PROBLEMATIKA KESEHATAN ANAK

Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep.,Sp.Kom | Ns. Dewi Narullita, S.Kep., M.Kep
Ns. Winasari Dewi, M.Kep | Ns.Wiwi Kustio Priliana.,SST.,SPd.,MPH
Jufri Sineke, S.Pd, SST, M.Si | Drg. Vega Roosa Fione, M.Kes
Ros Rahmawati, SKM.,M.Sc | Baiq Dewi Harnani R, SST, M.Kes
I Ketut Harapan, S.SiT, M.Kes | Agnes Montolalu,S.Pd,MPH
Nurbati, SKM, M. Kes | Esme Anggeriyane, Ns., M.Kep
Pramitha Sari, S.Gz, RD, M.H.Kes | Hana Sri Shevaulia
Jeana Lydia Maramis, SKM., M.Kes | Anneke A. Tahulending, S.Pd, M.Kes
Youla Karamoy, S.Kp.G.,M.Kes | Esrom Kanine, M.Kep., Ns.,Sp.Kep.J

MEDIA PUSTAKA INDO

PROBLEMATIKA KESEHATAN ANAK

Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep.,Sp.Kom
Ns. Dewi Narullita, S.Kep., M.Kep
Ns. Winasari Dewi, M.Kep
Ns.Wiwi Kustio Priliana.,SST.,SPd.,MPH
Jufri Sineke, S.Pd, SST, M.Si
Drg. Vega Roosa Fione, M.Kes
Ros Rahmawati, SKM.,M.Sc
Baiq Dewi Harnani R, SST, M.Kes
I Ketut Harapan, S.SiT, M.Kes
Agnes Montolalu,S.Pd,MPH
Nurbati, SKM, M. Kes
Esme Anggeriyane, Ns., M.Kep
Pramitha Sari, S.Gz, RD, M.H.Kes
Hana Sri Shevaulia
Jeana Lydia Maramis, SKM., M.Kes
Anneke A. Tahulending, S.Pd, M.Kes
Youla Karamoy, S.Kp.G.,M.Kes
Esrom Kanine, M.Kep., Ns.,Sp.Kep.J

Editor :
La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes

MEDIA PUSTAKA INDO

PROBLEMATIKA KESEHATAN ANAK

Penulis:
Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep.,Sp.Kom
Ns. Dewi Narullita, S.Kep., M.Kep
Ns. Winasari Dewi, M.Kep
Ns.Wiwi Kustio Priliana.,SST.,SPd.,MPH
Jufri Sineke, S.Pd, SST, M.Si
Drg. Vega Roosa Fione, M.Kes
Ros Rahmawati, SKM.,M.Sc
Baiq Dewi Harnani R, SST, M.Kes
I Ketut Harapan, S.SiT, M.Kes
Agnes Montolalu,S.Pd,MPH
Nurbati, SKM, M. Kes
Esme Anggeriyane, Ns., M.Kep
Pramitha Sari, S.Gz, RD, M.H.Kes
Hana Sri Shevaulia
Jeana Lydia Maramis, SKM., M.Kes
Anneke A. Tahulending, S.Pd, M.Kes
Youla Karamoy, S.Kp.G.,M.Kes
Esrom Kanine, M.Kep., Ns.,Sp.Kep.J

ISBN : 978-634-7003-03-4

Editor Buku:
La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes

Cetakan Pertama : 2024

Diterbitkan Oleh :
PT MEDIA PUSTAKA INDO
Jl. Merdeka RT4/RW2 Binangun, Kab. Cilacap, Jawa Tengah
Website: www.mediapustakaindo.com
E-mail: mediapustakaindo@gmail.com
Anggota IKAPI: 263/JTE/2023

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga buku ini dapat tersusun. Buku ini diperuntukkan bagi Dosen, Praktisi, dan Mahasiswa Kesehatan sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi.

Buku ini berjudul Problematika Kesehatan Anak mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting konsep Problematika Kesehatan Anak. Buku ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan konsep Problematika Kesehatan Anak serta konsep lainnya yang disusun oleh beberapa Dosen dari berbagai Perguruan Tinggi.

Buku ini dikemas secara praktis, tidak berbelit-belit dan langsung tepat pada sasaran. Selamat membaca.

Kendari, 20 Oktober 2024

Penulis

DAFTAR ISI

BAB 1 Paradigma Keperawatan Anak 1
A. Pendahuluan.....1
B. Paradigma Keperawatan anak 2
BAB 2 Prinsip Keperawatan Anak.....8
A. Pendahuluan.....8
B. Prinsip Keperawatan Anak 9
BAB 3 Konsep Family Centered Care dan Atraumatic Care.....15
A. Pendahuluan.....15
B. Family-Centered Care dan Atraumatic Care 16
BAB 4 Konsep Dasar Pertumbuhan dan Perkembangan Pada Anak 29
A. Pendahuluan.....29
B. Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan 29
BAB 5 Pemantauan Tumbuh Kembang Anak.....46
A. Pendahuluan.....46
B. Konsep Tumbuh Kembang Anak 47
BAB 6 Skrining Kesehatan Anak Sekolah 58
A. Pendahuluan.....58
B. Konsep Dasar Skrining Kesehatan Anak Sekolah 58
BAB 7 Pemenuhan Kebutuhan Motorik.....70
A. Pendahuluan.....70
B. Konsep Keterampilan Motorik pada Bayi 70
BAB 8 Masalah Kesehatan Anak Pada Pernikahan Usia Dini 81
A. Pendahuluan.....81
B. Konsep Pernikahan Dini 82
C. Faktor Pendorong Pernikahan Dini 82
D. Dampak Pernikahan Dini 84

BAB 9 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat 90
A. Pengertian Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) 90
B. Tujuan PHBS 92
C. Manfaat PHBS 93
D. Indikator PHBS 94
E. Ruang Lingkup PHBS 95
F. Faktor-faktor yang mempengaruhi PHBS 96
BAB 10 Pencegahan dan Penanganan Penyakit Menular pada Anak 100
A. Pendahuluan 100
B. Konsep Pencegahan dan Penanganan Penyakit Menular Pada Anak 101
BAB 11 Gangguan Pertumbuhan dan Perkembangan Anak 108
A. Pendahuluan 108
B. Gangguan Pertumbuhan dan Perkembangan Anak 109
BAB 12 Kesehatan Mental Anak: 122
A. Pendahuluan 122
B. Konsep Kesehatan Mental Anak Prasekolah 123
BAB 13 Gizi dan Pola Makan Sehat Untuk Anak 137
A. Pendahuluan 137
B. Kebutuhan Gizi dan Pola Makan Sehat Untuk Anak 139
BAB 14 Peran Vaksinasi dalam Kesehatan Anak 146
A. Pendahuluan 146
B. Pembahasan 147
BAB 15 Kesehatan Gigi Dan Mulut Pada Anak 155
A. Pendahuluan 155
B. Kesehatan Gigi dan Mulut Anak 156
BAB 16 Paparan Lingkungan dan Kesehatan Anak 166
A. Pendahuluan 166

B. Paparan Lingkungan Dan Kesehatan Anak 167
C. Paradigma keperawatan anak ini terdiri dari anak, sehat sakit, lingkungan, dan keperawatan 169
BAB 17 Peran Orang Tua dan Keluarga dalam Meningkatkan Kesehatan Anak.....176
A. Pendahuluan.....176
B. Peran Orang Tua dan Keluarga dalam Meningkatkan Kesehatan Anak 177
BAB 18 Gangguan Tidur Pada Anak : Penyebab dan Solusi 185
A. Pendahuluan.....185
B. Gangguan Tidur Pada Anak 185
C. Obstructive *Sleep Apnea* (OSA).....186

BAB 1

Paradigma Keperawatan Anak

Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep.,Sp.Kom

A. Pendahuluan

Perkembangan paradigma dalam keperawatan anak telah mengalami transformasi yang signifikan seiring dengan perubahan kebutuhan kesehatan anak dan kemajuan dalam ilmu kesehatan. Keperawatan anak bukan hanya sekadar memberikan asuhan fisik, tetapi juga melibatkan pendekatan holistik yang memperhatikan aspek psikologis, sosial, dan lingkungan anak (Potter & Perry, 2017). Paradigma ini menekankan pentingnya peran keluarga dan masyarakat dalam mendukung tumbuh kembang anak secara optimal.

Pada masa kini, pendekatan promotif dan preventif semakin ditekankan dalam keperawatan anak, dengan fokus pada pencegahan penyakit dan peningkatan kualitas hidup anak (Hockenberry & Wilson, 2019). Asuhan keperawatan anak yang berpusat pada keluarga (family-centered care) juga menjadi landasan penting dalam memberikan layanan keperawatan yang komprehensif dan individualistik (Ball, Bindler, & Cowen, 2021).

Pendekatan ini memperhatikan hak-hak anak sebagai individu yang harus dihargai, dilindungi, dan didukung dalam proses kesehatannya. Keperawatan anak yang berpusat pada keluarga menekankan kolaborasi antara perawat, anak, dan keluarganya untuk mencapai hasil kesehatan yang lebih baik (McKinney et al., 2020). Hal ini juga didukung oleh kebijakan kesehatan global yang mempromosikan kesehatan anak melalui intervensi berbasis bukti yang komprehensif dan berkelanjutan

(World Health Organization, 2018).

Dalam buku ini, kita akan membahas berbagai paradigma keperawatan anak dari perspektif teori dan praktik klinis. Setiap bab akan menyoroti aspek-aspek utama dalam keperawatan anak, mulai dari konsep dasar hingga penerapan dalam situasi klinis yang nyata.

B. Paradigma Keperawatan anak

Paradigma keperawatan anak merujuk pada cara pandang atau kerangka pemikiran yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada anak-anak. Paradigma ini meliputi seperangkat konsep, nilai, prinsip, dan pendekatan yang mengarahkan perawat dalam memberikan perawatan secara holistik, memperhatikan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual (Potter & Perry, 2017).

Secara umum, paradigma keperawatan anak berfokus pada beberapa hal penting :

1. **Pendekatan Holistik**

   Keperawatan anak tidak hanya melibatkan pemenuhan kebutuhan fisik anak, tetapi juga mencakup kesejahteraan emosional, sosial, dan mental. Paradigma ini memandang anak sebagai individu yang unik dengan kebutuhan yang berbeda-beda, tergantung pada usia perkembangan, latar belakang keluarga, serta faktor budaya (Hockenberry & Wilson, 2019).

2. **Family-Centered Care**

   Salah satu prinsip utama dalam paradigma keperawatan anak adalah *family-centered care*, di mana keluarga dianggap sebagai bagian integral dari perawatan anak. Dalam pendekatan ini, perawat bekerja sama dengan keluarga dalam pengambilan keputusan untuk memberikan asuhan terbaik, dengan memperhatikan peran keluarga sebagai pendukung utama dalam kehidupan anak (Ball, Bindler, & Cowen, 2021).

3. **Promotif dan Preventif**

   Paradigma keperawatan anak juga menekankan upaya pencegahan penyakit dan promosi kesehatan, bukan hanya berfokus pada pengobatan. Perawat anak memainkan peran

penting dalam memberikan edukasi kepada anak dan keluarganya tentang pola hidup sehat, pencegahan penyakit, dan pentingnya intervensi kesehatan dini (McKinney et al., 2020).

4. **Individualisasi Asuhan**
   Anak-anak memiliki karakteristik fisik dan psikologis yang berbeda dari orang dewasa, sehingga paradigma keperawatan anak menuntut adanya penyesuaian asuhan yang sesuai dengan tahap perkembangan anak. Misalnya, penanganan bayi, anak-anak prasekolah, hingga remaja memerlukan pendekatan yang berbeda (Hockenberry & Wilson, 2019).
5. **Kolaborasi Multidisiplin**
   Paradigma ini menekankan pentingnya kolaborasi antara perawat dengan berbagai tenaga kesehatan lainnya, seperti dokter anak, psikolog, dan terapis. Kolaborasi ini bertujuan untuk memberikan asuhan yang komprehensif dan terpadu bagi anak, terutama dalam kondisi kesehatan yang kompleks (Ball et al., 2021).
6. **Etika dan Legalitas dalam Asuhan Anak**
   Paradigma ini juga mencakup pertimbangan etis dalam merawat anak, terutama dalam hal hak anak untuk mendapatkan perawatan yang sesuai, pengambilan keputusan medis, dan penghormatan terhadap privasi anak serta hak-hak mereka sebagai pasien (Potter & Perry, 2017).
7. **Peran Teknologi dalam Keperawatan Anak**
   Seiring kemajuan teknologi, keperawatan anak juga mengalami perubahan signifikan. Teknologi modern telah memungkinkan pengembangan alat diagnostik yang lebih akurat dan intervensi medis yang lebih efisien. Teknologi seperti telemedicine membantu perawat memberikan asuhan yang lebih mudah diakses, terutama bagi keluarga di daerah terpencil. Di samping manfaatnya, perawat juga harus mempertimbangkan dampak etis dan privasi yang terkait dengan penggunaan teknologi dalam asuhan anak (Hockenberry & Wilson, 2019).

8. **Kesejahteraan Psikososial dan Dukungan Emosional**
   Anak-anak menghadapi tantangan psikososial, terutama ketika mereka menjalani perawatan medis jangka panjang. Paradigma keperawatan anak mengakui pentingnya dukungan emosional dan psikososial, di mana perawat bertindak sebagai advokat dan fasilitator untuk mendukung kebutuhan emosional anak dan keluarganya. Kesejahteraan psikososial dapat dipengaruhi oleh penyakit kronis, trauma, atau perubahan besar dalam keluarga, sehingga dukungan yang komprehensif diperlukan (Ball, Bindler, & Cowen, 2021).
9. **Pertumbuhan dan Perkembangan**
   Salah satu komponen utama dalam keperawatan anak adalah pemahaman tentang tahap pertumbuhan dan perkembangan anak. Setiap tahap perkembangan—baik fisik, kognitif, sosial, maupun emosional—membutuhkan pendekatan yang berbeda dalam perawatan. Perawat anak harus mengembangkan strategi asuhan yang disesuaikan dengan usia dan kemampuan anak, memastikan bahwa intervensi medis tidak hanya tepat secara klinis tetapi juga sesuai dengan tahap perkembangan mereka (McKinney et al., 2020).
10. **Keadilan dan Akses terhadap Layanan Kesehatan**
    Paradigma keperawatan anak juga mencakup aspek keadilan dalam akses layanan kesehatan. Anak-anak dari latar belakang sosial dan ekonomi yang berbeda seringkali menghadapi kesenjangan dalam akses terhadap perawatan yang layak. Perawat memiliki peran penting dalam mengidentifikasi hambatan ini dan bekerja untuk mengurangi kesenjangan dengan memberikan edukasi, advokasi, serta membantu keluarga dalam mengakses sumber daya yang tersedia (World Health Organization, 2018).
11. **Peran Edukasi dalam Keperawatan Anak**
    Edukasi kesehatan adalah bagian integral dari peran perawat anak. Selain memberikan perawatan langsung, perawat juga memiliki tanggung jawab untuk mendidik anak dan

keluarganya mengenai pengelolaan kesehatan. Misalnya, untuk anak dengan penyakit kronis seperti asma atau diabetes, perawat akan memberikan instruksi yang jelas kepada anak dan keluarganya tentang manajemen kondisi mereka. Edukasi ini bertujuan untuk memberdayakan keluarga agar dapat merawat anak dengan baik di rumah (Potter & Perry, 2017).

12. **Perawatan Paliatif untuk Anak**

    Pada kasus-kasus yang melibatkan penyakit berat atau terminal, paradigma keperawatan anak juga mencakup perawatan paliatif. Perawat harus mendukung anak dan keluarganya dalam menghadapi tantangan emosional yang muncul serta memastikan bahwa kebutuhan fisik, psikologis, dan spiritual anak terpenuhi selama masa akhir kehidupannya. Peran ini sangat penting dalam menjaga kualitas hidup anak yang menghadapi kondisi serius (Hockenberry & Wilson, 2019).

DAFTAR PUSTAKA

Ball, J. W., Bindler, R. C., & Cowen, K. J. (2021). *Child health nursing: Partnering with children and families* (4th ed.). Pearson.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.

McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K., & Ashwill, J. W. (2020). *Maternal-child nursing* (6th ed.). Elsevier.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2017). *Fundamentals of nursing* (9th ed.). Elsevier.

World Health Organization. (2018). *World health statistics 2018: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. World Health Organization.

BIODATA PENULIS

Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep., Sp.Kom lahir di Denpasar, pada 4 Desember 1976. Ia tercatat sebagai lulusan Fakultas Ilmu Keperawatan UI dan Program Doktoral Ilmu Kesehatan FKM-Unair. Wanita yang kerap disapa Yessy ini adalah anak dari pasangan Sudarso (ayah) dan Alm. Sri Hartini (ibu). **Yessy Dessy Arna** merupakan Dosen Bidang Ilmu Keperawatan di **Poltekkes Kemenkes Surabaya** dan Praktisi *Wound Care*. Beberapa hasil penelitian dan pengabdian masyarakat telah terpublikasi pada Jurnal Nasional terakreditasi dan jurnal Internasional. Bertugas sebagai Assesor LAM-PTKes dan Penyuluh Anti Korupsi LSP-KPK.

BAB 2

Prinsip Keperawatan Anak

Ns. Dewi Narullita, S.Kep., M.Kep

A. Pendahuluan

Anak menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2002 adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih di dalam kandungan. Menurut *World Health Organization* (WHO) dalam Ulfa. A., dkk. (2024), anak merupakan sebagai individu mulai sari lahir sampai usia 19 tahun. Anak akan berada dalam tanggung jawab orang tua selama anak belum mandiri dan bertanggung jawab secara hukum atau dalam rentang maksimal usia 18 tahun dan atau sampai usia 21 tahun (Ulfa. A., dkk, 2024).

Anak merupakan tunas, potensi, dan generasi muda penerus perjuangan bangsa, yang memiliki peran strategis serta memiliki ciri dan karakteristik khusus untuk menjamin kelangsungan eksistensi bangsa dan negara. Oleh karena itu, agar setiap anak kelak bertanggung jawab, maka ia perlu mendapat kesempatan yang seluas-luasnya untuk tumbuh dan berkembang secara optimal, baik fisik, mental maupun sosial, dan berakhlak mulia, perlu dilakukan upaya perlindungan serta untuk mewujudkan kesejahteraan anak dengan memberikan jaminan terhadap pemenuhan hak-haknya serta adanya perlakuan tanpa diskriminasi (Lutfiyah.U, 2016).

Keperawatan anak adalah suatu proses diagnosis dan penanganan respon terhadap masalah kesehatan baik masalah aktual maupun potensial pada bayi dan anak. Saat ini, keperawatan anak telah mengalami pergeseran yang sangat

mendasar. Anak dipandang sebagai klien bukan lagi sebagai objek. Anak sebagai klien bukan lagi dipandang sebagai miniatur orang dewasa, melainkan sebagai individu yang unik yang memiliki kebutuhan spesifik dan berbeda dengan kebutuhan orang dewasa. Demikian juga keluarga, tidak lagi dipandang hanya sebagai pengunjung bagi anak yang sakit, melainkan sebagai mitra bagi perawat dalam menentukan kebutuhan anak dan pemenuhannya dalam bentuk pelayanan yang berpusat pada keluarga *(Family Centered Care)*. Tindakan yang dilakukan dalam mengatasi masalah anak, apapun bentuknya, harus berlandaskan pada prinsip *atraumatic care* atau asuhan keperawatan yang teraupetik. Setiap perawat saat melaksanakan asuhan keperawatan harus menerapkan prinsip-prinsip keperawatan anak (Hidayat.A.A, 2005).

Keluarga adalah komponen yang penting dalam asuhan keperawatan anak, mengingat anak merupakan bagian dari keluarga, sehingga dalam keperawatan anak harus mengenal keluarga sebagai tempat tinggal atau sebagai konstanta tetap dalam kehidupan anak (Wong,Perry & Hockenbery, 2002).

B. Prinsip Keperawatan Anak

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak sangat berbeda dibandingkan dengan orang dewasa. Perbedaan tersebut harus diperhatikan dan disesuaikan dengan tahapan usia serta pertumbuhan dan perkembangan anak. Apabila asuhan keperawatan pada anak yang diberikan tidak optimal, maka akan berdampak kepada status kesehatan anak. Oleh sebab itu, prinsip dalam keperawatan anak harus dijadikan sebagai pedoman dan acuan dalam memahami filosofi keperawatan anak.

Perawat harus memahami dan mengingat prinsip-prinsip keperawatan pada anak tersebut dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak. Adapun prinsip keperawatan anak menurut Hidayat.A.A (2005) diantaranya adalah:

1. Anak bukanlah miniatur orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik.

   Anak merupakan individu yang unik sehingga perawat tidak boleh memandang anak dari ukuran fisiknya sebagaimana orang dewasa, melainkan perawat memandang anak sebagai individu unik yang mempunyai pola pertumbuhan dan perkembangan menuju proses kematangan. Struktur fisik anak dan dewasa sangat berbeda dalam aspek kematangan fisik (Kumalasari. D, dkk., 2023).
2. Anak adalah sebagai individu yang unik dan mempunyai kebutuhan sesuai tahap perkembangannya.

   Anak merupakan individu yang unik dan mempunyai berbagai kebutuhan yang berbeda satu dengan yang lainnya sesuai tahapan pertumbuhan dan perkembangannya. Pertumbuhan dan perkembangan anak adalah hal yang penting dalam perawatan anak, karena membutuhkan kebutuhan khusus baik kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual (Soetjiningsih, 2014). Pertumbuhan dan perkembangan anak merupakan proses yang saling berhubungan, berlangsung terus-menerus, serentak dan tidak bisa terpisahkan. Kebutuhan fisiologis diantaranya kebutuhan nutrisi dan cairan dan elektrolit, aktivitas, eliminasi, istirahat dan tidur dan lain sebagainya. Selain kebutuhan fisiologis tersebut, anak juga juga membutuhkan kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual.
3. Pelayanan keperawatan anak berorientasi pada upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan, bukan hanya mengobati anak yang sakit.

   Dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada anak selalu diutamakan. Pelayanan keperawatan difokuskan kepada upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian pada anak mengingat anak adalah penerus generasi bangsa. Anak merupakan suatu bentuk investasi yang menjadi indikator

keberhasilan suatu bangsa dalam melaksanakan Pembangunan (Solehuddin, 2013).

4. Keperawatan anak merupakan suatu disiplin ilmu kesehatan yang berfokus pada kesejahteraan anak sehingga perawat bertanggung jawab secara holistik dan komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan anak.

   Anak dikatakan sejahtera ketika anak tidak merasakan gangguan psikologis, seperti rasa cemas, ketakutan maupun sejenisnya. Anak selalu menikmati masa-masa kecil dengan penuh kesenangan dan kasih sayang. Dalam upaya menyejahterakan anak tersebut, tidak terlepas dari peran keluarga, sehingga dalam perbaikan mutu keperawatan selalu melibatkan keluarga. Keterlibatan keluarga, dikarenakan keluarga merupakan sistem terbuka yang anggotanya dapat dirawat secara efektif dan keluarga berperan penting dalam keberhasilan asuhan keperawatan (Yuliastati, Arnis, 2016).

5. Praktik Keperawatan anak mencakup kontrak dengan anak dan keluarga untuk mencegah, mengkaji, mengintervensi dan meningkatkan kesejahteraan hidup, dengan menggunakan proses keperawatan yang sesuai dengan aspek moral (etik) dan aspek hukum (legal).

   Sebagai bagian dari keluarga anak harus dilibatkan dalam pelayanan keperawatan, dalam hal ini harus terjadi kesepakatan antara keluarga, anak dan tim kesehatan.

6. Tujuan keperawatan anak adalah untuk meningkatkan kematangan yang sehat bagi anak dan remaja sebagai makhluk biologi, psikologi, sosial dan spiritual dalam konteks keluarga dan masyarakat.

   Upaya kematangan pada anak selalu memperhatikan lingkungan. Lingkungan baik secara internal maupun eksternal sangat berpengaruh terhadap suatu status kesehatan dan kematangan anak. Karena kematangan pada anak adalah sangat ditentukan oleh lingkungan yang ada,

baik anak sebagai individu maupun anak sebagai bagian dari masyarakat.

7. Pada masa yang akan datang, keperawatan anak berfokus pada ilmu tumbuh kembang sebab ilmu tumbuh kembang ini yang akan mempelajari aspek kehidupan anak.

DAFTAR PUSTAKA

Firmansyah. H, dkk. (2020). Keperawatan Kesehatan Anak Berbasis Teori dan Riset. CV Media Sains Indonesia : Jawa Barat

Hidayat.A.A. (2005). Pengantar Ilmu Keperawatan Anak. Penerbit Salemba Medika : Jakarta

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2017). *Wongs essentials of pediatric nursing* (10th ed.). Canada: Elsevier. Retrieved from www.ghbook.ir/index.php

Kumalasari. D. (2023). Keperawatan Anak : Panduan Praktis Untuk Perawat dan Orang Tua. Cetakan Pertama. PT. Sonpedia Publishing Indonesia : Jambi

Lutfiyah, Umi (2016) Studi Komparasi Tentang Sanksi Penelantaran Anak Dalam Perspektif Pengadilan Negeri Kudus Menurut Hukum Islam dan Undang Undang No. 35 Tahun 2014 Tentang Perlindungan Anak. Sekolah Tinggi Agama Islam Negeri Kudus

Soetjiningsih (2014) Tumbuh Kembang Anak. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Ulfa. A., dkk. (2024). Keperawatan Anak Sehat. Cetakan Pertama. PT. Sonpedia Publishing Indonesia : Jambi

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak

Wong, D. L. (2003). *Pedoman klinis keperawatan pediatrik*. (S. Kurnianingsih, Ed.) (4th ed.). Jakarta: EGC.

BIODATA PENULIS

Ns. Dewi Narullita, S.Kep., M.Kep, lahir di Muara Bungo, pada 03 Juni 1987. Penulis tercatat sebagai Dosen pada Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Kesehatan Institut Administrasi dan Kesehatan Setih Setio Muara Bungo dari tahun 2011 s.d 2024. Penulis telah menyelesaikan Pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Harapan Ibu Jambi pada Tahun 2011 dan menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Andalas Padang pada tahun 2016. Penulis aktif dalam organisasi profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).

BAB 3

Konsep Family Centered Care dan Atraumatic Care

Ns. Winasari Dewi, M.Kep

A. Pendahuluan

Saat seorang anak mengalami sakit dan menjalani rawat inap merupakan peristiwa yang menegangkan baik bagi anak maupun orang tua. Saat sakit, anak akan mengalami ketakutan, kekhawatiran bahkan stres yang timbul bukan hanya karena penyakit yang dideritanya melainkan juga karena lingkungan rumah sakit yang asing. Kecemasan pada pasien anak seringkali timbul saat dokter, perawat serta petugas kesehatan lain yang sebelumnya tidak pernah ditemui oleh anak datang ke kamar memberikan pelayanan, kemudian suara alat yang berbunyi dan kebisingan di rumah sakit yang tidak pernah didengar sebelumnya, ditambah beberapa prosedur pemeriksaaan dan pengobatan yang dijalani oleh anak yang berisiko menimbulkan rasa sakit bagi anak.

Dalam merawat anak sakit, selain tenaga kesehatan diperlukan juga peran dan keterlibatan dari orang tua sebagai orang terdekat bagi anak baik dalam mendampingi maupun membantu pelaksanaan berbagai tindakan yang dilakukan pada anak. Hal tersebut bertujuan agar anak tidak merasa kehilangan sosok terdekat mereka, membantu dalam proses pengambilan keputusan terkait rencana pengobatan yang akan dilakukan, serta mengurangi rasa takut, cemas, dan trauma dari berbagai tindakan yang dilakukan pada anak.

B. Family-Centered Care dan Atraumatic Care

1. Konsep Dasar *Family-Centered Care*

a. Definisi *Family-Centered Care*

Family Centered Care (FCC) adalah suatu pendekatan perawatan berakar dari kepercayaan bahwa hasil optimal terhadap kesehatan pasien diraih dari peranan aktif keluarga dalam menjalankan perannya baik secara emosi, sosial dan pemberi dukungan (Baas, 2012). Konsep *Family-Centered Care* digunakan sebagai filosofi dalam memberikan pelayanan keperawatan di rumah sakit dengan melakukan pendekatan yang terjadi pada hubungan timbal balik antara penyedia pelayanan, pasien dan keluarga sehingga akan meminimalkan konflik yang selama ini timbul sebagai akibat kurangnya informasi dan komunikasi. *Family-Centered Care* dapat dipraktekkan dalam segala tahapan usia dan berbagai macam latar belakang, termasuk dalam Keperawatan Anak.

Keluarga mengacu pada dua orang atau lebih yang terkait secara biologis, hukum, atau emosional. Keluarga terdiri dari individu-individu yang paling berarti dan mendukung orang yang dilayani. Contohnya termasuk saudara sedarah, orang tua angkat, wali sah, keluarga besar, pasangan sesama jenis atau lawan jenis, dan teman. Dalam populasi anak, "keluarga" didefinisikan sebagai orang tua atau wali anak.

Konsep inti perawatan yang berpusat pada orang dan keluarga mencakup hal-hal berikut (Johnson et al., 2008):

1) Rasa hormat dan martabat. Penyedia layanan mendengarkan dan menghormati perspektif dan pilihan pasien dan keluarganya, serta menggabungkan pengetahuan, nilai, kepercayaan, dan latar belakang budaya dari pasien dan anggota keluarganya ketika merencanakan dan melaksanakan layanan.

2) Berbagi informasi. Penyedia layanan berkomunikasi dengan pasien dan keluarganya, berbagi informasi yang lengkap dan akurat dengan cara yang berguna dan memungkinkan pasien dan anggota keluarganya untuk berpartisipasi penuh dalam pengambilan keputusan.
3) Partisipasi. Pasien dan keluarganya didorong untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan pada tingkat yang mereka pilih.
4) Kolaborasi. Pasien dan keluarganya diikutsertakan berkolaborasi dalam berbagai cara dan pada berbagai tingkatan misalnya, dalam pengembangan, implementasi, dan evaluasi kebijakan dan program; pendidikan profesional; dan pemberian layanan.

Penerapan perawatan yang berpusat pada individu dan keluarga mungkin memerlukan investasi waktu awal misalnya, untuk mengubah pendekatan pengobatan, membangun hubungan, dan mengajarkan individu dan keluarga strategi yang mereka perlukan untuk berpartisipasi aktif dalam proses pemberian layanan. Investasi waktu awal ini akan menghasilkan banyak keuntungan, antara lain:

1) peningkatan pengambilan keputusan klinis yang didasarkan pada informasi yang lebih baik;
2) pemahaman yang lebih baik mengenai kekuatan dan kebutuhan individu dan keluarga;
3) tindak lanjut yang lebih baik ketika rencana pengobatan dikembangkan secara kolaboratif;
4) komunikasi yang lebih efektif sehingga mengurangi kesalahpahaman; dan
5) hasil yang lebih baik dan kepuasan yang lebih besar terhadap layanan (American Academy of Pediatrics, 2012).

b. Penerapan *Family-Centered Care*

Selama proses hospitalisasi, ketakutan yang dirasakan oleh anak yang lebih kecil adalah karena takut

berpisah dari ibu. Saat anak dirawat, anak membutuhkan dukungan dan perhatian berupa hadirnya orang tua untuk membantu anak beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit, mengurangi kecemasan, stres dan meningkatkan ketenangan.

Di sisi lain, saat anak sakit dan dirawat di rumah sakit, orang tua tidak kalah cemasnya. Kecemasan disebabkan kekhawatiran jika anaknya sakit parah, tidak tahu tentang kondisi anak saat ini, hingga khawatir dengan pemeriksaan dan pengobatan yang akan menyakitkan bagi anak mereka. Kecemasan yang dialami oleh orang tua pasien seringkali berkaitan dengan kurangnya informasi tentang penyakit anak dan prosedur medis, ketidaktahuan peraturan rumah sakit, serta adanya rasa segan dan takut untuk bertanya pada tenaga kesehatan. Orang tua pasien mengharapkan penjelasan dari tim tenaga kesehatan mengenai kondisi anak dengan bahasa yang mudah dimengerti disertai dukungan untuk dapat beradaptasi dengan kebutuhan anak.

Saat mendampingi anak di rumah sakit, orang tua perlu diberi informasi, dukungan, dan berpartisipasi dalam rencana perawatan harian anak dan terlibat dalam pengambilan keputusan. Pelibatan keluarga dalam perawatan pasien dikenal dengan *Family-Centered Care* (FCC) atau keperawatan berpusat pada keluarga telah menjadi tren dalam perawatan anak di rumah sakit.

Perawatan berpusat pada keluarga terbukti bermanfaat bagi pasien, keluarga, dan petugas kesehatan. Perawatan berpusat pada keluarga memungkinkan dokter, perawat, dan petugas kesehatan lain memberikan perawatan yang memenuhi kebutuhan anak dan keluarga, menghormati perspektif dan pilihan pasien dan keluarga, berbagi informasi, pelibatan keluarga dalam perawatan dan pengambilan keputusan serta kolaborasi antara petugas kesehatan dengan keluarga sehingga dapat mengurangi tekanan anak dan orang tua selama

menjalani rawat inap di rumah sakit. Pelibatan keluarga ini mampu memberikan hasil yang positif bagi keluarga dan anak dengan memenuhi kebutuhan orang tua dan anak.

Sebagai pusat dari perawatan, keluarga terlibat secara aktif dalam menemani pasien selama dua puluh empat jam dan mengetahui rencana pengobatan. Keterlibatan keluarga ini, akan menyebabkan orang tua merasa nyaman karena orang tua mengetahui kondisi apapun yang dialami oleh anak sehingga bisa memberikan perlindungan dan pengasuhan pada anak sakit dan memastikan anak dalam kondisi yang terbaik. Selain itu, anak merasa nyaman orang tua di dekat mereka karena kehadiran orang tua memberi mereka kenyamanan di lingkungan rumah sakit yang tidak familiar.

Perawatan berpusat pada keluarga menekankan kekuatan pasien dan keluarga yang membawa pada proses kesembuhan. Pelibatan keluarga yang efektif, dicapai jika ada hubungan yang berkualitas antara keluarga dengan petugas kesehatan. Keterlibatan yang kuat dari orang tua diperlukan. Selain mengalokasikan sebagian besar waktu orang tua untuk mendampingi anak di rumah sakit dan mendukung anak secara emosional, orang tua harus belajar prosedur dan istilah yang berhubungan dengan penyakit anak serta menjadi terampil dalam memberikan perawatan kepada anak. Tantangan tersebut dapat dicapai dengan baik oleh orang tua jika disertai dukungan dan perhatian ekstra terhadap kebutuhan anak.

c. Peran Perawat Dalam Penerapan *Family-Centered Care*

Tenaga kesehatan, termasuk perawat memainkan peran penting dalam keberhasilan perawatan berpusat pada keluarga. Keterampilan komunikasi perawat anak, kompetensi klinis, perilaku caring, dan kontrol keputusan merupakan bagian mendasar interaksi antara perawat

anak dengan orang tua selama anak menjalani hospitalisasi di rumah sakit. Keberhasilan pelibatan keluarga dalam proses keperawatan anak dalam tatanan rumah sakit dipengaruhi oleh komunikasi. Komunikasi berpengaruh pada stres orang tua, kepuasan, perawatan, pengobatan, pengambilan keputusan, dan hasil kesehatan untuk anak, orang tua dan keluarga. Ketika orang tua menerima cukup informasi tentang penyakit dan pengobatan mengenai anak mereka, orang tua merasa lebih memiliki kendali dan lebih siap menghadapi proses penyakit.

Stres yang dialami orang tua selama anak menjalani rawat inap berdampak pada kepuasan. Meningkatnya tingkat stres orang tua menyebabkan tingkat kepuasan yang lebih rendah dari perawatan yang diberikan dan begitupun sebaliknya. Kemampuan rumah sakit dan staf perawatan untuk mengidentifikasi kebutuhan orang tua dapat mengurangi tekanan orang tua, ketakutan terhadap sesuatu yang tidak diketahui, dan meningkatkan kepuasan mereka terhadap hospitalisasi anak. Kepuasan adalah emosi kompleks yang dihasilkan oleh interaksi antara ekspektasi situasi dan persepsi lanjut dari situasi. Jika harapan tinggi dan persepsi terhadap situasi tersebut positif maka orang tersebut akan merasa puas, begitupun sebaliknya. Tingkat kepuasan orang tua yang tinggi ditemukan ketika komunikasi dengan dokter terjalin dengan baik dan keterlibatan dalam pengambilan keputusan dapat dilakukan. Dengan mengoptimalkan keterlibatan orang tua sesuai dengan konsep keperawatan berpusat pada keluarga, tidak hanya memberikan manfaat kepada pasien dan orang tua, tetapi juga untuk tenaga kesehatan dan rumah sakit. Kepuasan dari pasien dan orang tua akan berimbas pada mutu rumah sakit sehingga pelanggan akan menjaga loyalitasnya.

