kesehatan.
 - 4) Lakukan pemeriksaan fisik yang teliti, apakah ada masalah gizi? Penyakit pada anak? kelainan organ-organ terkait.
- i. Apabila hasil intervensi yang ke-2 anak ada kemajuan berikan pujian kepada orang tua dan anak, bila kemampuan anak tidak mengalami kemajuan berarti ada keterlambatan atau penyimpangan (P) pada tumbuh kembang anak, dan anak perlu segera dirujuk ke rumah sakit yang memiliki tenaga dokter spesialis anak, kesehatan jiwa, rehabilitasi medik, psikolog dan ahli terapi (fisioterapis, terapis, bicara) dengan menuliskan jenis dan jumlah penyimpangan perkembangan (gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa, sosialisasi dan kemandirian).
 - j. Menganjurkan ibu untuk rajin ke posyandu untuk selalu memantau pertumbuhan dan perkembangan anak (Kemenkes RI, 2016).

B. Manajemen Asuhan Kebidanan

Asuhan Kebidanan adalah rangkaian kegiatan yang didasarkan pada proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh Bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat Kebidanan (Soepardan, 2008).

Manajemen Asuhan Kebidanan adalah pendekatan yang digunakan Bidan dalam memberikan asuhan kebidanan mulai dari pengkajian, perumusan diagnosis kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan (Kepmenkes RI, 2020).

Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan- temuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk, pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien. Manajemen kebidanan diadaptasi dari sebuah konsep yang dikembangkan oleh Helen Varney dalam buku Varney' s midwifery, edisi ketiga tahun 1997; menggambarkan proses manajemen asuhan kebidanan yang terdiri dari tujuh langkah yang berurutan (Soepardan, 2008).

Manajemen kebidanan terdiri dari beberapa langkah yang berurutan. Langkah- langkah tersebut membentuk kerangka yang lengkap yang bisa diaplikasikan dalam semua situasi. Akan tetapi, setiap langkah tersebut bisa dipecah- pecah kedalam tugas- tugas tertentu dan semuanya bervariasi sesuai dengan kondisi klien (Soepardan, 2008).

1. Tujuh Langkah Varney

a. Langkah I: Data Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama dikumpulkan semua informasi(data) yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien (Soepardan, 2008).

Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara:

1.) Anamnesis

Anamnesis dilakukan untuk mendapatkan biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, bio-psiko-sosio-spiritual, serta pengetahuan klien (Soepardan, 2008).

2.) Pemeriksaan Fisik

Sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda- tanda vital, meliputi pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi) dan pemeriksaan penunjang (laboratorium dan catatan terbaru serta catatan sebelumnya) (Soepardan, 2008).

b. Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Pada langkah kedua dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data- data yang telah dikumpulkan. Data dasar tersebut kemudian diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Baik rumusan diagnosis atau masalah, keduanya harus ditangani. Meskipun masalah tidak dapat diartikan sebagai diagnosis, tetapi tetap membutuhkan penanganan (Soepardan, 2008).

Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang diidentifikasi oleh bidan sesuai hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosis (Soepardan, 2008).

c. Langkah III: Identifikasi Diagnosis/ Masalah Potensial Antisipasi Penanganannya

Pada langkah ketiga kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis/ masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis/ masalah potensial ini menjadi kenyataan. Langkah ini sangat penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman

(Soepardan, 2008).

Diagnosis kebidanan adalah kesimpulan hasil analisi data yang diperoleh dari pengkajian secara akurat dan logis yang dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2020).

Pada langkah ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi, tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis tersebut tidak terjadi. Langkah ini bersifat antisipasi yang rasional atau logis (Soepardan, 2008).

d. Langkah IV: Menetapkan Perlunya Konsultasi dan Kolaborasi Segera dengan Tenaga Kesehatan Lain

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan proses manajemen kebidanan. Jadi, manajemen tidak hanya berlangsung selama asuhan primer periodik tetapi harus berkesinambungan (Soepardan, 2008).

Dalam kondisi tertentu, seorang bidan mungkin juga perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja sosial, ahli gizi, atau seseorang ahli keperawatan klinis. Dalam hal ini, bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa sebaiknya konsultasi dan kolaborasi dilakukan (Soepardan, 2008).

Penjelasan di atas menunjukkan bahwa dalam melakukan suatu tindakan harus disesuaikan dengan prioritas masalah atau kondisi

keseluruhan yang dihadapi klien. Bidan juga harus merumuskan tindakan darurat yang harus dilakukan untuk menyelamatkan klien, rumusan ini mencakup tindakan segera yang bisa dilakukan secara mandiri, kolaborasi, atau bersifat rujukan (Soepardan, 2008).

e. Langkah V: Menyusun Rencana Asuhan Menyeluruh

Pada langkah kelima dilakukan rencana asuhan menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah- langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen untuk masalah atau diagnosis yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang belum lengkap dilengkapi (Soepardan, 2008).

