

**GAMBARAN ASPEK PERKEMBANGAN PADA ANAK USIA  
TODDLER DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
KAMPUNG BAQA SAMARINDA**

**SKRIPSI**



**ALFI SYAHRIN**

**NIM : B1735814001**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA**

**SAMARINDA**

**2019**

**GAMBARAN ASPEK PERKEMBANGAN PADA ANAK USIA  
TODDLER DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
KAMPUNG BAQA SAMARINDA**

**SKRIPSI**

Untuk memenuhi syarat memperoleh Gelar Sarjana (S. Kep)



**Di susun oleh :**

**ALFI SYAHRIN**

**NIM : B1735814001**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA  
SAMARINDA**

**2019**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**GAMBARAN ASPEK PERKEMBANGAN PADA ANAK USIA  
TODDLER DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
KAMPUNG BAQA SAMARINDA**

**SKRIPSI**

Disusun Oleh :

**ALFI SYAHRIN**  
**B1735814001**

Telah dipertahankan didepan dewan penguji  
Pada tanggal 19 Februari 2019

**SUSUNAN DEWAN PENGUJI**

1. **Ns. Desy Ayu Wardani, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Mat** (.....)  
**NIK : 113072.90.15.079**
2. **Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep., M.Kep** (.....)  
**NIK : 11307.82.09.006**
3. **Ns. Aries Abiyoga, S.Kep., M.Kep** (.....)  
**NIK : 113072.86.18.128**

Mengetahui,

**Ketua**  
**STIKES Wiyata Husada Samarinda**

**Ketua Program Studi**  
**Ilmu Keperawatan**  
**STIKES Wiyata Husada Samarinda**

**Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep**  
NIK : 113072.74.13.045

**Ns. Rusdi, S.Kep, M.Kep**  
NIK : 113072.86.14.071

**HALAMAN PENGESAHAN**

**HUBUNGAN POLA ASUH DENGAN PENINGKATAN KEMAMPUAN BICARA  
PADA ANAK SPEECH DELAY DI RUANG OKUPASI TERAPI RSJD ATMA  
HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

**SKRIPSI**

Disusun Oleh :

**MANDA OKTARINA**  
**B1737715901**

Telah dipertahankan di depan dewan penguji  
Pada tanggal 18 Februari 2019

**SUSUNAN DEWAN PENGUJI**

1. **Ns. Rusdi, S.Kep, M.Kep** (.....)  
NIK : 113072.86.14.071
2. **Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep., M.Kep** (.....)  
NIK : 11307.82.09.008
3. **Ns. Linda Dwi Novial, S.Kep., M.Kep** (.....)  
NIK : 19731103.199503.2.004

Mengetahui,

Ketua

Ketua Program Studi

STIKES WiyataHusadaSamarinda

IlmuKeperawatan  
STIKES WiyataHusadaSamarinda

Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep  
NIK : 113072.74.13.045

Ns. Rusdi, S.Kep, M.Kep  
NIK : 113072.86.14.071

### LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : AlfiSyahrin

NIM : B1735814001

Program Studi : Sarjana Ilmu Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada STIKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**Gambaran Aspek Perkembangan pada Anak Usia Toddler di Wilayah Kerja Puskesmas Baqa Samarinda**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKES Wiyata Husada berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengolah dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, 27 Februari 2019  
Yang menyatakan

Alfi Syahrin

### **KATA PENGANTAR**

Segala puji dan syukur saya panjatkan kehadirat ALLAH SWT, berkat rahmat dan petunjuk-Nya saya dapat menyelesaikan penelitian dengan judul **“GAMBARAN ASPEK PERKEMBANGAN ANAK USIA TODDLER DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KAMPUNG BAQA SAMARINDA”**. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi S1 Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tepat waktunya. Oleh karena itu perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Mujito Hadi, MM selaku ketua yayasan STIKES Wiyata Husada Samarinda.
2. Ns. Edy Mulyono, S.Pd.,S.Kep., M.Kep. Selaku ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep,M.Kep. Selaku Wakil Ketua I sekaligus pembimbing I yang sudah meluangkan banyak waktu di sela-sela kesibukannya untuk mengarahkan dan memberikan masukan kepada saya selama proses penyusunan skripsi.

4. Ns. Rusdi, S.Kep.,M.Kep selaku ketua program studi S1 Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda
5. Ns. Aries, S.Kep.,M.Kep. Selaku pembimbing II yang juga sudah banyak meluangkan waktunya untuk membimbing dan memotivasi saya selama penyusunan skripsi.
6. Ns. Desy Ayu Wardani.,M.Kep.,Sp.Kep.Mat selaku Penguji yang sudah meluangkan waktunya untuk bersedia menguji skripsi saya.
7. Dr. Mardiah, HM selaku Pimpinan Puskesmas Kampung Baqa yang telah mengizinkan peneliti untuk melakukan kegiatan penelitian di Puskesmas Baqa Samarinda.
8. Seluruh staff pengajar dan karyawan Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.
9. Kepada kedua orang tua saya yang sudah banyak mendidik saya, memberikan dukungan, lantunan doa-doa yang tak pernah terhitung untuk kesuksesan dan keberhasilan saya selama ini. Untuk Istri dan anak saya yang turut andil dalam memberikan dukungan dan menjadi motivator dalam menyelesaikan tugas akhir ini, serta doa dalam kehidupan saya.
10. Untuk teman-teman saya yang rasanya tak cukup adil untuk saya sebutkan namanya satu-satu dalam tulisan ini. Kalian semua sudah memberikan banyak energy positif kepada saya.

Dan semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian Skripsi Tugas Akhir ini, semoga ALLAH SWT berkenan membalas semua kebaikan kita dan penulis menyadari bahwa tulisan ini masih cukup jauh dari kata sempurna, oleh karena itu segala kritik dan saran yang membangun kami harapkan dapat menjadikan kesempurnaan untuk skripsi atau tulisan peneliti selanjutnya.

Samarinda, 27 Februari 2019



**Gambaran Aspek Perkembangan Anak Usia Toddler di Wilayah Kerja  
Puskesmas Baqa Samarinda.**

Alfi Syahrin<sup>1</sup>, Sumiati Sinaga<sup>2</sup>, Aries Abiyoga<sup>3</sup>

**ABSTRAK**

**Latar belakang** : Masa-masa keemasan bagi anak berada dalam rentang usia 1-3 tahun pertama. Pada masa ini lah keberhasilan pemberian stimulasi berpengaruh besar terhadap perkembangan anak itu sendiri sebelum anak memasuki fase selanjutnya dari tahapan usianya yaitu anak pra sekolah. **Tujuan** : untuk mengetahui Gambaran perkembangan anak usia toddler di wilayah kerja Puskesmas Baqa Samarinda. **Metode** : Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif dengan teknik *accidental sampling*. Sampel penelitian sebanyak 78 anak. Pengumpulan data diperoleh melalui tes DDST II. **Hasil penelitian** : perkembangan anak personal sosial normal sebanyak 59 anak (75.6%), advanced sebanyak 5 anak (6.4%), caution sebanyak 11 anak (14.1%), delay sebanyak 3 anak (3.8%). Aspek motorik halus normal sebanyak 63 anak (80.8%), advanced sebanyak 10 anak (12.8%), caution sebanyak 3 anak (3.8%), delay sebanyak 2 anak (2.6%). Aspek bahasa normal sebanyak 59 anak (75.6%), advanced sebanyak 6 anak (7.7%), caution sebanyak 9 anak (11.5%), delay sebanyak 4 anak (5.1%). Aspek motorik kasar normal sebanyak 56 anak (71.8%), advanced sebanyak 19 anak (24.4%), caution sebanyak 2 anak (2.6%), delay sebanyak 1 anak (1.3%).

**Kesimpulan** : sebagian besar perkembangan anak normal sebanyak 64 anak (82.1%) suspek sebanyak 13 anak (16.7%) dan tak dapat di uji 1 anak. **Saran** : Sebaiknya orang tua, khususnya ibu dapat memperhatikan perkembangan anaknya dengan caramenstimulasi pada 4 aspek perkembangan agar perkembangannya dapat mencapai optimal.

**Kata Kunci** : DDST II, Perkembangan anak, *Toddler*

---

<sup>1</sup> Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

<sup>2</sup> Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda

<sup>3</sup> Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda



**Description of the Developmental Aspects of Toddler Ages in the Baqa Samarinda Health Center Work Area.**

Alfi Syahrin<sup>1</sup>, Sumiati Sinaga<sup>2</sup>, Aries Abiyoga<sup>3</sup>

**ABSTRACT**

**Background** : The golden age for children is in the age range of the first 1-3 years. At this time, the success of stimulation has a major influence on the child's development before the child enters the next phase of the stage of his age, namely pre-school children. **Objective** : to find out the description of the development of toddler age children in the work area of Baqa Samarinda Health Center. **Method** : This study uses descriptive research method with accidental sampling technique. The study sample was 78 children. Data collection is obtained through DDST II test. **The results of the study** : the development of normal personal social children as many as 59 children (75.6%), advanced as many as 5 children (6.4%), caution as many as 11 children (14.1%), delay as many as 3 children (3.8%). Normal fine motor aspects were 63 children (80.8%), advanced as many as 10 children (12.8%), caution as many

as 3 children (3.8%), delay as many as 2 children (2.6%). Normal language aspects were 59 children (75.6%), advanced as many as 6 children (7.7%), caution as many as 9 children (11.5%), delay as many as 4 children (5.1%). Normal gross motor aspects were 56 children (71.8%), advanced as many as 19 children (24.4%), caution as many as 2 children (2.6%), delay as many as 1 child (1.3%). **Conclusion** : most of the development of normal children were 64 children (82.1%) suspected of 13 children (16.7%) and could not be tested by 1 child. **Suggestion** : We recommend that parents, especially mothers, can pay attention to their child's development by stimulating the 4 aspects of development so that their development can reach optimal level.