2. Konsep *Atraumatic Care*

a. Definisi *Atraumatic Care*

Hospitalisasi merupakan suatu keadaan krisis pada anak, saat anak sakit dan dirawat di rumah sakit. Sakit dan dirawat di rumah sakit merupakan pengalaman yang tidak menyenangkan dan sebagian besar proses keperawatan menjadikan anak takut bahkan trauma. Salah satu cara untuk mengurangi kecemasan adalah *atraumatic care*.

Atraumatic care atau asuhan atraumatik adalah penyediaan asuhan terapeutik dalam lingkungan oleh seseorang (personal) dengan melalui penggunaan intervensi yang menghilangkan atau memperkecil distres psikologis dan fisik yang dialami oleh anak-anak dan keluarga mereka dalam sistem pelayanan kesehatan (Rini, 2013). *Atraumatic care* yang dimaksud di sini adalah perawatan yang tidak menimbulkan adanya trauma pada anak dan keluarga. Perawatan tersebut difokuskan dalam pencegahan terhadap trauma yang merupakan bagian dalam keperawatan anak.

Tujuan utama perawatan atraumatik adalah jangan melukai, yaitu dengan mencegah atau meminimalkan pemisahan anak dari keluarganya, meningkatkan pengendalian perasaan dan mencegah atau meminimalkan nyeri dan cedera pada tubuh.

b. Penerapan Atraumatic Care

Atraumatic care sebagai bentuk perawatan terapeutik dapat diberikan pada anak dan keluarga dengan mengurangi dampak psikologi dari tindakan keperawatan yang diberikan, untuk mencapai perawatan tersebut beberapa prinsip yang dapat dilakukan oleh perawat antara lain:

1) Menurunkan atau mencegah dampak perpisahan dari keluarga.

Dampak perpisahan dari keluarga maka anak mengalami gangguan psikologis seperti kecemasan,

ketakutan, kurang kasih sayang sehingga gangguan ini akan menghambat proses penyembuhan anak dan dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak.

2) Meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan pada anak.

   Melalui peningkatan kontrol orang tua pada diri anak, diharapkan anak mandiri dalam kehidupannya, anak akan selalu berhati-hati dalam melakukan aktivitas sehari-hari, selalu bersikap waspada dalam segala hal, serta pendidikan terhadap kemampuan dan keterampilan orang tua dalam mengawasi perawatan anak.

3) Mencegah dan mengurangi cedera (*injury*) dan nyeri (dampak psikologis).

   Mengurangi nyeri merupakan tindakan yang harus dilakukan dalam keperawatan anak. Proses pengurangan rasa nyeri sering kali tidak bisa dihilangkan secara cepat akan tetapi dapat dikurangi melalui berbagai teknik misalnya distraksi, relaksasi, imaginary. Apabila tindakan pencegahan tidak dilakukan maka cedera dan nyeri akan berlangsung lama pada anak sehingga dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak.

4) Tidak melakukan kekerasan pada anak.

   Kekerasan pada anak akan menimbulkan gangguan psikologis yang sangat berarti dalam kehidupan anak. Apabila ini terjadi pada saat anak dalam proses tumbuh kembang maka kemungkinan pencapaian kematangan akan terhambat, dengan demikian tindakan kekerasan pada anak sangat tidak dianjurkan karena akan memperberat kondisi anak.

5) Modifikasi lingkungan.

   Melalui modifikasi lingkungan fisik yang bernuansa anak dapat meningkatkan keceriaan, perasaan aman dan nyaman bagi lingkungan anak sehingga anak

selalu berkembang dan merasa nyaman di lingkungannya.

Menurut (de Breving et al., 2015) menyatakan bahwa implementasi *Atraumatic Care* pada anak yang dirawat di rumah sakit dapat menurunkan trauma pada anak dan orang tua akibat prosedur invasif. Alasan tersebut membuat perawat dituntut untuk memberikan pelayanan perawatan yang berkualitas kepada anak maupun orang tua dengan pelaksanaan Atraumatic care sehingga dapat meminimalkan kecemasan pada anak saat hospitalisasi. Beberapa contoh pemberian asuhan atraumatik meliputi:

1) pengembangan hubungan anak-orang tua selama dirawat di rumah sakit,
2) menyiapkan anak sebelum pelaksanaan terapi dan prosedur yang tidak dikenalinya,
3) mengendalikan rasa sakit,
4) memberikan privasi pada anak,
5) memberikan aktivitas bermain untuk mengungkapkan ketakutan dan permusuhan,
6) menggunakan seragam warna-warni yang bertujuan untuk meningkatkan hubungan yang baik antara perawat dengan anak.
7) menyediakan pilihan untuk anak-anak, dan
8) menghormati perbedaan budaya.

c. Peran Perawat Dalam Penerapan *Atraumatic Care*

1) Perawat dalam melakukan perawatan pada anak selalu menghadirkan orang tua pada saat dilakukan prosedur terutama yang menimbulkan rasa nyeri.
2) Perawat juga memenuhi kebutuhan bermain anak, seperti mengajak bermain sebelum melakukan tindakan.
3) Perawat memberikan ijin pada anak untuk membawa mainan kesayanganya dan bermain dengan orang tuanya selama tidak mengganggu kondisi kesehatan anak.

Terdapat hambatan perawat anak dalam pelaksanaan *Atraumatic Care*, yaitu (Apriani, L., Kasmirah, K., & Yulianti, N. R., 2014).:

1) Perbedaan persepsi orang tua atau keluarga dengan perawat.

   Faktor yang mempengaruhi persepsi orang tua terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan yaitu, rendahnya tingkat pengetahuan orang tua maupun keluarga dan hanya mengutamakan emosi. Hambatan dalam pelaksanaan *atraumatic care* itu sendiri dikarenakan adanya orang tua maupun keluarga yang tidak bisa mempersepsikan apa yang telah disampaikan oleh perawat. Orang tua akan memiliki persepsi yang sama ketika perawat mampu menjelaskan prosedur tindakan dengan tepat, dan keluarga dapat menerimanya (Hamilton, Lerner, Presson, dan Klitzner, 2012). Selain itu perawat harus mampu berperan sebagai komunikator dengan orang tua sehingga tidak terjadi miskomunikasi dan perbedaan persepsi (Ygge, 2004).

2) Keterbatasan fasilitas rumah sakit.

   Tidak adanya fasilitas tempat bermain, kerusakan pada fasilitas rumah sakit, tidak adanya ruang privasi bagi anak. Rumah Sakit khususnya ruang anak harus menyediakan ruang tindakan khusus untuk pengendalian infeksi saat melakukan tindakan invasif (Rose & Blythe, 2009). Selain itu, harus mempunyai ruang bermain khusus untuk mensejahterakan anak baik mental maupun fisik (Hendon & Bohon, 2007).

3) Kurangnya dukungan orang tua.

   Dukungan orang tua dan keluarga menjadi hal penting dalam pelaksanaan *atraumatic care*. Orang tua dan keluarga tidak mampu mendukung perawat dalam pelaksanaan *atraumatic care* yang ditunjukkan dengan sikap orang tua dan keluarga yang tidak

percaya terhadap perawat, menangis, dan menyalahkan perawat.

4) Kurangnya pengalaman kerja perawat.
   Dalam melakukan tindakan keperawatan kepada anak-anak diperlukannya pendekatan, tetapi jika pengalaman kerja perawat kurang maka akan susah dalam melakukan pendekatan. Kurangnya pengalaman kerja perawat menjadi hambatan dalam pelaksanaan *atraumatic care* dikarenakan, minimnya pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki berpengaruh pada kualitas pelayanan yang diberikan (Halcomb, Salamonson, Raymond & Knox, 2011).

DAFTAR PUSTAKA

American Academy of Pediatrics. (2012). Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. Pediatrics, 129, 394–404. Retrieved from http://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/394

Baas, L. S. (2012). Patient- and family-centered care. Heart & Lung, 41, 534–535. Retrieved from http://www.heartandlung.org/article/S0147-9563(12)00309-3/fulltext

Johnson, B., Abraham, M., Conway, J., Simmons, L., Edgman-Levitan, S., Sodomka, P., . . . Ford, D. (2008). Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system: Recommendations and promising practices. Bethesda MD: Institute for Family-Centered Care and the Institute for Healthcare Improvement.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2017). Wong's essentials of pediatric nursing (10th ed.). Canada: Elsevier.

Wong, D. L. (2003). Pedoman klinis keperawatan pediatrik. (S. Kurnianingsih, Ed.) (4th ed.). Jakarta: EGC.

Yuliastati, & Arnis, A. (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan: Keperawatan Anak (1st ed.). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Apriani, L., Kasmirah, K., & Yulianti, N. R. (2014). Hambatan Perawat Anak dalam Pelaksanaan Atraumatic Care Di Rumah Sakit Di Kota Salatiga. Jurnal Keperawatan Anak, 2(2), 65-71.

Hamilton, L. J., Lerner, C. F., Presson, A.P., & Klitzner, T. S. (2012). Effects of a Medical Home Program for Children with Special Health Care Needs on Parental Perceptions of Care in an Ethnically Diverse Patient Population. Matern Child Health Journal; 17:463–469.

Halcomb, E. J., Salamonson, Y., Raymond, D.,& Knox, N. (2011). Graduating nursing students perceived preparedness for

working in critical care areas. Journal of Advanced Nursing; 68(10):2229–2236.

Ygge, M. B. (2004). Nurses' perceptions of parental involvement in hospital care. Paediatric Nursing; 19(5):38-40.

Rose, P., & Blythe, S. (2009). Use of single rooms on the children's ward, part 2: guideline for practice. Paediatric Nursing; 1:31-35.

Hendon, C.,& Bohon, L. M. (2007). Hospitalized children's mood differences during play and music therapy. Journal compilation, Child: care, health and development;34,2: 141–144.

Usman, L. (2020). Pelaksanaan Atraumatic Care di rumah sakit. Jambura Health and Sport Journal, 2(1), 7-11.

BIODATA PENULIS

Ns. Winasari Dewi, M.Kep. lahir di Garut, pada 29 September 1989. Penulis bekerja sebagai Dosen Keperawatan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana. Mengajar mata kuliah Keperawatan Anak dan Praktik Klinik Keperawatan Anak. Penulis merupakan alumni dari Program Sarjana dan Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran (2007-2012) serta Magister Keperawatan Anak di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2014-2017).

BAB 4 Konsep Dasar Pertumbuhan dan Perkembangan Pada Anak

Ns.Wiwi Kustio Priliana.,SST.,SPd.,MPH

A. Pendahuluan

Pertumbuhan dan Perkembangan merupakan proses yang dinamik sepanjang kehidupan manusia. Perubahan yang terjadi pada satu fase menjadi dasar perkembangan pada fase berikutnya. Pertumbuhan dan perkembangan yang paling mencolok terjadi pada masa kanak- kanak dan remaja.

Pertumbuhan dan perkembangan pada anak memerlukan suatu upaya dari orang tua untuk menstimulasi supaya berjalan dengan baik dan berkualitas.

Pertumbuhan dan perkembangan manusia melalui beberapa fase yang harus di lalui sepanjang daur kehidupannya. Pada anak fase tumbuh dan kembangnya memerlukan perhatian yang besar dari orang tua atau orang yang mengasuhnya, sehingga dapat melalui dengan baik.

B. Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan

1. Pengertian Pertumbuhan dan Perkembangan

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.

Pertumbuhan sebagai pertambahan dalam ukuran pada bagian tubuh suatu organisme. Menurut Hurlock "pertumbuhan berkaitan dengan perubahan kuantitatif yaitu peningkatan ukuran dan struktur. Tidak saja anak itu menjadi lebih besar secara fisik, tetapi ukuran dan struktur

organ dalam dan otak meningkat" (Keliat, 2011). Perkembangan menurut Hurlock adalah deretan progresif dari perubahan yang teratur dan koheren. "Progresif" menandai bahwa perubahannya terarah, membimbing mereka maju dan bukannya mundur. "Teratur" dan "koheren" menunjukkan adanya hubungan nyata antara perubahan yang terjadi dan yang telah mendahului atau yang akan mengikuti. Desmita mengartikan perkembangan sebagai suatu compositions ke arah yang lebih baik dan expositions ini tidak dapat terulang kembali. Perkembangan terjadi secara terus menerus pada diri individu yang sifatnya terarah dan maju sepanjang hidupnya.

Pertumbuhan dan Perkembangan sebagai pola perubahan dari waktu ke waktu yang dimulai dari pembuahan dan berlanjut sepanjang jangka hidup. Tumbuh kembang terjadi di setiap region yang berbeda, seperti biologis, sosial, emosional, dan kognitif" (Wong, 2009).

2. Ciri – ciri pertumbuhan dan perkembangan anak

Menurut Setiyani et al (2016) pertumbuhan dan perkembangan anak mempunyai beberapa ciri-ciri yang saling berkaitan. Ciri - ciri tersebut adalah sebagai berikut:

a. Perkembangan dan pertumbuhan menimbulkan perubahan. Perkembangan dan pertumbuhan berjalan secara bersamaan. Setiap pertumbuhan disertai dengan perkembangan.
b. Pertumbuhan dan perkembangan pada tahap awal akan menentukan perkembangan selanjutnya. Setiap anak tidak akan bisa melewati satu tahap perkembangan sebelum ia melewati tahapan sebelumnya.
c. Pertumbuhan dan perkembangan mempunyai kecepatan yang berbeda.
   Setiap anak mempunyai kecepatan yang berbeda–beda baik dalam pertumbuhan dan perkembangannya.

d. Perkembangan berkolerasi dengan pertumbuhan
   Anak yang sehat, bertambah umur, bertambah berat dan tinggi badannya serta kepandaiannya. Pada saat pertumbuhan berlangsung cepat maka perkembanganpun demikian terjadi peningkatan baik memori, daya nalar dan lain-lain
e. Perkembangan mempunyai pola yang tetap.
   Perkembangan terjadi lebih dulu didaerah kepala, kemudianmenuju ke arah kaudal / anggota tubuh (pola sefalokaudal), dan Perkembangan terjadi lebih dahulu didaerah proksimal (gerak kasar) lalu berkembang kebagian distal seperti jari-jari yang mempunyai kemampuan gerak halus (pola proksimodistal).
f. Perkembangan memiliki tahap yang berurutan
   Tahap perkembangan seorang anak mengikuti pola yang teratur dan berurutan. Misalnya, anak mampu membuat lingkaran dulu sebelum mampu membuat kotak

3. Tahapan pertumbuhan dan perkembangan anak

Tahapan pertumbuhan dan perkembangan yang paling memerlukan perhatian dan menentukan kualitas seseorang dimasa mendatang adalah pada masa anak, karena pada masa ini merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan dasar yang akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan anak selanjutnya (Setiyani et al., 2016). Pertumbuhan dan perkembangan pada masa anak sudah dimulai sejak dalam kandungan sampai usia 18 tahun. Hal ini sesuai dengan pengertian anak menurut WHO yaitu sejak terjadinya konsepsi sampai usia 18 tahun. Pada dasarnya dalam kehidupan manusia mengalami berbagai tahapan dalam tumbuh kembangnya dan setiap tahap mempunyai ciri tertentu.

Ada beberapa tahapan pertumbuhan dan perkembangan pada masa anak tahapan tersebut sebagai berikut (Kemenkes RI, 2018) yaitu..

a. Masa pranatal atau masa intra uterin (masa janin dalam kandungan) Masa ini terbagi menjadi 3 yaitu:
    1) Masa zigot / mudigah: sejak konsepsi sampai umur kehamilan 2 minggu
    2) Masa embrio : umur kehamilan 2 minggu sampai 8/12 minggu.
    3) Masa janin / fetus : umur kehamilan 9/12 minggu sampai akhir kehamilan
b. Masa bayi / infancy (umur 0-12 bulan) masa bayi terbagi menjadi 2 yaitu:
    1) Masa neonatal usia 0--28 hari, terbagi menjadi neonatal dini (perinatal) 0-7 hari dan neonatal lanjut 8-28 hari
    2) Masa post (pasca) neonatal umur 29 hari sampai 12 bulan
c. Masa balita dan prasekolah usia 1 -- 6 tahun masa balita mulai usia 12-60 bulan dan masa pra sekolah mulai usia 60-72 bulan.

Setiap anak akan melewati tahapan tersebut secara fleksibel dan berkesinambungan.Misalnya pencapaian kemampuan tumbuh kembang pada masa bayi, tidak selalu dicapai pada usia 1 tahun secara persis, tetapi dapat dicapai lebih awal atau lebih dari satu tahun. Masing-masing tahap memiliki ciri khas dalam anatomi, fisiologi, biokimia dan karakternya. Hampir sepertiga masa kehidupan manusia dipakai mempersiapkan diri untuk

menghadapi dua pertiga masa kehidupan berikutnya. Oleh karena itu, upaya untuk mengoptimalkan tumbuh kembang pada awal-awal kehidupan bayi dan anak adalah sangat penting. Pencapaian suatu kemampuan pada setiap anak berbeda-beda, tetapi ada patokan umur tertentu untuk mencapai kemampuan tersebut yang sering disebut dengan istilah milestone (Setiyani et al., 2016)

4. Faktor – faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan

Pada umumnya anak memiliki pola pertumbuhan dan perkembangan normal yang merupakan hasil interaksi banyak faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Adapun faktor-faktor tersebut antara lain (Kemenkes RI, 2018) :

a. Faktor dalam (internal) yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak adalah
   1) Ras/etnik atau bangsa
      Anak yang dilahirkan dari ras/bangsa Amerika, maka ia tidak memiliki faktor herediter ras/bangsa Indonesia atau sebaliknya
   2) Keluarga
      Ada kecenderungan keluarga yang memiliki postur tubuh tinggi, pendek, gemuk atau kurus.
   3) Umur
      Kecepatan pertumbuhan yang pesat adalah pada masa prenatal, tahun pertama kehidupan dan masa remaja.
   4) Jenis kelamin
      Fungsi reproduksi pada anak perempuan berkembang lebih cepat daripada laki-Iaki. Tetapi setelah melewati masa pubertas, pertumbuhan anak laki- laki akan lebih cepat
   5) Genetik
      Genetik (heredokonstitusional) adalah bawaan anak yaitu potensi anak yang akan menjadi ciri khasnya. Ada beberapa kelainan genetik yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak seperti kerdil.
   6) Kelainan Kromosom
      Kelainan kromosom dapat menyebabkan kegagalan pertumbuhan misalnya down syndrome.

7) Pengaruh Hormon

Pengaruh hormone sudah terjadi sejak masa prenatal, hormone yang berpengaruh terutama hormone somatotropin,selain itu kelenjar tiroid juga menghasilkan hormone yang berguna untuk metabolisme, maturasi tulang, gigi,dan otak (Setiyani et al., 2016)

b. Faktor luar (eksternal)

1) Faktor Prenatal faktor yang mempengaruhi menurut Kemenkes RI (2018) yaitu :

a) Gizi

Nutrisi ibu hamil terutama dalam trimester akhir kehamilan akan mempengaruhi pertumbuhan janin.

b) Mekanis

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

c) Toksin/zat kimia

Beberapa zat kimia yang dapat menyebabkan kelainan bawaan pada bayi antara lain obat antikanker, rokok, alkohol beserta logam berat ainnya.

d) Kelainan endokrin

Hormon-hormon yang berperan pada pertumbuhan janin, adalah somatotropin, tiroid, insulin, hormon plasenta, peptida-peptida lainnya dengan aktivitas mirip insulin. Apabila salah satu dari hormon tersebut mengalami defisiensi maka dapat menyebabkan terjadinya gangguan pada pertumbuhan susunan saraf pusat sehingga terjadi retardasi mental, cacat bawaan dan lain-lain (Ariani et al 2020).

e) Radiasi

Radiasi pada janin sebelum umur kehamilan 18 minggu dapat menyebabkan kematian janin, kerusakan otak, mikrosefali, atau cacat bawaan

lainnya, sedangkan efek radiasi pada orang laki-laki dapat menyebabkan cacat bawaan pada anaknya

f) Infeksi
Infeksi TORCH selama kehamilan dapat menyebabkan cacat bayi akibat adanya penularan dari ibu ke bayi pada saat hamil, kelainan pada bayi yaitu katarak, bisu tuli, makrosefali, retardasi mental dan kelainan jantung kongenital (Puspita, 2019).

g) Kelainan imunologi
Eritroblastosis fetalis timbul atas dasar perbedaan golongan darah antara janin dan ibu sehingga ibu membentuk antibodi terhadap sel darah merah janin, kemudian melalui plasenta masuk dalam peredaran darah janin dan akan menyebabkan hemolisis yang selanjutnya mengakibatkan hiperbilirubinemia dan Kernicterus yang akan menyebabkan kerusakan jaringan otak (Ariani et al, 2020).

h) Anoksia embrio
Anoksia embrio yang disebabkan oleh gangguan fungsi plasenta menyebabkan pertumbuhan terganggu sehingga janin tumbuh tidak normal Atau mengalami gagal tumbuh.

i) Psikologi ibu
Kehamilan yang tidak diinginkan, perlakuan salah/kekerasan mental pada ibu hamil dan lain-lain juga dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak.

2) Faktor Persalinan
Riwayat kelahiran dengan vakum atau forcep dapat menyebabkan trauma kepala,teradinya asfiksia pada bayi dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak (Setiyani et al., 2016).

3) Faktor Pasca Persalinan

a) Gizi

Untuk tumbuh kembang bayi, diperlukan zat makanan yang adekuat. ASI Ekslusif penting dalam pertumbuhan anak untuk mengurangi dan mencegah terjadinya penyakit infeksi pada anak, sehingga perilaku ibu dalam pemberian ASI ekslusif memiliki hubungan yang bermakna dengan indeks TB/U (Tinggi Badan menurut Umur) (Sulistiyaningsih et al, 2020).

Hasil penelitian tentang ASI Ekslusif terhadap kejadian stunting didapatkan bila anak tidak mendapatkan ASI Ekslusif akan meningkatkan risiko sebesar 2 kali terhadap kejadian stunting (Putra, 2016).

Pengetahuan mengenai gizi merupakan proses awal dalam perubahan perilaku peningkatan status gizi, sehingga pengetahuan merupakan faktor internal yang mempengaruhi perubahan perilaku. Pengetahuan ibu tentang gizi akan menentukan perilaku ibu dalam menyediakan makanan untuk anaknya.

Ibu dengan pengetahuan gizi yang baik dapat menyediakan makanan dengan jenis dan jumlah yang tepat untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak balita (Sulistiyaningsih et al, 2020).

b) Penyakit kronis/kelainan kongenital.

Tuberkulosis, anemia, kelainan jantung bawaan mengakibatkan retardasi pertumbuhan jasmani (Kemenkes RI, 2018). Riwayat penyakit infeksi berhubungan dengan kejadian stunting pada anak usia 12-60 bulan. Penyakit infeksi mempunyai efek substansial terhadap pertumbuhan anak. Penyakit infeksi yang diderita oleh anak, biasanya akan terjadi

kenaikan suhu tubuh, sehingga juga akan terjadi kenaikan kebutuhan zat gizi.

Kondisi tersebut apabila tidak diimbangi oleh asupan makan, asupan gizi yang adekuat, maka akan timbul malnutrisi dan gagal tumbuh hal tersebut akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak apabila tidak mendapat penanganan yang tepat (Putra, 2016).

c) Lingkungan fisis dan kimia

Lingkungan adalah tempat anak tersebut hidup yang berfungsi sebagai penyedia kebutuhan dasar anak (provider). Sanitasi lingkungan yang kurang balk, kurangnya sinar matahari, paparan sinar radioaktif, zat kimia tertentu (Pb, Mercuri, rokok, dll) mempunyai dampak yang negatif terhadap pertumbuhan anak (Ariani et al., 2020)

d) Psikologis

Faktor psikologis dipengaruhi oleh 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 perkembangannya.

e) Endokrin

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

f) Sosio-ekonomi

Sosial ekonomi dapat dilihat antara lain dari pendidikan, pengetahuan,kepemilikan dan pendapatan. Pendapatan merupakan faktor yang paling penting menentukan kualitas dan kuantitas makanan, antara pendapatan dan gizi sangat erat kaitannya dalam pemenuhan makanan kebutuhan hidup keluarga,

makintinggi daya beli keluarga makin banyak makanan yang dikonsumsi dan semakin baik pula kualitas makanan yang yang dikonsumsi sehingga berpengaruh pada tumbuh kembang anak (Ningrum dan Utami). Keadaan ekonomi keluarga yang baik dapat menjamin terpenuhinya kebutuhan gizi keluarga. Semakin tinggi status ekonomi, semakin baik pula status gizi suatu keluarga hal. Hasil penelitian menyebutkan terdapat hubungan yang signifikan antara faktor status gizi anak dan status ekonomi keluarga terhadap tingkat pertumbuhan anak (Santri, et al, 2017).

Pendidikan orang tua merupakan salah satu faktor yang penting dalam tumbuh kembang anak, karena dengan pendidikan yang baik maka orang tua dapat menerima segala informasi dari luar terutama tentang cara pengasuhan anak yang baik, bagaimana menjaga kesehatan anak, pendidikan, dan sebagainya sehingga anak dapat tumbuh dan kembang dengan normal hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang menyebutkan Faktor pendidikan orang tua memiliki hubungan yang signifikan terhadap tingkat pertumbuhan dan perkembangan anak (Santri et al, 2014)

g) Lingkungan pengasuhan

Pola pengasuhan anak memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak karena anak yang mendapat perhatian lebih baik secara fisik maupun emosional keadaan gizinya lebih baik dibandingkan dengan teman sebayanya yang kurang mendapat perhatian (Soetjiningsih, 2012).

h) Stimulasi

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

Stimulasi merupakan proses pembelajaran bagi anak, agar anak tumbuh dan berkembang menjadi anak yang cerdas ceria dan berakhlak mulia. Kemampuan dan tumbuh kembang anak perlu dirangsang oleh orang tua agar anak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal dan sesuai umurnya (Setiyani et al., 2016).

i) Obat-obatan

Pemakaian kortikosteroid jangka lama akan menghambat pertumbuhan, demikian halnya dengan pemakaian obat perangsang terhadap susunan saraf yang menyebabkan terhambatnya produksi hormon pertumbuhan (Kemenkes RI, 2018).

5. Penentuan status pertumbuhan anak

Menurut Kemenkes RI (2018) deteksi dini penyimpangan pertumbuhan yaitu untuk mengetahui atau menemukan status gizi kurang / buruk ,stunting, dan makro / mikrosefali. Jenis instrument yang digunakan adalah:

a. Pengukuran berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB)

Tujuan pengukuran BB/TB adalah untuk menentukan status gizi anak apakah tergolong normal, kurus, kurus sekali, atau gemuk. Parameter BB/TB ini untuk mengetahui apakah proporsi anak tergolong normal. Berat badan dan tinggi badan merupakan ukuran antropometri yang paling sering digunakan untuk pertumbuhan anak. Antropometri adalah

ukuran fisik seorang anak yang diukur dengan menggunakan alat ukur tertentu seperti timbangan, mikrotoa dan pita pengukur (Kemenkes RI, 2018).

1) Berat badan

Berat badan merupakan salah satu ukuran antropometri yang terpenting untuk mengetahui keadaan status gizi anak dan untuk memeriksa kesehatan anak pada kelompok umur, misalnya, apakah anak dalam keadaan normal dan sehat. Keuntungan lainnya adalah pengukurannya mudah, sederhana dan murah. Oleh karena itu, kegunaan BB adalah sebagai berikut (Setiyani et al., 2016)

a) Sebagai informasi tentang keadaan gizi anak, pertumbuhan, dan kesehatannya.
b) Untuk monitoring kesehatan sehingga dapat menentukan terapi apa yang sesuai dengan kondisi anak
c) Sebagai dasar untuk menentukan dasar perhitungan dosis obat ataupun diet yang diperlukan untuk anak.

Meskipun berat badan merupakan ukuran yang dianggap paling penting, tapi mempunyai kelemahan, antara lain sebagai berikut (Setiyani dkk, 2016)

a) Tidak sensitif terhadap proporsi tubuh. Pada anak yang mempunyai berat badan yang sama, tetapi tinggi badan berbeda akan terlihat postur tubuhnya berbeda. Anak yang satu akan terlihat langsing, anak lainnya kemungkinan terlihat gemuk.
b) Terjadi perubahan secara fluktuasi setiap hari yang masih dalam batas normal.Perubahan ini dapat terjadi akibat pengaruh masukan (intake), seperti makanan/minuman dan keluaran (output) seperti urine, keringat, dan

pernafasan. Besarnya fluktuasi tergantung kelompok umur dan sangat individual berkisar antara 100-200 g sampai 500 – 1000 g .

Dalam melakukan dan menentukan pengukuran berat badan anak, hal yang perlu diperhatikan adalah sebagai berikut:

a) Pengukuran dilakukan dengan memakai alat timbangan yang telah ditera (distandarisasi/kalibrasi) secara berkala.
b) Untuk menimbang anak usia kurang dari satu tahun, dilakukan dengan posisi berbaring. Usia 1 – 2 tahun dilakukan dengan posisi duduk dengan menggunakan dacin. Lebih dari dua tahun, penimbangan berat badan dapat dilakukan dengan posisi berdiri (Setiyani dkk., 2016).

2) Panjang badan atau tinggi badan

Ukuran antropometri yang terpenting kedua adalah tinggi badan. Keuntungan dari pengukuran tinggi badan ini adalah alatnya murah,mudah dibuat, dan dibawa sesuai keinginan tempat tinggi badan akan diukur. Seperti terdapat pada tabel tinggi badan dan berat badan, denganuntuk anak yang berusia diatas 24 bulan jika anak umur diatas 24 bulan diukur pada posisi terlentang maka hasil pengukurannya dikoreksi dengan mengurangkan 0,7 cm (Kemenkes RI, 2018).

b. Pengukuran lingkar kepala anak menurut umur (LKA/U)

Tujuan untuk menentukan untuk mengetahui lingkaran kepala anak dalam batas normal atau diluar batas normal. Jadwal pengukuran disesuaikan dengan umur anak. Umur 0 - 11 bulan pengukuran dilakukan setiap tiga bulan. Pada anak umur 12 -72 bulan pengukuran dilakukan setiap enam bulan. Pengukuran dan penilaian lingkar kepala anak dilakukan oleh

tenaga kesehatan terlatih. Cara yang mudah untuk mengetahui pertumbuhan lingkar kepala adalah dengan melihat kurva lingkar kepala pada Kartu Tumbuh Kembang Anak. kurva ini dibedakan antara anak perempuan dan anak laki-laki. Kurva lingkar kepala anak perempuan dan anak laki-laki dapat dilihat berikut ini (Setiyani et al., 2016).

DAFTAR PUSTAKA

Chamidah, Atien. (2016). Pentingnya stimulasi dini bagi tumbuh kembang otak anak. Yogyakarta : Ilmu Pendidikan Universitan Negeri Yogyakarta.

Destiana dkk (2017).Kemampuan Ibu Melakukan Stimulasi Untuk Perkembangan Bayi Usia 3-6 bulan Diwilayah Kerja Puskesmas Pujarak Kabupaten Kediri. Jurnal Ilmu Kesehatan.6(1):56-65.

Hardika MD (2018) Praktek Stimulasi Motorik Kasar Ditinjau dari Pengetahuan Ibu Mengenai Tahap Perkembangan Bayi 0-12 Bulan. J Aisyah J Ilmu Kesehat.3(1):29-38. doi:10.30604/jika.v3i1.79

Imelda (2017)..,Pengetahuan Ibu Tentang Pemberian Stimulasi Dan Perkembangan Anak Pra Sekolah (3-5 Tahun) Di Banda Aceh. Idea Nurs J.;8(3).

Khairani N (2020) Tingkat pendapatan keluarga, pola asuh orang tua, stimulasi perkembangan, dan perkembangan balita. J Kesehat Masy.;4(April):27-34

Kemenkes RI (2018). Pedoman Pelaksanaan Stimulasi Dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak ditingkat Pelayanan Kesehatan Dasar.

Kusparlina EP dan Ardhianingtyas N (2020)Pengetahuan Ibu Tentang Stimulasi Dini dan Perkembangan Motorik Anak Usia 6-24 Bulan. J Penelit Kesehat "SUARAFORIKES" (Journal Heal Res "Forikes Voice").;11(April):65. doi:10.33846/sf11nk212

Legiati dkk (2019)., Kelas Ibu BalitaMeningkatkan Pengetahuan dan Keterampilan Ibu dalam Stimulasi Tumbuh Kembang. J Kesehat Prima ;13(2):115. doi:10.32807/jkp.v13i2.240

Rihlah (2019) Makna Stimulasi Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak Usia Dini Dalam Perspektif Fisik Dan Mental. JECED J Early Child Educ Dev.;1(1):9-20. doi:10.15642/jeced.v1i1.499

Soetjiningsih. (2014). Tumbuh Kembang Anak. Jakarta : EGC

Sunarsih T (2018).Tumbuh Kembang Anak. Pertama. (Sw A, Ed.). Pt.Remaja Rosdakarya

Syahailatua J, Kartini K (2020).Pengetahuan ibu tentang tumbuh kembang berhubungan dengan perkembangan anak usia 1-3 tahun. J.Biomedika dan Kesehat. 0;3(2):77-83. doi:10.18051/jbiomedkes.2020.v3.77-83

Setiawati M (2016).Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Perkembangan Anak Usia 9-12 Bulan Dengan Kemampuan Pemberian Stimulasi Pada Anak Usia 9-12 Bulan Di Puskesmas Cibeureum Kota Tasikmalaya. J Kesehat Bakti

Susanti dan Adawiyah (2020).Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang Stimulasi Perkembangan Anak Dengan Keterampilan Ibu Dalam Melakukan Stimulasi Perkembangan Anak. J Qual Women's Heal.;3(1):67-71.doi:10.30994/jqwh.v3i1.52

Sari. R (2020). Hubungan Pengetahun, Sikap Dan Pendidikan Ibu Tentang Stimulasi Terhadap Perkembangan Motorik Kasar Anak Usia 3-5 Tahun Di Puskesmas Lamasi. Jurnal Kesehatan Luwu Raya ; 06 (02):17-25.

Wahyuni C (2018) Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku tentang Stimulasi Dini dengan Perkembangan Motorik Halus Anak Usia 1-3 Tahun di Kelurahan Balowerti Kota Kediri. J Qual Women's Heal. ;1(2):35-42. doi:10.30994/jqwh.v1i2.15

BIODATA PENULIS

Wiwi Kustio Priliana lahir di Pemalang pada tanggal 13 April 1975.Menyelesaikan pendidikan DIV Keperawatan di Fakultas KedokteranUniversitas Diponegoro Semarang.Profesi Ners di Politehnik Kemenkes Surakarta Solo. Pendidikan S1 di program Studi Pendidikan Bimbingan Konseling di Universitas PGRI Yogyakarta. S2 di Fakultas Kedokteran, Program Study Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Kesehatan Ibu dan Anak - Kesehatan Reproduksi di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan STIKES Notokusumo Yogyakarta dari tahun 1998 sampai sekarang.

BAB 5

Pemantauan Tumbuh Kembang Anak

Jufri Sineke, S.Pd, SST, M.Si

A. Pendahuluan

Tumbuh kembang anak adalah proses penting yang mencakup perkembangan fisik, kognitif, sosial, dan emosional dari lahir hingga usia dewasa. Periode ini adalah masa kritis di mana anak mengalami perubahan signifikan yang mempengaruhi seluruh aspek kehidupannya. Pemantauan tumbuh kembang anak tidak hanya bertujuan untuk memastikan bahwa anak mencapai tonggak perkembangan yang sesuai, tetapi juga untuk mengidentifikasi masalah perkembangan yang mungkin timbul sejak dini (Kemenkes RI, 2019).

Kesehatan dan gizi yang baik berperan penting dalam mendukung tumbuh kembang yang optimal. Keterlibatan orang tua dan lingkungan sekitar, termasuk tenaga kesehatan, sangat penting untuk memberikan dukungan yang diperlukan bagi anak. Dalam konteks Indonesia, berbagai program dan pedoman telah disusun oleh pemerintah untuk membantu orang tua dan tenaga kesehatan dalam memantau dan mendukung tumbuh kembang anak (Kemenkes RI, 2020). Dengan memahami dan memperhatikan tumbuh kembang anak secara holistik, kita dapat memastikan bahwa setiap anak memiliki kesempatan untuk tumbuh menjadi individu yang sehat dan berdaya saing (Kemenkes RI, 2020, Sari *et.al*., 2022).