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi segala hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang terkait, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi untuk klien tersebut. Pedoman antisipasi ini mencakup perkiraan tentang hal yang akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah bidan perlu merujuk pasien bila ada sejumlah masalah terkait sosial, ekonomi, kultural, atau psikologis (Soepardan, 2008).

Semua keputusan yang telah disepakati dikembangkan dalam asuhan menyeluruh. Asuhan ini harus bersifat rasional dan valid yang didasarkan pada pengetahuan, teori, dan sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien (Soepardan, 2008).

f. Langkah VI: Pelaksanaan Langsung Asuhan dengan Efisien dan Aman

Pada langkah keenam, rencana asuhan menyeluruh dilakukan

dengan efisien dan aman. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melakukannya sendiri, namun ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (Soepardan, 2008).

Dalam situasi ketika bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, bidan tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana bersama yang menyeluruh tersebut. Penatalaksanaan yang efisien dan berkualitas akan berpengaruh pada waktu serta biaya (Soepardan, 2008).

g. Langkah VII: Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian secara sistematis dan berkesinambungan terhadap efektifitas tindakan dan asuhan kebidanan yang telah diberikan sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien, dilakukan sesuai standar dan segera setelah melaksanakan asuhan, dicatat dan dikomunikasikan kepada klien dan/atau keluarga serta segera ditindak lanjuti (Kepmenkes RI, 2020).

Evaluasi dilakukan secara siklus dan mengkaji ulang aspek asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui faktor mana yang menguntungkan atau menghambat keberhasilan asuhan yang diberikan (Soepardan, 2008).

Pada langkah terakhir, dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan. Ini meliputi evaluasi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar terpenuhi sebagaimana diidentifikasi didalam diagnosis dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif

jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya (Soepardan, 2008).

Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efek, sedang sebagian lagi belum efektif. Mengingat bahwa proses manajemen asuhan merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan, maka bidan perlu mengulang kembali setiap setiap ashan yang tidak efektif melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa rencana asuhan tidak berjalan efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut (Soepardan, 2008).

Demikianlah langkah- langkah alur berfikir dalam penatalaksanaan klien kebidanan. Alur ini merupakan suatu proses yang berkesinambungan dan tidak terpisah satu sama lain, namun berfungsi memudahkan proses pembelajaran. Proses tersebut diuraikan dan dipilah seolah- olah terpisah antara satu tahap atau langkah dengan langkah berikutnya (Soepardan, 2008).

2. Data Fokus SOAP

a. SUBJEKTIF (S)

Subjektif yang mempunyai arti bahwa data yang tercantum pada komponen ini adalah hasil dari inspeksi. seksi melibatkan indera penglihatan, pencium, dan pendengaran. Jadi, untuk memperoleh data subjektif, salah satunya adalah dengan cara mendengar. Mendengar dapat dianalokan dengan anamnesis dan anamnesis bisa di sapat dari auto-anamnesis atau allo-anamnesis. Kepiawaian dalam anamnesis akan mempermudah bidan untuk memprediksi kemungkinan jenis pemeriksaan yang akan dilakukan dan atau memprediksikan

kemungkinan masalah yang dialami oleh pasien. Oleh sebab itu, data pada subjektif ini harus terfokus dan menyeluruh sehingga data pada subjektif dapat memberi gambaran tentang keluhan utama, keluhan penyerta, dan keterkaitan kondisi kesehatan, pada masa lalu dan atau yang dialaminya pasien saat ini (Aisa, dkk. 2018).

Data yang terfokus dan menyeluruh pada subjektif ini diawali dari keluhan utama atau alasan pasien dalam menghubungi atau datang ke bidan, setelah itu melalui kepiawaian bidan, bidan mulai menggali data yang terkait dengan keluhan pasien (Aisa, dkk. 2018).

Data tersebut termasuk riwayat sehat-sakit secara umum, riwayat kebidanan, riwayat kesehatan reproduksi, baik yang diketahui oleh pasien dan atau dari rekam medik terdahulu selain itu, data ini juga mencatat tentang pola atau gaya hidup serta kebiasaan yang mungkin dapat dikaitkan dengan kondisi yang sedang dialami oleh pasien saat ini. Kesimpulannya subjektif seharusnya sudah dapat memprediksikan ke arah mana kondisi pasien tersebut. Namun, prediksi dari kondisi ini masih memerlukan tindak lanjut pemeriksaan (Aisa, dkk. 2018).

b. OBJEKTIF (O)

Data objektif ini yang merupakan fakta-faktan nyata yang di buat dari hasil inspeksi, palpasi, auskultasi, dan auskultasi, selain itu data objektif juga didapat dari hasil pemeriksaan, seperti: pemeriksaan laboratorium atau radiologi (Aisa, dkk. 2018).