**Keywords** : DDST II, Child Development, Toddler

<sup>1</sup> *Nursing Study Program Student, STIKES Wiyata Husada Samarinda*

<sup>2</sup> *Lecturer of Nursing Study Program STIKES Wiyata Husada Samarinda*

<sup>3</sup> *Lecturer of Nursing Study Program STIKES Wiyata Husada Samarinda*

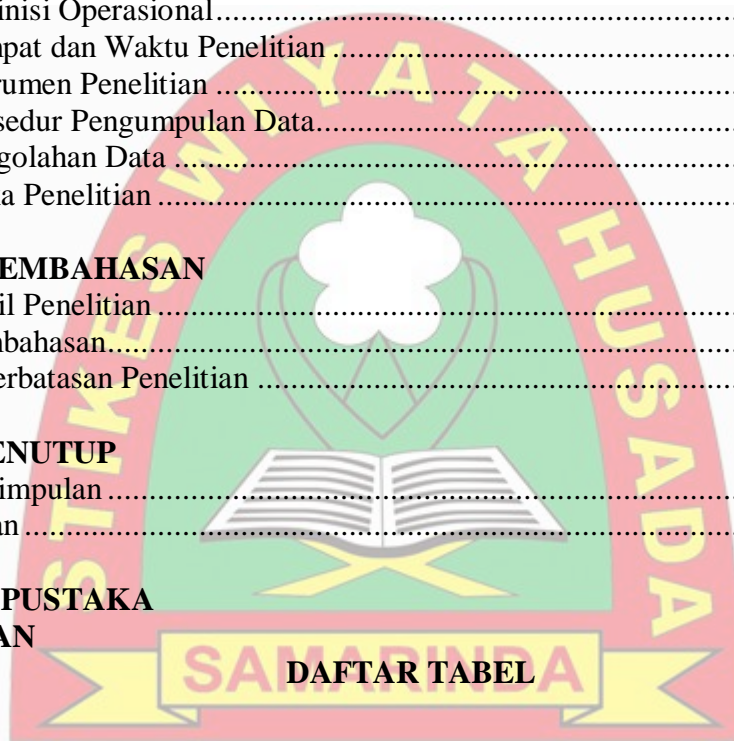
**DAFTAR ISI**

HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN.....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
LEMBAR PERNYATAAN PUBLIKASI .....	vi
ABSTRAK .....	vii
ABSTRACT .....	viii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR SKEMA .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii

**BAB I PENDAHULUAN**

A.Latar Belakang .....	1
B.Rumusan Masalah .....	4
C.Tujuan Penelitian.....	5
D.Manfaat Penelitian .....	5

E. Penelitian Terkait.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Telaah Pustaka .....	8
B. Model Keperawatan.....	30
C. Kerangka Teori.....	31
D. Kerangka Konsep .....	32
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Jenis dan Rancangan Penelitian .....	33
B. Populasi dan Sample.....	33
C. Variabel Penelitian .....	35
D. Definisi Operasional.....	35
E. Tempat dan Waktu Penelitian .....	37
F. Instrumen Penelitian .....	38
G. Prosedur Pengumpulan Data.....	38
H. Pengolahan Data .....	39
H. Etika Penelitian .....	41
<b>BAB IV PEMBAHASAN</b>	
A. Hasil Penelitian .....	43
B. Pembahasan.....	48
C. Keterbatasan Penelitian .....	59
<b>BAB V PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan .....	60
B. Saran .....	61
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	



Tabel 3.1 Populasi dan sampel .....	34
Tabel 3.2 Definisioperasional.....	36
Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin .....	42
Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Status Gizi .....	42
Tabel 4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Usia .....	42
Tabel 4.4 Distribusi Responden Berdasarkan Cara Persalinan .....	43

Tabel 4.5 Distribusi Responden Berdasarkan Pemberian ASI .....	43
Tabel 4.6 Distribusi Responden Berdasarkan Siapa yang mengasuh anak .....	43
Tabel 4.7 Distribusi Pendidikan Orang Tua Responden .....	43
Tabel 4.8 Distribusi Pekerjaan Orang Tua Responden .....	44
Tabel 4.9 Distribusi Perkembangan personal sosial pada anak toodler .....	44
Tabel 4.10 Distribusi Perkembangan motorik halus pada anak toddler .....	45
Tabel 4.11 Distribusi Perkembangan bahasa pada anak usia toddler .....	45
Tabel 4.12 Distribusi Perkembangan motorik kasar pada anak usia toddler .....	45
Tabel 4.13 Distribusi Perkembangan seluruh aspek menggunakan DDST II ....	46



## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Manusia Sebagai Sistem Adaptif.....	31
Skema 2.2 Kerangka teori berdasarkan Sistem adaptasi Callista Roy.....	32
Skema 2.3 Kerangka konsep penelitian .....	32



## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 : Surat ijin penelitian

Lampiran 2 : Pernyataan persetujuan menjadi informan

Lampiran 3 : Penjelasan penelitian

Lampiran 4 : Lembar observasi DDST II

Lampiran 5 : SOP pemeriksaan DDST II

Lampiran 6 : Jadwal kegiatan



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

## A. Latar Belakang

Setiap orang tua pasti berkeinginan agar balitanya dapat tumbuh dan berkembang secara optimal, yaitu balita tersebut dapat mencapai tahap pertumbuhan dan perkembangan yang baik sesuai dengan potensi genetik balita itu. Masa balita yang disebut sebagai masa keemasan (*golden period*), jendela kesempatan (*window of opportunity*), dan masa kritis (*critical period*) merupakan periode terpenting dalam tumbuh kembang, karena pada masa ini pertumbuhan dasar akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan balita selanjutnya. (Kusminarti, 2009)

Tumbuh kembang setiap balita berbeda, sehingga orang tua harus yakin bahwa pertumbuhan dan perkembangan anak yang satu dengan anak yang lainnya berbeda. Anak dibawah tiga tahun masih harus senantiasa dalam pengasuhan orang tuanya. Tugas dari setiap orang tua atau orang dewasa di sekitarnya adalah mengoptimalkan tumbuh kembang anak-anak batita, karena di masa golden age inilah otak mereka berkembang dengan sangat pesat. dan tidak akan pernah terulang lagi seumur hidupnya. Jika otak yang semakin hari semakin terus berkembang ini tidak di isi atau di beri asupan yang maksimal, otak itu akan mengecil dan memutuskan sambungan-sambungan yang ada di dalamnya sehingga otaknya tak lagi cerdas. Cara mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan anak batita adalah bukan hal yang mudah. Tapi juga bukan hal yang sulit, namun butuh pengorbanan yang cukup besar. Pengorbanan yang dilakukan adalah investasi untuk masa depan anak, agar anak menjadi anak yang cerdas, karena tugas tumbuh kembangnya berjalan optimal. (Rosita, 2015)

Masa *golden age* adalah masa ketika otak mengalami pertumbuhan dan perkembangan mengagumkan. Pada masa ini, yang berlangsung sejak dalam kandungan sampai berumur tiga tahun, sel-sel syaraf otak balita berkembang sangat pesat. Masa emas perkembangan otak atau golden years merupakan masa yang sangat penting. Pada masa inilah struktur otak balita mengalami

perkembangan yang paling pesat. Nutrisi dan stimulasi yang diberikan pada masa ini akan berpengaruh besar pada kecerdasan, kreativitas dan perilaku anak. (Soetjatmiko 2010). Selama masa trimester terakhir dari kehidupan bayi dan dua tahun pertama dalam masa balita, otak mengalami periode pertumbuhan yang pesat yang disebut dengan *brain growth spurt* atau masa emas pertumbuhan otak. (Rosita 2015). Dalam perkembangan anak terdapat masa kritis, dimana diperlukan rangsangan / stimulasi yang berguna agar potensi berkembang, sehingga perlu mendapat perhatian. (Soetjningsih, 2012)

Dewasa ini, di Indonesia tengah terjadi krisis ekonomi, dalam hal ini sedikit banyak akan mempengaruhi perkembangan anak. Karena, dampak dari krisis tersebut, kemungkinan daya beli masyarakat terkait bahan makanan pokok menurun sehingga kemampuan untuk memberikan nutrisi yang adekuat pun menurun. Penelitian Permatasari (2013), menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang sangat kuat antara status gizi dengan perkembangan anak usia 1000 hari pertama kehidupan. Beberapa ciri anak yang memiliki kelainan dan perlu pendeteksian, diantaranya apabila anak pada usia 1 tahun belum bisa menjimpit, usia 1,5 tahun belum mampu mengucapkan 4-5 kata, usia 2 tahun belum bisa menyebut nama sendiri, usia 2,5 tahun belum bisa menggambar, usia 3 tahun belum bisa berpakaian maka perlu dilakukan pendeteksian untuk mengenal berbagai masalah perkembangan anak. (Nita Retnasari, 2011)

Menurut UNICEF tahun 2011, didapatkan data masih tingginya angka kejadian gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada anak usia balita khususnya gangguan perkembangan motorik didapatkan (27,5%) atau 3 juta anak mengalami gangguan. Data nasional menurut Kementerian Kesehatan Indonesia bahwa pada tahun 2010 sebanyak 11,5% anak balita di Indonesia mengalami kelainan pertumbuhan dan perkembangan (Kemenkes RI, 2010). Berdasarkan rekapitulasi laporan program SDIDTK anak Propinsi Kalimantan Timur tahun 2008 diketahui cakupan anak yang dideteksi tumbuh kembang sebesar 36%. Cakupan deteksi dini tumbuh kembang di Kota Samarinda Tahun 2008 sebesar 22%. Jika cakupan anak yang dideteksi tumbuh kembang di Kota Samarinda

(22%) dan Propinsi Kalimantan Timur (36%) tersebut dibandingkan dengan indikator standar pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan kabupaten/kota sebesar 90%, maka cakupan program SDIDTK Kota Samarinda dan Propinsi Kalimantan Timur masih sangat rendah (Kemenkes RI, 2010).