B. Konsep Tumbuh Kembang Anak

1. Pengertian Tumbuh Kembang.

Tumbuh kembang anak adalah proses fisik dan psikologis yang terjadi pada anak dari lahir hingga dewasa, yang mencakup perubahan dalam ukuran, bentuk, dan fungsi tubuh serta perkembangan keterampilan motorik, bahasa, dan sosial (Kemenkes, 2019). Tumbuh kembang anak secara fisik mencakup peningkatan ukuran tubuh dan perkembangan sistem organ. Hal ini dapat diukur melalui pengukuran tinggi badan, berat badan, dan lingkar kepala (WHO, 2006). Tumbuh kembang anak secara fisik merujuk pada pertumbuhan ukuran dan proporsi tubuh serta perkembangan kemampuan motorik. Ini mencakup peningkatan tinggi badan, berat badan, dan perkembangan koordinasi motorik halus dan kasar (Kemenkes, 2020).

Tumbuh kembang kognitif meliputi perkembangan kemampuan berpikir, memahami, dan berkomunikasi. Ini mencakup kemampuan anak dalam memecahkan masalah dan berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya (American Academy of Pediatrics, 2021). Tumbuh kembang kognitif meliputi perkembangan kemampuan berpikir, belajar, dan memecahkan masalah. Dalam hal ini adalah perkembangan bahasa, kemampuan berkomunikasi, dan pemahaman terhadap lingkungan (Sari *et.al.,* 2022). Tumbuh kembang sosial dan emosional berkaitan dengan kemampuan anak dalam membangun hubungan dengan orang lain dan mengelola emosinya. Anak belajar untuk berinteraksi dengan teman sebaya dan memahami perasaan mereka sendiri dan orang lain (Pomerantz *et.al*., 2017). Tumbuh kembang sosial dan emosional mencakup juga perkembangan keterampilan sosial dan pengelolaan emosi (Setiawan *et. al*.,2021).

2. Pentingnya Pemantauan

Pemantauan tumbuh kembang anak adalah proses penting yang bertujuan untuk memastikan bahwa setiap anak tumbuh dan berkembang sesuai dengan tahap

perkembangannya. Tumbuh kembang anak tidak hanya mencakup pertumbuhan fisik, tetapi juga perkembangan keterampilan motorik, bahasa, sosial, dan emosional. Melalui pemantauan yang rutin, orang tua dan tenaga kesehatan dapat mendeteksi adanya masalah perkembangan sejak dini dan memberikan intervensi yang tepat. Dengan memahami aspek-aspek yang harus dipantau, kita dapat membantu anak mencapai potensi maksimalnya (Kemenkes RI, 2020).

Pemantauan tumbuh kembang anak adalah upaya untuk memastikan bahwa anak mencapai tonggak perkembangan yang sesuai dengan usianya, sehingga masalah perkembangan dapat terdeteksi lebih cepat (Sari *et.al.*, 2022). Pemantauan tumbuh kembang anak penting untuk mendeteksi keterlambatan atau masalah perkembangan sejak dini. Hal ini memungkinkan intervensi yang tepat untuk memastikan anak mencapai tonggak perkembangan yang sesuai (Nurhayati, 2020).

Pentingnya pemantauan tumbuh kembang anak adalah untuk :

a. Deteksi Dini Masalah Perkembangan

   Pemantauan tumbuh kembang anak memungkinkan deteksi dini terhadap masalah perkembangan, sehingga intervensi dapat dilakukan lebih cepat. Ini sangat penting untuk meningkatkan peluang anak mendapatkan dukungan yang diperlukan untuk tumbuh dan berkembang secara optimal (WHO, 2020).

b. Intervensi yang Tepat

   Dengan pemantauan yang rutin, masalah kesehatan dan perkembangan dapat diidentifikasi sebelum menjadi lebih serius. Intervensi dini dapat mencakup terapi fisik, terapi wicara, atau program dukungan lainnya yang dirancang untuk membantu anak mencapai perkembangan yang sesuai sekitarnya (American Academy of Pediatrics, 2021).

c. Meningkatkan Kesadaran Orang Tua

Pemantauan tumbuh kembang juga berperan dalam meningkatkan kesadaran orang tua mengenai perkembangan anak. Orang tua yang terlibat dalam proses pemantauan lebih cenderung memahami tanda-tanda perkembangan yang sehat dan dapat lebih siap menghadapi masalah yang mungkin timbul (Sari *et.al.*, 2022).

d. Dukungan Kesehatan Masyarakat

Pemantauan tumbuh kembang anak berkontribusi pada kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Data yang diperoleh dari pemantauan dapat digunakan untuk merumuskan kebijakan kesehatan yang lebih baik dan program intervensi untuk meningkatkan kesehatan anak (Pomerantz *et.al.*, 2017).

e. Kualitas Hidup yang Lebih Baik

Anak yang menerima pemantauan tumbuh kembang yang baik cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Mereka lebih mungkin untuk berprestasi baik di sekolah dan berinteraksi sosial dengan lebih efektif, yang pada akhirnya berdampak positif pada kesejahteraan emosional mereka (Kemenkes RI, 2017)..

3. Aspek-Aspek Pemantauan

a. Aspek Fisik

1) Pertumbuhan Berat dan Tinggi

Pemantauan berat badan dan tinggi badan anak dilakukan secara berkala untuk memastikan pertumbuhan fisik yang optimal. Penurunan atau peningkatan yang tidak sesuai dengan grafik pertumbuhan dapat mengindikasikan adanya masalah kesehatan atau kekurangan nutrisi. Data ini sering kali diukur menggunakan grafik pertumbuhan standar, seperti yang ditetapkan oleh WHO atau CDC (WHO, 2018).

2) Perkembangan Motorik Kasar dan Halus
Perkembangan motorik kasar melibatkan kemampuan anak untuk melakukan gerakan besar, seperti merangkak, berjalan, atau berlari. Sementara itu, perkembangan motorik halus mencakup keterampilan seperti menggenggam dan menulis. Penilaian terhadap keterampilan ini penting untuk mendeteksi adanya keterlambatan atau gangguan perkembangan (Santrock et. al., 2018).

b. Aspek Kognitif
1) Kemampuan Berpikir dan Memecahkan Masalah
Evaluasi kognitif mencakup kemampuan anak dalam memproses informasi, memecahkan masalah, dan belajar dari pengalaman. Tes perkembangan kognitif sering digunakan untuk menilai kemampuan ini dan membandingkannya dengan norma usia (Roid,et.al., 2011).
2) Perkembangan Bahasa
Perkembangan bahasa melibatkan kemampuan anak dalam berbicara, memahami, dan menggunakan bahasa. Pemantauan dilakukan untuk memastikan anak mencapai tonggak perkembangan bahasa sesuai dengan usianya, termasuk keterampilan berbicara dan memahami instruksi (Laksmi, 2020) .

c. Aspek Sosial dan Emosional
1) Interaksi Sosial
Pemantauan interaksi sosial melibatkan pengamatan bagaimana anak berinteraksi dengan orang lain, baik dengan teman sebaya maupun orang dewasa. Ini termasuk kemampuan anak untuk berkomunikasi, bekerja sama, dan menunjukkan empati (Fauziah, 2019).

2) Pengaturan Emosi
Anak-anak juga perlu diperhatikan dalam hal pengelolaan dan ekspresi emosional. Evaluasi ini membantu dalam memahami bagaimana anak mengatasi perasaan dan stres, serta bagaimana mereka mengekspresikan emosi mereka (Hidayati, 2021).

3) Keterampilan Kemandirian
Pemantauan keterampilan kemandirian mencakup kemampuan anak untuk melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, seperti makan, berpakaian, dan menggunakan toilet. Keterampilan ini penting untuk perkembangan kemandirian dan kepercayaan diri anak (Prabowo,2022).

4. Milestone Perkembangan dalam Tumbuh Kembang Anak

Milestone adalah indikator penting dalam pemantauan tumbuh kembang anak. Beberapa milestone penting berdasarkan usia adalah :

a. Milestone Fisik
   1) Usia 0-3 bulan : Bayi mulai mengangkat kepala saat berbaring telentang dan menggerakkan tangan serta kaki dengan gerakan acak.
   2) Usia 4-6 bulan : Bayi dapat berbalik, duduk dengan dukungan, dan mulai menjangkau mainan (American Academy of Pediatrics, 2021).

b. Milestone Kognitif
   1) Usia 6-12 bulan : Anak mulai memahami hubungan sebab-akibat, seperti menggoyangkan mainan untuk menghasilkan suara. Mereka juga mulai mengenali nama-nama benda dan orang.
   2) Usia 1-2 tahun : Anak dapat mengikuti perintah sederhana dan mulai menggunakan kata-kata untuk berkomunikasi WHO, 2020).

c. Milestone Bahasa
    1) Usia 0-12 bulan : Bayi mulai mengeluarkan suara, seperti tertawa dan menangis. Pada usia 12 bulan, mereka biasanya mengatakan kata pertama.
    2) Usia 2-3 tahun : Anak dapat mengucapkan kalimat pendek dan menggunakan kosakata yang terus berkembang, seringkali mencakup 200-300 kata lain (Pomerantz *et.al*., 2017).
d. Milestone Sosial dan Emosional:
    1) Usia 0-6 bulan : Bayi mulai tersenyum dan berinteraksi dengan orang lain. Mereka juga menunjukkan respons terhadap suara dan wajah.
    2) Usia 2-3 tahun : Anak mulai bermain bersama teman sebaya dan belajar berbagi serta bergiliran (Sari *et.al.,* 2022).
e. Milestone Motorik Halus:
    1) Usia 6-12 bulan : Bayi mulai menggenggam benda kecil dan dapat menggerakkan jari mereka dengan lebih terampil.
    2) Usia 2-3 tahun : Anak dapat menggunakan pensil untuk menggambar dan melakukan aktivitas yang memerlukan keterampilan motorik halus, seperti menyusun balok (Kemenkes RI, 2019).

5. Metode Pemantauan Tumbuh Kembang Anak

a. Pengukuran Rutin

   Pengukuran tinggi badan, berat badan, dan lingkar kepala dilakukan secara berkala di fasilitas kesehatan. Pengukuran ini membantu memantau pertumbuhan fisik anak dan menentukan apakah mereka berada dalam rentang normal sesuai dengan grafik pertumbuhan yang telah ditetapkan (WHO,2006).

b. Alat Skrining

   Penggunaan alat skrining, seperti Denver Developmental Screening Test (DDST), untuk menilai berbagai aspek perkembangan anak, termasuk kemampuan motorik, bahasa, dan sosial. Skrining ini

dilakukan pada usia tertentu untuk mengidentifikasi anak yang mungkin memerlukan evaluasi lebih lanjut (American Academy of Pediatrics, 2021).

c. Observasi Langsung

Observasi langsung terhadap perilaku anak dalam situasi sehari-hari, seperti saat bermain atau berinteraksi dengan teman sebaya. Metode ini memberikan informasi berharga tentang perkembangan sosial dan emosional anak (Pomerantz *et.al*., 2017).

d. Kuesioner dan Wawancara:

Menggunakan kuesioner yang diisi oleh orang tua dan wawancara dengan orang tua untuk mendapatkan informasi mengenai perkembangan anak di rumah. Ini membantu dalam memahami bagaimana anak berinteraksi dalam lingkungan yang lebih familiar (Sari *et.al.,* 2022).

e. Pemeriksaan Kesehatan Berkala:

Pemeriksaan kesehatan secara rutin oleh tenaga medis, yang mencakup penilaian fisik, pemeriksaan penglihatan dan pendengaran, serta evaluasi perkembangan. Hal ini penting untuk mendeteksi masalah kesehatan yang mungkin memengaruhi tumbuh kembang anak (Kemenkes RI, 2019).

6. Tindakan Jika Ditemukan Masalah

a) Apabila ditemukan masalah dalam perkembangan anak, langkah yang dapat diambil meliputi:

a. Evaluasi Lanjutan

Jika terdapat indikasi keterlambatan atau masalah dalam perkembangan anak, langkah pertama adalah melakukan evaluasi lebih lanjut. Ini bisa meliputi pemeriksaan oleh dokter spesialis anak atau ahli perkembangan untuk menilai kondisi secara menyeluruh (American Academy of Pediatrics, 2021).

b. Intervensi Dini
   Melakukan intervensi sesegera mungkin adalah kunci untuk mendukung perkembangan anak. Intervensi dapat berupa terapi fisik, terapi wicara, atau program dukungan pendidikan yang disesuaikan dengan kebutuhan anak (WHO, 2020).
c. Pendidikan untuk Orang Tua
   Memberikan edukasi kepada orang tua tentang cara mendukung perkembangan anak mereka. Ini mencakup teknik bermain yang merangsang perkembangan, serta informasi tentang tanda-tanda perkembangan normal dan abnormal (Pomerantz *et.al.*, 2017).
d. Rujukan ke Spesialis
   Jika masalah yang terdeteksi memerlukan perhatian lebih lanjut, merujuk anak ke spesialis, seperti psikolog anak atau ahli terapi, bisa menjadi langkah yang diperlukan untuk mendapatkan penanganan yang lebih tepat (Sari *et.al.,* 2022).
e. Pemantauan Berkelanjutan
   Setelah tindakan intervensi dilakukan, penting untuk terus memantau perkembangan anak secara berkala untuk menilai efektivitas intervensi dan membuat penyesuaian jika diperlukan (Kemenkes RI, 2019).

DAFTAR PUSTAKA

American Academy of Pediatrics. (2019). *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

American Academy of Pediatrics (2021). *Developmental monitoring and screening. Pediatrics*; 148(5): e2021050986.

Fauziah, A (2019). *Interaksi Sosial pada Anak*. Jakarta: Prenadamedia Group

Hidayati, N (2022). *Pengelolaan Emosi pada Anak Usia Prasekolah*. Jurnal Pendidikan Anak;5(1):45-56.

Hartini, S., & Yanti, R. (2020). *Tumbuh Kembang Anak: Teori dan Praktik*. Bandung: Penerbit Alfabeta.

Kemenkes RI. (2018). *Pedoman Pemantauan Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kemenkes RI (2019). *Pedoman Pemantauan Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kemenkes RI (2020). *Buku Panduan Tumbuh Kembang Anak. Jakarta*: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2020.

Kemenkes RI (2020). *Pedoman Gizi Seimbang untuk Anak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Laksmi, D.A (2020). *Perkembangan Bahasa Anak Usia Dini*. Jurnal Psikologi Pendidikan dan Perkembangan;10(2):121-130.

Nurhayati T, Jati SD (2020). *Peran Orang Tua dalam Mendukung Tumbuh Kembang Anak Usia Dini*. J Ilmiah Kesehatan; 5(1): 45-51.

Pomerantz EM, Wang Q (2017). *The Role of Parents in Children's Development*: *A cross-cultural perspective*. Child Dev.; 88(1): 35-46.

Prabowo, B (2022). *Kemandirian Anak dalam Aktivitas Sehari-hari*. Jurnal Psikologi Anak dan Remaja;7(3):90-100

Pratiwi, I. (2019). *Pemantauan tumbuh kembang anak usia dini di puskesmas*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 14(1), 45-50. https://doi.org/10.1016/j.jkm.2019.01.007.

Santrock, J.W (2018). *Child Development*. 15th ed. New York: McGraw-Hill Education.

Sari M, Santosa D, Yuliati S (2022). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang Anak Usia Dini*. J Kesehatan Masyarakat; 16(3): 201-207.

Sari, R. (2021). *Pentingnya Pemantauan Tumbuh Kembang Anak untuk Deteksi Dini Masalah Perkembangan*. Yogyakarta: Penerbit Andi.

Setiawan D, Anwar M (2021). *Pentingnya Pengembangan Sosial Emosional pada Anak Usia Dini*. J. Ilmiah Pendidikan; 4(2): 101-108.

Prabowo, B (2022). *Kemandirian Anak dalam Aktivitas Sehari-hari*. Jurnal Psikologi Anak dan Remaja;7(3):90-100.

WHO, (2006). *Child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age*. Geneva: World Health Organization

WHO (2018). *Panduan Tumbuh Kembang Anak*. Geneva: WHO; Diakses dari: https://www.who.int

WHO (2018). *WHO Child Growth Standards: Methods and Development*. Geneva: World Health Organization.

WHO, (2020). *Guidelines on Preventing Early Childhood Malnutrition*. Geneva: World Health Organization.

Widiastuti, D. (2022). *Keterlambatan Perkembangan pada Anak: Tanda dan intervensi*. *Jurnal Ilmiah Pendidikan*, 7(2), 123-130. https://doi.org/10.21070/jip.v7i2.1234

BIODATA PENULIS

Jufri Sineke., S.Pd, SST, M.Si lahir pada 24 Juni 1964 di Buku Minahasa Tenggara, Sulawesi Utara. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Ilmu Pendidikan IKIP Manado dan Diploma IV Gizi Universitas Brawijaya Malang serta S2 di Fakultas Ilmu Pangan Universitas Sam Ratulangi Manado. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Manado

BAB 6

Skrining Kesehatan Anak Sekolah

Drg. Vega Roosa Fione, M.Kes

A. Pendahuluan

Salah satu permasalahan serius yang dihadapi bangsa Indonesia adalah masalah kesehatan khususnya masalah kesehatan anak usia sekolah. Populasi anak usia sekolah dasar merupakan komponen yang cukup penting dalam masyarakat, mengingat jumlahnya yang cukup besar diperkirakan 23% atau sepertiga dari jumlah penduduk Indonesia. Anak usia sekolah yaitu anak usia 6-12 tahun yang mempunyai sifat individual serta aktif merupakan masa dimana terjadi perubahan yang bervariasi pada pertumbuhan dan perkembangan anak yang akan mempengaruhi kondisi kesehatan anak (Nurvinanda & Berti Anggraini, 2021).

Penjaringan Kesehatan peserta didik merupakan salah satu indikator pelayanan minimal bidang kesehatan yang menjadi urusan wajib pemerintah daerah. Penjaringan Kesehatan bertujuan meningkatkan status peserta didik melalui pemeriksaan berkala. Kegiatan penjaringan kesehatan dan pemeriksaan berkala tersebut dilaksanakan melalui wadah Usaha Kesehatan sekolah (UKS) (Mulazimah et al., 2021)

B. Konsep Dasar Skrining Kesehatan Anak Sekolah

1. Pengertian Skrining Kesehatan Anak Sekolah

Penjaringan Kesehatan Anak Sekolah (Screening) adalah salah satu bentuk dari pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk mendeteksi dini siswa yang memiliki masalah kesehatan agar segera mendapatkan penanganan

sedini mungkin serta tersedianya data atau informasi untuk menilai perkembangan kesehatan peserta didik.

Penjaringan kesehatan merupakan suatu prosedur pemeriksaan kesehatan yang dilakukan untuk mendeteksi dini masalah kesehatan yang dapat mengganggu proses belajar dan tumbuh kembang anak sehingga dapat ditindak lanjuti segera. Hasil penjaringan kesehatan juga dapat digunakan untuk merencanakan program kesehatan disekolah/madrasah, pondok pesantren, panti/LKSA dan lapas/LPKA (Kementerian Kesehatan, 2018).

Penjaringan Kesehatan merupakan suatu prosedur pemeriksaan kesehatan yang dilakukan untuk memilah (skrining) anak yang sehat dan tidak sehat, serta dapat dimanfaatkan untuk pemetaan kesehatan peserta didik. Kegiatan ini dilaksanakan untuk mendeteksi gaya hidup peserta didik yang tidak sehat yang dapat mengakibatkan kesakitan dan mengganggu proses belajar siswa (Natalia & Angraeni, 2022).

2. Tujuan Skrining Kesehatan Anak Sekolah.

a. Tujuan Umum.
   Meningkatkan derajat kesehatan anak usia sekolah dan remaja secara optimal dalam mendukung tumbuh kembang dan proses belajar.

b. Tujuan Khusus
   1) Terdeteksi secara dini masalah kesehatan anak usia sekolah dan remaja, sehingga bila terjadi masalah dapat segera ditindaklanjuti.
   2) Tersedianya data atau informasi untuk menilai perkembangan kesehatan anak usia sekolah dan remaja, maupun untuk dijadikan pertimbangan dalam menyusun laporan pembinaan kesehatan sekolah,madrasah, pondok pesantren, panti/LKSA, dan lapas/LPKA.
   3) Termanfaatkannya data untuk perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi program

pembinaan anak usia sekolah dan remaja (Kementerian Kesehatan, 2018).

3. **Sasaran Kegiatan Skrining Kesehatan Anak Sekolah**.

Sasaran kegiatan penjaringan (skrining) kesehatan anak usia sekolah di sekolah/madrasah adalah seluruh peserta didik baru pada tahun ajaran baru kelas 1, 7 dan 10 disekolah/madrasah, baik negeri maupun swasta termasuk Sekolah Luar Biasa (SLB).

Sasaran kegiatan pemeriksaan berkala adalah seluruh peserta didik kelas 2 – 6 di SD/MI, kelas 8 – 9 di SMP/MTS serta kelas 11 – 12 di SMA/SMK/MA termasuk Sekolah Luar Biasa (SLB).

Kegiatan penjaringan Kesehatan dan pemeriksaan berkala dilakukan masing-masing minimal 1x dalam setahun (Kementerian Kesehatan, 2018).

4. **Tempat dan Waktu Pelaksanaan**.

Tempat penjaringan kesehatan dan pemeriksaan berkala dilaksanakan di sekolah/madrasah.pondok pesantren/ panti/lapas. Bagi anak yang tidak hadir pada waktu pemeriksaan kesehatan dapat dilakukan di Puskesmas sesuai kesepakatan sekolah.

Waktu pelaksanaan penjaringan kesehatan dan pemeriksaan berkala disekolah/madrasah, yang terbaik adalah tahun ajaran baru yaitu antara bulan Juli sampai Desember, tetapi dalam menghadapi keterbatasan tenaga kesehatan dipuskesmas maka diberikan kesempatan sepanjang satu tahun ajaran antara bulan Juli tahun berjalan sampai dengan bulan Juni tahun berikutnya (Kementerian Kesehatan, 2018).

5. Pelaksanaan Kegiatan Skrining Kesehatan Anak Sekolah

Pelaksanaan penjaringan kesehatan dan pemeriksaan berkala pada anak usia sekolah dilakukan di dalam sekolah. Jika penjaringan kesehatan dan pemeriksaan berkala ditemukan adanya gangguan atau kelainan yang memerlukan penangangan lebih lanjut agar dilakukan

dilakukan rujukan kepuskesmas atau fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.

Penjaringan kesehatan dan pemeriksaan berkala meliputi :

a. Pemeriksaan kesehatan menggunakan kuesioner. Kuesioner berisikan pertanyaan mengenai riwayat kesehatan, riwayat imunisasi,perilaku berisiko (sarapan, jajan, merokok, dan minum minuman beralkohol), kesehatan inteligensia, kesehatan mental, kesehatan reproduksi. Kuesioner diisi oleh masing-masing peserta didik. Bagi peserta didik kelas 1-3 SD/MI atau peserta didik di SLB pengisian kuesioner dapat dibantu oleh orangtua/wali/guru.
b. Pemeriksaan kesehatan yang terdiri dari : status gizi, tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, dan suhu),kebersihan diri, gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, kesehatan gigi dan mulut, kebugaran jasmani.

Dalam melakukan penjaringan kesehatan dan pemeriksaan berkala diperlukan persiapan dan dilanjutkan dengan tahapan proses pelaksanaan penjaringan kesehatan dan pemeriksaan berkala. Persiapan penjaringan dapat dilakukan minimal satu minggu sebelum pelaksanaan penjaringan dan pemeriksaan berkala.

Tabel 1. Jenis Skrining Kesehatan Anak Sekolah

Pengisian Kuesioner	Pemeriksaan Fisik
Riwayat Kesehatan	Status gizi
Riwayat Imunisasi	Tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, dan suhu),
Gaya hidup (sarapan, jajan, risiko merokok, minum minuman beralkohol, Napza	Kebersihan diri
Kesehatan inteligensia	Kesehatan penglihatan

Kesehatan mental emosional	Kesehatan pendengaran
Kesehatan reproduksi	Kesehatan gigi dan mulut
	Kebugaran jasmani

Gambar 1. Pemeriksaan Pendengaran

Gambar 2. Pemeriksaan Penglihatan

Gambar 3. Pemeriksaan Tinggi Badan

Gambar 4.Pemeriksaan Tanda Vital (jantung, paru- paru)

Gambar 5. Pemeriksaan Gigi dan Mulut

6. Sarana dan Prasarana

Sebelum melaksanakan penjaringan kesehatan dan pemeriksaan berkala perlu didukung dengan sarana dan prasarana seperti yang digambarkan dalam tabel dibawah ini :

Tabel 2. Sarana Dan Prasarana Skrining Kesehatan Anak Sekolah.

No.	Sarana	Fungsi
1.	Ruangan untuk pemeriksaan	Tempat pemeriksaan
2.	Meja dan kursi pemeriksaan	Tempat pemeriksaan
3.	Kuesioner pemeriksaan	Instrument penilaian Riwayat kesehatan, status imunisasi, Kesehatan mental, inteligensia, perilaku berisiko
4.	Formulir hasil pencatatan penjaringan/pemeriksaan berkala/buku rapor kesehatanku	Instrument pencatatan hasil pemeriksaan
5.	Formulir rekapitulasi hasil penjaringan Kesehatan untuk puskesmas	Instrument dokumentasi hasil pemeriksaan untuk puskesmas
6.	Formulir pelaporan penjaringan Kesehatan dari puskemas ke dinas Kesehatan kab/kota	Instrument informasi hasil kegiatan penjaringan Kesehatan disatu wilayah kerja puskesmas
7.	Formulir rujukan	Surat pengantar rujukan

8.	Form umpan balik hasil penjaringan kesehatan	Instrument informasi hasil penjaringan kesehatan di satu sekolah
9.	UKS Kit	Satu paket alat pemeriksaan kesehatan

Tabel 3. Daftar UKS Kit

No.	Sarana	Fungsi
1.	Timbangan dewasa	Pemeriksaan berat badan
2.	Pengukur tinggi badan	Pemeriksaan tinggi badan
3.	Steteskop	Pemeriksaan auskultasi jantung paru
4.	Sphenomanomegmeter dengan manset anak dan dewasa	Pemeriksaan tekanan darah
5.	Torniket karet	Pemeriksaan tekanan darah
6.	Termometer klinis	Pemeriksaan suhu tubuh
7.	Timer	Pemeriksaan frekuensi napas dan denyut nadi
8.	Garpu tala 512 HZ	Pemeriksaan tajam pendengaran
9.	Pengait serumen	Tindakan pembersihan serumen
10.	Speculum hidung (lempert)	Pemeriksaan rongga hidung
11.	Speculum telinga dengan ukuran kecil,sedang dan besar	Pemeriksaan liang telinga

12.	Sudip lidah, logam Panjang 12 cm	Pemeriksaan tenggorokan
13.	Snellen, alat untuk pemeriksaan visus	Pemeriksaan tajam penglihatan
14.	Kartu E, alat pemeriksaan visus	Pemeriksaan tajam penglihatan bagi peserta didik yang belum bisa membaca
15.	Tes buta warna (ISHIHARA)	Pemeriksaan buta warna
16.	Pinhole	Pemeriksaan refraksi
17.	Palu pengukur refleks	Pemeriksaan refleks
18.	Penlight	Pemeriksaan mata, telinga, mulut
19.	Kaca mulut	Pemeriksaan rongga mulut
20.	Sonde gigi	Pemeriksaan karies gigi
21.	Tempat alkohol	Tempat menaruh alkohol
22.	Toples kapas logam dengan pegas dan tutup	Tempat kapas
23.	Toples kapas/kassa steril	Tempat kapas/kassa steril
24.	Baki logam tempat alat steril tertutup	Tempat alat steril
25.	Waskom cekung	Tempat air
26.	Tas kanvas	Tempat kit

7. Penjelasan (Informed Consent)

Informed consent merupakan sebuah kesepakatan atas Tindakan/pelayanan kesehatan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan kepada masyarakat, setelah

sebelumnya tenaga kesehatan memberikan informasi, komunikasi kepada masyarakat tersebut.

Sasaran penjaringan kesehatan dan pemeriksaan berkala adalah anak usia sekolah dan remaja yang berada dalam kuasa asuh dari orangtua/wali, maka informasi penjaringan kesehatan dan pemeriksaan berkala perlu diberikan oleh orangtua/wali.

Bagi orangtua/wali yang menolak penjaringan kesehatan/pemeriksaan berkala, dianjurkan untuk melampirkan hasil pemeriksaan yang dibuktikan dengan hasil pemeriksaan yang disahkan oleh fasilitas kesehatan sesuai standar pemeriksaan penjaringan kesehatan/pemeriksaan berkala (Kementerian Kesehatan, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

Kementerian Kesehatan. (2018). *Petunjuk Teknis Penjaringan Kesehatan dan Pemeriksaan Berkala Anak Usia Sekolah dan Remaja*.

Mulazimah, Ikawati, Y., & Nurahmawati, D. (2021). Upaya Peningkatan Kesehatan melalui Program UKS Penjaringan Kesehatan Anak Usia Sekolah Dinas Kesehatan Kota Kediri. *Kontribusi*, *2*(1), 1–8.

Natalia, S., & Angraeni, S. (2022). Skrining Kesehatan Anak Sekolah sebagai upaya deteksi Kesehatan sejak dini. *Journal of Community Engagement in Health*, *5*(1), 47–50.

Nurvinanda, R., & Berti Anggraini, R. (2021). SKRINING KESEHATAN PADA ANAK USIA SEKOLAH DI SDN 19 MENDOBARAT. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada MAsyarakat*, *4*(1), 66–70.

BIODATA PENULIS

Drg.Vega Roosa Fione,M.Kes lahir di Jakarta, 01 Februari 1971. Menyelesaikan pendidikan S1/dokter gigi di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Trisakti Jakarta dan S2 di Program Magister Ilmu Kedokteran Gigi Komunitas Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Manado. Saat ini mengampu Mata Kuliah Histologi Anatomi Fisiologi, Ilmu Penyakit Gigi dan Mulut, Dental Anatomi, dan Preventive Dentistry

BAB 7

Pemenuhan Kebutuhan Motorik

Ros Rahmawati, SKM.,M.Sc

A. Pendahuluan

Mengutip dari Help Me Grow, kemampuan motoric adalah kegiatan yang melibatkan anak menggunakan otot-otot dalam tubuhnya, motoric anak balita dibagi menjadi dua, motoric kasar dan motoric halus.

Perkembangan motoric anak dalah salah satu aspek milestone yang perlu dipantau, sebab hal tersebut akan digunakan anak setiap hari sepanjang hidupnya. Kemampuan motoric akan membantu anak untuk melakukan segalanya, mulai dari berjalan, berlari, menggenggam sendok, sampai menulis dan mengetik di keyboard, selain itu anak-anak juga akan belajar mengenai koordinasi tangan-mata, keseimbangan tubuh, kepercayaan diri, dan keyakinan atas kemampuan mereka sendiri. Pada akhirnya perkembangan motorik penting untuk tumbuh kembang anak secara keseluruhan, yang mana perkembangan anak itu bukan hanya motoric kasar dan halus saja akan tetapi termasuk bahasa dan sosialisasi dan kemandirian, namun dalam pembahasan disini terbatas pada motoric kasar dan motoric halus saja.

B. Konsep Keterampilan Motorik pada Bayi

1. Pengertian

Keterampilan motorik adalah kemampuan untuk menggerakkan anggota tubuh, seperti kepala, bibir, lidah, tangan, kaki, dan jemari. Keterampilan motorik itu sendiri dibagi dua, yaitu motorik kasar dan halus.

a. Motorik Kasar

Kemampuan motorik kasar adalah keterampilan yang melibatkan gerakan otot-otot besar, seperti lengan, tangan, kaki, serta dada. Perkembangan motorik bayi inilah yang membuatnya bisa duduk, berguling, berjalan, berlari, melompat dan sebagainya, yang nantinya akan menjadi bekal si Kecil untuk bisa menjalankan aktivitas sehari-hari.

Gerakan yang membutuhkan koordinasi kelompok otot-otot anak, seperti lengan, kaki, betis, dan leher. Jadi, yang termasuk kemampuan motorik kasar adalah memalingkan kepala kedua sisi saat telentang, mengangkat kepala, menolehkan kepala ke kanan atau kiri saat sedang tengkurap, berguling dari telentang ke tengkurap, merangkak, berdiri, berjalan berlari hingga menendang

b. Motorik Halus

Motorik halus adalah keterampilan yang melibatkan koordinasi antara otot-otot kecil, meliputi tangan, jari-jari, dan pergelangan tangan. Gerakan-gerakan ini biasanya lebih menuntut koordinasi yang baik antara mata dan tangan

Kemampuan motorik halus memungkinkan untuk melakukan hal-hal sederhana menggunakan tangannya, misalkan menggenggam suatu objek, meraih mainan dan benda lainnya, memberikan objek yang sedang dipegang, hingga memasukkan benda ke dalam wadah.

Seperti motorik kasar, perkembangan gerak yang satu ini terdiri dari beberapa tahap kemampuan yang meningkat dari bulan ke bulan

Contohnya, menggerakkan lengan bersamaan atau satu per satu bergantian, mata bergerak mengikuti arah gerakan benda atau orang didekatnya, memasukkan tangannya ke mulutnya, dan mengisap jarinya sendiri, memegang benda, hingga menulis.

2. Tahapan Perkemnagan Motorik Kasar dan halus

a. Umur 0-3 bulan

Otot leher bayi 1 bulan umumnya sudah lebih kuat sehingga ia mulai bisa mengangkat kepala setinggi 45 derajat untuk beberapa detik.

Meraba dan memegang benda, menggerakan kepala dari kiri/ kanan ke tengah, pandangn mata mulai mengikuti benda di sekitarnya dan menganali orang dari kejauhan. Bayi direntang usia ini juga sudah bisa mengangkat dadanya sedikit di atas lantai.

Stimulasi

Melatih bayi mengangkat kepala 450, menahan kepala tetap tegak dan melatih berguling.

Melatih bayi meraba dan memegang benda, menggantung benda berwarna dan berbunyi.

b. Umur 3-6 bulan

Seiring dengan meningkatnya perkembangan motorik bayi, lama kelamaan ia pun akan bisa mengangkat kepalanya lebih tinggi sekitar 90 derajat, dan dapat mempertahankan kepala tetap tegak dan stabil, kaki bayi akan menendang-nendang.

Idealnya, bayi bisa tengkurap di usia 4 bulan. Pada awalnya, bayi tidak langsung serta-merta bisa tengkurap. Ia akan lebih dulu mencoba belajar berguling dengan mengayunkan tubuhnya ke depan dan ke belakang, kemudian berbalik tengkurap.

Di usia 6 bulan, bayi sudah bisa menggulingkan tubuh dari posisi telentang ke tengkurap, dan sebaliknya dengan tempo lebih cepat.

Setelah bisa mengangkat kepala dan tengkurap sendiri, bayi akan mulai belajar duduk di usia ini.

Sedikit demi sedikit, si kecil mulai mencoba duduk dengan memiringkan badannya, kemudian belajar menggunakan lengan untuk menopang

badannya. Saat genap 6 bulan, barulah si kecil sudah bisa duduk sendiri tanpa bantuan.

Sejak lahir hingga sekitar 4 bulan, bayi memiliki grasping reflex yang memungkinkan si kecil memegang tangannya sendiri, menggenggam dan menahan sesuatu pada telapak tangannya.

Menginjak usia 5 bulan, perkembangan motorik halus pada bayi bertambah lagi dengan kemampuannya kepala menoleh ke berbagai arah, meraih atau mengambil objek yang berada di dekatnya, seperti mainan.

Menyatukan kedua tangan di tengah dan mengamatinya, pandangan mata mengikuti benda yang bergrak, mengarahkan perhatiannya pada benda-enda kecil.

Stimulasi

Gendong bayi dengan posisi tegak menghadap kedepa, bantu bayi belajar duduk dengan mendudukan di kursi, latih bayi menyangga berat badan dengan mengangkat badan bayi dan menyentuhkan kaki pada permukaan.

Latih bayi memegang benda di kedua tangannya dengan waktu yang bersamaan bantu agar memegang dengan kuat. Latih bayi untuk mengambil dan mengamati benda kecil

c. Umur 6-8 bulan

Saat genap 6 bulan, barulah si kecil sudah bisa duduk sendiri tanpa bantuan.seiring dengan berjalannya waktu si kecil belajar berdiri dengan kedua kaki menyangga sebagian berat badan.

Direntang usia ini, bayi sudah bisa bergerak dari satu tempat ke tempat lain, dengan cara mernagkak meraih mainan atau mendekati seseorang.

Memasuki usia 9 bulan, bayi semakin mahir menggunakan tangannya untuk melakukan berbagai hal, seperti memindahkan benda dari satu tangan

ketngan lainnya, memungut 2 benda dengan masing-masing tangan, memungut benda sebesar kacang dengan cara meraup, melempar bola, menunjuk suatu objek yang diinginkan, bertepuk tangan, makan dengan tangannya sendiri, memberikan benda kepada orang lain.