Data objektif digali dari pengembangan data subjektif oleh sebab itu, data 'S' sangat berperan penting dalam menentukan jenis pemeriksaan

yang akan dilakukan. Pada umumnya, jenis pemeriksaan dalam asuhan kebidanan terdiri dari: pemeriksaan umum yang sering dikenal dengan pemeriksaan tanda-tanda vital, antropometri, dan “*head to toe*”. *Head to toe* yang dimaksud adalah pemeriksaan yang dilakukan mulai dari kepala sampai ke ujung kaki, namun pemeriksaan tersebut hanya pemeriksaan yang berkaitan dengan asuhan kebidanan, bukan yang berkaitan dengan kedokteran atau keperawatan (Aisa, dkk. 2018).

Demikian juga, pemeriksaan penunjang yang boleh dilakukan oleh bidan terbatas hanya pada pemeriksaan laboratorium sederhana (Hb, urine protein, urine reduksi) namun bidan boleh mencatat hasil kesimpulan pemeriksaan penunjang dari profesi lain (dokter) dengan catatan bahwa hasil tersebut terbukti keabsahannya dan harus dicantumkan siapa yang melakukan pemeriksaan ini. Contoh: Hasil USG dari SpOG yang menunjukkan kehamilan gemelli (Aisa, dkk. 2018).

c. ASSESMENT (A)

Assesment adalah rangkuman atau ringkasan kondisi pasien yang segera dilakukan mengenal atau mengedintifikasi dari benda-benda utama atau diagnosis, termasuk memprediksikan diagnosis yang berbeda karena adanya tanda-tanda yang sama dengan diagnosis yang sama. Diagnosis-diagnosis ini dapat disusun dari yang temuan data yang paling beralasan sampai dengan alasannya paling sedikit (Aisa, dkk. 2018).

d. PLAN (P)

Plan adalah rencana dimana rencana tersebut harus ideal dan standar prosedur operasional (SPO) dan didalamnya terdapat tujuan,

sasaran, dan tugas-tugas intervensi. Intervensi adalah campur tangan yang mempunyai makna untuk membantu pasien dalam memecahkan masalah, sehingga campur tangan ini harus bersifat ideal sesuai standar prosedur yang diakui, dan berdasarkan bukti ilmiah (Aisa, dkk. 2018).

Setiap rencana intervensi yang dilaksanakan harus didahului dengan memberitahu kepada pasien. Dalam hal ini pasien mempunyai hak untuk menyetujui atau menolak, namun apabila kasus yang dialami pasien sifatnya emergensi, pertolongan awal yang dilakukan adalah bersifat mengutamakan keselamatan pasien sehingga ada kalanya intervensi ini langsung diterapkan tanpa persetujuan pasien (Aisa, dkk. 2018).

Mengingat plan merupakan bagian yang menjadi tanggung jawab bidan untuk membantu pemecahan masalah pasien, plan harus ideal mengandung unsur:

1) Informasi

Setiap kesimpulan kondisi pasien (A) harus diklarifikasi terlebih dahulu kepada pasien. Hal ini untuk mencegah salah persepsi antara pasien dan bidan (Aisa, dkk. 2018).

2) Perihal untuk mendapatkan data tambahan

Hal ini dikarenakan bidan masih membutuhkan data tambahan untuk memastikan kondisi pasien (Aisa, dkk. 2018).

3) Edukasi

Edukasi adalah hal yang paling sering dilakukan dalam asuhan kebidanan karena bidan mahir di lahan normal dan berorientasi pada

promotif dan preventif dalam peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak (Aisa, dkk. 2018).

4) Tindakan

Tindakan ini merupakan prosedur kerja bidan dalam mengatasi atau membantu masalah pasien baik preventif maupun kuratif, seperti pertolongan persalinan, menyuntik imunisasi, penanganan awal kegawatdaruratan (Aisa, dkk. 2018).

5) Lembar Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan tindakan kebidanan berdasarkan rencana yang diberikan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman (*safety*) kepada klien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, baik secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2020).

Setelah SOAP tertulis, langkah selanjutnya adalah menulis lembar implementasi. Lembar ini diperlukan karena lembar SOAP yang merupakan catatan rencana asuhan pasien harus diimplementasikan dalam tindakan nyata yang mengacu pada standar prosedur operasional (SPO). Implementasi setiap tindakan disertai indikator waktu saat dikerjakan (Aisa, dkk. 2018).