*Denver Developmental Screening Test* (DDST) merupakan metode pengkajian yang digunakan secara luas untuk menilai kemajuan perkembangan anak. Tes ini dapat memberikan jaminan kepada orang tua atau bermanfaat dalam mengidentifikasi berbagai masalah dini yang mengancam tumbuh kembang anak. Tes ini diarahkan untuk membandingkan kemampuan seorang anak dengan anak yang lain yang seusianya, bukan sebagai pengganti evaluasi diagnostik dan pemeriksaan fisik anak. Dalam perkembangannya, DDST mengalami beberapa kali revisi. Revisi terakhir adalah Denver II yang merupakan hasil revisi dan standardisasi dari DDST dan DDSTR (*Revised Denver Developmental Screening Test*). Perbedaan Denver II dengan pendahulunya terletak pada item-item test, bentuk, interpretasi, dan rujukan. Denver II terdiri atas 125 item tugas perkembangan yang sesuai dengan usia anak yang terbagi menjadi empat sektor yang dinilai, yaitu : *Personal Social, Fine Motor Adaptive, Language, Gross Motor*. (Ivantoni & Muhimmah, 2015)

Menurut Nurhidayah (2018) dicurigainya adanya gangguan (*suspect*) pada aspek perkembangan anak dipengaruhi oleh berbagai hal, yang paling berperan diantaranya adalah stimulasi. Stimulasi merupakan suatu kegiatan yang dilakukan untuk merangsang kemampuan dasar anak agar anak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal. Stimulasi tumbuh kembang anak dapat dilakukan oleh setiap orang yang berinteraksi dengan anak, mulai dari ibu, ayah, pengasuh anak, anggota keluarga lain dan kelompok masyarakat di lingkungan rumah tangga masing-masing dan dalam kehidupan sehari-hari. Peran orang tua dalam mendukung perkembangan anak sangatlah penting. Dimana orang tua bisa menyediakan sarana untuk tumbuh dan berkembang dengan baik dan sempurna. Perkembangan balita secara optimal bila orang tua dapat mengasuh balitanya dengan benar, pemeliharaan kesehatan yang memadai, memberikan gizi yang

adekuat, kondisi lingkungan yang bersih dan merangsang atau menstimulasi yang terarah kepada balitanya sesuai dengan usia dalam semua aspek perkembangan baik motorik kasar, motorik halus, bahasa dan personal sosial.

Masa-masa keemasan bagi anak berada dalam rentang usia 1-3 tahun pertama. Dalam masa ini yaitu di sebut tingkatan anak usia *Toddler*. Pada masa ini lah keberhasilan pemberian stimulasi berpengaruh besar terhadap perkembangan anak itu sendiri sebelum anak memasuki fase selanjutnya dari tahapan usianya yaitu anak pra sekolah.

Jumlah balita di Kota Samarinda adalah sebanyak 69.819. Puskesmas Baqa merupakan salah satu puskesmas yang ada di Kota Samarinda. Puskesmas Baqa mencakup kecamatan samarinda seberang dimana memiliki 3 kelurahan yaitu kelurahan baqa, sungai keledang dan gunung panjang. Puskesmas baqa memiliki 6 Posyandu yang berada di wilayah Kelurahan Baqa, 15 Posyandu yang berada di wilayah Kelurahan Sungai Keledang dan 3 posyandu berada di wilayah kelurahan gunung panjang.

Berdasarkan studi pendahuluan pada bulan November 2018 di dapatkan data jumlah anak usia balita yang berada di wilayah kerja Puskesmas Baqa adalah berjumlah 4975 balita yang terdiri dari anak usia 0-23 bulan sebanyak 798 balita dan usia 24-59 bulan sebanyak 4177 balita. Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas kesehatan dari 4975 Balita di Kecamatan Samarinda seberang, hanya 30 sampai 50 saja yang dilakukan tes menggunakan lembar SDIDTK di Posyandu dan tidak menggunakan metode DDST. Pada dasarnya keduanya merupakan alat ukur/instrument perkembangan anak usia 0 – 6 tahun. Perbedaan terletak pada teknis pengukuran dimana SDIDTK telah di berikan uraian kegiatan yang sesuai dengan usia anak yang di ukur jadi tidak di ketahui anak yang di ukur sudah dapat melaksanakan tugas umur di atasnya atau belum karena tidak tercantum dalam uraian lembar SDIDTK yang sesuai umur. Pada DDST instrumen tugas perkembangan terlampir secara komprehensif pada aspek jadi dapat terlihat apakah anak yang di ukur dapat melakukan tugas yang di atas usia perkebangannya.

Setelah di lakukan observasi pada 10 anak di dapatkan hasil bahwa terdapat 3 anak yang berumur 3 tahun mengalami delay atau keterlambatan pada bahasa, anak tersebut berbicara tidak jelas dan tidak dapat menyebut gambar. Ada juga 1 anak usia 20 bulan hanya dapat mengucap 1 kata saja. Di tahap lain ada seorang anak dari hasil wawancara orang tua ada yang berusia 3 tahun yang belum dapat memakai baju sendiri sehingga masih di kenakan oleh orang tuanya. Terdapat 5 anak yang perkembangan sesuai dengan tingkatan umurnya.

Masalah perkembangan pada anak yang paling sering muncul adalah gangguan berbicara/bahasa. Anak dengan gangguan bahasa mempunyai kualitas interaksi dan partisipasi aktivitas sosial yang lebih rendah bila dibandingkan dengan anak dengan perkembangan normal. Selain itu, menurut studi, ia juga lebih berisiko menunjukkan kesulitan berhubungan dengan teman sebayanya. Selain itu keterlambatan motorik dapat menyebabkan anak merasa rendah diri, kecemburuan terhadap anak lain, kekecewaan terhadap sikap orangtua, penolakan sosial, ketergantungan dan malu. (Poborini, Maulidha & Dewi, 2017)

## **B. Rumusan Masalah**

Tahun pertama merupakan kurun waktu sangat penting untuk perkembangan secara fisik, kecerdasan, keterampilan, motorik dan sosial. Tiga tahun pertama masa kehidupan anak merupakan masa paling rawan sebab gangguan yang terjadi pada masa ini dapat menyebabkan efek yang menetap. Angka penyimpangan perkembangan pada anak saat ini semakin meningkat. Faktor yang paling penting untuk mendeteksi penyimpangan perkembangan adalah skrining perkembangan yaitu salah satunya melalui metode DDST II yang mencakup 4 aspek yaitu adaptasi personal-sosial, motorik halus, bahasa serta motorik kasar. Peran kita sebagai tenaga kesehatan adalah dapat memantau pertumbuhan dan perkembangan balita adalah dengan mendeteksi dini perkembangan serta pemberian Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) tentang perkembangan kepada orang tua khususnya ibu. Oleh karena itu perlu peneliti ingin mengetahui bagaimana Gambaran Aspek Perkembangan Anak Usia Toddler di Wilayah Kerja Puskesmas Baqa Samarinda?

## **C. Tujuan Penelitian**

1. Tujuan umum

Tujuan umum penelitian ini untuk mengetahui Gambaran perkembangan anak usia toddler di wilayah kerja Puskesmas Baqa Samarinda

2. Tujuan khusus

- a. Untuk mengetahui Gambaran perkembangan aspek personal sosial Pada anak usia toddler di Puskesmas Baqa Samarinda.
- b. Untuk mengetahui Gambaran perkembangan aspek adaptif motorik halus Pada anak usia toddler di Puskesmas Baqa Samarinda.
- c. Untuk mengetahui Gambaran perkembangan aspek bahasa Pada anak usia toddler di Puskesmas Baqa Samarinda.
- d. Untuk mengetahui Gambaran perkembangan aspek motorik kasar Pada anak usia toddler di Puskesmas Baqa Samarinda.

**D. Manfaat Penelitian**

1. Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran tentang aspek perkembangan anak khususnya anak usia toddler.

2. Manfaat praktis

a. Manfaat bagi pengelola puskesmas

Hasil penelitian ini agar dapat menjadi informasi bagi petugas puskesmas/posyandu mengetahui Gambaran perkembangan anak usia toddler di wilayah kerja Puskesmas Baqa Samarinda dan dapat berikan upaya dini untuk pemberian stimulasi bagi anak yang perkembangannya terganggu.

b. Manfaat bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan oleh peneliti lain mengenai Gambaran perkembangan anak usia toddler dan memberikan intervensi untuk anak usia toddler yang mengalami penyimpangan perkembangan.

c. Manfaat bagi profesi keperawatan

Sebagai bahan dalam menambah wawasan tentang Gambaran perkembangan anak usia toddler.