Stimulasi

Beri pelukan, senyuman, ajak bicara, panggil namanya. Letakkan mainan di luar jangkauannya, usahan agar bayi mau merangkak. Dudukkan bayi di tempat tidur, kemudian tarik ke posisiberdiri. Latih bayi untuk berjalan berpegangan pada perabot di rumah, orang tua juga dapat membantu dengan memegang kedua tangan bayi saat melangkah.

Beri 2 mainan di tangan yang sma dan latih memindahkan salah satunya ke tangan yang lain, sediakan alat tulis dan kertas, latih memegang alat tulis dan mencoret-coret. Ajari cara memasukkan benda kecil ke dalam wadah. Tunjukkan cara menemukan maianan.

d. Umur 9-11 bulan

Direntang usia ini, bayi sudah bisa mengangkat badannya keposisi berdiri dan belajar berdiri selama 30 detik ataua berpegangan di kursi, dan pada akhirnya belajar berdiri dan berjalan dengan dituntun.

Mengulurkan lengan untuk meraih benda yang diinginkan, menggenggam benda, memindahkan benda dari satu tangan ke tangan lain. Mengambil benda kecil dengan menggunakan ibu jari dan telunjuk. Membenturkan 2 benda. Mencari benda yang disembunyikan.

Stimulasi

Sediakan tempat yang cukup luas dan aman untuk bayi bermain, latih bayi untuk duduk, merangkak, berdiri berpegangan.

Latih memegang mainan dengan 2 tangan. Ajari memasukkan benda kecil ke dalam wadah, menyusun beberapa balok, menggambar dan mencoret-coret dengan krayon atau pencil, mengambil sendiri mainan yang letaknya agak jauh, latih mencari sendiri mainannya.

e. Umur 12-17 bulan

Berdiri sendiri tanpa pegangan, membungkuk memungut mainan kemudian berdiri kembali, berjalan dengan baik.

Menumpuk 2 kubus dan memasukkan benda ke dalam wadah dan mengeluarkannya, mengeksplor benda dengan berbagai cara (goyang, bentur, lempar), dapat memegang krayon dan mencoret-coret, dapat menemukan benda yang disembunyikan dengan mudah, menggunakan benda-benda dengan benar sesuai kegunaannya.

Rata-rata bayi mulai belajar berjalan sendiri atau ditatih diusia 12-17 bulan, setelah lancar berdiri dan merambat, namun ada juga bayi yang sudah menguasai keterampilan gerak ini di usia yang lebih muda, pada udia 9 bulan.

Stimulasi

Jika sudah dapat berjalan tanpa pegangan, ajari cara melangkah mundur, latih membungkuk dan berdiri untuk memungut mainan, naik dan turun tangga.

Ajak bermain menyusun puzzle, merangkai manik besar, memasukkkan dan mengeluarkan benda pada wadah, ajari menggambar dengan bebas, dorong anak untuk mencari mainan yang disembunyikan. Latih menangkap, melempar, menendang, menyusun balok tanpa menjatuhkannya.

f. Umur 18-23 bulan

Pada usia ini anak sudah dapat berdiri tanpa berpegangan selama 30 detik dan berjalan tanpa

terhuyung, berjalan mundur 5 langkah, naik tangga dengan berpegangan, berlari

Bertepuk tangan, melambai, menumpuk 4 buah kubus, mencoret-coret, memungut benda kecil dengan ibu jari dan telunjuk, mrnggelindingkan bola kearah sasaran.

Stimulasi

Beri ruang yang aman untuk berjalan dan bergerak, beri maianan yang dapat bergerak dan ditarik dengan aman, latih keseimbangan tubuh dengan cara berdiri 1 kaki secara bergantian, berjalan, berlari, melompat, naik-turun tangga, melempar, menangkap dan menendang bola.

Latih; mengenal berbagai ukuran dan bentuk, bermain puzzle, menggambar wajah,bentuk, berpakaian, makan dan minum, membereskan mainan sendiri, latih menemukan benda yang disembunyikan.

g. Umur 24-35 bulan

Anak sudah dapat naik tangga sendiri, berlari, serta bermain dan menendang bola kecil.

Mencoret-coret kertas dengan menggunakan pensil, membuat garis lurus, menumpuk kubus 4 atau lebih, menemukan benda yang tersembunyi dalan 2-3 lapis penutup.

Stimulasi

Tuntun anak memanjat memanjat, berlari, melopat jauh denga kedua kaki, melatih keseimbangan, menendang bola, menghadapi rintangan, merayap, melempar dan menangkap bola.

Damping anak membuat tempelan gambar, proyek senidengan menggunakan krayon, cat, dan kertas. Ajak anak mengelompokkan benda menurut jenis, mencocokan gambar sesuai aslinya, jumlah dan sebagainya. Minta anak membuka pintu, laci membalik halaman buku, mengambilkan benda kecil

h. Umur 36-47 bulan

Anak sudah dapat berdiri 1 kaki kurang lebih 2 detik, melompat lebar, naik-turun tangga tanpa berpegengan. mengayuh sepeda roda tiga.

Menggambar garis lurus dan menumpuk 8 kubus, menyusun puzzle 3-4 bagian, menggambar lingkaran, orang 3 bagian.

Stimulasi

Ajarkan melompot dengan 1 kaki bergantian, berjalan mengikuti garis lurus, menangkap dan melempar bola kasti, menirukan jalannya jalan dan gerak-gerik hewan.

Ajari menggambar garis lurus, bulatan, segi empat, menulis huruf dan angka, menulis nama, menggunting, menempel potongan gambar.

i. Umur 48-59 bulan

Berdiri 1 kaki kurang lebih 6 detik dan dapat melompat-lompat dengan 1 kaki, menari dan menangkap bola.

Menggambar tanda silang, lingkaran, orang dengan 4-6 bagian tubuh, mengancing baju atau pakaian boneka.

Stimulasi

Ajak bermain balap karung, engklek, lompat tali, dengar music dan menari, puzzle.

Latih menggambar, mengguning, menempel gambae, kenalkan angka, menghitung, mencocokan, besar kecil, panjang pendek, sedikit banyak, berat ringan. Ajak berkebun, membandingkan, suatu ukuran dan bentuk, mengingat sebuah cerita, memahami konsep waktu, menghitung jari dan konsep berhitung.

j. Umur 60-72 bulan

Pada usia ini anak sudah bisa berjalan lurus, berdiri dengan 1 kaki selama 11 detik atau lebih, melompat jauh dengan 1 kaki

Menggambar dengan 6 bagian tubuh, orang lengkap serta menggambar segi empat, segi tiga dan bentuk geomatri lainnya, menulis beberapa huruf dan angka, mengenal angka dan dapat menghitung 5-10 benda.

Stimulasi

Lanjutkan stimulasi usia 48-59 bulan, ajak berjalan di taman sekitar rumah untuk, melakukan permainan berburu, haling rintang.

Ajak untuk menggambar dan membuat proyeksi seni dengan menggunakan berbagai alat dan bahan.

DAFTAR PUSTAKA

Kementerian RI, 2022, Buku Bagan Stimulasi, Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar

Child Development. https://childdevelopment.com.au/areas-of-concern/gross-motor-skills/. Diakses pada 10 September 2024.

Healthline. https://www.healthline.com/health/baby/when-can-babies-hold-their-head-up#full-head-control. Diakses pada 10 September 2024.

Web MD. https://www.webmd.com/baby/when-does-a-baby-start-to-roll-over. Diakses pada 10 September 2024

Cleveland Clinic. https://health.clevelandclinic.org/when-do-babies-start-walking/. Diakses pada 10 September 2024

IDAI. https://www.idai.or.id/artikel/klinik/pengasuhan-anak/kemampuan-motor-bayi-terkait-dengan-keterampilan-kemampuan-makan. Diakses pada 10 September 2024

Pathways. https://pathways.org/help-baby-stand-on-their-own/. Diakses pada 10 September 2024

Web MD. https://www.webmd.com/baby/what-are-some-examples-fine-motor-skills. Diakses pada 10 September 2024

What to Expect. https://www.whattoexpect.com/first-year/fine-motor-skills/. Diakses pada 10 September 2024

Yale Medicine. https://www.yalemedicine.org/conditions/developmental-delay. Diakses pada 10 September 2024

BIODATA PENULIS

Ros Rahmawati., SKM., M.Sc di Surakarta, pada 20 Februari 1962 Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanudin dan S2 di Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Makassar. Mata Kuliah yang diampu : 1. Askeb Neonatus, Bayi, Balita dan Apras. 2. Asuhan Kebidanan Ibu Nifas dan Menyusui. 3. Komunikasi dan Konseling, 4. Kebutuhan Dasar Manusia, 5. Promosi Kesehatan, 6. Epidemiologi.

BAB 8

Masalah Kesehatan Anak Pada Pernikahan Usia Dini

*** Baiq Dewi Harnani R, SST, M.Kes ***

A. Pendahuluan

Pernikahan adalah ikatan lahir dan batin antara seorang pria dan wanita sebagai suami istri, yang bertujuan untuk membentuk keluarga yang bahagia, kekal, dan sejahtera. Pernikahan juga merupakan hubungan permanen yang diakui sah oleh masyarakat dan diatur oleh hukum, peraturan, adat istiadat, kepercayaan, dan sikap. 1 Undang-Undang Republik Indonesia (UU RI) Nomor 1 tahin 1974 pasal 1 tentang pernikahan menyatakan bahwa pernikahan adalah: "Ikatan lahir dan batin antara seorang pria dan wanita sebagai suamiistri dengan tujuan membentuk keluarga (rumah tangga) yang bahagia dan kekal berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa." (UU RI Nomor 1 Tahun 1974 Pasal 1 tentang Pernikahan). Menurut UU RI di atas definisi pernikahan tidak hanya bersatunya pria dan wanita secara lahir namun juga secara batin. Pernikahan di Indonesia juga mempunyai nilai yang luhur karena dilandasi nilai keTuhanan pada proses pembentukannya.

Dari pengertiannya menurut kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) Pernikahan adalah perjanjian perkawinan antara laki-laki dan perempuan sesuai dengan ketentuan hukum dan ajaran agama.

Duvall dan Miller (1985), mengatakan bahwa pernikahan adalah hubungan yang diketahui secara sosial dan monogamous, yaitu hubungan berpasangan antara satu wanita

dan satu pria. Sehingga bisa didefinisikan sebagai suatu kesatuan hubungan suami istri dengan harapan bahwa mereka akan menerima tanggung jawab dan memainkan peran sebagai pasangan yang telah menikah, dimana didalamnya terdapat hubungan seksual, keinginan mempunyai anak dan menetapkan pembagian tugas antara suami istri.

Di Indonesia, agar hubungan pria dan wanita diakui secara hukum maka pernikahan diatur dalam suatu undang-undang. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia (UU RI) Nomor 1 tahin 1974 pasal 1 tentang pernikahan menyatakan bahwa pernikahan adalah: "Ikatan lahir dan batin antara seorang pria dan wanita sebagai suamiistri dengan tujuan membentuk keluarga (rumah tangga) yang bahagia dan kekal berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa."

Tujuan pernikahan dalam Islam untuk memenuhi tuntutan hajat tabiat kemanusiaan, berhubungan antara laki-laki dan perempuan, dalam rangka mewujudkan suatu keluarga yang bahagia dengan dasar cinta dan kasih sayang, untuk memperoleh keturunan yang sah dalam masyarakat dengan mengikuti ketentuan-ketentuan yang telah diatur

B. Konsep Pernikahan Dini

Pernikahan dini adalah pernikahan yang berlangsung pada umur di bawah usia produktif yaitu kurang dari 20 (dua puluh tahun pada wanita dan kurang dari 25 (dua puluh lima) tahun pada pria (eka).

Pernikahan dini adalah suatu perkawinan yang terjadi dibawah umur, dalam hal ini persiapan seorang anak atau remaja belum sepenuhnya maksimal, baik dalam persiapan mental, psikis, bahkan materinya. Ketika pernikahan dilakukan di usia dini, remaja belum cukup memiliki pengetahuan tentang pernikahan, keluarga, dan belum mengetahui bagaimana manajemen konflik yang baik.

C. Faktor Pendorong Pernikahan Dini

1. Faktor Ekonomi Kesulitan ekonomi menjadi salah satu faktor penyebab terjadinya pernikahan dini, keluarga yang mengalami kesulitan ekonomi akan cenderung

menikahkan anaknya pada usia muda. Pernikahan ini merupakan solusi bagi kesulitan ekonomi keluarga, dengan menikah diharapkan akan mengurangi beban ekonomi keluarga, sehingga akan sedikit dapat mengatasi kesulitan ekonomi.

2. Faktor Orang Tua. Pernikahan dini juga dapat disebabkan karena pengaruh bahkan paksaan orang tua. Ada beberapa alasan orang tua menikahkan anaknya secara dini, karena khawatir anaknya terjerumus dengan pergaulan bebas dan berakibat negatif, orang tua ingin melanggengkan hubungan dengan relasi atau anak relasinya, menjodohkan anaknya dengan anak saudara.
3. Faktor Pendidikan Pendidikan. Remaja memiliki hubungan sebab akibat terhadap kejadian pernikahan dini. Remaja yang berpendidikan rendah mempengaruhi kejadian pernikahan usia dini, semakin rendah pendidikan remaja maka semakin beresiko untuk melakukan pernikahan usia dini karena kurangnya kegiatan atau aktifitas remaja sehari-hari sehingga remaja memilih melakukan pernikahan usia dini.
4. Adat Setempat dan Kebiasaan. Adat istiadat yang diyakini masyarakat tertentu semakin menambah persentase pernikahan dini. Contohnya ada keyakinan bahwa tidak boleh menolak pinangan seseorang pada putrinya walaupun masih dibawah umur usia 17 (tujuh belas) tahun, karena hal tersebut akan dianggap menghina pihak yang melamar sehingga hal tersebut menyebabkan orang tua menikahkan putrinya. Tradisi atau kebiasaan menikahkan anaknya pada usia muda, dan hal ini berlangsung terus menerus, sehingga anak-anak yang ada pada keluarga tersebut secara otomatis akan mengikuti tradisi tersebut.
5. Menikah karena kecelakaan (Married by Accident). Hal ini terjadi karena kehamilan di luar nikah. Anak-anak melakukan hubungan yang melanggar norma, memaksa mereka untuk melakukan pernikahan dini, guna memperjelas status anak yang dikandung. Pernikahan ini

memaksa mereka menikah dan bertanggung jawab untuk berperan sebagai suami istri serta menjadi ayah dan ibu, sehingga hal ini berdampak pada penuaan dini, karena mereka belum siap lahir batin.

D. Dampak Pernikahan Dini

Dampak atau risiko pernikahan dini bagi remaja laki-laki dapat menimbulkan penularan penyakit HIV atau risiko infeksi penyakit menular seksual, putus sekolah, kemiskinan, kesehatan mental yang tidak stabil, kekerasan dalam rumah tangga hingga dapat terjadinya perceraian.

Dampak Pernikahan Dini yang secara langsung bisa dirasakan bagi para pelakunya yaitu :

1. Dampak Pernikahan Dini bagi Kesehatan Remaja

   Menikah muda memiliki risiko tidak siap melahirkan dan merawat anak, dan apabila mereka melakukan aborsi, maka berpotensi melakukan aborsi yang tidak aman dan dapat membahayakan keselamatan bayi dan ibunya sampai kepada kematian.1 . Penelitian lain menyatakan bahwa 85% dari ibu muda yang hamil untuk pertama kali, mengalami kecemasan dan setelah mengetahui mereka hamil.Resiko kehamilan usia dini merupakan kehamilan pada usia masih muda yang dapat merugikan. Pernikahan dini memiliki risiko kesehatan, terutama pasangan wanita pada saat mengalami kehamilan dan proses persalinan. Kehamilan mempunyai dampak negatif terhadap kesejahteraan seorang remaja. Sebenarnya remaja tersebut belum siap mental untuk hamil, namun karena keadaan remaja yang harus atau terpaksa menerima kehamilan dengan resiko.resiko kehamilan dan persalinan yang dapat dialami oleh remaja (usia dibawah 20 tahun) yaitu : kurang darah (anemia) adalah dalam masa kehamilan dapat berakibat yang buruk bagi janin yang dikandung, seperti pertumbuhan janin terlambat dan kelahiran bayi prematur, kurang gizi pada masa kehamilan yang dapat mengakibatkan perkembangan biologis dan kecerdasan janin menjadi terlambat, sehingga bayi dapat lahir dengan

berat badan rendah, perdarahan dan persalinan lama, preeklamsi dan eklamsi yang dapat membawa maut bagi ibu maupun bayinya, ketidakseimbangan besar bayi dengan lebar panggul. Biasanya akan mengakibatkan persalinan yang macet. Bila tidak diakhiri dengan operasi maka keadaan ini akan menyebabkan kematian bagi ibu maupun bayinya, pasangan yang kurang siap untuk menerima kehamilan cenderung untuk mencoba melakukan pengguguran kandungan (aborsi) yang dapat berakibat

kematian bagi wanita.

2. Dampak Kejiwaan atau Psikologis Remaja

Anak remaja yang usianya dibawah 18 (delapan belas) tahun sering kali belum mapan atau tidak memiliki pekerjaan yang layak dikarenakan pendidikan mereka yang rendah. Hal tersebut menyebabkan anak yang sudah menikah masih menjadi tanggung jawab keluarga khususnya orang tua dari pihak laki-laki (suami). Akibatnya orang tua memiliki beban ganda, selain menghidupi keluarga, mereka juga harus menghidupi anggota keluarga baru. Kondisi ini akan berlangsung secara turun temurun dari satu generasi ke generasi elanjutnya sehingga kemiskinan pendidikan akan terbentuk

Psikolog **Nina Anna Surti Ariani** berpendapat bahwa menganjurkan atau membiarkan pernikahan dini adalah bentuk kekerasan terhadap anak. Dengan kata lain, orang tua yang mengizinkan anaknya menikah di usia dini, maka dapat dikatakan ia melakukan tindak kekerasan terhadap anak. Anak yang berumur di bawah 21 tahun sebetulnya masih belum siap untuk menikah. Ketidaksiapan anak menikah dapat dilihat dari 5 aspek tumbuh kembang anak yaitu:

a. Fisik

Fisik seorang anak pada usia remaja masih dalam proses berkembang. Kalau berhubungan seksual akan

rentan terhadap berbagai penyakit, khususnya untuk pendidikan.

b. Kognitif

Di usia anak dan remaja, wawasan belum terlalu luas, kemampuan *problem solving* dan *decision making* juga belum berkembang matang. Apabila ada masalah dalam pernikahan, mereka cenderung kesulitan menyelesaikannya.

c. Bahasa

Anak dan remaja tidak selalu bisa mengomunikasikan pikirannya dengan jelas. Hal ini dapat menjadi masalah besar dalam pernikahan.

d. Sosial

Jika menikah di usia remaja, kehidupan sosial anak akan cenderung terbatas dan kurang mendapatkan *support* dalam lingkungannya.

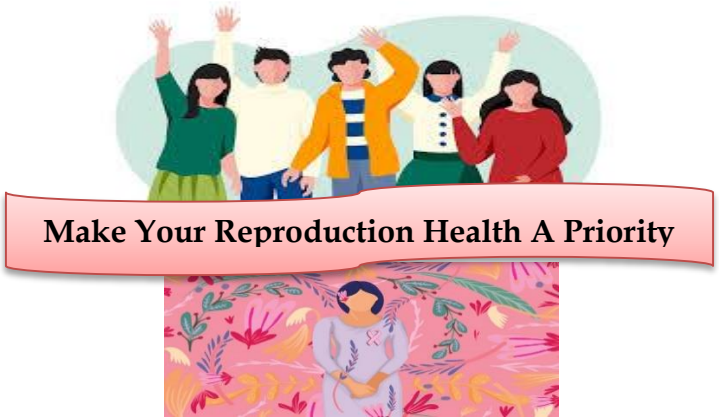
e. Emosional

Emosi remaja biasanya labil. Jika ada masalah akan lebih mudah untuk depresi dan hal ini berisiko terhadap dirinya sebagai remaja, dan anak yang dilahirkan dalam pernikahan. Selain itu, dengan emosi yang labil, dampak pernikahan dini terhadap anak/remaja adalah mereka menjadi lebih sering bertengkar, sehingga pernikahannya tidak pendidikan.

3. Dampak Ekonomi

Anak remaja yang usianya dibawah 18 (delapan belas) tahun sering kali belum mapan atau tidak memiliki pekerjaan yang layak dikarenakan pendidikan mereka yang rendah. Hal tersebut menyebabkan anak yang sudah menikah masih menjadi tanggung jawab keluarga khususnya orang tua dari pihak laki-laki. Akibatnya orang tua memiliki beban ganda, selain menghidupi keluarga, mereka juga harus menghidupi anggota keluarga baru. Pernikahan yang dilangsungkan diusia dini memiliki dampak dari segi ekonomi yaitu bahwa suami belum

mampu menghidupi istrinya dikarenakan kemungkinan suami belum mendapatkan pekerjaan,



DAFTAR PUSTAKA

Djamilah Reni Kartikawati, Dampak Perkawinan Anak di Indonesia, (Jurnal Studi Pemuda,Vol.3, No. 1, Mei 2014,13). Diakses pada Tanggal 30 Maret2018.

Duvall, Evelyn Millis & Miller, Brent C. 1985. Marriage and Family Development (Sixth Edition). New York: Harper & Row.

Eka Yuli Handayani, Faktor Yang Berhubungan DenganPernikahan Usia Dini Pada Remaja Putri Di Kecamatan Tambusai Utara Kabupaten Rokan Hulu,(JurnalMaternity and Neonatal, Vol,1,No.

Undang-Undang RI Nomor 1 Tahun 1974 : tentang Pernikahan

BIODATA PENULIS

Baiq Dewi Harnani R, SST, M.Kes, lahir di Lombok Barat, NTB, pada tanggal 25 Oktober 1974. Menyelesaikan pendidikan S1 di Universitas Airlangga (Unair) Surabaya dan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro (Undip) Semarang. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Surabaya.

Email:
baiqdewi@poltekkesdepkes-sby.ac.id

BAB 9

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

I Ketut Harapan, S.SiT, M.Kes

A. Pengertian Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah bentuk perwujudan orientasi hidup sehat dalam budaya perorangan, keluarga, dan masyarakat, yang bertujuan untuk meningkatkan, memelihara, dan melindungi kesehatannya baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial.

Perilaku hidup bersih dan sehat bertujuan memberikan pengalaman belajar atau menciptakan suatu kondisi bagi perorangan, kelompok, keluarga, dengan membuka jalur komunikasi, informasi, dan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, serta perilaku sehingga masyarakat sadar, mau dan mampu mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat. Melalui PHBS diharapkan masyarakat dapat mengenali dan mengatasi masalah sendiri dan dapat menerapkan cara-cara hidup sehat dengan menjaga, memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Notoadmodjo S, 2007).

PHBS berasal dari tiga kata kunci yaitu, Perilaku, Hidup Bersih, dan Sehat yaitu :

1. Perilaku

   Perilaku dari pandangan biologis merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan dan perilaku merupakan respon atau reaksi seorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Menurut Notoatmodjo,2020 Perilaku adalah merupakan perbuatan yang dapat di amati dan dilakukan berulang-ulang, yang disadari oleh pengetahuan dan kemauan serta

didukung oleh adanya peluang dan sarana yang diperlukan (Dachroni, 2013).

2. Hidup Bersih

   Perilaku Hidup bersih dan sehat adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan atas kesadaran sehingga anggota keluarga atau keluarga dapat menolong dirinya sendiri dibidang kesehatan dan berperan aktif dalam kegiatan-kegiatan di masyarakat. Hidup bersig dapat disimpulkan yaitu pola hidup yang selalu menjaga kebersihan diri dan lingkunganya agar kehidupan menjadi nyaman tanpa adnya suatu apapun.

3. Sehat

   Salah satu aspek individu yang sejahtra yakni sehat. Word Healt Organization (WHO) adalah sehat yakini suatu keadaan yang sempurna baik, fisik, mental, dan sosial dan yang sejahtera dan bukan hanyya ketiadaan penyakit dan lemah. Sehat adalah keadaan yang dibutuhkan oleh setiao manusia untuk daoat menjalakan kegiatanya, kesehatan adalah keadaan sehatm baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi (UU No, 36 Tahun 2009).

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan PHBS adalah merupakan perilaku hidup bersih dan sehat, serangkaian kegiatan manusia yag dapat diamati, dipelajari dan terjadi karena adanya respon terhadap stimulus tentang kesehatan yang dilakukan atas dasar kesdaran, yang membuat indivisu, keluarga, masyarakat, yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi (Nisa,2019).

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat adalah Sekumpulan perilaku yang dipraktikan oleh individu, keluarga, sekolah, guru, masyarakat, dan lingkungan atas dasae kesadaran sebagai hasil pembelajaran, sehingga secara mandiri mampu mecegah penyakit, meningkatkan kesehatanya, serta berperan aktif dalam mewujudkan lingkungan sehat (Wahyu, 2021).

PHBS adalah suatu program kesehatan, dimana program tersebut melalui upaya kesehatan sekolah (health promoting school) adalah suatu tatanan dimana program pendidikan dan kesehatan dikombinasikan untuk menumbuhkan perilaku kesehatan sebagai faktor utama untuk kehidupan. Sekolah yang berwawasan kesehatan, di mana sekolah bukan hanya sebagai tempat belajar, tetapi juga sebagai sarana untuk pembentukkan perilaku hidup sehat dan bersih (PHBS). PHBS ini terutama ditujukan untuk membiasakan hidup sehat bagi anak-anak. perilaku sehat bagi anak syogianya dimulai sedini mungkin, karena kebiasaan perawatan terhadap anak, termasuk kesehatan yang diberikan oleh orang sekitarnya, akan langsung berpengaruh kepada perilaku sehat selanjutnya. Jadi dapat dipahami bahwa PHBS merupakan suatu program kesehatan, dimana program tersebut melalui upaya kesehatan sekolah, PHBS ini terutama ditujukan untuk membiasakan hidup sehat bagi anak-anak, karena langsung berpengaruh terhadap perilaku sehat anak selanjutnya dan perilaku tersebut dipengaruhi oleh orang sekitarnya (Febrian,2022).

B. Tujuan PHBS

PHBS di sekolah bertujuan untuk memberdayakan siswa guru, masyarakat lingkungan sekoalh agar tahu, mampu dan mau mempratekkan PHBS, dan berperan aktif dalam mewujudkan sekolah yang bersih dan sehat.

1. Terciptanya sekolah yang bersih dan sehat sehingga peserta didik, guru, dan masyarakat lingkungan sekolah terlindungi dari berbagai gangguan ancaman penyakit.
2. Meningkatnya semangat proses belajar mengajar yang berdampak pada prestasi belajar peserta didik.
3. Citra sekolah sebagai institusi pendidikan semakin meningkat sehingga mampu menarik minat orang tua (masyarakat).
4. Semakin meningkatya citra pemerintah daerah dibidang pendidikan kesehatan. Menjadi percontohan sekolah yang sehat bagi sekolah atau daerah lain (Notoatmodjo S. 2007)

Adapun pengertian lain mengenai tujuan pendidikan kesehatan. Secara garis besar dapat kita pahami bahwa tujuan dari pendidikan kesehatan itu adalah mengubah perilaku yang belum sehat menjadi perilaku yang sehat, namun perilaku tersebut cakupannya amat luas. Tujuan pendidikan kesehatan dibagi menjadi dua antara lain :

1. Berdasarkan WHO tahun 1954 tujuan pendidikan kesehatan untuk mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku yang tidak sehat atau belum sehat menjadi perilaku sehat.
2. Mengubah perilaku yang kaitannya dengan budaya, sikap dan perilaku merupakan bagian dari budaya, kebudayaan adalah kebiasaan, adat istiadat, tata nilai atau norma (Notoatmodjo S. 2005).

C. Manfaat PHBS

Manfaat PHBS secara umum adalah untuk meningkatkan kesadaran masyarakat agar mau dan mampu menjalankan hidup bersih dan sehat. Hal tersebut menjadi penting untuk dilakukan agar masyarakat sadar dan dapat mencegah serta mengantisipasi atau menanggulangi masalah-masalah kesehatan yang mungkin muncul. Selain itu, dengan menerapkan dan mempraktikan PHBS diharapkan masyarakat mampu menciptakan lingkungan yang sehat sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Dalam implementasinya, kebermanfaatan PHBS ini dapat diterapkan di berbagai area, seperti sekolah, tempat kerja, rumah tangga, dan masyarakat. Berikut adalah penjelasan mengenai kebermanfaatan PHBS pada area-area tersebut:

1. Sekolah

   PHBS merupakan kegiatan memberdayakan siswa, guru dan masyarakat di lingkungan sekolah untuk mau menerapkan dan mempraktikkan pola PHBS dalam rangka menciptakan lingkungan sekolah yang bersih dan sehat. Manfaat menerapkan PHBS di sekolah mampu menciptakan lingkungan yang bersih dan sehat sehingga dapat mendukung kelancaran proses belajar mengajar para

siswa, guru serta masyarakat di sekitar lingkungan sekolah tersebut.

2. Tempat Kerja PHBS adalah kegiatan untuk memberdaya kan para pekerja agar tahu dan mampu mempraktikkan PHBS dan berperan dalam menciptakan tempat kerja yang bersih dan sehat. Manfaat yang diperoleh dengan menerapkan pola PHBS di tempat kerja yaitu, para pekerja mampu menjaga dan meningkatkan kesehatannya sehing ga tidak mudah sakit, serta meningkat kan citra tempat kerja yang positif, sehingga mendukung peningkatan semangat dan produktivitas kerja.
3. Keluarga, Rumah tangga atau tempat tinggal lainnya seperti panti/LKSA dan tempat pengasuhan anak lain PHBS dapat menciptakan keluarga yang sehat dan mampu mencegah atau meminimalisir munculnya permasalahan kesehatan. Manfaat menerapkan dan mempraktikan PHBS di rumah tangga termasuk di tempat pengasuhan anak lainnya antara lain, setiap anggota keluarga tidak mudah terkena penyakit, dapat meningkatkan kesejahteraan dikarenakan produktifitas anggota keluarga juga meningkat. Selain itu, dengan menerapkan PHBS secara konsisten akan menciptakan budaya hidup bersih dan sehat dalam keluarga. Selain itu seluruh anggota keluarga dapat tumbuh dan berkembang dengan sehatdan tercukupi asupan gizi.
4. Masyarakat PHBS merupakan upaya masyarakat untuk menerapkan serta mempraktikkan pola hidup bersih dan sehat dalam rangka menciptakan lingkungan yang bersih dan sehat. Penerapan PHBS ini diharapkan dapat mencegah, meminimali sir munculnya serta penyebaran penyakit. Selain itu masyarakat mampu memanfaat kan pelayanan fasilitas kesehatan dan mengembangkan kesehatan yang ber sumber dari masyarakat.

D. Indikator PHBS

Perilaku hidup bersih dan sehat pada umumnya sangat erat hubungannya dengan respon seseorang terhadap perilaku

kehidupan sehari-hari, penerapan perilaku atau upaya yang dilakukan untuk menjaga dan memelihara kesehatan antara lain :

1. Memelihara kebersihan diri
2. Memilih makanan yang sehat dan bergizi
3. Istirahat
4. Olahraga
5. Menghindari terjadinya penyakit
6. Meningkatkan taraf kecerdasan dan rohani
7. Melakukan pemeriksaan Kesehatan
8. Melakukan kebiasaan sehat

Indikator PHBS di sekolah ialah sekumpulan perilaku yang dipraktikkan oleh peserta didik, guru dan lingkungan sekolah sebagai dasar kesadaran sebagai hasil dari pembelajaran, sehingga secara mandiri bisa mampu mencegah penyakit, meningkatkan kesehatannya dan berperan aktif dalam mewujudkan lingkungan yang sehat. (H. Muh. 2020).

E. Ruang Lingkup PHBS

Sekolah sebagai salah satu sasaran PBHS ditatanan instituisi pendidikan, hal ini disebabkan karena banyaknya data yang menyebutkan munculnya sebagian penyakit yang sering menyerang anak usia dini, misalnya diare, kecacingan dan anemia (Nova.2015). Kemudian PBHS dikembangkan ada lima ruang lingkup yaitu di rumah tangga, di institusi kesehatan, ditempat-tempat umum, di sekolah dan di tempat kerja.

Satu ruang lingkup PHBS yang menjadi sasaran adalah lingkungan sekolah yang meliputi beberapa indikator yaitu mencuci tangan dengan air mengalir dan menggunakan sabun, mengkomsumsi jajan sehat di kantin sekolah, menggunakan jamban yang bersih dan sehat, olahraga yang teratur dan terukur, memberantas jentik nyambuk, tidak merokok di sekolah, membuag sampah pada tempatnya, menimbang berat dan mengukur tinggi badan. Kementrian sosial mengatakan dimana lingkungan sekolah merupakan tempat kedua bagi anak setelah berinteraksi setelah keluarga.

Ada beberapa jenis-jenis PHBS yang dapat dilakukan di sekolah sebagai berikut :

1. Mencuci tangan memakai sabun

   Mencuci tangan dengan air mengalir hanya menghlangkan kuman 20% dari tangan, sedangkan mencuci tangan dengan air bersih yang mengalir dan menggunakan sabun akan dapat membersihkan kotoran dan membunuh kuman hingga 80%.

2. Berolahraga secara teratur

   Olahraga untuk memelihara kesehatan fisik dan mental agar tetap sehat dan tidak mudah sakit. Selain itu juga untuk pertumbuhan dan perkembangan fisik.

3. Mengukur tinggi badan dan berat badan

   Anak perlu ditimbang setiap 6 bulan untuk memantau pertumbuhan berat dan tinggi badan normal anak sehingga dapat segera diketahui apabila ada anak yang mengalami kurang gizi atau kelebihan gizi.

4. Menjaga dan menggunakan jamban yang bersih dan sehat

   Jamban yang tidak bersih mengundang datangnya lalat atau serangga penular penyakt diare, kolera, disentri, typhus, kecacingan, penyakit infeksi saluran pencernaan, penyakit kulit dan keracunan

5. Membuang sampah pada tempatnya

   Sampah harus dibuang di tempat sampah sehingga lingkungan sekolah menjadi bersih dan nyaman untuk belajar mengajar. Adanya sampah menjadikan lingkungan kotor, tidak sedap dipandang mata, serta sebagai tempat berkembang biak faktor penyakit (Hana.2021).

F. Faktor-faktor yang mempengaruhi PHBS

Green dalam Notoatmodjo mengatakan perilaku tentang kesehatan di tentukan oleh pengetahuan sikap, kepercayaan, tradisi dari orang tersebut. Disamping itu, ketersediaan sarana dan prasarana PHBS seperti ketersediaan air bersih dan tempat sampah juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Kemudian ada beberapa faktor-faktor PHBS yang salah saatunya diungkapkan oleh Amalia dalam Notoatmojdo ada tiga

faktor penyebab mengapa seseorang melakukan perilaku hidup bersih dan sehat sebagai berikut ;

1. Faktor pemudah (predisposing factor), faktor yang mencakup pengetahuan, sikap anak-anak terhadap perilaku hidup bersih dan sehat. Dimana faktor ini menjadi pemicu atau (anteseden) terhadap perilaku yang menjadi dasar atau motivasi bagi tindakannya akibat tradisi atau kebiasaan, tingkat pendidikan dan tingkat sosial ekonomi.
2. Faktor pemungkin (enambling factor), faktor yang memicu terhadap perilaku yang memungkinkan suatu motivasi atau tindakan terlaksana. Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas-fasilitas bagi kesehatan anak, misalnya air bersih, tempat pengembuangan sampah, jamban, manakanan bergizi dsb. Fasilitas ini pada hakikatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya PHBS.
3. Faktor penguat (reinforcing factor), faktor ini meliputi undang-undang, pengawasan dsb (Febrian,N, 2022).

Faktor pemudah yang mendukung dalam sarana dan prasarana yang ada dirumah maupun disekolah. Ada beberapa sarana dan prasarana yang belum ada di sekolahan seperti tempat sampah untuk membuang sampah, peneliti melihat anak-anak masih ada sebagian yang membuang sampah tidak pada tempatnya hanya menggunakan ember atau bak untuk membuang sampah. Faktor pendukung dari keluarga untuk hal semaacan sarana dan prasana belum bisa dikatan semuanya terpenuhi dikarenakan perbedaan diantara lain kondidi rumah, perekonomian dan tingkat pendidikan orang tua.(Febrian,N, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

Dachroni. 2013. Kajian PHBS Ditinjau Dari Sudut Pandang Agama Islam (online). Tersedia di http://dinkesjatengprov.go.id/v2015/index.phpp/39-rokcontent/frontpage/173-kajian-perilaku-hidup-bersih-dan-sehat-phbssy-ditinjau-dari-sudut-pandang-agama-islam

Febrian,N, 2022. Pembiasaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Pada Anak di KB Mutiara Bangsa Wantirta Kecamatan Paguyang Kabupaten Brebes. Program Studi Pendidikan Islam. Universitas Islam Negeru Prof.K.H.Saifuddin Zuhri. Puewokerto

Hana Ika Safitri, Harun, Membiasakan Pola Hidup Sehat dan Bersih pada Anak Usia Dini Selama Pandemi Covid-19, Jurnal Obsesi: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini, vol. 5 Issue 1. 2021, hlm 38-394.

H. Muh Hizbul Muflihin. Administrasi Manajemen Pendidikan (Klaten Utara: CV.Gema Nusa 2020).hlm.225-226.

Notoatmodjo Soekidjo, SKM.,M. Com. H., 2005. Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya, Jakarta: PT Rineka Cipta.

Notoatmodjo Soekidjo, 2007. Kesehatan Masyarakat, Ilmu dan Seni, Jakarta: Rineka Cipta, 2007.

Novan Ardy Wiyany, 2015. Manajemen PAUD Bermutu, Yogyakarta: Gava Media.

Wahyu N, 2021. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Pada Anak Usia Sekolah Dasar. Journal od Education Research. STAI Al Azhar Mengati Gresik. Indonesia.

BIODATA PENULIS

I Ketut Harapan, S.SiT, M.Kes; lahir di Desa Werdhi Agung, Kabupaten Bolaang Mongondow tanggal 14 November 1974. Pendidikan SPRG Depkes Manado pada tahun 1991, pendidikan Diploma III AKG Yogyakarta tahun 2001, pendidikan Diploma IV Perawat Gigi Pendidik di UGM tahun 2002 dan pendidikan Pasca Sardjana UGM Yogyakarta dengan minat Kebijakan Manajemen Pembiyaan Asuransi Kesehatan (KPMAK) tahun 2007. Diangkat sebagai Dosen tetap di Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Manado. Bidang penelitian diantaranya penelitian tentang Analisis Investasi Pengembangan Poliklinik Gigi Di Gadjah Mada Center UGM Yogyakarta, Hubungan Status Kebersihan Mulut Dengan Kejadian Gingivitis Pada Ibu Hamil di Puskesmas Teling Kota Manado, dan lainnya.

BAB 10

Pencegahan dan Penanganan Penyakit Menular pada Anak

Agnes Montolalu,S.Pd,MPH

A. Pendahuluan

Penyakit menular adalah penyakit yang dapat ditularkan melalui berbagai media. Penyakit jenis ini merupakan masalah kesehatan yang besar di hampir semua negara berkembang karena angka kesakitan dan kematiannya yang relatif tinggi dalam kurun waktu yang relatif singkat. Penyakit menular umumnya bersifat akut (mendadak) dan menyerang semua lapisan masyarakat. Penyakit jenis ini diprioritaskan mengingat sifat menularnya yang bisa menyebabkan wabah dan menimbulkan kerugian yang besar. Penyakit menular merupakan hasil perpaduan berbagai faktor yang saling mempengaruhi.

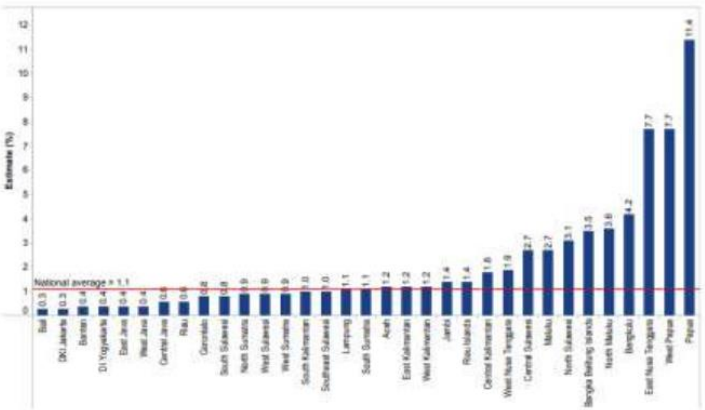
Penyebab (agent) penyakit menular adalah unsur biologis yang bervariasi mulai dari partikel virus yang paling sederhana sampai organisme yang paling kompleks yang dapat partikel virus yang paling sederhana sampai organisme yang paling kompleks yang dapat menyebabkan penyakit pada manusia. Sebagaimana di kemukakan sebelumnya bahwa proses kejadian penyakit menular dalam masyarakat di tentukan oleh tiga unsur ütama yaitu sumber penularan (reservoir), cara penularan dan keadaan pejamu yang potensian. Sehinngga kelompok tertarik untuk membuat makalah tentang pencegahan dan penanggulangan penyakit menular dengan imunisasi.

B. Konsep Pencegahan dan Penanganan Penyakit Menular Pada Anak

1. Pengertian

Pengertian pencegahan secara umum adalah mengambil tindakan terlebih dahulu sebelurn kejadian. Dalam mengambil langkah langkah untuk pencegahan, haruslah didasarkan pada data/ keterangan yang bersumber dari hasil analisis pidemiologi atau hasil pengamatan/ penelitian epidemiologis.

Pada dasarnya ada tiga tingkatan pencegahan penyakit secara umum yakni pencegahan tingkat pertama (primary prevention) yang meliputi promosi kesehatan dan pencegahan khusus, pencegahan tingkat kedua (secondary prevention) yang meliputi diagnosis dini serta pengobatan yang tepat, dan pencegahan tingkat ketiga (tertiary prevention yang meliputi pencegahan terhadap cacat dan rehabilitası.



Tabel 1 .Grafik data Penyakit menular pada anak

2. Penyebab Penyakit Menular

a. Bakteri Pada tubuh manusia, bakteri membantu sistem pencernaan mencerna makanan. Saat bakteri masuk ke dalam sistem tubuh, maka bakteri akan langsung berkembang biak secara cepat. Dalam kasus tertentu,

seperti infeksi bakteri Salmonella typhi yang menyebabkan tifus, penyakit muncul saat bakteri mati lalu mengeluarkan racun yang berdampak buruk pada manusia.

b. Virus adalah fragmen asam nukleat yang dibungus protein. Protein Ini, yang berisi virus, memasuki tubuh yang sehat lalu menuju dinding sel. Kemudian, protein tersebut menggunakan sistem repliasi sel (organel) untuk berkembang blak. Saat virus masuk ke dalam sel yang sehat, virus menjadi tidak terlihat oleh antibodi. Sehingga virus lebih leluasa untuk menyebar lewat aliran darah. Dan di antara berbagai jenis penyakit, Influenza merupakan salah satu jenis yang diakibatkan serangan virus.

c. Beberapa gangguan kesehatan yang disebabkan infeksi jamur, seperti hitoplasmosis, Coccidinidomycosis, dan Blastomycosis.

d. Parasit Parasit adalah organisme hidup dan menggantungkan hidupnya ke makhluk hidup lain atau disebut inang. Ada banyak sekali dari jenis umum parasite, seperti malaria yang berukuran 4 mm hingga cacing pita yang panjangnya bisa mencapai beberapa meter. Biasanya parasit akan menyimpan telurnya di dalam inang tanpa diketahui inangnya. Saat telur menetas, maka gejala serangannyapun mulai terlihat

3. Gejala Penyakit Menular

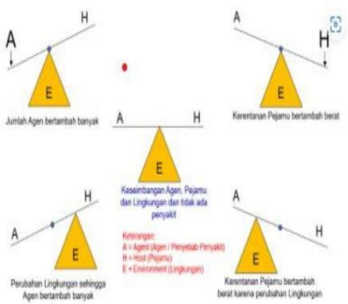
Setiap infeksi mikroorganisme memiliki gejala dan ciri yang khusus. Ada beberapa gejala umum yang terlihat saat seseorang terinfeksi mikroorganisme baik bakteri, jamur, virus, atau parasit antara lain: deman, diare, mudah Lelah, nyeri sendi, betuk, hidung tersumbat. Sementara itu, penularan dari jenis tertentu menyebabkan gejala yang lebih parah, seperti buang air besar berdarah, mual dan muntah, demam tinggi, dehidrasi, syok.

4. **Jenis Penyakit Menular**

   Terdapat beberapa jenis penyakit menular yang ada di Indonesia, antara lain Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA), diare, Tubeculosis/ TB. Demam Berdarah Dengue/ DBD, Penyakit kulit. seperti kudis, kurap, kusta, Cacingan, Malaria. Difteri, Influenza. Muntaber. Campak, Pnemunia, Tifus, Hepatitis, Polio, Rabies, Penyakit PES atau yang biasanya disebabkan kutu tikus.

5. **Interaksi Host,Agent Dan Environment**

   Penyakit timbul akibat interaksi antara Agen, host dan environment. Terjadinya suatu penyakit merupakan hasil interaksi antara faktor pejamu (host) dengan faktor agent. Untuk terjadi sakit maka faktor agent melakukan pemaparan terhadap pejamu dan faktor pejamu dalam kondisi yang rentan (mudah) dimasuki faktor penyebab penyakit. perubahan status dari kondisi yang sehat optimal menuju ke status sakit berkaitan dengan keterpaparan yang dilakukan oleh agent dan kerentanan tubuh pejamu (host) dalam menghadapi sebuah keterpaparan, untuk menderita sakit seseorang harus mengalami keterpaparan dan dalam kondisi yang rentan (peka) terhadap keterpaparan itu. Dari konsep ini, memberikan gambaran bahwa untuk mencegah terjadinya penyakit, setidaknya dapat dilakukan dengan menghindari keterpaparan agent dan menurunkan kerentanan pejamu, seperti gambar dibawah ini.



Gambar 1 Trias Epidemiologi Penyakit Menular

6. **Sasaran pencegahan tingkat pertama dapat ditujukan pada factor penyebab, lingkungan yakni :**

   Sasaran yang ditujukan pada factor penyebab yang bertujuan untuk mengurangi penyebab serendah mungkin dengan usaha antara lain desinfeksi, pasteurisasi, sterilisasi, yang bertujuan untuk menghilangkan mikroorganisme penyebab penyakit, penyemprotan/insektısıda dalam rangka menurunkan dan menghilangkan sumber penularan maupun memutuskan rantai penularan, disamping karantina dan isolasi yang juga dalam rangka memutuskan rantai penularan Selain itu usaha untuk mengurangi menghilangkan sumber penularan dapat dilakukan melalui pengobatan penderita serta pemusnahan sumber yang ada (biasanya pada binatang yang menderita), serta mengurangi/menghindari perilaku yang dapat meningkatkan resiko perorangan khususnya pada anak.

7. **Strategi pencegahan penyakit**

   a. Sasaran yang bersifat umum yang ditujukan kepada individu maupun organisasi masyarakat, dilakukan dengan pendekatan melalui usaha setempat/mandiriyang sesuai dengan bentuk dan tatanan hidup masyarakat setempat (tradisional) maupun melalui berbagai program pelayanan kesehatan yang tersedia.

   b. Usaha pencegahan melalui pelaksanaan yang berencana dan terprogram (bersifat wajib maupun sukarela) seperti pemberian imunisasi dasar serta perbaikan sanitasi lingkungan dan pengadaan air bersih, peningkatan status gizi melalui pemberian makanan tambahan maupun berbagai usaha yang bertujuan untuk menghentikan mengubah kebiasaan yang mengandung resiko tinggi atau yang dapat mempertinggi resiko penyakit tertentu.

   c. Usaha yang diarahkan pada peningkatan standar hidup dan lingkungan pemukiman seperti perbaikan perumahan dan pemukiman, perbaikan system

pendidikan serta social ekonomi masyarakat yang pada dasarnya kegiatan diluar bidang kesehatan.

d. Usaha pencegahan dan penanggulangan keadaan luar biasa seperti kejadian wabah, adanya bencana alam/situasi perang serta usaha penanggulangan melalui kegiatan rawat darurat.

8. Penanggulangan Penyakit Menular

Yang dimaksud dengan penanggulangan penyakit menular (control) adalah upaya untuk menekan peristiwa penyakit menular pada anak serendah mungkin sehingga tidak merupakan gangguan kesehatan bagi anak "Penanggulangan Penyakit Menular adalah upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif dan preventif yang ditujukan untuk menurunkan dan menghilangkan angka kesakitan, kecacatan, dan kematian, membatasi penularan, serta penyebaran penyakit agar tidak meluas antardaerah maupun antarnegara serta berpotensi menimbulkan kejadian luar biasa/wabah.

9. Program Penanggulangan Penyakit Menular

a. Reduksi; merupakan upaya pengurangan angka kesakitan dan/atau kematian terhadap Penyakit Menular tertentu agar secara bertahap penyakit tersebut menurun sesuai dengan sasaran atau target operasionalnya.

b. Eliminasi; merupakan upaya pengurangan terhadap penyakit secara berkesinambungan di wilayah tertentu sehingga angka kesakitan penyakit tersebut dapat ditekan serendah mungkin agar tidak menjadi masalah kesehatan di wilayah yang bersangkutan

c. Eradikasi merupakan upaya pembasmian yang dilakukan secara berkelanjutan melalui pemberantasan dan eliminasi untuk menghilangkan jenis penyakit tertentu secara permanen sehingga tidak menjadi masalah kesehatan secara nasional.

Penanggulangan Penyakit Menular dilakukan melalui upaya pencegahan, pengendalian, dan

pemberantasan. Upaya pencegahan dilakukan untuk memutus mata rantai penularan, perlindungan spesifik, pengendalian faktor risiko, perbaikan gizi masyarakat dan upaya lain sesuai dengan ancaman Penyakit Menular. Upaya pengendalian dilakukan untuk mengurangi atau menghilangkan faktor risiko penyakit dan/atau gangguan kesehatan. Upaya pemberantasan dilakukan untuk meniadakan sumber atau agen penularan, baik secara fisik, kimiawi dan biologi.

10. **Upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan dalam Penanggulangan Penyakit Menular dilakukan melalui kegiatan:**

    Promosi Kesehatan

    Promosi kesehatan dilakukan dengan metode komunikasi, informasi dan edukasi secara sistematis dan terorganisasi. Promosi kesehatan sebagaimana dilakukan untuk tercapainya perubahan perilaku pada masyarakat umum yang dilakukan oleh masyarakat di bawah koordinasi Pejabat Kesehatan Masyarakat di wilayahnya. Promosi kesehatan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi di bidang pengendalian Penyakit Menular.

BIODATA PENULIS

Agnes Montolalu,S.Pd,MPH. lahir di Ternate, 19 Agustus 1962. Menyelesaikan pendidikan S1 di Universitas Khairun di Ternate dan melanjutkan S2 di Universitas Gadjah Mada Jogjakarta Tamat pada tahun 2000. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Manado.

BAB 11

Gangguan Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Nurbati, SKM, M. Kes

A. Pendahuluan

Pertumbuhan dan perkembangan anak merupakan aspek fundamental dalam pediatri yang mencerminkan kesehatan dan kesejahteraan generasi mendatang. Proses dinamis ini, yang dimulai sejak konsepsi dan berlanjut hingga dewasa, melibatkan perubahan kompleks dalam ukuran, fungsi, dan kematangan berbagai sistem organ. Namun, perjalanan pertumbuhan dan perkembangan anak tidak selalu berjalan normal. Menurut data World Health Organization (WHO), gangguan pertumbuhan pada anak merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius di seluruh dunia. Diperkirakan 144 juta anak di bawah usia 5 tahun mengalami stunting, 47 juta anak mengalami wasting, dan 38,3 juta anak mengalami kelebihan berat badan atau obesitas. Sekitar 45% kematian pada anak di bawah usia 5 tahun terkait dengan kekurangan gizi (WHO, 2024).

Selain itu, prevalensi disabilitas perkembangan pada anak <5 tahun berkisar 7,5%. Prevalensi di antara laki-laki berkisar antara 7,9% (< 5 tahun) dan perempuan dari 7,1% (< 5 tahun). Berdasarkan data Global Burden of Disease (GBD) tahun 2019, lima kondisi paling umum yang berkontribusi terhadap disabilitas perkembangan adalah gangguan pendengaran, disabilitas intelektual perkembangan idiopatik, ADHD, cerebral palsy, dan kehilangan penglihatan (WHO & UNICEF, 2023). Gangguan pertumbuhan dan perkembangan dapat terjadi, mempengaruhi tidak hanya fisik anak tetapi juga

aspek kognitif, emosional, dan sosial mereka.

B. Gangguan Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

1. Pengertian Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan dan perkembangan adalah dua proses yang saling terkait namun berbeda dalam konteks perkembangan anak. Pertumbuhan mengacu pada peningkatan ukuran fisik dan struktur tubuh anak yang melibatkan proses kuantitatif yang dapat diukur seperti peningkatan tinggi badan, berat badan, lingkar kepala, dan ukuran organ internal. Pertumbuhan terutama disebabkan oleh peningkatan jumlah dan ukuran sel-sel tubuh (Azijah & Adawiyah, 2020).

Perkembangan mengacu pada proses kualitatif yang melibatkan peningkatan kompleksitas fungsi dan kemampuan anak. Ini mencakup perkembangan motorik, kognitif, bahasa, sosial, dan emosional. Perkembangan melibatkan perubahan dalam organisasi dan fungsi berbagai sistem tubuh, yang menghasilkan kemampuan baru dan lebih kompleks seiring waktu (Septariana et al., 2024).

2. Gangguan Pertumbuhan Pada Anak

Gangguan pertumbuhan pada anak adala kondisi dimana seorang anak tidak tumbuh sesuai dengan pola yang diharapkan untuk usianya. Ini dapat melibatkan masalah dalam peningkatan tinggi badan (misalnya, perawakan pendek), berat badan (kekurangan atau kelebihan berat badan), atau ketidaksesuaian antara berbagai parameter pertumbuhan.

Beberapa jenis gangguan pertumbuhan berdasarkan penyebabnya antara lain sebagai berikut.

a. Gagal Tumbuh Akibat Kekurangan Nutrisi

Kekurangan nutrisi merupakan salah satu penyebab utama gagal tumbuh pada anak-anak, terutama di negara-negara berkembang. Hal ini dapat terjadi karena asupan makanan yang tidak memadai, baik secara kuantitas maupun kualitas. Kekurangan protein-energi

kronis dapat menyebabkan kondisi seperti marasmus atau kwashiorkor. Selain itu, defisiensi mikronutrien seperti zat besi, zinc, vitamin A, dan iodium juga dapat menghambat pertumbuhan (Natalia, 2022). Kekurangan nutrisi dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk kemiskinan, ketidaktahuan tentang praktik pemberian makan yang tepat, atau masalah penyerapan nutrisi di usus (Ramlah, 2021).

b. Gagal Tumbuh Akibat Gangguan Hormon

Gangguan hormon dapat menyebabkan gagal tumbuh yang signifikan pada anak-anak. Defisiensi hormon pertumbuhan (GH) adalah salah satu penyebab utama, yang dapat terjadi karena masalah pada kelenjar hipofisis atau hipotalamus. Hipotiroidisme, di mana kelenjar tiroid tidak memproduksi hormon tiroid yang cukup, juga dapat menyebabkan pertumbuhan yang terhambat. Selain itu, gangguan pada sumbu hipotalamus-hipofisis-adrenal, seperti pada sindrom Cushing, dapat menyebabkan gagal tumbuh. Diagnosis biasanya melibatkan serangkaian tes darah untuk mengukur tingkat hormon, dan dalam beberapa kasus, pencitraan otak. Pengobatan tergantung pada penyebab spesifik, tetapi sering melibatkan terapi penggantian hormon (Rogol & Hayden, 2014).

c. Gagal Tumbuh Akibat Kelainan Genetik

Kelainan genetik dapat menyebabkan gagal tumbuh melalui berbagai mekanisme. Sindrom Turner, yang disebabkan oleh tidak adanya sebagian atau seluruh kromosom X kedua pada anak perempuan, sering menyebabkan perawakan pendek. Sindrom Noonan, yang disebabkan oleh mutasi pada gen-gen tertentu, juga dapat menyebabkan gagal tumbuh. Akondroplasia, bentuk dwarfisme yang paling umum, disebabkan oleh mutasi pada gen FGFR3. Kelainan genetik lain seperti sindrom Prader-Willi atau sindrom Russell-Silver juga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan. Diagnosis

biasanya melibatkan kombinasi evaluasi klinis, tes genetik, dan dalam beberapa kasus, pencitraan. Penanganan tergantung pada kelainan spesifik dan dapat melibatkan terapi hormon pertumbuhan, perawatan suportif, atau dalam beberapa kasus, terapi gen eksperimental (Ahmed et al., 2023; Argente et al., 2019; Hengky & Rusman, 2022).

d. Gagal Tumbuh Akibat Penyakit Kronis
   Penyakit kronis dapat menyebabkan gagal tumbuh melalui berbagai mekanisme, termasuk penurunan nafsu makan, malabsorpsi nutrisi, peningkatan kebutuhan energi, atau efek langsung pada metabolisme. Penyakit jantung bawaan dapat menyebabkan gagal tumbuh karena peningkatan kebutuhan energi dan sering disertai dengan kesulitan makan (Zuraida & Kriwangko, 2021). Penyakit paru kronis, seperti fibrosis kistik, dapat menyebabkan gagal tumbuh karena peningkatan kerja pernapasan dan malabsorpsi nutrisi. Penyakit ginjal kronis dapat mengganggu pertumbuhan melalui gangguan metabolisme mineral dan ketidakseimbangan hormon. Penyakit inflamasi usus, seperti penyakit Crohn, dapat menyebabkan gagal tumbuh karena malabsorpsi nutrisi dan efek sitokin inflamasi (Squires et al., 2022).

e. Gagal Tumbuh Akibat Faktor Lingkungan
   Faktor lingkungan dapat memainkan peran signifikan dalam gagal tumbuh pada anak-anak. Kemiskinan sering dikaitkan dengan gagal tumbuh karena keterbatasan akses terhadap makanan bergizi, sanitasi yang buruk, dan perawatan kesehatan yang tidak memadai (Lakshmi et al., 2024). Selain itu, paparan racun lingkungan seperti timbal, juga dapat mengganggu pertumbuhan dan stres kronis yang dapat disebabkan oleh konflik keluarga atau kondisi hidup yang tidak stabil, dapat mempengaruhi pertumbuhan (Manueke et al., 2023).

f. Gagal Tumbuh Akibat Kelainan Struktur dan Sistem Organ

   Kelainan struktur dan sistem organ dapat menyebabkan gagal tumbuh melalui berbagai mekanisme. Malformasi kraniofasial, seperti celah bibir dan langit-langit, dapat menyebabkan kesulitan makan yang mengarah pada asupan nutrisi yang tidak memadai. Kelainan jantung bawaan dapat menyebabkan gagal tumbuh karena peningkatan kebutuhan energi dan sering disertai dengan kesulitan makan. Kelainan saluran pencernaan, seperti atresia esofagus atau penyakit Hirschsprung, dapat mengganggu asupan atau penyerapan nutrisi. Kelainan ginjal bawaan dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan melalui gangguan metabolisme mineral dan ketidakseimbangan hormon (Zarkada et al., 2021).

g. Idiopatik

   Dalam beberapa kasus, penyebab gangguan pertumbuhan tidak dapat diidentifikasi dengan jelas. Gangguan ini dikenal dengan gangguan tumbuh idiopatik (Manueke et al., 2023). Anak-anak dengan gagal tumbuh idiopatik biasanya memiliki tinggi badan di bawah persentil ke-3 atau lebih dari 2 standar deviasi di bawah rata-rata untuk usia dan jenis kelamin mereka, tetapi memiliki proporsi tubuh yang normal. Mereka mungkin memiliki kecepatan pertumbuhan yang normal atau sedikit berkurang.

Gangguan pertumbuhan anak dapat dipanau dari pengukuran berat badan dan tinggi badan anak. Standar antropometri anak terdiri dari 4 indeks antara lain seabgai berikut.

a. Berat badan menurut umur (BB/U)
b. Panjang/tinggi badan menurut umur (PB/U atau TB/U)
c. Berat badan menurut panjang/tinggi bandan (BB/PB atau BB/TB)
d. Indeks massa tubuh menurut umur (IMT/U)

Pengkateogrikan ambang batas pertumbuhan anak

dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Ambang Batas Pertumbuhan Atau Status Gizi Anak

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat badan menurut umur (BB/U) untuk anak usia 0-60 bulan	Berat badan sangat kurang (*severely underweight*)	<-3 SD
	Berat badan kurang (*underweight*)	-3 SD sd <-2 SD
	Berat badan normal	-2 SD sd +1 SD
	Resiko berat badan lebih	> +1 SD
Panjang badan atau tinggi badan menurut umur (PB/U atau BB/U) untuk anak usia 0-60 bulan	Sangat pendek (*severely stunted*)	<-3 SD
	Pendek (*stunted*)	-3 SD sd <-2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi	> +3 SD
Berat badan menurut panjang badan dan tinggi badan (BB/PB atau BB/TB) untuk anak usia 0-60 bulan	Gizi buruk (*severely wasted*)	<-3 SD
	Gizi kurang (*wasted*)	-3 SD sd <-2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd + 1SD
	Berisiko gizi lebih (*possible risk of overweight*)	> +1SD sd +2 SD
	Gizi lebih (*overweight*)	> +2 SD sd +3 SD
	Obesitas (*obese*)	> +3 SD
Indeks massa tubuh menurut umur (IMT/U) untuk anak usia 0-60 bulan	Gizi buruk (*severely wasted*)	<-3 SD
	Gizi kurang (*wasted*)	-3 SD sd <-2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih (*possible risk of overweight*)	> +1SD sd +2 SD
	Gizi lebih (*overweight*)	> +2 SD sd +3 SD
	Obesitas (*obese*)	> +3 SD
Indeks massa tubuh menurut umur (IMT/U) anak usia 5-18 tahun	Gizi buruk (*severely thinness*)	<-3 SD
	Gizi kurang (*thinnes*)	-3 SD sd <-2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Gizi lebih (*overweight*)	+1 SD sd +2 SD
	Obesitas (*obese*)	> +2 SD

Sumber: (Kemenkes RI., 2020)

3. Gangguan Perkembangan

Gangguan perkembangan adalah kondisi dimana anak mengalami keterlambatan dalam hal hal berbicara, berjelan, belajar berinteraksi social dan keterampilan lainnya (Linar et al., 2024). Beberapa gangguan perkembangan anak antara lain sebagai berikut.

a. Gangguan berbicara dan bahasa

Gangguan berbicara dan bahasa mencakup berbagai kondisi yang mempengaruhi kemampuan anak untuk berkomunikasi secara efektif. Gangguan berbicara melibatkan kesulitan dalam bersuara dan artikulasi, sementara gangguan bahasa berkaitan dengan pemahaman atau penggunaan bahasa lisan maupun tulisan. Contoh gangguan berbicara termasuk gagap dan apraxia bicara pada anak, sedangkan gangguan bahasa dapat mencakup keterlambatan bahasa ekspresif atau reseptif.

Anak-anak dengan gangguan ini mungkin mengalami kesulitan dalam mengekspresikan diri, memahami orang lain, atau berpartisipasi dalam percakapan. Diagnosis biasanya melibatkan evaluasi oleh ahli patologi bicara-bahasa, dan intervensi dapat mencakup terapi bicara, strategi bahasa, dan dalam beberapa kasus, penggunaan alat bantu komunikasi alternatif (Bishop et al., 2016).

b. Gangguan perkembangan motorik

Gangguan perkembangan motorik, juga dikenal sebagai *Developmental Coordination Disorder* (DCD) atau dyspraxia, mempengaruhi kemampuan anak untuk melakukan gerakan terkoordinasi. Anak-anak dengan gangguan ini mungkin tampak canggung atau kikuk, kesulitan dengan tugas motorik halus seperti menulis atau mengancingkan baju, atau mengalami masalah dengan keterampilan motorik kasar seperti berlari atau melempar bola.

Gangguan ini dapat berdampak signifikan pada aktivitas sehari-hari, prestasi akademik, dan partisipasi dalam olahraga. Diagnosis biasanya melibatkan penilaian oleh terapis okupasi atau fisioterapis. Intervensi sering berfokus pada pendekatan berbasis tugas, di mana anak berlatih keterampilan motorik spesifik dalam konteks aktivitas sehari-hari (Blank et al., 2019).

c. Gangguan perkembangan kognitif

Gangguan perkembangan kognitif melibatkan kesulitan dalam proses berpikir, pemecahan masalah, dan pembelajaran. Ini dapat mencakup kondisi seperti disabilitas intelektual, gangguan belajar spesifik (seperti disleksia atau diskalkulia), dan dalam beberapa klasifikasi, gangguan spektrum autisme.

Anak-anak dengan gangguan ini mungkin mengalami kesulitan dalam memahami konsep abstrak, mengingat informasi, atau menerapkan pengetahuan dalam situasi baru. Mereka mungkin juga mengalami keterlambatan dalam mencapai tonggak perkembangan kognitif. Diagnosis biasanya melibatkan penilaian komprehensif oleh psikolog atau neuropsikolog anak. Intervensi sering melibatkan pendekatan pendidikan khusus, strategi kompensasi, dan dalam beberapa kasus, intervensi berbasis teknologi untuk mendukung pembelajaran dan fungsi sehari-hari (Caron et al., 2017).

d. Gangguan perkembangan sosial-emosional

Gangguan perkembangan sosial-emosional mencakup berbagai kondisi yang mempengaruhi kemampuan anak untuk berinteraksi dengan orang lain dan mengelola emosi mereka secara efektif. Ini dapat mencakup gangguan spektrum autisme, gangguan kecemasan pada anak, gangguan mood, dan gangguan perilaku (Sufa et al., 2023).

Anak-anak dengan gangguan ini mungkin mengalami kesulitan dalam memahami isyarat sosial, membentuk hubungan dengan teman sebaya, mengatur emosi mereka, atau menunjukkan empati. Mereka mungkin juga menunjukkan perilaku yang menantang atau menarik diri secara sosial. Diagnosis biasanya melibatkan penilaian multidisiplin, termasuk evaluasi oleh psikiater atau psikolog anak. Intervensi dapat mencakup terapi perilaku, intervensi sosial, pelatihan keterampilan sosial, dan dalam beberapa kasus, pengobatan untuk mengelola gejala spesifik.

4. Upaya Pencegahan Penyimpangan Tumbuh Kembang Anak

Pencegahan yang dapat dilakukan dalam mengatasi penyimpangan tumbuh kembang anak dapat dimulai sejak masa kehamilan dan berlanjut hingga usia lima tahun. Adapun upaya-upaya pencegahan tersebut antara lain sebagai berikut.

a. Pemeriksaan Rutin

Pemeriksaan rutin merupakan langkah awal yang krusial, meliputi pemantauan kesehatan ibu hamil, pertumbuhan janin, dan evaluasi berkala pasca kelahiran. Pemeriksaan ini mencakup pengukuran antropometri seperti berat badan, tinggi badan, dan lingkar kepala, serta penilaian perkembangan motorik, bahasa, sosial, dan kognitif sesuai milestone usia anak. Dengan pemeriksaan rutin, penyimpangan dapat dideteksi sejak dini, memungkinkan intervensi yang tepat waktu (Kemenkes, 2016)

b. Pemenuhan Nutrisi

Nutrisi yang tepat memegang peranan vital dalam mencegah penyimpangan tumbuh kembang. Pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan, diikuti dengan makanan pendamping ASI yang seimbang dan bergizi, menjadi fondasi penting bagi pertumbuhan optimal. Asupan mikronutrien seperti zat besi, yodium, dan vitamin A perlu dipastikan kecukupannya untuk mendukung perkembangan otak dan sistem saraf. Kekurangan gizi pada periode kritis perkembangan anak dapat berdampak jangka panjang pada kemampuan kognitif dan produktivitas di masa dewasa (Cusick & Georgieff, 2016).

c. Stimulasi Dini dan Pola Asuh

Stimulasi dini dan pola asuh yang tepat merupakan komponen penting dalam pencegahan penyimpangan tumbuh kembang. Orang tua dan pengasuh perlu memberikan rangsangan yang sesuai dengan usia anak melalui interaksi yang responsif dan konsisten. Aktivitas bermain yang merangsang

perkembangan motorik, bahasa, dan kognitif harus diintegrasikan dalam rutinitas harian. Lingkungan yang aman dan mendukung eksplorasi anak juga perlu diciptakan. Pola asuh yang penuh kasih sayang, tanpa kekerasan fisik maupun verbal, berkontribusi signifikan terhadap perkembangan sosial-emosional anak yang sehat (Britto et al., 2017).

d. Deteksi Dini Tumbuh Kembang

Deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang dapat dilakukan melalui skrining rutin menggunakan instrumen standar seperti Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP). Identifikasi faktor risiko dan intervensi dini jika ditemukan tanda-tanda penyimpangan sangat penting untuk mencegah permasalahan yang lebih serius. Selain itu, imunisasi lengkap sesuai jadwal juga berperan dalam mencegah penyakit-penyakit yang dapat mengganggu tumbuh kembang anak. Pendidikan orang tua tentang tahapan tumbuh kembang normal dan cara stimulasi yang tepat juga merupakan strategi pencegahan yang efektif (Hamdanesti et al., 2021; WHO, 2020).

e. Pengendalian Penyakit

Pengendalian penyakit dan perbaikan sanitasi lingkungan juga berkontribusi dalam pencegahan penyimpangan tumbuh kembang. Pencegahan dan penanganan penyakit infeksi, serta pemantauan penyakit kronis yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan, menjadi fokus penting. Penyediaan akses air bersih dan sanitasi yang memadai turut berperan dalam menciptakan lingkungan yang mendukung tumbuh kembang optimal. Selain itu, implementasi kebijakan pemerintah seperti program Posyandu dan PAUD, serta penyediaan akses pelayanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas, menjadi kerangka kerja yang mendukung upaya pencegahan penyimpangan tumbuh kembang anak secara komprehensif (Black et al., 2017).

DAFTAR PUSTAKA

Ahmed, A. E.-A., Hassan, M. H., Hamdan, R. S., & Sakhr, H. M. (2023). Short Stature in children. *SVU-International Journal of Medical Sciences*, *6*(1), 186–200.

Argente, J., Tatton-Brown, K., Lehwalder, D., & Pfäffle, R. (2019). Genetics of growth disorders—which patients require genetic testing? *Frontiers in Endocrinology*, *10*, 602.

Azijah, I., & Adawiyah, A. R. (2020). *Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak: Bayi, Balita, dan Usia Prasekolah*. Penerbit Lindan Bestari.

Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., & Consortium, C. (2016). CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. Identifying language impairments in children. *PLOS One*, *11*(7), e0158753.

Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., & Shiffman, J. (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet*, *389*(10064), 77–90.

Blank, R., Barnett, A. L., Cairney, J., Green, D., Kirby, A., Polatajko, H., Rosenblum, S., Smits-Engelsman, B., Sugden, D., & Wilson, P. (2019). International clinical practice recommendations on the definition, diagnosis, assessment, intervention, and psychosocial aspects of developmental coordination disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *61*(3), 242–285.

Britto, P. R., Lye, S. J., Proulx, K., Yousafzai, A. K., Matthews, S. G., Vaivada, T., Perez-Escamilla, R., Rao, N., Ip, P., & Fernald, L. C. H. (2017). Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet*, *389*(10064), 91–102.

Caron, V., Berube, A., & Paquet, A. (2017). Implementation evaluation of early intensive behavioral intervention programs for children with autism spectrum disorders: A systematic review of studies in the last decade. *Evaluation and Program Planning*, *62*, 1–8.

Cusick, S. E., & Georgieff, M. K. (2016). The role of nutrition in brain development: the golden opportunity of the "first 1000 days." *The Journal of Pediatrics*, *175*, 16–21.

Hamdanesti, N. R., Kep, M., Oresti, N. S., & Kep, M. (2021). *Buku Ajar Deteksi Dini Pertumbuhan Perkembangan Anak Dengan Pemeriksaan Kpsp Dan Denver II*. Ahlimedia Book.

Hengky, H. K., & Rusman, A. D. P. (2022). *Model Prediksi Stunting*. Penerbit NEM.

Kemenkes, R. (2016). Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar. *Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.

Kemenkes RI. (2020). *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*.

Lakshmi, B. S., Ujianti, I., & Sukarya, W. S. (2024). *Stunting Di Indonesia: Menyusuri Risiko Dan Strategi*.

Linar, C., Sofiyetti, Hapsari, V. D., Ariati, N. N., Widarti, A., Montol, A. B., Nursanyoyo, H., Legi, N. N., Ranti, I. N., & Puryana, G. P. S. (2024). *Bunga Rampai Gizi Pediatrik*. Media Pustaka Indo.

Manueke, I., Solang, S. D., Longulo, O. J., Amanupunnyo, N. A., Sulastri, Hapsari, V. D., Batmomolin, A., Gasper, I. A. V, Muhida, V., & Mutmainnah, M. (2023). *Bunga Rampai Tumbuh Kembang Anak*. Media Pustaka Indo. https://books.google.co.id/books?id=ygPTEAAAQBAJ

Natalia, L. (2022). *Gizi dalam kesehatan reproduksi; Buku Penerbit Lovrinz*. LovRinz Publishing.