**E. Keaslian penelitian**

1. Devi Rosita & Yayuk Norazizah (2015) Studi deskriptif perkembangan balita usia 12-24 bulan dengan metode DDST II di Desa Pancur Kecamatan Mayong Kabupaten Jepara. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif dengan sampel 56 Balita. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar perkembangan balita normal sebanyak 29 balita (51.8%), sektor personal sosial sebagian besar normal sebanyak 44 balita (78.6%), sektor motorik halus sebagian besar normal sebanyak 49 balita (87.5%), sektor bahasa sebagian besar normal sebanyak 38 balita (67.95), sektor motorik kasar sebagian besar normal sebanyak 41 balita (73.2%). Persamaan dengan penelitian ini adalah menggunakan metode deskriptif dan lembar observasi DDST II. Perbedaannya terletak pada sasaran penelitian hanya untuk anak di usia 1 - 2 tahun dan jumlah sampel penelitian.
2. Ikeu Nurhidayah, Henny Suzana Mediani & Sri hendrawati (2017) Tingkat perkembangan balita usia 1 bulan – 6 tahun di Kecamatan Cibiuk Kabupaten Garut. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar anak mengalami perkembangan normal, yaitu usia 1-12 bulan 74% normal; usia >1-3 tahun 64% normal, dan usia >3-6 tahun 65% normal. Persamaan penelitian ini adalah metode yang digunakan yaitu deskriptif. Perbedaan adalah terletak pada sasaran penelitian yang berusia 1 bulan sampai 6 tahun.
3. Susilo Rini & Amelia Puspita Wijaya (2016) Implementasi deteksi gangguan pertumbuhan perkembangan balita (usia 1-5 tahun) dengan stimulasi, deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang di posyandu kucai kelurahan teluk kabupaten banyumas. Metode penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan cross sectional. Sampel yang digunakan adalah Accidental sampling, sampel penelitian ini berjumlah 84 balita. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pertumbuhan balita adalah normal sebanyak 44 responden (83%), balita tidak memiliki masalah mental emosional sebanyak 47 responden (88.7%) responden memiliki resiko rendah autisme sebanyak 50 responden (94.3%), tidak memiliki gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas sebanyak 48 responden (90.6%). Persamaan penelitian ini adalah menggunakan metode yang sama yaitu deskriptif. Perbedaan adalah sasaran penelitian pada usia balita yaitu 1 – 5 tahun dan pada instrumen penelitian yang digunakan menggunakan formulir SDIDTK.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Anak Usia Toddler**

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, pasal 1 ayat 1, anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Sedangkan menurut World Health Organization (WHO), anak dikatakan anak sejak anak berada di dalam kandungan sampai usia 19 tahun. Dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh Berk (2005) menunjukkan bahwa tahun-tahun pertama dalam kehidupan seorang anak merupakan masa yang sangat penting yang akan mempengaruhi fase perkembangan selanjutnya.

Anak usia toddler adalah anak yang berusia 12 – 36 bulan (1 – 3 tahun). Pada periode ini anak berusaha mencari tahu bagaimana sesuatu bekerja dan bagaimana mengontrol orang lain melalui kemarahan, penolakan, dan tindakan keras kepala. Hal ini merupakan periode yang sangat penting untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan intelektual secara optimal (Potter & Perry, 2005).

##### **2. Perkembangan Anak Usia Toddler (1 – 3 tahun)**

###### **a. Definisi Perkembangan Anak Usia Toddler**

Perkembangan merupakan bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh yang dapat dicapai melalui tumbuh kematangan belajar (Wong, 2008). Menurut Soetjiningsih (2012), perkembangan adalah pola perubahan yang

dimulai sejak pembuahan dan terus menerus berlanjut di sepanjang rentang kehidupan individu. Senada dengan Soetjiningsih, Allen & Marotz (2010) menyebutkan bahwa perkembangan mengacu pada bertambahnya kompleksitas yaitu perubahan dari sesuatu yang sangat sederhana menjadi lebih rumit. Proses bertahap penambahan sedikit demi sedikit dimana setiap aspek baru perkembangan melibatkan dan dibangun atas perubahan sebelumnya (Allen & Marotz, 2010). Setiap pencapaian diperlukan untuk mencapai rangkaian keterampilan berikutnya dan pada periode kanak-kanak awal merupakan masa kanak-kanak yang penting untuk mengetahui kemampuan pencapaian tugas perkembangan anak sesuai usianya (Soetjiningsih, 2012). Menurut Soetjiningsih (2012), tugas perkembangan merupakan tugas yang muncul pada suatu periode tertentu dalam kehidupan individu dan ketika seseorang tidak mencapai satu atau lebih tugas perkembangan sesuai usianya maka akan menjadi hambatan dalam perkembangan berikutnya.

b. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Perkembangan

Beberapa teori mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan menurut para ahli antara lain: aliran nativisme dari *Scopenhauer* berpendapat bahwa perkembangan individu semata-mata ditentukan oleh unsur pembawaan. Berbeda dengan aliran nativisme, *John Lock* yang mengikuti aliran empirisme berpendapat bahwa perkembangan individu sepenuhnya ditentukan oleh faktor lingkungan/pendidikan. *William Stern* menggabungkan kedua aliran di atas menjadi aliran konvergensi. Menurut aliran konvergensi, perkembangan individu ditentukan oleh kedua kekuatan tersebut, baik faktor dasar atau pembawaan maupun faktor lingkungan karena keduanya secara convergent akan menentukan perkembangan seseorang individu (Sulistyawati, 2014).

Menurut Hurlock (2013), sependapat dengan aliran konverfensi bahwa faktor kondisi internal maupun faktor kondisi eksternal akan

mempengaruhi kecepatan dan sifat atau kualitas perkembangan seseorang. Faktor internal yang mempengaruhi perkembangan yaitu: faktor genetik dan ras atau etnik. Faktor genetik merupakan faktor bawaan sejak lahir dari keluarganya. Pada umumnya, seseorang akan memiliki kesamaan atau kemiripan baik dari intelegensi, bakat, dan lainnya. Ras atau etnik seseorang yang dilahirkan dari ras atau bangsa Amerika maka ia tidak memiliki faktor herediter ras atau bangsa Indonesia atau sebaliknya. Selain faktor internal, perkembangan juga dipengaruhi oleh faktor eksternal yaitu: faktor gizi, obatobatan, radiasi, infeksi, psikologi ibu, status sosial ekonomi keluarga, lingkungan pengasuhan, lingkungan sekolah, kebudayaan dan stimulasi. Faktor gizi ibu selama hamil dan setelah bayi lahir seperti pemberian ASI yang akan mempengaruhi perkembangan anak ke depannya. (Aulady, 2012)

Obat-obatan yang dikonsumsi oleh ibu hamil dan ibu menyusui juga mempengaruhi perkembangan karena mengganggu susunan saraf pusat. Radiasi atau paparan sinar ini dapat mengakibatkan kelainan pada janin. Infeksi saat ibu hamil seperti TORCH (Toksoplasma, Rubella, Sitomegalo virus, Herpes simpleks) dapat menyebabkan kelainan pada bayi yang mempengaruhi perkembangannya. Selain itu, psikologi ibu saat mengetahui kehamilannya juga berpengaruh ke perkembangan anak. Jika kehamilan tersebut tidak diinginkan ketika anak itu lahir akan merasa tertekan dan akan mengalami hambatan perkembangan. Status sosial ekonomi keluarga berkaitan dengan kemiskinan yaitu kekurangan makanan sehingga akan menghambat proses anak untuk tumbuh dan berkembang. (Depkes RI, 2016)

Lingkungan pengasuhan seperti interaksi ibu-anak, ayah-anak juga sangat mempengaruhi perkembangan anak. Selain lingkungan pengasuhan keluarga, lingkungan sekolah juga merupakan faktor yang mempengaruhi perkembangan. Sekolah adalah tempat anak untuk memperoleh pembelajaran dengan metode yang baik dan benar sesuai

usia anak. Jika terjadi ketidaksesuaian metode pembelajaran akan mengakibatkan perkembangan anak tidak optimal. Kebudayaan suatu suku tertentu secara turun temurun diteruskan ke generasi berikutnya seperti anak harus diberikan air putih setelah lahir, tidak boleh mengonsumsi makanan yang amis setelah melahirkan dan masih banyak lainnya. Pandangan tentang kebudayaan masing-masing dianggap wajib dilakukan tanpa melihat dampak ke depannya. Hal ini membuat terjadinya hambatan perkembangan anak karena dalam praktiknya tidak sesuai dengan teori atau tingkat pengetahuan. Faktor lainnya yang mempengaruhi perkembangan yaitu stimulus. Stimulus atau rangsangan yang diberikan pada anak seperti belajar bermain dan melakukan aktivitas tertentu sering dilupakan. Hal ini dikarenakan sibuk dengan pekerjaan sehingga tidak ada waktu untuk interaksi dengan anak. Kebanyakan orang tua menganggap cukup menjaga anak dengan adanya pengasuh, padahal peran orang tua sangat penting untuk perkembangan anak.

c. Aspek dalam Perkembangan

Aspek dalam perkembangan anak menurut Allen & Marotz (2010) meliputi perkembangan fisik, kognitif, personal-sosial, bahasa, dan motorik kasar serta motorik halus.

1) Perkembangan Fisik

Perkembangan fisik merupakan berkembangnya proporsi tubuh, berat badan dan tinggi badan dari sebelumnya. Pada anak usia 1 – 3 tahun umumnya mengalami perkembangan fisik yaitu akan terjadi penambahan tinggi rata-rata 6,35 cm setiap tahun dan penambahan berat badan 2,5 – 3,6 kg setiap tahun (Soetjiningsih, 2012). Menurut Allen & Marotz (2010), pada usia 1 tahun berat badan akan bertambah kira-kira 1/4 – 1/2 pon (0,13 – 0,25 kg) per bulan sehingga rata-rata berat badannya 21 – 27 pon (9,6 – 12,3 kg), dan tinggi badan akan bertambah sekitar 2 – 3 inci (5,0 – 7,6 cm) per tahun sehingga kurang lebih tingginya 32 – 35 inci (81,3 – 88,9 cm).