Ramlah, U. (2021). Gangguan kesehatan pada anak usia dini akibat kekurangan gizi dan upaya pencegahannya. *Ana'Bulava: Jurnal Pendidikan Anak*, *2*(2), 12–25.

Rogol, A. D., & Hayden, G. F. (2014). Etiologies and early diagnosis of short stature and growth failure in children and adolescents. *The Journal of Pediatrics*, *164*(5), S1–S14.

Septariana, F., Faron, B. A., Fathonah, S., Tasqiya, R. S., Nuraisyah, S. J., Lestari, D. T., Heryanda, M. F., Alamsyah, P. R.,

Novia, R., & Dalimunthe, N. K. (2024). *Gizi & Tumbuh Kembang Anak di Indonesia*. Sada Kurnia Pustaka. https://books.google.co.id/books?id=Jl3vEAAAQBAJ

Squires, J. E., Alonso, E. M., Ibrahim, S. H., Kasper, V., Kehar, M., Martinez, M., & Squires, R. H. (2022). North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition position paper on the diagnosis and management of pediatric acute liver failure. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, *74*(1), 138–158.

Sufa, F. F., Sutarwan, H. A., Safitri, N. N., Kusuma, R. M., Weni, P. W. P., Amelia, T., Setiawan, A., Rachmadany, H., Rizky, A. M., & Silvi, I. C. (2023). *Mengenal Deteksi Tumbuh Kembang Anak Usia Dini*. Unisri Press.

WHO. (2020). *Improving early childhood development: WHO guideline*. World Health Organization.

WHO. (2024). *Malnutrition*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition

WHO, & UNICEF. (2023). *Global report on children with developmental disabilities: from the margins to the mainstream*. World Health Organization.

Zarkada, A., Dimakopoulos, R., Germani, T., Mantzari, A., & Karadimou, G. (2021). Feeding and Swallowing Disorders in the Paediatric Population. The Speech and Language Pathologist's Perspective. *Achaiki Iatriki*, *40*, 59–60.

Zuraida, E., & Kriwangko, C. A. (2021). Hubungan Antara Penyakit Jantung Bawaan Sianotik Dengan Status Gizi Anak Berusia 0-24 Bulan Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Wadi Husada*, *8*(1), 33–38.

BIODATA PENULIS

Nurbaiti, SKM., M. Kes lahir di Payarabo, pada 10 Mei 1969. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah dan S2 di Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada Yogyakarta Indonesia. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Aceh.

BAB 12 Kesehatan Mental Anak: Deteksi dan Intervensi Dini

Esme Anggeriyane, Ns., M.Kep.

A. Pendahuluan

Anak merupakan titipan tuhan dalam sebuah keluarga. Harapan demi harapan diukirkan untuk pertumbuhan dan perkembangannya kelak. Salah satu harapan orangtua pada anak adalah sehat secara menyeluruh (holistik). Faktanya, masih banyak pandangan orangtua meyakini bahwa kesehatan fisik anak menjadi indikator utama anak dianggap sehat tanpa memperhatikan kesehatan pada aspek lainnya.

Definisi kesehatan berdasarkan teori kesehatan holistik yang dikembangkan oleh pakar teori Betty Neuman terdiri dari fisik, mental, emosional, sosial dan spiritual (Alligood, 2017). Begitu pentingnya kesehatan pada anak sehingga orangtua harus memahami tugasnya dalam memantau pertumbuhan dan perkembangan anak. Periode prasekolah merupakan periode pertumbuhan dan perkembangan anak berdasarkan usia yang memegang peranan penting dalam penentu perkembangan anak pada periode berikutnya. Prasekolah menjadi indikator kesuksesan perkembangan anak berikutnya karena pada masa prasekolah ini anak berada dalam pengawasan dan perawatan orangtua. Orangtua menjadi lingkungan pertama anak (Anggeriyane et al., 2022).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2022 menjelaskan skrining dini tumbuh kembang terbagi menjadi skrining dini penyimpangan pertumbuhan, penyimpangan perkembangan dan penyimpangan masalah mental emosional (Kemenkes RI, 2022). Implementasi skrining pertumbuhan dan

perkembangan telah diterapkan pada sekolah-sekolah. Namun, skrining masalah mental emosional perlu adanya optimalisasi untuk dilakukan. Seiring berjalannya waktu masalah kesehatan mental juga menjadi perhatian dan terjadi pada anak prasekolah baik disadari atau tidak disadari orangtua. Pentingnya peran orangtua dan berbagai pihak dalam optimalisasi deteksi dini kesehatan mental anak sehingga mendapatkan intervensi lebih cepat dan tepat sebelum melewati masa keemasan anak (Anggeriyane, 2023).

B. Konsep Kesehatan Mental Anak Prasekolah

1. Definisi masalah mental anak prasekolah

   Prasekolah *(preschoolers)* adalah anak yang berada pada usia 3 sampai 6 tahun (Anggeriyane et al., 2022; Denis & Walter, 2017). *Preschoolers* juga dikenal dengan *early childhood* dengan rentang usia anak 3-5 tahun (Paris et al., 2023; Pye et al., 2022).

   Sejak pertengahan abad ke-19 istilah kesehatan mental sudah digunakan di Eropa. Namun, hingga saat ini belum adanya definisi yang jelas dan universal. Beberapa dekade terakhir kesehatan mental didefinisikan oleh *World Health Organization* (WHO) sehingga memunculkan berbagai definisi didunia akademis. Dua perspektif yang muncul: negatif dan positif. Dari perspektif negatif, kesehatan mental didefinisikan sebagai ketiadaan penyakit mental, yaitu individu yang tidak mengalami gangguan mental. Sementara dari perspektif positif, kesehatan mental mencakup kemampuan individu untuk mencapai aktualisasi diri, kesejahteraan, dan makna dalam hidup. Kesehatan mental yang lengkap mencakup kedua definisi ini, di mana individu tidak hanya bebas dari penyakit mental tetapi juga memiliki kualitas psikologis yang baik (Wang, 2022).

   Berdasarkan definisi diatas kesehatan mental anak prasekolah adalah kondisi dalam keadaan sehat tanpa adanya penyakit atau gangguan mental dengan kualitas psikologis yang baik pada anak rentang usia 3-6 tahun.

2. Klasifikasi masalah mental

   Klasifikasi masalah mental yang sering terjadi pada anak prasekolah diantaranya kecemasan dan gangguan emosional, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD), Gangguan Spektrum Autisme (GSA), gangguan depresi dan *mood*, gangguan perilaku (Denis & Walter, 2017; Kemenkes RI, 2022).

3. Pentingnya skrining dini pada anak

   Pentingnya optimalisasi perkembangan anak melalui skrining dini pada masalah mental emosional anak berdasarkan usia. Skrining dini pada anak prasekolah merupakan upaya pencegahan terjadinya masalah mental pada anak dan menjadi dasar menentukan intervensi yang cepat dan tepat dalam menghindari masalah kesehatan mental yang lebih berat (Kemenkes RI, 2022). Penatalaksanaan terapi pada anak paling efektif dilakukan pada usia sebelum 5 tahun. Namun, setelah 5 tahun hasilnya berjalan lebih lambat. Pada usia 5-7 tahun perkembangan otak melambat menjadi 25% dari usia sebelum 5 tahun (Suryani & Badi'ah, 2017). Sinergitas dari peran keluarga yang menjadi lingkungan anak, pihak sekolah, tenaga Kesehatan dan pemangku kebijakan akan mensukseskan optimalisasi kesehatan mental pada anak menuju generasi emas tahun 2045 (Anggeriyane, 2022).

4. Teknik skrining dini masalah mental

   Teknik skrining dini masalah mental pada anak dapat dilakukan melalui:

   a. Wawancara

      Wawancara dapat dilakukan untuk mendapatkan informasi dari perilaku anak yang mengarah pada tanda gejala anak mengalami masalah mental. Informan adalah orang terdekat yang mengenali anak dalam kehidupan sehari-harinya sehingga informasi yang didapat tidak bias dan keliru. Informan wawancara dapat dilakukan kepada orangtua,

pengasuh, guru, tenaga profesional dan lainnya. Jika diperlukan informan utama maka pastikan orang tersebut paling mengenali anak dari informan-informan lainnya.

b. Observasi (pengamatan)
Observasi dilakukan kepada anak untuk memastikan bahwa perilaku yang ditunjukan adalah perilaku yang mengarah pada masalah mental anak. Observasi dapat menjadi pengkajian utama atau sebagai penguat dari informasi hasil wawancara dengan informan.

c. Pengisian kuesioner
Kuesioner merupakan instrumen standar untuk skrining dini masalah mental anak. Diberbagai negara banyak skrining yang dihasilkan dari riset sehingga skrining masalah mental banyak berkembang dan masing-masing negara menggunakan skrining yang mereka sepakati bersama.

(Denis & Walter, 2017; Kemenkes RI, 2022).

5. Instrument skrining dini dan intervensi

Kemenkes RI (2022) memberikan pedoman deteksi dini penyimpangan masalah mental emosional anak yang terbagi menjadi 3, yaitu:

a. Kuesioner Masalah Perilaku Emosional (KMPE)

Pemeriksaan ini dilakukan pada anak dengan rentang usia 36-72 bulan. Bertujuan untuk mendeteksi secara dini penyimpangan perilaku emosional anak prasekolah. Pelaksanaan dilakukan sesuai dengan jadwal pelayanan Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK).

Kuesioner ditanyakan kepada orangtua atau pengasuh anak secara jelas, nyaring dan lambat. Catat dan berikan ceklis pada daftar kuesioner pada kolom "ya" atau "tidak".

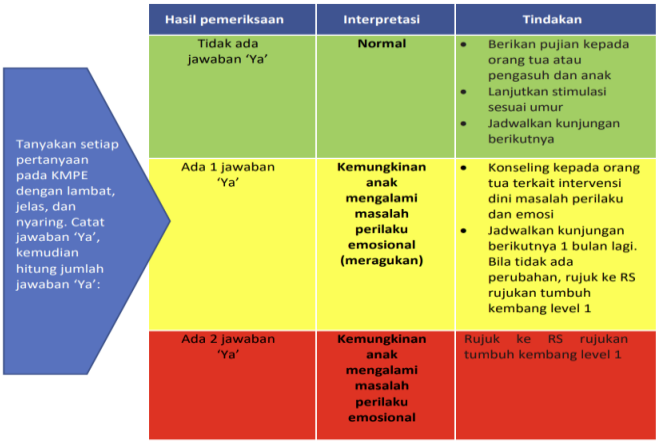
Pertanyaan pada KMPE terdiri 14 pertanyaan dengan dua alternatif pilihan jawaban yaitu "ya" atau "tidak".

Tabel 1. Daftar pertanyaan KMPE

No	Daftar Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anak Anda sering bereaksi negatif, marah atau tegang tanpa sebab yang jelas? (Bereaksi negatif contohnya rewel, tidak sabaran, banyak menangis, mudah tersinggung atau bereaksi berlebihan bila merasa situasi tidak seperti yang diharapkannya atau kemauannya tidak terpenuhi)		
2	Apakah anak Anda tampak lebih memilih untuk menyendiri, bermain sendiri, atau menghindar dari anak seumurnya atau orang dewasa? (Ingin sendirian, menyendiri dengan ekspresi murung, tidak bersemangat, sedih, atau kehilangan minat terhadap hal-hal yang biasa sangat dinikmati)		
3	Apakah anak Anda cenderung bersikap menentang? (Membantah, melawan, tidak mau menurut atau melakukan hal yang sebaliknya dari apa yang diminta, serta tampak tidak peduli ketika diberitahu atau ditegur)		
4	Apakah anak Anda mudah takut atau cemas berlebihan tanpa sebab yang jelas? (Misalnya takut pada binatang atau benda yang tidak berbahaya, terlihat cemas ketika tidak melihat ibu atau pengasuh)		
5	Apakah anak Anda sering sulit konsentrasi, perhatiannya mudah teralihkan atau banyak bergerak atau tidak bisa diam? (Misalnya anak tidak bisa bertahan lama untuk bermain dengan satu permainan, mudah mengalihkan perhatian bila ada hal lain yang lebih menarik perhatian seperti bunyi atau gerakan, tidak bisa duduk dengan tenang, banyak bergerak atau cenderung berjalan atau berlari mondar mandir)		
6	Apakah anak Anda lebih banyak menempel atau selalu minta ditemani, mudah cemas, dan tidak percaya diri? (Seakan minta perlindungan atau minta ditemani pada berbagai situasi, terutama ketika berada dalam situasi baru atau ada orang yang baru dikenalnya; mengekspresikan kecemasan serta terlihat tidak percaya diri)		
7	Apakah anak Anda menunjukkan adanya perubahan pola tidur? (Misalnya sulit tidur, terjaga sepanjang hari, sering terbangun di waktu tidur malam oleh karena mimpi		

	buruk, mengigau, menangis di dalam tidurnya)		
8	Apakah anak Anda mengalami perubahan pola makan dari yang biasanya? (Kehilangan nafsu makan, tidak mau makan sama sekali, atau sebaliknya makan berlebihan, sangat memilih jenis makanan, atau membiarkan makanan lama di mulut tanpa dikunyah atau diemut)		
9	Apakah anak Anda seringkali mengeluh sakit kepala, sakit perut, atau keluhan fisik lainnya pada waktu-waktu tertentu?		
10	Apakah anak Anda mudah putus asa atau frustrasi dan sering menunjukkan emosi yang negatif? (Misalnya sedih atau kecewa yang berkepanjangan, mudah mengeluh, marah, atau protes. Misal ketika anak merasa kesulitan dalam menggambar, lalu berteriak minta tolong, marah, atau kertasnya disobek)		
11	Apakah anak Anda menunjukkan kemunduran pola perilaku dari kemampuan yang sudah dimilikinya? (Misalnya mengompol kembali, menghisap jempol, atau tidak mau berpisah dengan orangtua atau pengasuhnya)		
12	Apakah anak Anda sering berkelahi, bertengkar, atau menyerang anak lain baik secara verbal maupun nonverbal? (Misalnya mengejek, meneriaki, merebut permainan, atau memukul temannya)		
13	Apakah anak Anda sering diperlakukan tidak menyenangkan oleh anak lain atau orang dewasa? (Misalnya ditinggal bermain, dihindari, diejek, dikata-katai, direbut mainannya, atau disakiti secara fisik)		
14	Apakah anak Anda cenderung berperilaku merusak atau cenderung selalu ingin menang atau menguasai? (Misalnya merusak benda, menyakiti dirinya atau binatang)		

Berdasarkan hasil pemeriksaan maka dijabarkan kesimpulan hasil pemeriksaan dan tindakan yang dilakukan melalui algoritma pemeriksaan masalah perilaku emosional sebagai berikut:



Gambar 1. Algoritma pemeriksaan masalah perilaku emosional

b. *Modified Checklist for Autism in Toddlers Revised* (M-CHAT R)

Robin et al., (2009) telah mengembangkan skema skrining ini dan selanjutnya diterjemahkan dalam berbagai bahasa di dunia melalui website www.mchatscreen.com. Skrining ini diterjemahkan kedalam Bahasa Indonesia oleh Soetjiningsih et al. tahun 2014. Pemeriksaan ini dilakukan pada anak dengan rentang usia 18-36 bulan. Bertujuan untuk mendeteksi secara dini Gangguan Spektrum Autism (GSA). Skrining ini dilakukan atas indikasi jika ada keluhan dari ibu, ayah, pengasuh (orang terdekat anak) atau kecurigaan tenaga kesehatan, kader, guru sekolah anak.

Keluhan tersebut dapat berupa salah satu atau lebih keadaan dibawah ini:

1) Keterlambatan dalam berbicara berdasarkan usia dan kemampuan perkembangan Bahasa anak
2) Gangguan komunikasi atau interaksi sosial dengan orang sekitarnya
3) Perilaku yang dilakukan secara berulang-ulang

Kuesioner terdiri 20 pertanyaan yang dijawab oleh orangtua atau pengasuh anak secara berurutan

dan jelaskan kepada orangtua atau pengasuh untuk tidak ragu atau takut dalam menjawab. Catat dan berikan ceklis pada daftar kuesioner pada kolom "ya" atau "tidak". Kuesioner dapat ditanyakan oleh dokter spesialis atau tenaga profesional lain. Catatan penting pada skrining ini bertujuan untuk mendeteksi secara dini risiko GSA bukan menegakkan diagnosa medis.

Tabel 2. Daftar pertanyaan M-CHAT R

No	Daftar Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Jika Anda menunjuk sesuatu di ruangan, apakah anak Anda melihatnya? (Misalnya, jika Anda menunjuk hewan atau mainan, apakah anak Anda melihat ke arah hewan atau mainan yang anda tunjuk?)		
2	Pernahkah Anda berpikir bahwa anak Anda tuli?		
3	Apakah anak Anda pernah bermain pura-pura? (Misalnya, berpura-pura minum dari gelas kosong, berpura-pura berbicara menggunakan telepon, atau menyuapi boneka atau boneka binatang?)		
4	Apakah anak Anda suka memanjat benda-benda? (Misalnya, furnitur, alat-alat bermain, atau tangga)		
5	Apakah anak Anda menggerakkan jari-jari tangannya dengan cara yang tidak biasa di dekat matanya? (Misalnya, apakah anak Anda menggoyangkan jari dekat pada matanya?)		
6	Apakah anak Anda pernah menunjuk dengan satu jari untuk meminta sesuatu atau untuk meminta tolong? (Misalnya, menunjuk makanan atau mainan yang jauh dari jangkauannya)		
7	Apakah anak Anda pernah menunjuk dengan satu jari untuk menunjukkan sesuatu yang menarik pada Anda? (Misalnya, menunjuk pada pesawat di langit atau truk besar di jalan)		
8	Apakah anak Anda tertarik pada anak lain? (Misalnya, apakah anak Anda memperhatikan anak lain, tersenyum pada mereka atau pergi ke arah mereka)		
9	Apakah anak Anda pernah memperlihatkan suatu benda dengan membawa atau mengangkatnya kepada Anda - tidak untuk minta tolong, hanya untuk berbagi? (Misalnya,		

	memperlihatkan Anda bunga, binatang atau truk mainan)		
10	Apakah anak Anda memberikan respon jika namanya dipanggil? (Misalnya, apakah anak Anda melihat, bicara atau bergumam, atau menghentikan apa yang sedang dilakukannya saat Anda memanggil namanya)		
11	Saat Anda tersenyum pada anak Anda, apakah anak Anda tersenyum balik?		
12	Apakah anak Anda pernah marah saat mendengar suara bising sehari-hari? (Misalnya, apakah anak Anda berteriak atau menangis saat mendengar suara bising seperti vacuum cleaner atau musik keras)		
13	Apakah anak Anda bisa berjalan?		
14	Apakah anak Anda menatap mata Anda saat Anda bicara padanya, bermain bersamanya, atau saat memakaikan pakaian?		
15	Apakah anak Anda mencoba meniru apa yang Anda lakukan? (Misalnya, melambaikan tangan, tepuk tangan atau meniru saat Anda membuat suara lucu)		
16	Jika Anda memutar kepala untuk melihat sesuatu, apakah anak Anda melihat sekeliling untuk melihat apa yang Anda lihat?		
17	Apakah anak Anda mencoba utuk membuat Anda melihat kepadanya? (Misalnya, apakah anak Anda melihat Anda untuk dipuji atau berkata "lihat" atau "lihat aku")		
18	Apakah anak Anda mengerti saat Anda memintanya melakukan sesuatu? (Misalnya, jika Anda tidak menunjuk, apakah anak Anda mengerti kalimat "letakkan buku itu di atas kursi" atau "ambilkan saya selimut")		
19	Jika sesuatu yang baru terjadi, apakah anak Anda menatap wajah Anda untuk melihat perasaan Anda tentang hal tersebut? (Misalnya, jika anak Anda mendengar bunyi aneh atau lucu, atau melihat mainan baru, akankah dia menatap wajah Anda?)		
20	Apakah anak Anda menyukai aktivitas yang bergerak? (Misalnya, diayun-ayun atau dihentak-hentakkan pada lutut Anda)		

Berdasarkan hasil pemeriksaan maka dijabarkan kesimpulan hasil pemeriksaan dan tindakan yang dilakukan melalui algoritma skoring untuk semua pertanyaan kecuali 2, 5, dan 12, respon "TIDAK"

mengindikasikan risiko ASD; untuk pertanyaan 2,5, dan 12, "YA" mengindikasikan risiko ASD.

Tabel 3. Algoritme memaksimalkan psikometrik M-CHAT-R

Risiko Rendah	**Skor total 0-2;** jika anak lebih muda dari 24 bulan, lakukan skrining lagi setelah ulang tahun kedua. Tidak ada tindakan lanjutan yang diperlukan, kecuali surveilans untuk mengindikasikan risiko ASD
Risiko Medium	**Skor total 3-7;** lakukan Follow-up (M-CHAT-R/F tahap kedua) untuk mendapat informasi tambahan tentang respon berisiko. Skrining positif jika skor M-CHAT-R/F 2 atau lebih. Tindakan yang diperlukan: adalah rujuk anak untuk evaluasi diagnostik dan evaluasi eligibilitas untuk intervensi awal. Skrining negatif jika skor M-CHAT R/F 0-1. Tidak ada tindakan lanjutan yang diperlukan, kecuali surveilans untuk mengindikasikan risiko ASD. Anak harus diskrining ulang saat datang kembali.
Risiko Tinggi	**Skor total 8-20;** Follow-up dapat tidak dilakukan dan pasien dirujuk segera untuk evaluasi diagnostik dan evaluasi eligibilitas untuk intervensi awal.

c. Gangguan Pemusatan Perhatian Hiperaktivitas (GPPH)

Pemeriksaan ini dikenal dengan *Abbreviated Conners' Teacher Rating Scale* yang dilakukan pada anak dengan rentang usia 36-72 bulan. Bertujuan untuk mendeteksi secara dini Gangguan Pemusatan Perhatian Hiperaktivitas (GPPH). Skrining ini dilakukan atas indikasi jika ada keluhan dari ibu, ayah, pengasuh (orang terdekat anak) atau kecurigaan tenaga kesehatan, kader, guru sekolah anak.

Keluhan tersebut dapat berupa salah satu atau lebih keadaan dibawah ini:

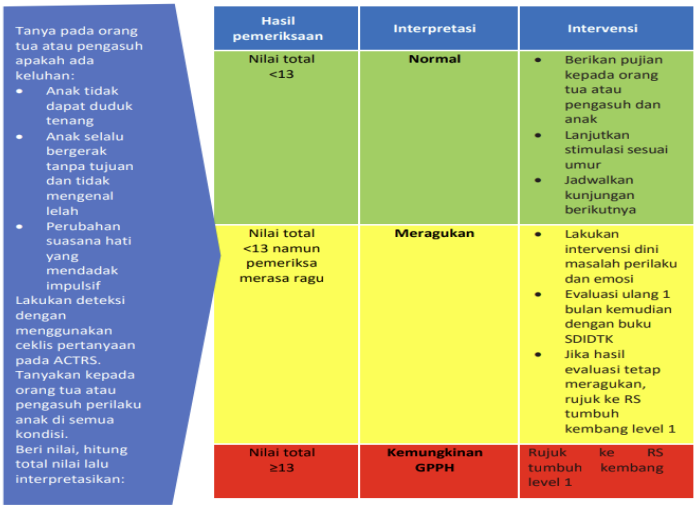
1) Anak tidak bisa duduk dengan tenang
2) Anak tidak mengenal lelah dan selalu bergerak tanpa tujuan
3) *Impulsive* atau perubahan suasana hati yang tiba-tiba

Sepuluh pertanyaan yang dijawab oleh orangtua atau pengasuh anak secara berurutan dan jelaskan kepada orangtua atau pengasuh untuk tidak ragu atau takut dalam menjawab. Selain itu, item pertanyaan juga memerlukan pengamatan dari pemeriksa. Tanyakan dengan jelas, lambat dan nyaring pada setiap daftar pertanyaan secara berurutan. Sampaikan kepada informan bahwa keadaan yang telah diamati pada anak dimanapun anak berada seperti di rumah, toko, pasar, sekolah dan lainnya. Catat hasil wawancara dan pengamatan pewawancara selama dilakukan pemeriksaan pada kolom nilai dengan keterangan: Keadaan tidak ditemukan pada anak (0), Keadaan kadang-kadang ditemukan pada anak (1), Keadaan sering ditemukan pada anak (2), atau Keadaan selalu ada pada anak (3).

Tabel 4. Kegiatan yang diamati pada GPPH

No	Kegiatan yang Diamati	Nilai			
		0	1	2	3
1	Tidak kenal lelah atau aktivitas yang berlebihan				
2	Mudah menjadi gembira, impulsif				
3	Mengganggu anak-anak lain				
4	Gagal menyelesaikan kegiatan yang telah dimulai; rentang perhatian pendek				
5	Menggerak-gerakkan anggota badan atau kepala secara terus menerus				
6	Kurang memperhatikan, mudah teralihkan				
7	Permintaannya harus segera dipenuhi; mudah menjadi frustrasi				
8	Sering dan mudah menangis				
9	Suasana hatinya mudah berubah dengan cepat dan drastis				
10	Ledakan kekesalan, tingkah laku eksplosif dan tak terduga				
Total					

Berdasarkan hasil pemeriksaan maka dijabarkan kesimpulan hasil pemeriksaan dan tindakan yang dilakukan melalui algoritma pemeriksaan GPPH sebagai berikut:



Gambar 2. Algoritme pemeriksaan GPPH

DAFTAR PUSTAKA

Alligood, M. R. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka* (Indonesia). Elsevier Ltd.

Anggeriyane, E. (2022). Peran Keluarga dalam Pertumbuhan dan Perkembangan Anak. In Delima (Ed.), *Keperawatan Anak* (1st ed., pp. 33–43). PT Global Eksekutif Teknologi.

Anggeriyane, E. (2023). Evaluation of Early Screening for Mental Emotional Problems after the Covid-19 Pandemic in Preschool Children. *Gaster Jurnal Kesehatan*, *21*(1), 100–113. https://doi.org/https://doi.org/10.30787/gaster.v21i2.889

Anggeriyane, E., Yunike, Mariani, Susanto, W. H. A., Halijah, Sari, I. N., Handian, F. I., Elviani, Y., Suriya, M., Iswati, N., & Yulianti, N. R. (2022). *Tumbuh Kembang Anak* (M. Sari, Ed.). PT Global Eksekutif Teknologi.

Denis, J. L., & Walter, H. S. (2017). *Handbook of preschool mental health: Second edition - Development, disorders, and treatment* (J. L. Luby, Ed.; 2nd ed.). The Guilford Press. https://www.guilford.com/books/Handbook-of-Preschool-Mental-Health/Joan-Luby/9781462533800

Kemenkes RI. (2022). Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar. In *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Paris, J., Ricardo, A., Rymons, D., Zaar, J., & Biegel, S. (2023). *Child Growth and Development NSCC Edition*. https://pressbooks.nscc.ca/growthanddev/

Pye, T., Scoffin, S., Quade, J., & Krieg, J. (2022). *Child Growth and Development Canadian Ed*. https://ecampusontario.pressbooks.pub/childgrowthanddevelopment/

Robin, D., Fein, D., & Barton, M. (2009). *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F)*. http://www.mchatscreen.com.

Suryani, E., & Badi'ah, A. (2017). *Asuhan Keperawatan Anak Sehat & Berkebutuhan Khusus*. Pustaka Baru Press.

Wang, K. (2022). The Yin–Yang Definition Model of Mental Health: The Mental Health Definition in Chinese Culture. *Frontiers in Psychology*, *13*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.832076

BIODATA PENULIS

Esme Anggeriyane, Ns., M.Kep. lahir di Buntok, pada 31 Desember 1990. Menyelesaikan pendidikan S1 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Muhammadiyah Banjarmasin, S1 Keperawatan Profesi Ners dan Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Banjarmasin (UM Banjarmasin). Saat ini penulis sedang menjalani Pendidikan Program Doktor Ilmu Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran (UNPAD) Bandung. Selama menjadi Dosen Keperawatan Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan (FKIK) UM Banjarmasin, penulis aktif melakukan tridharma perguruan tinggi dibidang Keperawatan Anak. Penulis merupakan Sekretaris Pengurus Wilayah Himpunan Perawat Holistik Indonesia (PW HPHI) Kalimantan Selatan, Pengurus Dewan Pengurus Komisariat PPNI UM Banjarmasin dan Anggota IPANI Kalimantan Selatan.

BAB 13

Gizi dan Pola Makan Sehat Untuk Anak

Pramitha Sari, S.Gz, RD, M.H.Kes.

A. Pendahuluan

Setiap mahluk hidup, termasuk manusia, memerlukan makanan untuk kelangsungan hidupnya. Makanan dan minuman yang masuk memberikan energi kepada tubuh agar dapat bekerja, seperti bernafas, memompa darah, berfikir, duduk, berdiri, bergerak dan lain sebagainya, sebaliknya, kekurangan energi bisa mengganggu tubuh untuk melakukan tugasnya. Kebutuhan gizi manusia dimulai sejak ia berada dalam kandungan, berlanjut pada masa pemberian ASI (usia 0—6 bulan), lalu pada masa pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) usia 6—12 bulan, hingga akhirnya dewasa.

Seribu hari pertama kehidupan (SHPK) merupakan masa-masa terpesat dalam kehidupan manusia. Seribu hari pertama si kecil dimulai dari 270 hari selama dalam kandungan dan 730 hari di luar kandungan yaitu sekitar 2 tahun setelah lahir. Manusia bisa menikmati makanan dan minuman sejak berada di dalam kandungan, zygot yang merupakan hasil dari pembuahan sperma dan ovum akan membelah sel-selnya dan berkembang menjadi organ tubuh agar bisa menjadi manusia seutuhnya. Dalam tumbuh kembanganya, zygot yang kemudian berkembang menjadi fetus atau janin membutuhkan zat gizi yang cukup baik yang dikonsumsi maupun yang berasal dari mobilisasi simpanan ibu melalui plasenta. Bila pasokan gizi dari ibu ke janin kurang, janin akan melakukan penyesuaian, karena janin bersifat plastis atau mudah menyesuaikan diri. Penyesuaian tersebut bisa melalui

pengurangan jumlah sel dan pengecilan ukuran organ dan tubuh yang lebih kecil agar sesuai dengan terbatasnya asupan gizi. Sifat plastis ini akan terbawa hingga bayi lahir. Jika dalam masa 2 tahun awal asupan gizinya kurang, maka tubuh bayi akan beradaptasi dengan lingkungannya. Setelah terlahir ke dunia pun bayi masih tetap menggantungkan asupan zat gizi yang dibutuhkannya melalui apa yang dikonsumsi oleh ibunya lalu kemudian dinikmati melalui Air Susu Ibu (ASI). Malnutrisi, terutama kekurangan gizi, yang terjadi pada masa SHPK dapat memberi efek yang bersifat permanen. Permanen yang dimaksud di sini adalah jika perbaikan gizi dilakukan setelah melewati usia 2 tahun menyebabkan tingkat keberhasilan perbaikannya relatif lebih rendah. Sebaliknya, bila perbaikan gizi dilakukan pada kurun waktu masih dalam rentang SHPK, terutama saat di dalam kandungan, maka efek perbaikannya lebih bermakna. Nah, perubahan permanen inilah yang menimbulkan masalah jangka panjang. Keadaan ini ternyata tidak hanya bersifat antar-generasi (dari ibu ke anak), tetapi bersifat trans-generasi (dari nenek ke cucunya).

World Health Organization (WHO) dalam Pernyataan *World Health Assembly* (WHA) nomor 55.25 tahun 2022 tentang *Global Strategy of Infant and Young Child Feeding* melaporkan bahwa terdapat 60% kejadian kematian balita secara langsung maupun tidak langsung yang terjadi akibat kurang gizi dan 2/3 dari kejadian kematian tersebut terjadi karena praktik pemberian makanan yang kurang tepat bagi bayi dan anak. Pola makan yang tepat akan memberikan dampak yang baik pada pertumbuhan anak, yang ditandai dengan bertambahnya ukuran tubuh, seperti berat dan tinggi badan sehingga anak akan berkembang dengan sehat dan baik. Sedangkan pola makan yang tidak tepat dapat berdampak terhadap lambatnya pertumbuhan anak karena kekurangan gizi membuat tubuh menjadi rentan terkena penyakit akibat menurunnya daya tahan tubuh.

Selain mempengaruhi pertumbuhan, asupan gizi yang masuk ke dalam tubuh anak juga akan mempengaruhi

perkembangan otak dan kognitif. Hal itu disebabkan karena otak kita memerlukan zat gizi yang diperoleh dari makanan untuk menjalankan fungsinya. Apabila otak bekerja dengan optimal, maka kemampuan anak dapat berkembang dengan semestinya. Bicara soal makanan bukan berarti "yang penting makan" tetapi makanan yang sesuai dengan kebutuhannya. Asupan gizi yang mencukupi kebutuhan berperan dalam meningkatkan daya tahan tubuh sehingga anak akan lebih kuat dalam menghadapi kuman penyakit. Lantas, bagaimana jika anak kekurangan gizi? Kekurangan gizi pada masa pertumbuhan memang tidak akan langsung tampak secara kasat mata dan memberikan efek di saat itu juga, namun tubuh akan menyesuaikan diri sesuai dengan asupan yang masuk ke dalam tubuh, sehingga jika tubuh kurang menerima asupan zat gizi yang dibutuhkan dalam durasi waktu yang cukup lama maka tubuhnya akan mengecil atau biasa disebut dengan atrofi. Sebaliknya, jika gizinya berkecukupan, maka akan tumbuh sesuai usianya dan jika berlebih akan ditimbun dalam jaringan tubuhnya. Semakin bertambahnya usia anak maka kebutuhan gizinya pun akan semakin meningkat. Zat gizi memiliki peran dalam proses metabolisme di dalam tubuh, karena setiap zat gizi memberikan peran secara spesifik dalam tubuh kita. Jika terjadi defisiensi atau surplus zat gizi, baik makro maupun mikro, di dalam tubuh, maka dapat mengganggu keseimbangan hormon dan akhirnya menimbulkan berbagai masalah kesehatan.

B. Kebutuhan Gizi dan Pola Makan Sehat Untuk Anak

Zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh manusia umumnya dapat dikelompokkan menjadi 2 golongan besar, yaitu zat gizi makro dan zat gizi mikro. Zat gizi makro diperlukan dalam kuantitas yang cukup besar, yaitu dalam ukuran gram. Sedangkan zat gizi mikro dibutuhkan dalam kuantitas yang jauh lebih kecil, yaitu miligram bahkan lebih kecil lagi. Zat gizi makro adalah karbohidrat, protein dan lemak, yang memiliki peran dalam tubuh sebagai berikut :

1. **Karbohidrat**

   Fungsi utama karbohidrat dalam tubuh adalah sebagai sumber energi untuk digunakan dalam beraktivitas sehari-hari. Karbohidrat dalam bentuk glukosa merupakan satu-satunya sumber energi bagi otak dan sistem syaraf tubuh, hal ini menjadi sebab kurangnya asupan karbohidrat dapat mempengaruhi kognitif dan kemampuan anak dalam belajar. 1 gram karbohidrat memberikan energi sebesar 4 kilo kalori. Secara umum karbohidrat terbagi menjadi karbohidrat sederhana dan karbohidrat kompleks. Contoh karbohidrat sederhana biasanya dapat kita temui dalam bentuk glukosa, fruktosa dan laktosa dalam bentuk buah-buahan, susu, pemanis makanan dan minuman. Karbohidrat kompleks ditemukan dalam serealia, umbi-umbian, serat, dan masih banyak lagi. (Fikawati, 2017)

2. **Protein**

   Protein memiliki peran yang sangat penting dalam proses pertumbuhan, pemeliharaan jaringan, perubahan komposisi tubuh serta regenerasi jaringan tubuh. Asupan protein harus memenuhi sekitar 10% hingga 20% asupan energi harian anak untuk memenuhi kebutuhan bagi pertumbuhan anak. Protein juga menyimpan cadangan energi dalam tubuh, 1 gram protein memberikan energi sebesar 4 gram kilo kalori. Tubuh menggunakan protein sebagai sumber energi terakhir jika sudah tidak terdapat cadangan karbohidrat dan lemak untuk dipakai sebagai sumber energi bagi tubuh. (Fikawati, 2017)

3. **Lemak**

   Lemak merupakan salah satu sumber energi bagi tubuh dengan jumlah energi paling besar jika dibandingkan dengan zat gizi makro lainnya. Lemak menyumbangkan 9 kkal per 1 gramnya. Hingga usia 3 tahun, lemak dibutuhkan bagi perkembangan otak manusia. Lemak menyusun sekitar 60% sistem saraf pusat dan perifer, sehingga lemak memberikan sekitar 60% energi bagi tubuh (Fikawati, 2017)

Kelebihan karbohidrat dan protein dalam tubuh dikonversi menjadi lemak, namun tidak dapat berlaku sebaliknya. Lemak diperlukan untuk membentuk membran sel, membantu penyerapan vitamin yang dapat larut dalam lemak (vitamin A,D,E dan K), dan dibutuhkan dalam pertumbuhan otak dalam bentuk asam lemak esensial. Asam lemak esensial tidak dapat diproduksi dari dalam tubuh sehingga diperlukan dari asupan makanan. Kandungan energi yang besar dari lemak berperan dalam memberi rasa kenyang, oleh sebab itu diet rendah lemak pada anak dapat menyebabkan kelaparan dan respon makan yang berlebihan di antara waktu makan. Kebutuhan energi dari lemak dalam diet harian adalah sekitar 25% hingga 30% dari total kebutuhan harian (Sharlin, 2014)

Tabel 1. Kebutuhan Gizi Makro Anak

Usia	Energi (kkal)	Protein (gram)	Lemak (gram)	Karbohidrat (gram)
0-6 bulan	550	12	34	58
7-11 bulan	725	18	36	82
1-3 tahun	1125	26	44	155
4-6 tahun	1600	35	62	220
7-9 tahun	1850	49	72	254

Selain membutuhkan zat gizi makro, anak-anak juga memerlukan asupan zat gizi mikro dalam menunjang pertumbuhannya. Di antara zat gizi mikro yang dibutuhkan adalah sebagai berikut :

4. Kalsium

Salah satu mineral yang dibutuhkan tubuh terutama untuk proses mineralisasi tulang adalah kalsium. Asupan kalsium yang tercukupi di masa pertumbuhannya dapat menurunkan risiko terjadinya osteoporosis di usia lanjutnya.