Pada usia 2 tahun, berat badan akan bertambah kira-kira 2 – 2,5 pon (0,9 – 1,1 kg) per tahun sehingga rata-rata berat badannya 26 – 32 pon (11,8 – 14,5 kg), dan tinggi badan akan bertambah sekitar 3 – 5 inci (7,6 – 12,7 cm) per tahun sehingga kurang lebih tingginya 34 – 38 inci (86,3 – 96,5 cm). Pada anak usia 3 tahun akan memiliki pertambahan berat badan 3 – 5 pon (1,4 – 2,3 kg) per tahun sehingga rata-rata berat badannya 30 – 38 pon (13,6 – 17,2 kg), dan tinggi badan akan bertambah 2 – 3 inci (5 – 7,6 cm) per tahun sehingga tingginya mencapai 38 – 40 inci (96,5 – 101,6 cm).

## 2) Perkembangan Motorik Kasar dan Motorik Halus

Menurut Depkes RI (2006), perkembangan motorik kasar adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan pergerakan dan sikap tubuh yang melibatkan otot-otot besar seperti duduk, berdiri dan sebagainya. Perkembangan motorik halus adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan gerakan yang melibatkan koordinasi bagian-bagian tubuh tertentu dan dilakukan oleh otot-otot kecil, seperti menulis.

Menurut Allen & Marotz (2010), anak-anak pada usia 1 – 3 tahun akan mengalami perkembangan sesuai usianya dalam keterampilan motorik kasar dan motorik halus. Pada usia 1 tahun, kemampuan gerak kasar anak bisa mengangkat badannya dari posisi duduk ke berdiri tanpa bantuan dan duduk sendiri tanpa bantuan. Anak juga dapat berdiri selama 30 detik tanpa bantuan atau pegangan dan berjalan di sepanjang ruangan tanpa jatuh serta anak akan bisa menangkap dan melempar bola. Pada usia 2 tahun, kemampuan gerak kasar anak bisa melompat jauh, melempar dan menangkap bola besar. Anak bisa merangkak dan memanjat. Anak juga bisa menendang bola kecil ke depan tanpa berpegangan serta bisa berjalan naik tangga sendiri. Pada usia 3 tahun, kemampuan gerak kasar anak bisa berdiri selama 30 detik atau lebih tanpa berpegangan. Anak bisa melempar

bola lurus ke arah perut. Anak juga bisa melompati selembar kertas dengan mengangkat kedua kakinya. Anak dapat mengayuh sepeda roda tiga. Tidak hanya keterampilan motorik kasar, keterampilan motorik halus anak pada usia 1 – 3 tahun juga akan meningkat. Pada usia 1 tahun, kemampuan motorik halus anak sudah dapat memegang pensil tanpa bantuan dan mencoretcoret kertas tanpa petunjuk. Anak bisa menyusun balok-balok, memasukkan dan mengeluarkan benda dari suatu tempat ke tempat lain, serta memasukkan benda satu ke benda lainnya yang ukurannya berbeda. Pada usia 2 tahun, kemampuan gerak halus anak dapat menyusun balok-balok dengan jumlah yang lebih banyak. Anak akan mengerti konsep jumlah seperti jumlah balok ada 6, dan akan mengelompokkan benda-benda sesuai jenisnya. Sementara pada usia 3 tahun, kemampuan gerak halus anak dapat Anak akan mampu menyusun balok-balok dengan jumlah yang lebih banyak. Anak dapat membuat garis lurus Ketika anak tidak mampu melaksanakan tugas perkembangan motorik kasar dan halus sesuai usianya berarti anak tersebut mengalami keterlambatan perkembangan.

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi perkembangan motorik kasar dan halus (Wiyani, 2014) meliputi: faktor makanan, pemberian stimulus, kesiapan fisik, jenis kelamin, dan budaya. Faktor makanan yaitu pemberian makanan sejak anak lahir seperti ASI. Pemberian stimulus seperti mengajak anak untuk bermain secara rutin misalnya merangkak, berlari, dan lainnya untuk meningkatkan keterampilan anak.

Kesiapan fisik berarti kesiapan dari anak itu sendiri baik dari saraf maupun kematangan fisik. Jika anak tersebut sudah dilatih tetapi belum juga bisa berjalan berarti bisa jadi dikarenakan faktor kesiapan fisik. Jenis kelamin juga merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi perkembangan anak. Jika diperhatikan, anak

perempuan lebih suka melakukan aktivitas yang melibatkan keterampilan motorik halus. Sebaliknya, anak laki-laki lebih suka melakukan aktivitas yang melibatkan keterampilan motorik kasar. Selain itu, faktor budaya juga ikut berpengaruh dan menjadikan kebiasaan seperti anak perempuan tidak boleh memanjat dan yang boleh hanya anak laki-laki. Hal ini juga bisa menyebabkan terjadinya keterlambatan perkembangan motorik anak.

### 3) Perkembangan Personal Sosial

Perkembangan personal sosial adalah kemampuan anak untuk berinteraksi dan beradaptasi di dalam suatu lingkungan (Depkes RI, 2006). Menurut Allen & Marotz (2010), perkembangan personal sosial anak usia 1 – 3 tahun akan berkembang sesuai usianya. Pada usia 1 tahun, anak akan cenderung bersikap ramah dan memiliki rasa ingin tahu yang besar. Anak senang digendong dan dibacakan cerita. Anak juga akan menirukan tingkah laku orang disekitarnya. Anak akan cenderung menangis bila hal yang diinginkannya tidak dipenuhi atau saat kelelahan. Pada usia 2 tahun, anak akan lebih menunjukkan kasih sayangnya dengan memeluk atau mencium anak-anak lain sebagai tanda empati dan peduli. Anak sering tidak sabar untuk menunggu giliran dan sering menentang dengan berteriak. Anak juga sering melihat dan menirukan permainan anak lain tetapi jarang mau bergabung serta sering membuat perintah kepada orang dewasa. Sementara pada usia 3 tahun, anak akan mengerti bertukar giliran dan akan ikut bergabung dalam permainan bersama teman. Anak juga menunjukkan kasih sayang kepada anak lain yang lebih kecil atau yang terluka. Jika anak tidak bisa melakukan tugas perkembangan sesuai usianya berarti anak tersebut mengalami keterlambatan perkembangan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya keterlambatan perkembangan personal sosial (Wiyani, 2014) yaitu: rasa takut anak,

rasa cemas anak, rendah diri, pemalu dan ketidakpatuhan. Rasa takut anak umumnya karena gelap, takut binatang seperti anjing, takut petir, hantu dan lainnya. Hal ini wajar akan tetapi jika rasa takut itu sudah berlebihan, maka akan menimbulkan masalah sosial pada anak. Selain itu, rasa cemas yang anak hadapi akan lingkungan sekitar yang terlalu banyak mengkritik, sikap perfeksionis orang tua dan sikap bebas orang tua. Hal tersebut berdampak terhadap perkembangan personal sosial anak. Rendah diri dapat timbul karena bentuk tubuh yang kecil atau cacat sehingga minder dan tidak mau bergaul. Sikap anak yang pemalu karena sering diejek atau faktor ekonomi orang tua juga bisa berpengaruh ke perkembangan personal sosial anak. Ketidakpatuhan anak dikarenakan orang tua kurang disiplin atau disiplinnya sangat keras sehingga membuat perkembangan anak juga terganggu.

#### 4) Perkembangan Bahasa

Kemampuan bahasa merupakan kemampuan untuk memberikan respon terhadap suara, berbicara, berkomunikasi, mengikuti perintah dan sebagainya (Depkes RI, 2006). Perkembangan bahasa anak usia 1 – 3 tahun pada umumnya menurut Allen & Marotz (2010): Pada usia 1 tahun, anak sudah menggunakan satu kata seperti aku, mama, papa, serta berkata sederhana seperti mana papa cangkirnya. Anak memahami bagian tubuhnya seperti hidung, telinga, dan kaki. Anak juga mulai merespon pertanyaan dengan menjawab iya atau tidak. Pada usia 2 tahun, anak lebih menguasai kosa kata. Anak juga sering bertanya tentang sesuatu yang dilihatnya. Anak mulai mengatakan kalimat bukan jawaban tidak tetapi misalnya tidak mau susu lagi. Sementara itu, pada usia 3 tahun, anak akan lebih menguasai banyak kosa kata. Anak bernyanyi dan berkomentar tentang apa yang dilihatnya. Anak selalu bertanya dan membuat percakapan berlanjut terus serta menarik perhatian orang lain terhadap dirinya. Pada anak yang tidak mencapai tugas perkembangan di atas sesuai usianya, maka

dapat diartikan anak tersebut mengalami keterlambatan perkembangan bahasa.

Menurut Wiyani (2014), hal ini terjadi karena beberapa faktor antara lain: faktor kesehatan, intelegensi, status sosial ekonomi keluarga, jenis kelamin dan hubungan keluarga. Faktor kesehatan anak pada tahun pertama sangat penting. Anak yang sering sakit-sakitan akan memperbesar kemungkinan untuk terjadinya keterlambatan bahasa. Orang tua dapat mencegahnya dengan pemberian ASI dan makanan bergizi serta rutin memeriksakan anak ke dokter. Tingkat intelegensi akan mempengaruhi perkembangan bahasa jika intelegensinya normal atau di atas normal maka umumnya perkembangan bahasanya cepat. Status sosial ekonomi keluarga yang miskin lebih banyak menunjukkan keterlambatan perkembangan bahasa karena perbedaan kecerdasan dan kesempatan belajar. Jenis kelamin pun mempengaruhi perkembangan bahasa biasanya anak perempuan lebih cepat perkembangan bahasanya dibandingkan anak laki-laki. Selain itu, hubungan keluarga seperti sikap orang tua mudah marah, suka membentak-bentak, kurang perhatian dan kurang memberikan kesempatan anak untuk belajar juga akan mempengaruhi perkembangan.

##### 5) Perkembangan Kognitif

Piaget membagi perkembangan kognitif ke dalam empat tahap yaitu: tahap sensori-motorik (0 - 2 tahun), tahap pra operasional (2 – 6 tahun), tahap operasional konkret (7 – 11 tahun), dan tahap operasional formal (11 – 15 tahun). Dalam setiap tahapan mempunyai karakteristik yang berbeda. Pada tahap sensori-motorik merupakan tahap awal anak mulai berinteraksi dengan lingkungan menggunakan gerak reflek. Selanjutnya pada tahap pra operasional, anak mulai menggunakan bahasa yang sistematis dan berpikir egosentris. Kemudian pada tahap operasional konkret, egosentris berkurang dan memiliki kemampuan

problem solving secara logis serta mengerti konsep reversibility. Pada tahap operasional formal, seseorang akan memiliki kemampuan berfikir abstrak, mampu memahami cara berpikir ilmiah, mulai berpikir tentang identitas diri dan tertarik dengan isu-isu sosial.

Menurut Allen & Marotz (2010), tahap perkembangan kognitif pada anak usia 1 – 3 tahun yang sesuai usianya adalah seperti berikut ini: Pada usia 1 tahun, anak akan senang dengan menyembunyikan benda, senang melihat buku gambar. Anak tidak sering lagi memasukkan benda ke mulutnya. Anak juga bisa menyebutkan nama - nama benda sehari - hari. Pada usia 2 tahun, anak akan cenderung memberikan perintah atau arahan. Anak akan menatap dalam jangka waktu panjang terhadap sesuatu yang terlihat menarik. Anak juga akan mengenali dan mengekspresikan rasa sakit serta menunjukkan bagian yang sakit. Sementara itu, pada anak usia 3 tahun, anak akan mulai mendengarkan penuh perhatian pada cerita yang dibacakan untuknya dan berkomentar tentang cerita. Anak bisa menyebutkan segitiga, lingkaran, kotak dan dapat menunjukkan bentuk yang diminta. Anak juga bisa mengelompokkan jenis mainan sesuai ukuran, warna dan menghitung jumlahnya dengan suara yang keras

Anak yang mengalami keterlambatan perkembangan kognitif bisa dikarenakan beberapa faktor seperti faktor internal dan eksternal (Wiyani, 2014). Faktor internal meliputi faktor bawaan, faktor kematangan dan faktor minat dan bakat. Faktor bawaan adalah genetik dari bapak ibunya akan mempengaruhi perkembangan anak sejak anak itu lahir. Faktor kematangan organ saat anak lahir belum pada saat usianya seperti prematur atau berat badan lahir rendah. Faktor minat dan bakat anak harus diiringi dengan stimulus dari orang tua sehingga dapat mengoptimalkan perkembangannya. Selain faktor internal, faktor eksternal juga dapat mempengaruhi perkembangan kognitif anak meliputi faktor lingkungan, faktor pembentukan, dan faktor kebebasan.

Faktor lingkungan berpengaruh karena dari lingkungan pengetahuan dan pengalaman diperoleh. Faktor pembentukan seperti sekolah juga berpengaruh terhadap perkembangan anak. Faktor kebebasan anak yang dibatasi seperti dalam menyelesaikan sesuatu hal dengan caranya sendiri tetapi orang tua melarang. Hal ini juga menghambat perkembangan kognitif anak.

### 3. Konsep DDST

#### a. Pengertian

*Denver Developmental Screening Test* (DDST) adalah sebuah metode pengkajian yang digunakan secara luas untuk menilai kemajuan perkembangan anak usia 0-6 tahun. Nama “*Denver*” menunjukkan bahwa uji skrining ini dibuat di *University of Colorado Medical Center* di Denver.

Selain DDST, sebenarnya ada sejumlah pengkajian perilaku lainnya untuk bayi dan anak usia dini, diantaranya:

- 1) *Neonatal Behavioral Assessment Scale* (NBAS), yang disusun oleh ahli pediatri Harvard, T. Berry Brazleton dan lebih dikenal sebagai “*The Brazleton*”;
- 2) *Early Language Milestone* (ELM) *Scale* untuk anak usia 0-3 tahun;
- 3) *Clinical Adaptive Test* (CAT) dan *Clinical Linguistic and Auditory Milestone Scale* (CLAMS) untuk anak usia 0-3 tahun;
- 4) *Infant Monitoring System* untuk anak usia 4-36 bulan;
- 5) *Early Screening Inventory* untuk usia 3-6 tahun; dan
- 6) *Peabody Picture Vocabulary Test* (“*The Peabody*”) untuk anak usia 2,5 sampai 4 tahun.

DDST yang umumnya dikenal dengan “*Denver Scale*” – adalah tes skrining untuk masalah kognitif dan perilaku pada anak prasekolah. Tes ini dikembangkan oleh William K. Frankenburg (yang mengenalkan pertama kali) dan J.B Dodds pada tahun 1967. DDST dipublikasikan oleh *Denver Developmental Materials, Inc.*, di Denver, Colorado. DDSR

merefleksikan persentase kelompok anak usia tertentu yang dapat menampilkan tugas perkembangan tertentu. Tes ini dapat dilakukan oleh dokter spesialis anak, tenaga profesional kesehatan lainnya, atau tenaga profesional dalam layanan sosial.

Dalam perkembangannya, DDST mengalami beberapa kali revisi. Revisi terakhir adalah Denver II yang merupakan hasil revisi dan standardisasi dari DDST dan DDSR-R (*Revised Denver Developmental Screening Test*). Perbedaan Denver II dengan skrining terdahulu terletak pada item-item test, bentuk, interpretasi, dan rujukan.

Pembahasan mengenai DDST dalam sejarahnya tidak terlepas dari *Denver Developmental Materials*. *Denver Developmental Materials* bermanfaat bagi petugas kesehatan yang memberi perawatan langsung pada anak. Dengan prosedur yang sederhana dan cepat, metode ini dapat digunakan oleh tenaga profesional maupun paraprofesional. Prosedur tersebut dirancang untuk menilai perkembangan anak yang optimal sejak lahir hingga usia 6 tahun melalui panduan dan identifikasi yang memerlukan evaluasi tambahan. Materi pokok, yakni PDQ II, *aparent answered questionnaire*, dan The Denver II, merupakan program surveilans perkembangan yang tepat untuk situasi ketika waktu yang tersedia sempit.

b. Manfaat DDST

Penyimpangan perkembangan pada bayi dan anak usia dini sering kali sulit dideteksi dengan pemeriksaan fisik rutin. DDST dikembangkan untuk membantu petugas kesehatan dalam mendeteksi masalah perkembangan anak seusia dini.

Menurut studi yang dilakukan oleh *The Public Health Agency of Canada*, DDST adalah metode tes yang paling banyak digunakan untuk skrining masalah perkembangan anak. Tes ini bermanfaat dalam mendeteksi masalah perkembangan yang berat. Akan tetapi, DDST telah dikritik tidak reliabel dalam memprediksikan masalah-masalah

yang kurang berat dan spesifik. Kritik ini juga dilontarkan terhadap versi DDST yang telah direvisi, yaitu Denver II. Terhadap kritik tersebut Frankenburg menjelaskan bahwa tujuan pokok dari DDST bukan untuk menetapkan diagnosis akhir, melainkan sebagai metode cepat untuk mengidentifikasi anak-anak yang memerlukan evaluasi lebih lanjut.

Manfaat pengkajian perkembangan dengan menggunakan DDST bergantung pada usia anak. Pada bayi lahir, tes ini dapat mendeteksi berbagai masalah neurologis, salah satunya serebral palsy. Pada bayi, tes ini sering kali dapat memberikan jaminan kepada orang tua atau bermanfaat dalam mengidentifikasi berbagai problem dini yang mengancam mereka. Pada anak, tes ini dapat membantu meringankan permasalahan akademik dan sosial.

Denver II dapat digunakan untuk berbagai tujuan, antara lain:

- 1) Menilai tingkat perkembangan anak sesuai dengan usianya.
- 2) Menilai tingkat perkembangan anak yang tampak sehat.
- 3) Menilai tingkat perkembangan anak yang tidak menunjukkan gejala kemungkinan adanya kelainan perkembangan.
- 4) Memastikan anak yang diduga mengalami kelainan perkembangan.
- 5) Memantau anak yang berisiko mengalami kelainan perkembangan.

c. Pengukuran DDST

Sebelum menerapkan DDST, terlebih dahulu kita harus memahami apa yang hendak diukur melalui tes tersebut. Agar tidak terjadi kesalahan pemahaman, ada beberapa hal yang perlu kita perhatikan berkaitan Denver II.

- 1) Denver II bukan merupakan tes IQ dan bukan alat peramal kemampuan adaptif atau intelektual (perkembangan) pada masa yang akan datang.
- 2) Denver II tidak digunakan untuk menetapkan diagnosis, seperti kesukaran belajar, gangguan bahasa, gangguan emosional, dan sebagainya.

3) Denver II diarahkan untuk membandingkan kemampuan perkembangan anak dengan anak lain yang seusia, bukan sebagai pengganti evaluasi diagnostik atau pemeriksaan fisik.