5. Vitamin D

Asupan vitamin D diperlukan untuk mengoptimalkan absorbsi kalsium dalam tubuh. Vitamin D juga bisa didapatkan melalui aksi fotokimia sinar matahari selain sumber diet yang berasal dari produk hewani seperti ikan, minyak ikan dan produk susu serta turunannya. Vitamin D juga menunjang daya tahan tubuh anak untuk mencegah penyakit infeksi.

6. Zat Besi

Sumber zat besi yang masuk ke dalam tubuh dapat digolongkan dari sumber heme dan non heme. Sumber heme biasanya didapatkan dari daging dan produk hewani lainnya seperti ayam, telur, ikan dan lain sebagainya. Adapun sumber non heme berasal dari sumber nabati yang mengandung zat besi seperti beras, buah dan sayur yang merupakan sumber zat besi. (Sharlin, 2014)

Tabel 2. Kebutuhan Gizi Mikro Anak

Usia	Vitamin D (mcg)	Kalsium (mg)	Zat besi (mg)
0-6 bulan	5	200	-
7-11 bulan	5	250	7
1-3 tahun	15	650	8
4-6 tahun	15	1000	9
7-9 tahun	15	1000	10

Pola makan dibentuk sejak masa bayi dan anak-anak, walaupun dapat berubah dan berkembang seiring pengalaman dan pertambahan usia. Pola makan yang akan terus terbawa seumur hidup ini dapat memengaruhi kondisi kesehatan secara keseluruhan (Sharlin, 2014).

Perilaku makan keluarga menjadi contoh nyata dan akan ditiru yang kemungkinan akan membentuk pola makannya. Dalam membentuk pola makan anak sebaiknya menghindari cara pemberian makan melalui paksaan, karena hal tersebut dapat berpotensi menimbulkan trauma—terutama pada makanan—bagi sang anak. Trauma makan pada anak

dapat menyebabkan masalah lebih lanjut, di antaranya anak semakin enggan makan sehingga ada perlawanan dari anak ketika ditawari makanan oleh pengasuh atau orangtua. Jika anak tidak mau makan dalam waktu yang lama, anak bisa mengalami kekurangan gizi yang diperlukan untuk pertumbuhannya. Dalam membentuk pola makan anak, orang tua juga perlu membentuk lingkungan makan yang sehat agar dapat tercipta pola makan yang baik bagi anak, misalnya :

1. Makan bersama selain menciptakan lingkungan makan yang sehat, juga dapat memperkuat ikatan keluarga serta memberikan contoh yang dapat ditiru oleh anak sehingga membentuk pola makannya hingga usia dewasa.
2. Mengurangi distraksi dari televisi maupun gawai saat makan, agar anak dapat mengenali rasa kenyang dan lapar, untuk menghindari kelebihan maupun kekurangan gizi dari asupannya.
3. Memperkenalkan makanan baru untuk mendapatkan variasi bahan makanan dan memenuhi kebutuhan zat gizinya
4. Merencanakan makan anak untuk memenuhi kebutuhan gizi seimbang
5. Mengenalkan rasa lapar dan kenyang juga diperlukan tidak hanya untuk mencegah anak mendapatkan asupan berlebih yang dapat menyebabkan obesitas, namun juga mencegah anak kekurangan asupan yang bisa menyebabkan kekurangan gizi.
6. Membuat camilan yang sehat agar anak terhindar dari jajan sembarangan yang dapat menimbulkan penyakit di antara waktu makan. Anak-anak cenderung makan dalam porsi yang kecil karena kapasitas lambungnya yang kecil tidak memungkinkan anak mengonsumsi makanan dalam porsi besar dalam satu kali waktu makan. Waktu pemberian cemilan juga sebaiknya tidak diberikan di waktu makan utama.

DAFTAR PUSTAKA

Kementerian Kesehatan (2019). Peratutan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2019 Tentang Angka Kecukupan Gizi Yang Dianjurkan Untuk Masyarakat Indonesia. Jakarta.

Fikawati, Sandra, dkk. (2017). Gizi Anak dan Remaja. Depok : Rajawali Press.

Sharlin, Judith., dkk (2014). Buku Ajar Gizi Dalam Daur Kehidupan. Jakarta : EGC

BIODATA PENULIS

Pramitha Sari, S.Gz, RD, M.H.Kes. lahir di Blora pada tanggal 4 Mei 1985. Menyelesaikan pendidikan S1 dan Pendidikan profesi Dietisien di Program Studi Gizi Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada dan S2 di Program studi Hukum Kesehatan Fakultas Hukum Universitas Gadjah Mada. Saat ini penulis merupakan dosen di Program Studi Ilmu Gizi Universitas Alma Ata.

BAB 14

Peran Vaksinasi dalam Kesehatan Anak

Hana Sri Shevaulia

A. Pendahuluan

Vaksinasi telah menyelamatkan 150 juta anak selama 50 tahun terakhir, dengan 5 juta anak di setiap wilayah, termasuk lebih dari 50 juta anak di Afrika dan 38 juta Anak di Asia Tenggara (Our World in Data, 2024). Vaksin anak diperkirakan menyelamatkan 2-3 juta anak di seluruh dunia setiap tahun (Nandi Arinham, 2020). Anak-anak yang tidak menerima vaksinasi rutin mempunyai risiko kematian dan kesakitan lebih tinggi daripada anak yang menerima vaksinasi rutin (Rajpal Sunil, 2023). Vaksinasi juga dapat meningkatkan taraf hidup anak dikarenakan penurunan risiko akibat infeksi berulang yang mengakibatkan tumbuh kembang terhambat dan *stunting* yang berpengaruh pada kesehatan, kognitif, hingga ekonomi di masa dewasa (Nandi Arinham, 2020). Tuberculosis, Campak, Rubella, Hepatitis, Pertusis, Difteri, Polio, Tetanus Neonatorum, Meningitis, Pneumonia, Kanker Leher Rahim akibat Infeksi Human Papillomavirus, Japanese Encephalitis, Diare akibat Infeksi Rotavirus dan merupakan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD31) (Kemenkes RI, 2022). Program vaksinasi bagi anak dilakukan di rumah singgah, Lembaga kesejahteraan sosial, hingga sekolah yang dikenal sebagai Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) sebagai pemberian imunisasi lanjutan yang bertujuan untuk meningkatkan perlindungan terhadap penyakit rubella, campak, difteri, dan tetanus.

B. Pembahasan

1. Pengertian Imunisasi

   Imunisasi berasal dari kata *imun*, kebal atau resisten. Imunisasi merupakan Upaya untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga menimbulkan imunitas (kemampuan tubuh dalam melawan penyakit) (Hahne, 2022). Sementara, vaksin merupakan antigen berupa mikroorganisme yang masih hidup namun dilemahkan yang kemudian diolah menjadi toksoid, protein rekombinan yang jika diberikan kepada seseorang akan menimbulkan kekebalan spesifik secara aktif terhadap penyakit infeksi tertentu (Hahne, 2022). Berdasarkan kandungan terdapat 7 jenis vaksin berlisensi, antara lain:

   a. Patogen hidup yang dilemahkan

      Jenis vaksin ini mengandung virus atau bakteri yang dilemahkan dalam jumlah kecil, yang akan bereplikasi pada penerimanya sehingga menimbulkan respon imun (Hahne, 2022).

      Contoh : vaksin polio, vaksin rubella, vaksin kolera

   b. Patogen atau racun yang dimatikan

      vaksin ini menggunakan antigen untuuk meningkatkan dan memodulasi respon imun (Hahne, 2022)

      Contoh : vaksin rabies, vaksin hepatitis A

   c. Vektor Virus

      Virus yang tidak berbahaya direkayasa secara genetik untuk mengandung gen yang mengkode antigen dari patogen yang ditargetkan. Virus, yang disebut vektor kemudian akan bereplikasi pada penerima dimana antigen diproduksi (Hahne, 2022).

      Contoh : vaksin Ebola

   d. Vaksin mRNA (Messenger Ribonucleic Acid)

      Jenis vaksin ini menggunakan materi genetik dari infeksi target yang mengkode salah satu antigennya. Begitu berada di dalam sel kekebalan penerima, sel- sel ini

mulai memproduksi antigen pathogen, yang memicu respon imun (Hahne, 2022).
Contoh : vaksin COVID-19

e. Vaksin Toksoid
Vaksin toksoid menggunakan toksin yang diproduksi oleh bakteri atau virus untuk menciptakan kekebalan terhadap bagian tertentu dari bakteri atau virus penyebab penyakit, dan bukan terhadap seluruh bakteri atau virus. Vaksin toksoid tidak memberikan kekebalan seumur hidup dan harus diisi ulang dari waktu ke waktu (Hahne, 2022).
Contoh : vaksin difteri, tetanus

f. Vaksin Rekombinan
Vaksin rekombinan direkayasa secara genetik. Gen yang membuat protein bakteru atau virus diisolasi dan ditempatkan dalam gel sel lain. Ketika sel ini bereplikasi, sel ini menghasilkan protein vaksin. Ini berarti sistem kekebalan tubuh mengenali protein tersebut dan melindungi tubuh dari virus tersebut (Hahne, 2022).

g. Vaksin Polisakarida
Vaksin polisakarida menggunakan molekul gula (dikenal sebagai polisakarida) dari lapisan luar bakteri atau virus. Molekul gula ini secara kimiawi melekat pada protein pembawa dan berfungsi dengan cara yang mirip dengan vaksin (Hahne, 2022)

Berdasarkan jalur pemberiannya vaksin dibedakan menjadi 5, yaitu:

a. Suntikan (Parenteral) pada otot
contoh : vaksin difteri, tetanus, pertussis, hepatitis B
b. Subkutan (di bawah kulit)
contoh : vaksin campak, gondok, rubella, varicella
c. Intradermal (di kulit)
contoh : vaksin BCG, vaksin cacar
d. Oral (di mulut)
contoh : vaksin rotavirus, polio, kolera, tifus
e. Intranasal (di hidung)

contoh : vaksin influenza

Vaksin mengurangi risiko sakit dengan memanfaatkan pertahanan alami tubuh untuk mengembangkan kekebalan terhadap penyakit dengan aman. Sistem kekebalan kemudian akan memproduksi sel T dan antibodi. Seringkali, respons imun menimbulkan gejala ringan, seperti demam. Setelah vaksinasi, tubuh memiliki persediaan sel B dan sel T 'memori' yang akan mengingat cara melawan penyakit tersebut di masa depan. Namun, tubuh memerlukan waktu beberapa minggu untuk memproduksi sel T dan sel B setelah vaksinasi. Jadi, kemungkinan seseorang terinfeksi suatu kuman sebelum dan setelah vaksinasi akan tetap ada, mengingat vaksin tersebut tidak memiliki cukup waktu untuk memberikan perlindungan (Hahne, 2022).

2. Manfaat Imunisasi
   a. Kesehatan
      1) Mencegah morbiditas dan mortalitas akibat infeksi serius yang menyerang anak- anak patogen yang dapat dicegah dengan vaksin sehingga perjalanan penyakit menjadi lebih ringan
         Pemberantasan penyakit menular.
      2) Herd immunity. Manfaat kesehatan utama yang dirasakan oleh penerima vaksin adalah perlindungan langsung secara pribadi. Nilai tambah dari vaksinasi, pada tingkat populasi, adalah potensi untuk menghasilkan kekebalan kelompok. Ketika proporsi yang cukup tinggi dari populasi divaksinasi, penularan agen yang menginfeksi akan terhenti sehingga melindungi mereka yang tidak divaksinasi, yang mungkin adalah mereka yang terlalu muda, terlalu rentan, atau terlalu tertekan kekebalannya untuk menerima vaksin.
      3) Penurunan infeksi sekunder. Infeksi dengan patogen, khususnya virus, dapat menjadi predisposisi untuk terkena infeksi bakteri lainnya.

Sebagai contoh, infeksi virus influenza, baik musiman maupun pandemi, seringkali diperumit oleh pneumonia bakteri dan otitis media akut.

4) Mencegah resistensi antibiotik. Penggunaan antibiotik pada manusia, membuat bakteri yang berada dalam mikrobiota mengalami tekanan seleksi yang mengakibatkan peningkatan resistensi antibiotik (Rodriguers, 2020).

b. Ekonomi

1) Hemat biaya. Pengurangan morbiditas dan mortalitas terkait dengan program vaksin yang berhasil, melalui kombinasi perlindungan langsung dan tidak langsung akan menurunkan insiden penyakit serta biaya perawatan pernyakit terkait.

2) Peningkatan produktivitas. Pertumbuhan ekonomi memungkinkan pendaan untuk investasi yang meningkatkan kesehatan, seperti sanitasi, air bersih, dan antibiotik daripada sekadar biaya perawatan kesehatan yang dapat dihindari.

c. Sosial

Memperkuat infrastruktur kesehatan dan layanan sosial. Program nasional mengharuskan pemerintah untuk menyediakan sumber daya keuangan dan menetapkan kebijakan untuk implementasi. Vaksin dapat menurunkan beban anggaran yang diakibatkan oleh biaya perawatan dan mengalihkan untuk pembangunan infrastruktur kesehatan di daerah perkotaan dan pedesaan (Rodriguers, 2020).

3. Jenis - Jenis Imunisasi

a. Tuberkulosis

Vaksin BCG universal diberikan saat setelah bayi lahir atau sebelum berusia 1 bulan dan diberikan di wilayah dengan insidensi TB dan beban kusta yang tinggi. Vaksin BCG direkomendasikan diberikan selama 12 bulan dengan rentang satu bulan sekali (WHO, 2024)

b. Hepatitis B (Hep B)
   Vaksin hepatitis B diberikan setelah bayi lahir diikuti dengan 2 atau 3 dosis tambahan untuk melengkapi seri primer dengan interval antara dosis setidaknya 4 minggu. Dosis lahir vaksin hepatitis B dapat diberikan pada bayi dengan berat badan lahir rendah (<2000g) dan bayi prematur (WHO, 2024)
c. Polio (IPV)
   Pada perkembangannya, anak diberikan vaksin IPV sebanyak 4 dosis untuk melindungi dari paralitik polio. Dosis pertama diberikan saat usia 2 bulan, dosis kedua di usia 4 bulan, dosis ketiga di usia 6-18 bulan, dan dosis keempat pada usia 4-6 tahun (WHO, 2024).
d. DTP (Difteri, Tetanus, dan Pertusis)
   Vaksin DTP diberikan saat bayi berusia 6 minggu. Dosis selanjutnya diberikan dengan interval 4 minggu antar dosis. 3 dosis booster vaksin yang mengandung toksoid difteri harus diberikan selama masa kanak-kanak dan remaja. Dosis penguat difteri harus diberikan bersamaan dengan toksoid tetanus denfan jadwal yang sama, yaitu pada usia 12-23 bulan. 4-7 tahun, dan 9-15 tahun. Idealnya, harus ada jarak setidaknya 4 tahun antara dosis booster (Smith, 2022)
e. *Haemophilus influenzae* tipe b (Hib)
   Penggunaan vaksin Hib digunakan dalam pengendalian pneumonia. Seorang anak membutuhkan 3-4 dosis vaksin Hib. Dosis pertama diberikan saat berusia 2 bulan, dosis kedua diberikan saat berusia 4 bulan, dosis ketiga saat usia 6 bulan, dan dosis terakhir di usia 12-15 bulan. Vaksin Hib tidak direkomendasikan untuk anak yang sehat setelah usia 5 tahun (Smith, 2022).
f. Rotavirus (RV)
   Penggunaan vaksin rotavirus digunakan dalam mengenadalikan penyakit diare dengan meningkatkan pencegahan (promosi pemberian ASI dini dan ekslusif, mencuci tangan, peningkatan pasokan air, dan

sanitasi). Dosis pertama diberikan di usia 2 bulan, dosis kedua di usia 4 bulan, dan dosis ketiga diberikan pada usia 6 bulan (Smith, 2022)

g. Campak (MMR)
Vaksin MMR diberikan secara subkutan mulai umur 9 bulan, dosis kedua umur 15-18 bulan, dosis ketiga usia 5-7 tahun. Bila sampai usia 12 bulan belum diberikan (WHO, 2024)

h. *Human Papilloma Virus* (HPV)
Vaksin HPV mencegah beberapa jenis human papillomavirus, penyakit penyebab kutil pada kanker serviks, kanker penis, dan kanker anus. Virus HPV menyebar melalui kontak intim dari kulit ke kulit atau kontak seksual. Populasi target utama pemberian vaksin HPV adalah anak perempuan berusia 9-14 tahun dengan interval 6-15 bulan. Vaksin HPV secara intramuskular diberikan bagi anak yang belum aktif secara seksual (Smith, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

Rajpal, S., Kumar, A,K., Johri, M., Kim, R., Subramanian. (2021). Patterns in the Prevalence of Unvaccinated Children Across 36 States and Union Territories in India, 1993-2021. India: JAMA Network.

Nandi, A & Shet, A. (2020). Why Vaccines Matter: Understanding the Broader Health, Economic, and Child Development Benefits of Routine Vaccination. Washington DC: Taylor & Francis.

Hahne, S., Bollaerts, K & Farrington, P. (2022). Vaccination Programmes Epidemiology, Monitoring, Evaluation. New York: Taylor & Francis.

Rodrigues, C,M., Plotkin, S. (2020). Impact of Vaccines; Health, Ecconomic and Social Perspectives. United States: Frontiers in Microbiology

Smith, E, R. (2022). Different Types of Vaccine and Its Charateristic. Spain: Journal of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine.

CDC. (2021). HPV (Human Papillomavirus) Vaccine: What You Need to Know.

WHO. (2024). WHO Position Papers – Recommended Routine Immunizations for Children. Our World in Data. (2024). Vaccine.

BIODATA PENULIS

Hana Sri Shevaulia lahir di Jambi, pada 13 Agustus 2002. Sampai saat ini penulis sebagai Mahasiswi Kedokteran di Universitas Swadaya Gunung Jati Cirebon

BAB 15

Kesehatan Gigi Dan Mulut Pada Anak

Jeana Lydia Maramis, SKM., M.Kes

A. Pendahuluan

Kesehatan gigi dan mulut seringkali diabaikan oleh masyarakat lndonesia. Rendahnya kesadaran dalam merawat kesehatan gigi mulut merupakan salah satu penyebab dari penyakit gigi dan mulut pada masyarakat lndonesia. Kementerian Kesehatan mencanangkan lndonesia bebas karies pada tahun 2030. Penetapan tahun 2030 adalah berdasarkan target bayi baru lahir pada tahun 2018 yang diharapkan pada usia 12 tahun sudah tidak mengalami karies. Usia 12 tahun adalah usia pada umumnya gigi permanen sudah tumbuh semua. Kesehatan gigi merupakan aspek penting bagi tubuh. Kesehatan gigi yang bermasalah berdampak pada kesejahteraan, keterampilan, kompetensi dan kondisi anak (Fitriani *et al*, 2023).

Kesehatan gigi dan mulut pada anak merupakan faktor yang harus diperhatikan sedini mungkin karena akan berpengaruh pada usia selanjutnya. Salah satu tindakan dalam pengembangan pelayanan kesehatan gigi dan mulut adalah melalui upaya promosi, pencegahan, dan pelayanan kesehatan di sekolah melalui Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) dari tingkat Taman Kanak-kanak (TK) sampai Sekolah Menengah Atas (SMA). Di Indonesia program UKGS telah dilaksanakan sejak tahun 1951, tetapi dampak program UKGS terhadap status kesehatan gigi siswa sekolah hingga saat ini masih belum memuaskan. Keterbatasan dokter gigi dan perawat gigi di puskesmas yang menjadi permasalahannya. Dari hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) Tahun 2023, menunjukkan sebanyak

56,9% penduduk Indonesia masih mengalami masalah gigi dan mulut dalam 1 tahun terakhir pada usia ≥ 3 (Kemenkes RI, 2023).

B. Kesehatan Gigi dan Mulut Anak

1. Pendidikan Kesehatan Gigi dan Mulut

   Pendidikan kesehatan gigi dan mulut adalah proses belajar mengajar untuk meningkatkan kesadaran dan perilaku masyarakat dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut. Tujuannya agar masyarakat mampu mengatasi masalah kesehatan gigi dan mulut. Anak usia sekolah merupakan masa untuk meletakkan landasan kokoh bagi terwujudnya manusia yang berkualitas, dan kesehatan merupakan faktor penting yang menentukan kualitas sumber daya manusia (Kamelia *et al*, 2024).

   Timbulnya masalah kesehatan gigi pada seseorang diakibatkan kurangnya tingkat pengetahuan. Persepsi orang tua yang diimbangi pengetahuan terkait kesehatan gigi anak berpengaruh pada sikap dan tindakan orang tua dalam pemeliharaan kesehatan gigi. Salah satu pedoman untuk menjaga kesehatan gigi adalah dengan menekankan pentingnya menyikat gigi melalui pengawasan orang tua, mengontrol asupan gula makanan, dan melakukan pemeriksaan kesehatan gigi anak secara rutin. Hal tersebut harus dijadikan pembiasaan pada anak selama di rumah karena anak banyak menghabiskan waktu di rumah dengan orang tua. Sehingga pemeliharaan kesehatan gigi yang merupakan upaya dalam meningkatkan dan menunjang kesehatan seseorang dapat tercapai (Wicaksono *et al*, 2021).

2. Memelihara Kesehatan Gigi dan Mulut

   Kebersihan gigi dan mulut sangatlah penting. Beberapa masalah gigi dan mulut dapat terjadi karena kurangnya menjaga kebersihan gigi dan mulut. Kesadaran menjaga kebersihan gigi dan mulut sangat perlu dan merupakan upaya yang terbaik untuk melakukan pencegahan terjadinya masalah kesehatan gigi dan mulut seseorang.

Cara menyikat gigi merupakan suatu hal yang penting untuk membiasakan anak menggosok gigi sejak usia dini. Orang tua dapat mulai menggosok gigi anaknya begitu gigi anak sudah mulai tumbuh. Gigi seri yang tumbuh pertama kali dapat digosok dengan mudah. Pada awalnya dalam menggosok gigi sebaiknya tanpa pasta/odol karena khawatir akan tertelan. Cara yang baik dalam menggosok gigi anak yaitu dengan memangku anak tersebut menghadap ibunya dengan posisi kepala terletak pada lutut sehingga keadaan anak dapat terlihat. Dengan demikian, anak terbiasa menggosok gigi. Pada saat anak sudah dapat berjalan, orang tua dapat menyikat gigi anak dengan posisi berdiri di belakangnya sambil satu tangan menyangga kepala dan tangan yang lain menggosok giginya. Gerakan menggosok gigi secara horizontal dan pendek-pendek merupakan metode yang mudah dan baik.

Pada umumnya anak dapat menggosok gigi tanpa pengawasan orang tuanya mulai umur 9 tahun, akan tetapi sampai umur 14 tahun sebaiknya orang tua harus memeriksa kegiatan anak waktu gosok gigi dan mengetahui perkembangan cara menggosok gigi anaknya.

Langkah-langkah yang umum dilakukan untuk merawat gigi dan mulut, antara lain:

a. Sikat gigi

   Sikat gigi merupakan salah satu alat yang digunakan secara luas untuk membersihkan gigi. Di pasaran dapat ditemukan beberapa macam sikat gigi baik manual maupun elektrik dengan berbagai ukuran dan bentuk. Bulu sikat terbuat dari berbagai macam bahan, tekstur, panjang dan kepadatan (Ulliana *et al*, 2023).

   Pemilihan sikat gigi yang tepat untuk menyikat gigi merupakan salah satu upaya dalam meningkatkan kesehatan gigi dan mulut. Satu tinjauan sistematis dari *American Dental Association* (ADA) menemukan bahwa sikat gigi dengan bentuk bulu bertingkat atau bulu bersudut memiliki kinerja yang lebih baik dalam

menghilangkan plak daripada sikat gigi dengan bulu sikat yang datar. ADA juga memberikan rekomendasi penggunaan sikat gigi dengan bulu sikat yang lembut untuk meminimalkan risiko abrasi gingiva walaupun sikat gigi dengan bulu sedang (kelembutannya) juga efektif dalam menghilangkan plak dan biofilm. Menurut standar ANSI/ADA, sikat gigi yang aman harus sesuai dengan kriteria berikut:

(1) Semua komponen sikat gigi aman digunakan di mulut,
(2) Ujung bulu sikat tidak tajam atau bergerigi,
(3) Bahan sikat gigi dapat menunjukkan daya tahan dalam penggunaan normal,
(4) Bulu sikat tidak rontok dengan penggunaan normal,
(5) Sikat gigi untuk anakanak dapat digunakan tanpa pengawasan oleh orang dewasa,
(6) Memberikan manfaat penurunan yang signifikan pada penyakit gusi ringan dan plak.

Faktor lain dalam pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut yaitu pemilihan pasta gigi yang tepat juga. Komposisi pasta gigi merupakan hal yang penting untuk dipertimbangkan dalam memilih pasta gigi. Pada umumnya, komposisi pasta gigi terdiri dari bahan abrasif, bahan aktif, bahan perasa dan pewarna, serta bahan-bahan lainnya. Secara garis besar, komposisi pasta gigi terbagi menjadi dua kategori, yaitu bahan aktif yang memiliki efek terapeutik dan bahan inaktif yang merupakan media penghantar bahan aktif. FDI *World Dental Federation* menganjurkan penggunaan pasta gigi dengan konsentrasi fluorida antara 1000–1500 ppm, dengan *bioavailabilitas ion fluorida* minimal 800 ppm. Di Indonesia, semua produk pasta gigi harus memenuhi standar baku mutu yang ditetapkan SNI (Standar Nasional Indonesia). Untuk pasta gigi dewasa, kadar fluor yang disyaratkan yaitu 800–1500 ppm, dan untuk pasta gigi anak, kadar fluor yang disyaratkan yaitu 500–1000 ppm (Febrida *et al*, 2023).

b. Waktu dan Frekuensi Menyikat gigi

Menurut Manson dikutip dalam Idaryati (2023), menyikat gigi sebaiknya dilakukan setelah makan dan sebelum tidur. Waktu tidur produksi air liur berkurang sehingga menimbulkan suasana asam di dalam mulut. Sisa-sisa makanan pada gigi yang tidak dibersihkan dapat menyebabkan mulut semakin asam dan kuman akan tumbuh subur sehingga terjadi lubang pada gigi. Lama menyikat gigi dianjurkan dalam waktu 5 menit, tetapi sesungguhnya ini terlalu lama karena pada umumnya, orang hanya menyikat gigi maksimum 2 menit. Cara menyikat gigi harus sistematis agar tidak ada bagian yang terlewat, dimulai dari posterior ke gigi anterior dan berakhir pada bagian gigi posterior lain.

c. Cara Menyikat Gigi

Sariningsih (2012) mengatakan, menyikat gigi merupakan cara yang umum dianjurkan untuk membersihkan gigi dari kotoran. Berbagai cara dapat dikombinasikan dan disesuaikan dengan kebiasaan dalam menyikat gigi. Ada beberapa langkah menyikat gigi:

1) Menyiapkan sikat gigi dan pasta gigi yang mengandung fluor, pasta gigi yang digunakan sebesar kacang tanah,
2) Kumur-kumur.
3) Menyikat gigi mulai dari bagian depan rahang atas dan bawah dengan gerakan naik turun dengan posisi tertutup, sebanyak delapan kali gerakan.
4) Sikat permukaan gigi yang menghadap pada pipi dengan gerakan sedikit memutar.
5) Sikat dataran pengunyahan (oklusal) gigi atas dan bawah dengan gerakan maju mundur.
6) Sikat permukaan gigi depan yang menghadap lidah dengan gerakan mencungkil (dari arah gusi ke arah tumbuh gigi).

7) Sikat permukaan gigi belakang yang menghadap lidah juga dengan gerakan mencungkil (dari gusi ke arah tumbuh gigi).
8) Setelah semua bagian disikat, kumur satu kali saja kemudian sikat gigi dibersihkan lalu disimpan.

d. Mengatur Pola Makan

Tindakan untuk mencegah atau setidak-tidaknya mengontrol pembentukan plak, yaitu dengan membatasi makanan yang mengandung karbohidrat terutama sukrosa. Makanan yang lunak dan mudah menempel pada gigi sebaiknya sedapat mungkin dihindari.

e. Penggunaan Benang Gigi

Benang gigi atau *dental floss* yang digunakan kurang lebih sepanjang 30 cm, kemudian ujungnya dilingkarkan kepada kedua jari tengah atau hanya satu ujungnya dilingkarkan, sedangkan ujung satunya dipegang kuat. Jarak antara kedua jari tersebut kurang lebih 7,5 cm dengan telunjuk floss ditempatkan pada saku gusi di distal molar terakhir rahang bawah. Jari telunjuk diletakkan dekat pada gigi supaya dapat mengontrol gerakan yang dilakukan. Kemudian permukaan gigi tersebut digosok dengan gerakan gergaji turun naik sebanyak enam atau tujuh kali. *Floss* harus mencapai *gingival attachment* tanpa melukai jaringan lunak tersebut.

f. Penggunaan Tusuk Gigi

Tusuk gigi harus digunakan dengan sudut yang tepat sesuai dengan kontur yang normal dari papilla interdental. Tusuk gigi harus digerakkan ke dalam dan keluar dengan menggosokkan permukaan interproksimal dari gigi, setiap kali dilakukan 8-12 gerakan. Dengan cara ini, gusi mendapat tekanan dan pemijatan ringan, dan sisi interproksimal gigi menjadi bersih. Seringkali tusuk gigi digunakan secara horizontal sehingga mengakibatkan atrofi papila dan membesarkan ruangan interdental sehingga makanan lebih mudah lagi tertimbun di tempat yang lain.

g. Cara Menggunakan Bahan Kumur

Air yang digunakan untuk berkumur-kumur dilakukan secara kuat dan mengisap-isap cairan tersebut di antara gigi, di sekeliling mulut dengan Gerakan otot-otot bibir, lidah dan pipi pada waktu gigi dalam keadaan tertutup, selama waktu yang cukup lama, minimal 30 detik, dengan demikian, debris yang lepas dapat dibersihkan dengan baik, setelah penyikatan dilakukan (Putri *et al*, 2018).

3. Mengenal Kebiasaan Baik dan Buruk
   a. Kebiasaan Baik:
      1). Menggosok gigi 2 kali sehari, yaitu pagi sesudah sarapan dan malam sebelum tidur.
      2). Membersihkan gigi dengan benang gigi (*flossing*)
      3). Menggosok gigi dengan pasta gigi yang mengandung fluor/ fluoride
      4). Makan makanan yang berserat dan bergizi
   b. Kebiasaan-kebiasaan buruk
      1). Menghisap jari. Kebiasaan menghisap jari mengakibatkan gigi depan atas mendongos /tonggos
      2). Meletakkan benda-benda dalam mulut (penghapus, pensil, pulpen, paper klip, peniti, jepitan, uang koin)
      3). Menggigit kuku, menggigit pensil. Dapat menyebabkan gigi berubah posisi/tidak beraturan terutama pada tahap gigi tumbuh
      4). Menggigit benang, membuka botol dengan gigi Dapat menyebabkan gigi patah
      5). Memakai *piercing*/menindik pada bibir dan lidah. *Piercing* di dalam mulut dapat menyebabkan komplikasi antara lain: pembengkakan, perdarahan, gigi patah, tambalan gigi rusak, kelainan bicara bahkan tetanus, hepatitis, HIV dan penyakit lainnya bila jarum yang digunakan terkontaminasi. Kalau gigi bisa disikat sementara sisa makanan yang menempel pada *piercing* sulit dibersihkan, akhirnya *piercing* menjadi sarang bakteri yang menyebabkan infeksi. Akibat

piercing bibir menjadi bengkak dan nanah keluar dari daerah sekitar *piercing*.

6). Merokok, minum minuman keras, narkoba. Merokok dapat menyebabkan pewarnaan/stain pada gigi, nafas bau, gigi berlubang, penyakit gusi, kehilangan indera perasa, tanggalnya gigi dan kanker mulut.

7). Minuman Keras

8). Narkoba (Kementerian Kesehatan RI, 2012).

DAFTAR PUSTAKA

Fitriani, I. D., Hikmawati, I., Sodikin., & Azizah, U. (2023). Pentingnya Menjaga Kesehatan Gigi Anak Melalui Pengetahuan dan Perilaku Orang Tua Dalam Pemeliharaan Kesehatan Gigi. Fakultas Kesehatan Masyarakat: Universitas Muhammadiyah Semarang, 1(2023), 1-10. https://jurnalnew.unimus.ac.id

Kementerian Kesehatan Indonesia. (2023). Laporan Kesehatan Indonesia (SKI) 2023. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Kementerian Kesehatan Indonesia. https://layanandata.kemkes.go.id

Kamelia, E., Nugroho, C., & Taftazani, R. Z. (2024). Peningkatan Kesehatan Gigi dan Mulut Anak-anak Melalui Pemberdayaan Guru di SDN 3 Sumelap Kota Tasikmalaya. Abdimas Galuh-Jurnal Unigal, 6(1), 200-209. https://jurnal.unigal.ac.id

Wicaksono, A. I., Mahirawatie, I. C., & Hidayati, S. (2021). Systematic Literatur Review: Faktor Orang Tua Tentang Kejadian Karies pada Anak Pra-Sekolah. Jurnal Ilmiah Keperawatan Gigi (JIKG). 3(2), 579-592. DOI: https://doi.org/10.37160/jikg.v2i3.775

Ulliana., Fathiah., Haryani, N., Afdilla, N., Halimah., Femala, D., Zainal, N. A. P., Erfiani, M., Welliam, D., & Nuraisya. (2023). Kesehatan Gigi Dan Mulut. CV. Eureka Media Aksara

Febrida, R., Faisal, F., & Mardhian, D. F. (2023). Pengetahuan Penggunaan Sikat Gigi Dan Pasta Gigi Dalam Rangka Menjaga Kesehatan Gigi Dan Mulut Pada Masyarakat Di Desa Bojong. Dharma Saintika; Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat, 1(2), 1-9. Website: https://jurnal.unpad.ac.id/dh-saintika

Idaryati, N.P. (2023). Training Of Trainer Sebagai Upaya Meningkatkan Pengetahuan Guru Dalam Optimalisai Kesehatan Gigi Dan Mulut Siswa. Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Mahasaraswati: Denpasar.

https://eprints.unmas.ac.id/id/eprint/4197/1/MAKALAH.pdf

Sariningsih, E. (2012). Merawat Gigi Anak Sejak Usia Dini. PT. Elex Media Komputndo: Jakarta

Putri, M. H., Herijulianti, E., & Nurjannah, N. (2018). Ilmu Pencegahan Penyakit Jaringan Keras Dan Jaringan Pendukung Gigi. ECG: Jakarta

Kementerian Kesehatan RI. (2012). Buku Panduan Pelatihan Kader Kesehatan Gigi Dan Mulut Di Masyarakat. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan: Jakarta

BIODATA PENULIS

Jeana Lydia Maramis, SKM., M.Kes, lahir di Langowan, pada tanggal 16 Juli 1969. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi dan S2 di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado. Sampai saat ini penulis bekerja sebagai Dosen di Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Manado.

BAB 16

Paparan Lingkungan dan Kesehatan Anak

Anneke A. Tahulending, S.Pd, M.Kes

A. Pendahuluan

Banyak tantangan yang dapat memengaruhi kesehatan anak, seperti akses ke pelayanan kesehatan, kesenjangan kesehatan, faktor sosial, kognitif, dan emosional baik dalam keluarga maupun masyarakat, serta lingkungan, khususnya kemiskinan. Pengalaman dini dan tekanan lingkungan berinteraksi dengan faktor genetik anak, pada akhirnya menyebabkan penyakit pada masa dewasa.

Proses pertumbuhan dan perkembangan saling berhubungan satu dengan lainnya. Namun, untuk memudahkan, istilah pertumbuhan dipakai untuk menunjukkan bertambahnya ukuran sedangkan istilah perkembangan digunakan untuk menunjukkan bertambahnya fungsi tubuh dan pikiran.

Dengan mengenali pola pertumbuhan dan perkembangan yang normal, klinisi dapat mengenali dan menatalaksana variasi abnormal pertumbuhan dan perkembangan. Faktor genetik bersama dengan lingkungan fisik, emosional, dan sosial menentukan bagaimana seorang anak akan tumbuh dan berkembang selama periode anak. Penilaian lingkungan tempat anak hidup, bekerja, belajar, dan tumbuh sangat penting untuk memahami perkembangan anak. Kunjungan rumah oleh pekerja sosial, perawat, dan/atau spesialis dapat memberikan informasi tentang lingkungan sosial sang anak (Marcdante, Kliegman R., Dkk 2021).

Kesehatan lingkungan menurut WHO (*Word Health orgnization*), adalah suatu keseimbangan ekologi yang harus ada antara manusia dan lingkungan agar dapat menjamin keadaan sehat dari manusia. Ruang lingkup dari kesehatan lingkungan meliputi : penyedian air minum, pengelolan air buangan dan pengendalian vektor, pencegahan/pengendalian pencemaran tanah oleh ekskesta manusia , hygiene makanan, termasuk hygiene susu, pengendalian pencemaran udara, pengendalian radiasi, kesehatan kerja, oengendalian kebisingingan, perumahan dan pemukiman, aspek kesehatan lingkungan, dan transportasi udara, perencanaan daerah perkotaan, pencegahan kecelakaan, reaksi umum, dan pariwisata, tindakan – tindakan sanitasi yang berhubungan dengan keadaan pandemi/wabah, bencana alam dan perpindahan penduduk, tindakan pencegahaqn yang dibutuhkan/diperlukan untuk manajemen lingkungan (Notoadmodjo 2010), Kesehatan lingkungan bagian dari dasar – dasar kesehatan masyarakat moderen yang meliputi terhadap semua aspek manusia dalam hubungannya dengan lingkungan, dengan tujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan nilai - nilai kesehatan manusia pada tingkat setinggi – tingginya, dengan jalan memodifisir tidak hanya faktor sosial dan lingkungan fisik semata – mata, tetapi juga terhadap ketenangan,kesehatan dan keselamatan organieme umat manusia (Mulia Ricky.M,2005). Menurut himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan (HAKLI), Kesehatan Lingkungan adalah suatu kondisi lingkungan yang mampu menopang keseimbanganekologi yang dinamis antara manusia dan lingkungannya untuk mendukung tercapainya kualitas hidup manusia yang sehat dan bahagia (Zaman M Kamali & Muhamdiah), 2021, Kesehatan Lingkungan Prespektif kesehatan Masyarakat.

B. Paparan Lingkungan Dan Kesehatan Anak

1. Lingkungan sering kali mengisahkan dampak yang ditimbulkan karena perilaku manusia terhadap lingkungan., oleh sebab itu manusia sedari dulu sejak hidup dibumi mereka beradtasi dengan persoalan – persoalan

kesehatan maupun lingkungan. Manusia akan mencari bagaimana bisa tahan hidup dan menghindari kematian, misalnya akibat kelaparan, bahaya ataupun ancaman dari faktor – faktor lain yang ada di sekitarnya. Zaman dahulu, 400 tahun SM adanya kaitan lingkungan dan penyakit manusia dengan adanya dugaan – dugaan maupun anggapan yang berusaha menghubungkan antara masalah kesehatan dengan lingkungan. Pada awal proses adaptasi terhadap lingkungan tersebut dibsrengi dengsn keterbatasan ilmu pengetahuan manusia pada saat itu menyebabkan manusia sering berspekulasi bahwa timbulnya masalah kesehatan sering dikaitkan dengan sesuatu yang bersifat "mistik/gaib" bahwa penyakit – penyakit yang ada dianggap suatu kutukan atau amarah sang dewa.Adanya teori – teori yang ada dimasyarakat serta bukti – bukti peninggalan pada waktu itu membuka cakrawala berpikir para ilmuwan untuk mencari tahu sebab akibat dari masalah yang timbul sehingga dimana masa itu beberapa ilmuwan juga mencari tahu penyakit – penyakit yang berbasing lingkungan antara lain : Penyakit tuberculosis, Penyakit bsbestosis, Penyakit diare, demam berdarah dengue, malaria, leptospirosis, peculosis, demam tifoid, kebisingan, askariasis,dan enterobiasis.

2. lingkungan dan kesehatan anak

Kesehatan merupakan kebutuhan semua manusia. Pemenuhan kebutuhan kesehatan dapat dipengaruhi oleh faktor pejamu (host), agens (agen penyakit) dan environment (lingkungan). Keseimbangan ketiga faktor tersebut dapat berubah sesuai dengan keadaan masing-masing faktor. Salah satu faktor yang perlu diwaspadai adalah faktor lingkungan. Keadaan lingkungan yang tidak sehat dapat mempengaruhi faktor lainnya. Faktor-faktor dasar yang mempengaruhi dan penentu kesehatan meliputi faktor biologik, pemeliharaan kesehatan (*medical care*) dan kesejahteraan keluarga, pola dan cara hidup (*life style*),

keadaan sosial ekonomi dan faktor lingkungan (Retno 2019).

Kesehatan lingkungan adalah suatu ilmu dan seni dalam mencapai keseimbangan antara lingkungan dan manusia, ilmu dan juga seni dalam pengelolaan lingkungan sehingga dapat tercapai kondisi yang bersih, sehat, nyaman dan aman serta terhindar dari gangguan berbagai macam penyakit. Ilmu Kesehatan Lingkungan mempelajari dinamika hubungan interaktif antara kelompok penduduk dengan berbagai macam perubahan komponen lingkungan hidup yang menimbulkan ancaman/berpotensi mengganggu kesehatan masyarakat umum (Minarti, 2024).

C. Paradigma keperawatan anak ini terdiri dari anak, sehat sakit, lingkungan, dan keperawatan, dengan penjelasan sebagai berikut:

1. Manusia (Anak): Anak adalah individu yang berumur 0-19 tahun (*World Health Organization*). Anak adalah individu yang unik dan bukan merupakan orang dewasa yang mini. Anak berhak mendapatkan pelayanan kesehatan secara individual serta masih bergantung kepada orang lain. Artinya supaya tumbuh kembang anak optimal anak membutuhkan lingkungan yang dapat menunjang dirinya untuk memenuhi kebutuhan dasarnya dan belajar mandiri Fase-fase perkembangan pada anak menjadi 5 tahap yaitu:
   a. Masa bayi (0-1 tahun)
   b. Masa bayi (0-1 tahun)
   c. Masa Prasekolah (3-6 tahun)
   d. Masa Sekolah (6-12 tahun)
   e. Masa Remaja (12-18 tahun)
2. Sehat Sakit: Menurut WHO, sehat adalah keadaan keseimbangan yang sempurna baik fisik, mental, sosial, dan tidak semata-mata hanya bebas dari penyakit atau cacat. Konsep sehat dan sakit merupakan suatu spektrum yang lebar dan setiap waktu kesehatan seseorang bergeser dalam spektrum sesuai dengan hasil interaksi yang terjadi dengan kekuatan yang mengganggunya Rentang sehat sakit dalam

paradigma keperawatan anak ialah batasan yang dapat membantu pelayanan keperawatan pada anak dengan status kesehatan yang meliputi sejahtera, sehat optimal, sehat, sakit, sakit kronis, dan meningga.

3. Lingkungan: Lingkungan berpengaruh terhadap terjadinya suatu kondisi sehat maupun sakit serta status kesehatan. Faktor-faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan berupa lingkungan Internal dan lingkungan external. Lingkungan internal yang mempengaruhi kesehatan seperti tahap perkembangan, latar belakang intelektual, persepsi terhadap fungsi fisik, faktor emosional dan spiritual. Sedangkan lingkungan external yang mempengaruhi status kesehatan antara lain keluarga, sosial ekonomi, budaya. Dalam paradigma keperawatan anak lingkungan yang dimaksud ialah lingkungan eksternal dan internal yang berperan dalam perubahan status kesehatan anak. Lingkungan eksternal diantaranya seperti gizi buruk, peran orang tua, saudara, teman sebaya, dan masyarakat akan mempengaruhi status kesehatan anak. Sedangkan lingkungan internal seperti saat anak lahir dengan kelainan bawaan maka di kemudian hari terdapat perubahan status kesehatan mental yang cenderung sakit (Mahihody, Rahayu, Dkk 2024).
4. Dampak Pencemaran Lingkungan terhadap Kesehatan

   Dampak pencemaran lingkungan terhadap kesehatan manusia sangat signifikan dan beragam. Pencemaran lingkungan dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Berikut adalah beberapa dampak pencemaran lingkungan terhadap kesehatan manusia:

   a. Masalah Pernapasan: Pencemaran udara, khususnya partikel PM2.5 dan ozon, dapat menyebabkan masalah pernapasan seperti asma, bronkitis, dan penyakit paru obstruktif kronis (PPOK). Pencemaran udara juga dapat memperburuk kondisi pernapasan bagi penderita penyakit paru kronis dan jantung.

b. Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah: Pencemaran udara dan air, terutama dari polutan seperti nitrogen dioksida (NO2) dan sulfur dioksida (SO2), dapat meningkatkan risiko penyakit jantung dan gangguan pembuluh darah.
c. Masalah Kulit: Beberapa bahan kimia berbahaya dalam pencemaran lingkungan dapat menyebabkan iritasi kulit, dermatitis, atau reaksi alergi.
d. Dampak pada Kesehatan Anak-anak dan Ibu Hamil: Anak-anak dan ibu hamil adalah kelompok rentan terhadap dampak pencemaran lingkungan. Paparan zat-zat berbahaya selama masa perkembangan dapat menyebabkan kelainan perkembangan, masalah kognitif, dan gangguan sistem saraf pada anak-anak.
e. Kematian Prematur: Pencemaran lingkungan telah menjadi penyebab kematian prematur bagi jutaan orang di seluruh dunia setiap tahunnya
f. Dampak pencemaran lingkungan terhadap kesehatan tidak hanya memengaruhi individu, tetapi juga dapat berdampak negatif pada sistem kesehatan masyarakat secara keseluruhan (Wicaksono, Agatha Putri, Dkk 2023).

5. Kebersihan Lingkungan Sebagai Penunjang Kesehatan Anak

Anak yang dirawat di tengah kondisi lingkungan yang higienis (bersih), tentu berpotensi jauh lebih sehat, dibandingkan dengan anak yang tinggal pada lingkungan yang kotor. Kemudian, anak yang senantiasa sehat, waktu dan energinya lebih banyak digunakan untuk tumbuh kembangnya. Secara umum, terdapat dua aspek kebersih-an lingkungan bagi anak. Pertama, lingkungan di dalam rumah. Kedua, lingkungan di luar rumah. Keduany saling menunjang dan sangat menentukan terhadap kualitas kesehatan anak. Untuk lingkungan di dalam rumah, orang tua perlu melakukan hal-hal sebagai beriku

a. Pastikan ventilasi rumah Anda mampu menjamin sirkulasi udara berjalan baik. Selain itu, mampu memberi pencahayaan matahari yang berguna untuk kesehatan anak.
b. Pelihara dan rawatlah tanaman di pekarangan rumah. Hal ini untuk menjamin pasokan oksigen di sekitar rumah. Hindari memelihara tanaman air. Sebab, dikawatirkan pot berisi tanaman air menjadi tempat berkembangnya nyamuk penyebab penyakit.
c. Tidak merokok di hadapan anak. Jika Anda perokok berat, kehadiran anak sebaiknya dijadikan mementum paling tepat untuk berhenti merokok. Kesehaan Anda jauh lebih baik, begitu pula dengan anak Anda.
d. Ajari anak sedini mungkin untuk mencuci tangan dan mencuci kaki sehingga terhindar dari kuman yang merugikan.
e. Cucilah segala perlengkapan makan anak hingga bersih, seperti botol minuman, tempat makan, dan sendok.
f. Cucilah setiap pakaian kotor anak hingga bersih. Lalu, setrikalah semua pakaian anak, baik baju, popok, celana, kaus kaki, sarung tangan, celemek, dan sebagainya. Hal ini menyebabkan kuman-kuman yang menempel dapat dihilangkan.
g. Menyapu dan mengepel lantai secara rutin. Misalnya, dua kali sehari, pada pagi dan sore hari. Ketika lantai bersih, Anda dan anak pun dapat bermain lebih nyaman.
h. Bersihkanlah debu-debu yang menempel pada perabot rumah secara rutin. Hal ini untuk menghindari kemungkinan anak menghirup debu-debu yang dapat mengganggu kesehatannya.
i. Segera bersihkan dan angkat sampah yang menumpuk di rumah agar tidak menjadi sarang lalat, tikus, dan kecoa. Seperti diketahui, lalat dapat menjadi sumber penyakit diare dan tifus. Sementara, tikus bisa menjadi

sumber penyakit pes dan leptospirosis (penyakit manusia dan hewan dari kuman dan disebabkan kuman Leptospira. Gejala dini Lep- tospirosis umumnya adalah demam, sakit kepala parah, nyeri otot, muntah, dan mata merah).

j. Kuras bak mandi secara rutin. Sebaiknya, lakukan 3 hari sekali. Jangan lupa menimbun barang- barang bekas, seperti kaleng, ember bekas, dan sebagainya. Barang-barang bekas yang tidak ditimbun di halaman, akan menjadi tempat penampungan air yang disukai nyamuk untuk berkembang biak (Eveline & Djamaludin 2020).

DAFTAR PUSTAKA

Dr. Minarti, S. M. K. (2024). *Buku Ajar Kesehatan Lingkungan*. Bening Media Publishing.

Eveline, IBCLC, & N. D. (2020). *Panduan Pintar Merawat Bayi & Balita*. Penerbit Agromedia Pustaka.

Mahihody, A.J., Shanti, Y., Rahayu, D. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Anak*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.

Marcdante, K.J. Kliegman, R. Jenson, B. (2021). *Nelson Ilmu Kesehatan Anak Esensial*. Elsevier Health Sciences.

Retno Ardanari Agustin. (2019). *Perilaku Kesehatan Anak Sekolah Perilaku Kesehatan, Prevalensi Penyakit dan Upaya Peningkatan Status Kesehatan Anak Sekolah*. Pustaka Abadi.

Wicaksono, Agatha Putri, & Sulistiono, D. (2023). *Manajemen Kesehatan Lingkungan*. Cendikia Mulia Mandiri.

M. Kamali Zaman, S.KM., M.KL. Muhamadiah, S.KM., M.Kes (2021). Kesehatan Lingkungan Prespektif Kesehatan Masyarakat. CV. Global Aksara Pres

Lisa Djafar, S.KM., MKes & Nopratilova, B.Pharm., M.Clin.Pharm Penyakit Berbasis Lingkungan. CV. Eureka Media Aksara,(2023)

BIODATA PENULIS

Anneke A Tahulending SPd,M.Kes

Lahir di Manado, 2 April 1968 . Penulis menempuh Pendidikan Keperawatan Gigi mulai dari SPRG Dep.Kes Manado lulus tahun 1987, kemudian, Diploma III Pendidikan Bandung lulus tahun 1996, dan selanjutnya diploma III Keperawatan Gigi di Politeknik Kesehatan Kemenkes Jojakarta lulus pada tahun 1998. Selanjutnya penulis menyelesaikan pendidikan dari Program Studi Sarjana Pendidikan di Universitas Negeri Manado pada Fakultasi Pendidikan Matematika dan Ilmu Alam (FPMIPA) Pemintan Kurikulum dan Teknologi Pendidikan Universitas Negeri Manado lulus tahun 2003 dan selanjutnya melanjutkan ke Program Pasca Sarjana di Program Studi Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan lulus tahun 2010. Sejak tahun 2005 – sampai sekarang sebagai dosen tetap pada Program Studi Diploma III Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Manado.

BAB 17

Peran Orang Tua dan Keluarga dalam Meningkatkan Kesehatan Anak

Youla Karamoy, S.Kp.G.,M.Kes

A. Pendahuluan

Unit sosial terkecil dalam lingkup masyarakat adalah keluarga, tetapi mempunyai pengaruh yang besar bagi bangsa dan negara. Keluarga merupakan lembaga sosial yang paling dasar dalam hal mencetak kualitas manusia. Keluarga dapat didefinisikan sebagai sekelompok orang yang hidup bersama atau berhubungan erat, yang saling memberikan perhatian dan memberikan bimbingan untuk keluarga mereka. Apapun bentuk keluarga, sangat perlu bagi anak-anak untuk merasakan bahwa keluarga mereka bisa diterima dan bernilai (Nuroniyah, 2023).

Peran dan fungsi orang tua adalah memastikan bahwa anaknya sehat dan aman, memberikan sarana dan prasarana untuk mengembangkan kemampuan sebagai bekal di kehidupan sosial, serta sebagai media dalam menanamkan nilai sosial dan budaya sedini mungkin. Orang tua memberikan kasih sayang, penerimaan, penghargaan, pengakuan, dan arahan kepada anaknya. Hubungan antara orangtua dan anak sangat penting untuk membangun kepercayaan terhadap orang lain dan diri sendiri. Selain itu juga dapat membantu perkembangan sosial, emosional, dan kognitif serta kesehatan pada anak. (Awaru, 2021)).

B. Peran Orang Tua dan Keluarga dalam Meningkatkan Kesehatan Anak

1. Peran Orang Tua dalam Keluarga

   Keluarga merupakan lingkungan utama bagi setiap individu. Sejak lahir anak tumbuh dan berkembang dalam lingkungan keluarga. Hal ini menyebabkan keluarga memegang peranan penting dan utama dalam proses tumbuh kembang anak, baik secara langsung maupun tidak langsung. Seorang anak yang tumbuh dan berkembang dengan baik diharapkan menjadi orang dewasa yang sehat secara mental, sosial, dan biologis. Berhasil atau tidaknya seorang anak tentu ada peran orang tua yang mendidik dan membesarkan dari kecil hingga dewasa.

   Penelitian menyebutkan bahwa hubungan antara orangtua dan anak yang hangat, terbuka, dan komunikatif akan meningkatkan rasa percaya diri dan juga performa anak di sekolah maupun di lingkungan masyarakat. Selain itu anak akan lebih terhindar dari hal-hal negatif seperti, depresi dan penggunaan narkoba. Budaya, kepercayaan, tradisi, dan nilai yang dianut dalam suatu keluarga juga mempengaruhi tumbuh kembang anak. (Hockenberry, et al., 2017).

   Peran orang tua dalam keluarga terdiri dari :

   a. *Peran sebagai Pengasuh.*

      Keluarga bertanggung jawab untuk membesarkan anak, memberikan kasih sayang, dan memenuhi kebutuhan fisik serta emosional mereka. Tugas ini merupakan tugas pertama dimana orang tua harus memberi makanan, tempat perlindungan dan pakaian kepada anak-anaknya. Anak-anak sepenuhnya tergantung kepada orang tuanya karena anak belum mampu mencukupi kebutuhannya sendiri.

   b. *Peran sebagai Pendidik.*

      Keluarga merupakan tempat pertama bagi anak untuk belajar nilai-nilai, norma, dan keterampilan sosial. Orang tua berperan sebagai pendidik utama dalam tahap awal perkembangan anak. Orang tua perlu

menanamkan pada anak tentang pentingnya pendidikan dan pengetahuan yang mereka peroleh baik di rumah dan di sekolah.

c. *Peran sebagai Panutan.*
   Orang tua perlu memberikan contoh dan teladan bagi anak-anaknya, baik dalam perkataan dan perilaku dalam kehidupan sehari-hari.
d. *Peran sebagai Teman.*
   Orang tua lebih sabar dan memahami perubahan pada anak-anaknya. Orang tua dapat menjadi penyampai pesan, teman bicara atau teman bertukar pendapat tentang kesulitan atau masalah anak, sehingga anak dapat merasa nyaman dan terlindungi.
e. *Peran sebagai Pengawas.*
   Tugas orang tua adalah mengawasi sikap dan perilaku anaknya, agar tidak menyimpang dari jati dirinya, terutama dampak lingkungan keluarga, sekolah dan Masyarakat.
f. *Peran sebagai Konselor.*
   Orang tua dapat memberikan gambaran dan pertimbangan nilai positif dan negatif sehingga anak mampu mengambil keputusan yang terbaik.
g. *Dukungan Emosional.*
   Keluarga menyediakan jaringan dukungan yang penting saat anggota mengalami kesulitan, seperti stres atau krisis.
h. *Sosialisasi.*
   Keluarga membantu individu belajar berinteraksi dengan orang lain dan menyesuaikan diri dengan norma-norma sosial (Awaru, 2021).

Peranan orang tua di dalam keluarga sangat berpengaruh besar terutama terhadap perkembangan mental anak. Selain itu orangtua dalam keluarga juga dapat berperan memberikan pendidikan sejak dini, sebab keluarga dianggap sebagai tempat yang sempurna sifat dan wujudnya dalam pembentukan pribadi yang utuh

dan orang tua sebagai penuntun, pengajar, dan pemberi contoh (Khaerudin dan Rahman, 2024).

2. Peran Orang Tua dalam Menjaga dan Meningkatkan Kesehatan Anak

   Peran orang tua dan keluarga sangat vital dalam meningkatkan kesehatan anak. Keluarga adalah lingkungan pertama yang mempengaruhi perkembangan fisik, mental, dan sosial anak. Orang tua berfungsi sebagai teladan dan sumber informasi, memberikan pengawasan, dukungan, serta motivasi yang diperlukan untuk membentuk kebiasaan sehat. Kesehatan anak tidak hanya dipengaruhi oleh faktor genetik, tetapi juga oleh pola makan, aktivitas fisik, serta kebiasaan hidup sehari-hari yang ditanamkan dalam keluarga. Dengan menciptakan lingkungan yang mendukung dan positif, orang tua dan keluarga dapat membantu anak tumbuh menjadi individu yang sehat dan produktif.

   Orang tua memiliki peran penting dalam menjaga kesehatan anak, baik secara fisik maupun mental. Peran ini tidak hanya mempengaruhi kualitas hidup anak saat ini, tetapi juga membentuk pola hidup dan kesehatan mereka di masa depan..

   Berikut adalah beberapa aspek dan strategi yang dapat diterapkan:

   a. *Pendidikan Kesehatan.*

      Orang tua perlu memberikan informasi tentang pentingnya pola makan sehat, aktivitas fisik, dan kebersihan. Pola makan yang baik dan sehat sangat penting bagi pertumbuhan dan perkembangan anak. Orang tua harus memberikan makanan bergizi, seperti sayuran, buah-buahan, biji-bijian, dan protein, untuk memastikan anak-anak mendapatkan semua nutrisi yang dibutuhkan tubuh mereka.

      Selain itu orang tua juga harus mengajarkan anak-anak tentang pentingnya makanan sehat dan batasan-batasan tentang makanan yang tidak sehat. Contoh makanan tidak sehat misalnya makanan olahan cepat saji dan makanan manis. Orang tua membantu membentuk kebiasaan makan yang baik sejak dini (UNICEF, 2019).

Gambar 1. Menu "isi piringku"

b. *Menciptakan Lingkungan Sehat di Rumah dan Memberikan Contoh Perilaku Sehat.*
Rumah adalah tempat dimana anak-anak menghabiskan sebagian besar waktunya. Oleh karena itu, keluarga harus menciptakan lingkungan di dalam rumah yang mendukung kesehatan mereka. Misalnya dengan menyediakan makanan sehat di rumah, menghindari rokok, dan membatasi akses ke makanan tidak sehat. Orang tua bertanggung jawab untuk menciptakan lingkungan yang nyaman, bersih, bebas dari bahaya, dan terhindar dari paparan zat berbahaya. Orang tua juga perlu memperhatikan waktu tidur yang teratur bagi anak-anaknya. Meskipun anak memiliki aktivitas yang baik, waktu istirahat tetap harus mendapat porsi yang cukup. Orang tua perlu mengajari anak mengatur waktu sebaik mungkin. Selain itu kebiasaan berolahraga juga tidak kalah penting. Siapkan waktu $\pm$ 30 menit dalam sehari untuk berolahraga. Keluarga yang menerapkan gaya hidup sehat cenderung akan diikuti sebagai contoh bagi semua anggota keluarganya.

c. *Dukungan Emosional.*
Lingkungan keluarga yang positif membantu anak merasa lebih baik secara emosional, yang berdampak pada kesehatan fisik. Keluarga harus menciptakan suasana yang mendukung dan komunikatif. Beberapa cara untuk memberikan dukungan emosional kepada anak, antara lain: memvalidasi perasaan anak, mendukung anak saat mengekspresikan emosi, mengajarkan empati, menjadi contoh yang baik,

apresiasi perilaku baik, ajak anak bermain di luar rumah, dan ajak anak untuk berbagi.

Gambar 2. Dukungan emosional keluarga

d. *Pemeriksaan Kesehatan Rutin.*
   Orang tua harus memastikan anak menjalani pemeriksaan kesehatan secara rutin untuk deteksi dini penyakit dan pemantauan tumbuh kembang anak. Cek kesehatan merupakan pemeriksaan yang difokuskan pada upaya pencegahan primer dan sekunder, yaitu mendeteksi berbagai factor kesehatan secara menyeluruh yang dapat menimbulkan penyakit tertentu dikemudian hari.
e. *Aktivitas Fisik Bersama.*
   Mengajak anak untuk berpartisipasi dalam kegiatan fisik seperti bersepeda, berjalan, atau olahraga bersama dapat meningkatkan kesehatan dan ikatan keluarga. Gaya hidup yang aktif adalah kunci untuk menjaga kesehatan fisik anak. Orang tua perlu mendorong anak-anak untuk berpartisipasi dalam aktivitas fisik dan olahraga secara teratur. Menyarankan mengikuti kegiatan ekstrakurikuler bela diri, atletik dan lainnya. Ini tidak hanya membantu menjaga berat badan yang sehat, tetapi juga meningkatkan kekuatan otot, koordinasi, dan kesehatan jantung. Olahraga juga membantu mengurangi risiko obesitas dan penyakit terkait lainnya (Riyadi, 2019).

Gambar 3. Olahraga bersama

3. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Rumah

PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) di rumah mencakup berbagai praktik yang mendukung kesehatan dan kebersihan. Berikut adalah beberapa aspek PHBS di rumah :

a. Mencuci Tangan dengan Sabun : Mencuci tangan secara teratur dapat mencegah penyebaran penyakit. Pastikan mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, serta setelah menggunakan toilet.
b. Mengonsumsi Makanan Sehat : Mengutamakan konsumsi sayur, buah, dan menghindari makanan olahan untuk mendukung kesehatan.
c. Menjaga Kebersihan Lingkungan : Rutin membersihkan rumah dan lingkungan sekitar untuk mencegah penyakit.
d. Aktivitas Fisik : Melakukan olahraga secara teratur untuk menjaga kesehatan tubuh.
e. Menghindari Merokok dan Alkohol : Membiasakan diri untuk tidak merokok dan menghindari konsumsi alkohol berlebihan.
f. Imunisasi : Memastikan semua anggota keluarga mendapatkan imunisasi yang dianjurkan untuk mencegah penyakit menular.

Implementasi PHBS di rumah sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup dan kesehatan keluarga termasuk anak-anak. Dengan melibatkan diri dalam berbagai aspek ini, orang tua dan keluarga dapat berkontribusi secara signifikan terhadap kesehatan anak-anak mereka (Proverawati dan Rahmawati, 2012).

DAFTAR PUSTAKA

Awaru, A.O.T. (2021). *Sosiologi Keluarga*. Bandung; Media Sains Indonesia.

Hockenberry, M.J., Wilson, D., Rodgers, C.C. (2017). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. 11 th edition. Elsevier

Khaerudin., Rahman, A. (2024). *Peran Orang Tua Dalam Mendidik Anak Sejak Dini*. Depok; Komojoyo Press

Nuroniyah, W. (2023). *Psikologi Keluarga*. Jakarta; Zenius Publisher

Riyadi, A., (2019). *Langkah-langkah Menjaga Kesehatan Anak*. Semarang; Alprin.

Proverawati, A., Rahmawati E., (2012). *PHBS Perilaku Hidup Bersih & Sehat*. Yogyakarta; Nuha Medika

UNICEF. (2019). *The State of the World's Children 2019. Children, Food and Nutrition: Growing well in a changing world.*

WHO World Health Organization. (2020). *Healthy Diet*.

Wong, D.L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M.L., Schwartz,P. (2009). *Wong Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Edisi 6. Jakarta; EGC

BIODATA PENULIS

Youla Karamoy, S.Kp.G., M.Kes, lahir di Tumbohon Kab. Minahasa Utara, pada 19 Juli 1980. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Kedokteran Gigi Program Studi Ilmu Keperawatan Gigi Universitas Gadjah Mada dan S2 di Fakultas Kedokteran Gigi Program Studi Ilmu Kedokteran Gigi Komunitas Universitas Indonesia. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Manado.

BAB 18 Gangguan Tidur Pada Anak : Penyebab dan Solusi

Esrom Kanine, M.Kep., Ns.,Sp.Kep.J

A. Pendahuluan

Kesehatan dan perkembangan anak bergantung pada kualitas tidur yang baik. Tanpa tidur yang cukup, anak-anak dapat mengalami kesulitan dalam belajar, mood, dan pertumbuhan fisik. Kualitas tidur anak sangat penting untuk pertumbuhan mereka. Anak-anak yang tidur cukup dan berkualitas cenderung lebih fokus, belajar lebih baik, dan memiliki mood yang lebih stabil. Sebaliknya, kurang tidur dapat menyebabkan masalah perilaku, kesulitan belajar, dan masalah kesehatan jangka panjang.

Indikasi kualitas tidur yang baik pada anak seperti tertidur tanpa sering terbangun di malam hari, mudah tertidur dalam waktu 20-30 menit setelah berbaring, bangun dengan perasaan segar dan bertenaga, tidak mudah mengantuk di siang hari. Untuk meningkatkan kualitas tidur anak, penting untuk menciptakan rutinitas tidur yang konsisten, memastikan lingkungan tidur yang nyaman, dan mengurangi konsumsi kafein atau makanan berat sebelum tidur.

B. Gangguan Tidur Pada Anak

Gangguan tidur yang sering terjadi pada anak dan cara mengatasinya:

1. Insomnia pada Anak adalah anak yang kesulitan tidur atau sulit tetap tidur. Membuat rutinitas tidur yang konsisten dan

menciptakan lingkungan tidur yang nyaman dapat membantu.

2. *Sleepwalking* adalah anak tidur lalu berjalan atau melakukan aktivitas tanpa sadar. Mengamankan lingkungan tidur dan menjaga rutinitas tidur yang konsisten dapat membantu mengurangi kejadian ini.
3. *Restless Legs Syndrome* (RLS) adalah anak merasa tidak nyaman di kaki dan ingin menggerakkannya saat tidur. Olahraga ringan dan pengobatan dapat membantu mengelola gejala ini.
4. *Sleep Apnea* pada adalah gangguan di mana pernapasan anak berhenti sebentar-sebentar saat tidur. Terapi CPAP atau BiPAP bisa sangat membantu.
5. *Narcolepsy* adalah anak merasa kantuk berlebihan di siang hari dan sering tidur tiba-tiba. Pengobatan dan perubahan gaya hidup bisa membantu mengelola gejala ini.
6. *Sleep Paralysis* adalah anak tidak bisa bergerak atau berbicara saat tertidur atau terbangun. Mengurangi stres dan menjaga pola tidur yang sehat bisa membantu mencegahnya.

C. Obstructive *Sleep Apnea* (OSA)

American Thoracic Society (1996) mendefinisikan *Obstructive Sleep Apnea (OSA)* adalah obstruksi saluran napas atas parsial yang berkepanjangan dan atau obstruksi total yang mengganggu pernapasan normal saat tidur dan pola tidur normal. Gangguan pernapasan saat tidur yang dikenal dengan istilah *Obstruktif Sleep Apnea* (OSA) pada anak dilaporkan memengaruhi antara 1% dan 6% dari semua anak dan hingga 59% dari anak-anak yang mengalami obesitas (Schwengel, Dallesio & Stierer, 2014; ; Hockenberry & Wilson, 2018).

Masalah pernapasan saat tidur dalam spektrum ini berkisar dari obstruksi parsial saluran napas atas hingga episode obstruksi saluran napas atas total yang berkelanjutan, dengan bentuk yang paling parah adalah apnea tidur obstruktif (OSA). Hipertrofi adenotonsillar merupakan penyebab umum OSA,

tetapi ukuran tonsil tidak berkorelasi dengan derajat OSA. Penyebab OSA lainnya meliputi alergi yang terkait dengan rinitis kronis/sumbatan hidung, kelainan kraniofasial, refluks gastroesofageal, deviasi septum hidung, dan perbaikan celah langit-langit. OSA pada anak-anak merupakan kondisi yang sangat berbeda dari OSA pada orang dewasa dalam hal etiologi, manifestasi klinis, dan pengobatan (Hockenberry & Wilson, 2018).

Gejala umum OSA meliputi mendengkur di malam hari, jeda napas, tersedak atau terengah-engah saat bangun, pola tidur terganggu, enuresis sekunder, kantuk di siang hari, dan masalah neuroperilaku di siang hari (Owens, 2016). OSA harus dibedakan dari mendengkur primer, yaitu mendengkur tanpa apnea obstruktif atau kelainan dalam pertukaran gas. Jika tidak diobati, OSA dapat mengakibatkan komplikasi seperti gagal tumbuh, kor pulmonal, hipertensi, rentang perhatian yang buruk, masalah perilaku (impulsif, hiperaktif, pemberontakan, dan agresi), gangguan kurang perhatian/hiperaktif, hipertensi, disfungsi ventrikel jantung, dan kematian (Owens, 2016 ; Hockenberry & Wilson, 2018).

Solusi penatalaksanaan ***Obstruktif Sleep Apnea (OSA)***

a. Terapi CPAP *(Continuous Positive Airway Pressure)* adalah terapi udara positif yang memberikan tekanan konstan untuk mencegah saluran pernapasan menutup saat tidur.
b. Terapi BiPAP *(Bilevel Positive Airway Pressure*) mirip dengan CPAP, tetapi memberikan dua tingkat tekanan udara yang berbeda untuk membantu pernapasan saat tidur.
c. Tonsilodektomi: Pengangkatan tonsil dapat membantu jika tonsil yang besar menyebabkan gangguan tidur.
d. Pengobatan dengan obat: Beberapa obat dapat membantu mengurangi gejala OSA, seperti obat tidur atau obat untuk mengurangi kelebihan lemak di tenggorokan.
e. Perubahan gaya hidup: Menjalankan pola makan sehat, mengontrol berat badan, berhenti merokok, mengurangi konsumsi alkohol, dan rutin berolahraga dapat membantu mengurangi gejala OSA4.
f. Penggunaan alat bantu tidur: Alat bantu tidur seperti penyangga tenggorokan atau alat bantu tidur lainnya dapat membantu menjaga saluran pernapasan tetap terbuka (Boudewyns, Abel, Alexopoulos, et al., 2017; Owens, 2016; Hockenberry & Wilson, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

Ivanenko, A. (2008). Sleep and psychiatric disorders in children and adolescents. Informa Healthcare

Hockenberry M.D., & Wilson, D. (2018)., *Wong's Nursing Care of Infants and Children*. Mosby (Elsevier).

BIODATA PENULIS

Esrom Kanine, M.Kep., Ns.Sp.Kep.J., lahir di Tampungan Ulu Siau Kabupaten Kepulauan Siau- Tagulandang - Biaro (SITARO), pada 15 Maret 1970. Ia tercatat sebagai lulusan Program Magister Spesialis Ilmu Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan UI. Pria yang kerap disapa Econg ini adalah anak dari pasangan Alm. Nelman Kanine almarhum (ayah) dan Almh Fornika Opi (ibu). **Esrom Kanine** merupakan Dosen Bidang Ilmu Keperawatan **Jiwa** di **Poltekkes Kemenkes Manado** Beberapa hasil penelitian dan pengabdian masyarakat telah terpublikasi pada Jurnal Nasional terakreditasi.

PT MEDIA PUSTAKA INDO
Jl. Merdeka RT4/RW2
Binangun, Kab. Cilacap, Provinsi Jawa Tengah
No hp. 0838 6333 3823
Website: www.mediapustakaindo.com
E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

ISBN 978-634-7003-03-4