Seperti telah dijelaskan sebelumnya, tujuan pokok DDST bukan untuk menetapkan diagnosis akhir gangguan perkembangan anak, melainkan sebagai metode cepat untuk mengidentifikasi anak-anak yang memerlukan evaluasi lebih lanjut terkait perkembangan mereka. Dengan demikian, tes ini tidak memiliki kriteria kesimpulan hasil perkembangan anak “abnormal”, yang ada hanyalah “normal”, “tersangka” dan “tak dapat diuji”. Uraian lengkap mengenai kriteria hasil tes ini dijelaskan pada bagian tersendiri.

Denver II terdiri atas 125 item tugas perkembangan yang sesuai dengan usia anak, mulai dari usia 0-6 tahun. Item-item tersebut tersusun dalam formulir khusus dan terbagi menjadi 4 sektor, yaitu:

- 1) Sektor Personal-Sosial, yaitu penyesuaian diri di masyarakat dan kebutuhan pribadi.
- 2) Sektor Motorik Halus-Adaptif, yaitu koordinasi mata-tangan, kemampuan memainkan dan menggunakan benda-benda kecil, serta pemecahan masalah.
- 3) Sektor Bahasa, yaitu mendengar, mengerti, dan menggunakan bahasa.
- 4) Sektor Motorik Kasar, yaitu duduk, berjalan, dan melakukan gerakan umum otot besar lainnya.

Setelah menyelesaikan tes Denver II, kita perlu melakukan tes perilaku untuk:

- 1) Membantu pemeriksa menilai seluruh perilaku anak secara subjektif, dan
- 2) Memperoleh taksiran kasar bagaimana seorang anak menggunakan kemampuannya.

d. Pelaksanaan Tes

Dalam melaksanakan tes perkembangan anak dengan menggunakan Denver II, kita perlu melakukan langkah-langkah persiapan, diantaranya persiapan alat tes, formulir Denver II, pedoman pelaksanaan pengujian, baru dilanjutkan dengan penghitungan usia anak, dan terakhir pelaksanaan tes sesuai dengan usia anak.

Peralatan yang digunakan

Alat-alat pokok yang dibutuhkan dalam penerapan Denver II antara lain:

- 1) Benang wol merah
- 2) Icik-icik dengan gagang kecil
- 3) Boneka kecil dengan botol susu
- 4) Cangkir kecil dengan pegangan
- 5) Kubus (dengan rusuk 2,5 cm) berjumlah 8 buah, berwarna merah, biru, kuning, dan hijau masing-masing 2 buah.
- 6) Botol kecil berwarna bening dengan tutup berdiameter 2 cm
- 7) Manik-manik (dalam penerapannya, ada yang mengganti manik-manik dengan kismis atas pertimbangan tertentu)
- 8) Lonceng kecil
- 9) Bola tenis

e. Detail Formulir DDST

Formulir Denver II berupa selembur kertas yang berisikan 125 tugas perkembangan menurut usia pada halaman depan dan pedoman tes untuk item-item tertentu pada halaman belakang.

Pada baris horizontal teratas dan terbawah, terdapat skala usia dalam bulan dan tahun yang dimulai dari anak lahir hingga 6 tahun. Pada usia 0-24 bulan, jarak 2 tanda (garis tegak kecil) adalah 1 bulan. Setelah usia 24 bulan, jarak antara 2 tanda adalah 3 bulan.

f. Cara Menghitung Usia Anak

Telah disebutkan di awal bahwa penerapan DDST ditujukan untuk menilai perkembangan anak berdasarkan usianya. Dengan demikian,

sebelum melakukan tes ini, terlebih dahulu kita harus mengetahui usia anak tersebut. Untuk menghitung usia anak, kita dapat mengikuti langkah-langkah berikut :

- 1) Tulis tanggal, bulan, dan tahun dilaksanakannya tes.
- 2) Kurangi dengan cara bersusun dengan tanggal, bulan, dan tahun kelahiran anak.
- 3) Jika jumlah hari yang dikurangi lebih besar, ambil jumlah hari yang sesuai dari angka bulan di depannya (mis., Agustus: 31 hari, September: 30 hari)
- 4) Hasilnya adalah usia anak dalam tahun, bulan dan hari
- 5) Ubah usia anak ke dalam satuan bulan jika perlu.
- 6) Jika pada saat pemeriksaan usia anak di bawah 2 tahun, anak lahir kurang 2 minggu, atau lebih dari HPL, lakukan penyesuaian prematuritas dengan cara mengurangi umur anak dengan jumlah minggu tersebut

g. Pelaksanaan Tes

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan tes adalah sebagai berikut:

- 1) Semua item harus disajikan sesuai dengan pelaksanaan tes yang telah terstandarisasi (sesuai pedoman pelaksanaan tes per item).
- 2) Perlu kerja sama aktif dari anak sebab anak harus merasa tenang, aman, senang, sehat (tidak lapar, tidak mengantuk, tidak haus, dan tidak rewel).
- 3) Harus terbina kerja sama yang baik antara kedua belah pihak. Caranya adalah dengan berkenalan terlebih dulu dengan orang tua, baru kemudian mendekati anak agar ia merasa lebih nyaman dengan kehadiran orang tua baru.
- 4) Tersedia ruangan cukup yang luas, ventilasi baik, dan berikan kesan yang santai dan menyenangkan.

- 5) Orang tua harus diberitahu bahwa tes ini bukan tes kepandaian/IQ melainkan tes untuk melihat perkembangan anak secara keseluruhan. Beritahukan bahwa anak tidak selalu dapat melaksanakan semua tugas yang diberikan.
- 6) Item-item tes sebaiknya disajikan secara fleksibel. Akan tetapi, lebih dianjurkan mengikuti petunjuk berikut.
  - a) Item yang kurang memerlukan keaktifan anak sebaiknya didahulukan, misalnya sektor personal-sosial, baru kemudian dilanjutkan dengan sector motorik halus-adaptif.
  - b) Item yang lebih mudah didahulukan. Berikan pujian pada anak jika ia dapat menyelesaikan tugas dengan baik, juga saat ia mampu menyelesaikannya tetapi kurang tepat. Ini ditujukan agar anak tidak segan untuk menjalani tes berikutnya.
  - c) Item dengan alat yang sama sebaiknya dilakukan secara berurutan agar penggunaan waktu menjadi lebih efisien.
  - d) Hanya alat-alat yang akan digunakan saja yang diletakkan di atas meja.
  - e) Pelaksanaan tes untuk semua sector dimulai dari item yang terletak di sebelah kiri garis umur, lalu dilanjutkan ke item di sebelah kanan garis umur.
- 7) Jumlah item yang dinilai bergantung pada lama waktu yang tersedia, yang terpenting pelaksanaannya mengacu pada tujuan tes, yaitu mengidentifikasi perkembangan anak dan menentukan kemampuan anak yang relatif lebih tinggi. Upaya identifikasi perkembangan dilakukan jika anak berisiko mengalami kelainan perkembangan. Ini dilakukan melalui langkah – langkah berikut. *Pertama*, pada setiap sektor, tes dilakukan sedikitnya pada 3 item terdekat di sebelah kiri garis usia, juga pada semua item yang dilalui oleh garis usia. *Kedua*, bila anak tidak mampu melakukan salah satu item (Gagal, Menolak, Tak ada kesempatan),

item tambahan dimasukkan ke sebelah kiri garis usia (dalam sektor yang sama) sampai anak dapat Lulus/Lewat dari 3 item secara berturut-turut. Untuk menentukan kemampuan anak yang relative tinggi, dapat dilakukan langkah langkah berikut. *Pertama*, pada setiap sektor, lakukan tes minimal pada 3 item terdekat di sebelah kiri garis usia dengan melakukan tes pada setiap item di sebelah kanan garis usia hingga akhirnya didapat gagal tiga kali berturut-turut.

h. Penilaian Tes Perilaku

Penilaian perilaku dilakukan setelah tes selesai. Dengan menggunakan skala pada lembar tes, penilaian ini dapat membandingkan perilaku anak selama tes dengan perilaku sebelumnya. Kita boleh menanyakan kepada orang tua atau pengasuh apakah perilaku anak selama tes dengan perilaku sebelumnya. Kita boleh menanyakan kepada orang tua atau pengasuh apakah perilaku anak sehari-hari sama dengan perilakunya saat itu. Terkadang anak tengah dalam kondisi sakit, atau marah sewaktu menjalani pemeriksaan tersebut. Jika demikian, tes dapat ditunda dan dilanjutkan pada hari lain saat anak telah kooperatif.

i. Pemberian Skor untuk Setiap Item

Pada setiap item, kita perlu mencantumkan skor di area kotak yang berwarna putih (dekat tanda 50%), dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1) L = Lulus/Lewat (P = *Pass*). Anak dapat melakukan item dengan baik atau orang tua/pengasuh melakukan item dengan baik atau orang tua/pengasuh melaporkan secara terpercaya bahwa anak dapat menyelesaikan item tersebut (item yang bertanda L).
- 2) G = Gagal (F = *Fail*). Anak tidak dapat melakukan item dengan baik atau orang tua/pengasuh melaporkan secara terpercaya bahwa anak tidak dapat melakukan item tersebut (item yang bertanda L).

- 3) M = Menolak (R = *Refusal*). Anak menolak untuk melakukan tes untuk item tersebut. Penolakan dapat dikurangi dengan mengatakan kepada anak apa yang harus dilakukannya (khusus item tanpa tanda L).
- 4) Tak = Tak ada kesempatan (No= No *Opportunity*). Anak tidak mempunyai kesempatan untuk melakukan item karena ada hambatan (khusus item yang bertanda L).

j. Interpretasi Hasil

Interpretasi hasil untuk tes ini terdiri atas dua tahap, yaitu penilaian per item dan penilaian tes secara keseluruhan.

k. Penilaian per item

Ilustrasi untuk penilaian per item dapat terdiri dari beberapa katgori:

- 1) Penilaian L item “Lebih” (*Advance*). Nilai lebih tidak perlu diperhatikan dalam penilaian tes secara keseluruhan (karena biasanya hanya dapat dilakukan oleh anak yang lebih tua).
- 2) Penilaian item “OK” atau normal. Nilai ini tidak perlu diperhatikan dalam penilaian tes secara keseluruhan. Nilai “OK” dapat diberikan pada anak dalam kondisi berikut.
  - a) Anak “Gagal” (G) atau “Menolak” (M) melakukan tugas untuk item di sebelah kanan garis usia. Kondisi ini wajar, karena item di sebelah kanan garis usia pada dasarnya merupakan tugas untuk anak yang lebih tua. Dengan demikian, tidak menjadi masalah jika anak gagal untuk menolak melakukan tugas tersebut karena masih banyak kesempatan bagi anak untuk melakukan tugas tersebut jika usianya sudah mencukupi.
  - b) Anak “Lulus/Lewat” (L), “Gagal” (G), atau “Menolak” (M) melakukan tugas untuk item di daerah putih kotak (daerah 25%-75%). Jika anak lulus, sudah tentu hal ini dianggap normal, sebab tugas tersebut memang ditujukan untuk anak di usia tersebut. Lalu, mengapa saat anak gagal atau menolak

melakukan tugas masih kita simpulkan OK? Perlu kita ketahui, daerah putih pada kotak menandakan bahwa sebanyak 25%-75% anak di usia tersebut mampu (Lulus) melakukan tugas tersebut. Dengan kata lain, masih ada sebagian anak di usia tersebut yang belum berhasil melakukannya. Jadi, jika anak gagal atau menolak melakukan tugas pada daerah itu, hal ini masih dianggap wajar, dan anak masih memiliki kesempatan untuk melakukannya pada tes yang akan datang.

- 3) Penilaian item P= “Peringatan” (*C= Caution*). Nilai “Peringatan” diberikan jika anak “Gagal” (G) atau “Menolak” (M) melakukan tugas untuk item yang dilalui oleh garis usia pada daerah gelap kotak (daerah 75% - 90%). Hal ini karena hasil riset menunjukkan bahwa sebanyak 75% - 90% anak di usia tersebut sudah berhasil (Lulus) melakukan tugas tersebut. Dengan kata lain, mayoritas anak sudah bisa melaksanakan tugas dengan baik. Dengan demikian, jika ada anak yang ternyata belum lulus atau menolak melakukan tugas tersebut, berarti anak tersebut masuk ke dalam kelompok minoritas (y.i., 10% - 25% anak yang belum berhasil melakukannya). Perlu diperhatikan, meskipun dalam hal ini anak masih berada dalam kelompok usianya – anak tersebut tetap memerlukan perhatian yang lebih mengingat mayoritas teman sebayanya sudah berhasil. Oleh karena itu, anak tersebut mendapatkan hasil penilaian P (peringatan). Huruf P di tulis di sebelah kanan item dengan hasil penilaian “Peringatan”. Peringatan sendiri terdiri atas dua macam. *Pertama*, peringatan karena anak mengalami kegagalan (G). Peringatan jenis ini memungkinkan anak mendapat interpretasi penilaian akhir “Suspek”. *Kedua*, peringatan karena anak menolak melaksanakan tugas (M). Peringatan jenis ini memungkinkan anak mendapat interpretasi penilaian akhir “Tak dapat diuji”.

4) Penilaian item T= “Terlambat” (*D = Delayed*). Nilai “Terlambat” diberikan jika anak “Gagal” (G) atau “Menolak” (M) melakukan tugas untuk item di sebelah kiri garis usia sebab tugas tersebut memang ditujukan untuk anak yang lebih muda. Seorang akan seharusnya mampu melakukan tugas untuk kelompok usia yang lebih muda, yang tentunya berupa tugas-tugas yang lebih ringan. Jika, tugas untuk anak yang lebih muda tidak dapat dilakukan atau ditolak, anak tentu akan mendapatkan penilaian T (terlambat). Huruf T ditulis di sebelah kanan item dengan hasil penilaian “Terlambat”. Perlu diperhatikan bahwa ada dua macam T. *Pertama*, terlambat karena anak mengalami kegagalan (G). T jenis ini memungkinkan anak mendapat interpretasi penilaian akhir “Suspek”. *Kedua*, terlambat karena anak menolak melaksanakan tugas (M). T jenis ini memungkinkan anak mendapat interpretasi penilaian akhir “Tak dapat diuji”.

5) Penilaian item “Tak ada kesempatan” (*No Opportunity*). Nilai “Tak” ini tidak perlu diperhatikan dalam penilaian tes secara keseluruhan. Nilai “Tak ada kesempatan” diberikan jika anak mendapat skor “Tak” atau tidak ada kesempatan untuk mencoba atau melakukan tes.

#### 1. Penilaian Keseluruhan Tes

Hasil interpretasi untuk keseluruhan tes dikategorikan menjadi 3 yaitu, “Normal”, “Suspek”, dan “Tak dapat diuji”. Penjelasan mengenai ketiga kategori tersebut adalah sebagai berikut.

##### 1) Normal.

Intrpretasi NORMAL diberikan jika tidak ada skor “Terlambat” (0 T) dan/atau maksimal 1 “Peringatan” (1 P). jika hasil ini didapat, lakukan pemeriksaan ulang pada kunjungan berikutnya.

##### 2) Suspek.

Interpretasi SUSPEK diberikan jika terdapat satu atau lebih skor “Terlambat” (1 T) dan/atau dua atau lebih oleh kegagalan (G), bukan oleh penolakan (M). jika hasil ini didapat, lakukan uji ulang dalam 1-2 minggu mendatang untuk menghilangkan faktor-faktor sesaat, seperti rasa takut, sakit, atau kelelahan.

3) Tidak dapat diuji.

Interpretasi TIDAK DAPAT DIUJI diberikan jika terdapat satu atau lebih skor “Terlambat” (1 T) dan/atau dua atau lebih “Peringatan” (2 P). Ingat, dalam hal ini, T dan P harus disebabkan oleh penolakan (M), bukan oleh kegagalan (G). jika hasil ini didapat, lakukan uji ulang dalam 1-2 minggu mendatang. *Catatan:* Jika hasil tes berulang kali menunjukkan SUSPEK atau TIDAK DAPAT DIUJI, anak perlu menjalani sesi konsultasi dengan seorang ahli guna menentukan keadaan klinis anak berdasarkan:

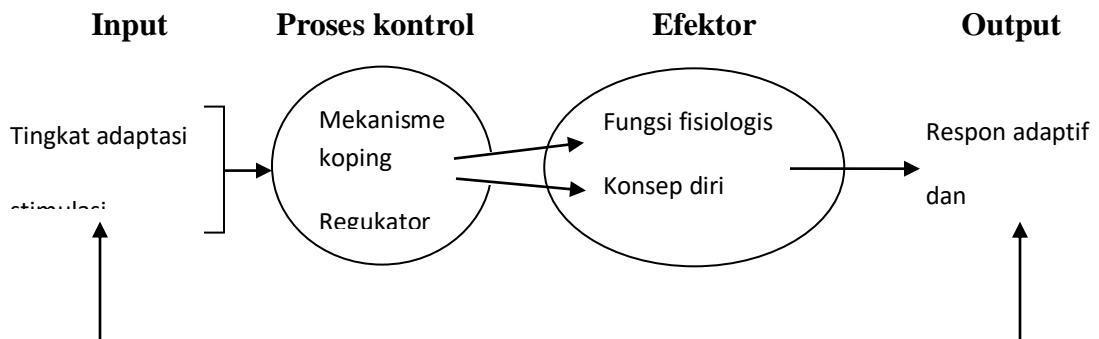
- a) Profil hasil tes (item yang mendapat nilai “Peringatan” atau “Terlambat”);
- b) Jumlah “Peringatan” dan “Terlambat”;
- c) Perhatikan klinis lainnya (riwayat klinis, pemeriksaan kesehatan).

## **B. Model Keperawatan**

Interaksi sosial pada anak usia toddler dapat dikembangkan dengan pembentukan konsep diri yang merupakan salah satu cara untuk mempertahankan adaptasi anak dengan lingkungannya. Teori yang menjelaskan tentang pertahanan adaptasi dipopulerkan oleh Callista Roy pada tahun 1960. Roy mengembangkan model konseptual keperawatan dalam buku yang berjudul *Introduction to Nursing: An Adaptation Model* dengan konsep utama mode adaptif. Roy melalui teorinya memandang manusia sebagai sistem terbuka. Sistem terbuka yang dimaksud adalah manusia khususnya anak usai toddler

terus menerus mendapatkan stimulus regulator ataupun stimulus kognator. Stimulus regulator merupakan stimulus secara biologis yang terjadi di dalam diri manusia. Stimulus kognator merupakan stimulus yang berhubungan dengan psikologis, sosial, fisik dan fisiologis yang menyebabkan terjadinya proses koping yang berhubungan dengan emosi dan persepsi.

Roy mengungkapkan suatu mekanisme koping di dalam diri manusia yang diwujudkan dalam bentuk perilaku koping untuk mengatasi stimulus (stress). Perilaku koping ini disebut dengan mode adaptif. Mode adaptif ini dapat mengarah pada perilaku koping yang positif maupun yang negatif. Mode adaptif terdiri dari empat komponen, yaitu: kebutuhan fisiologis; konsep diri; fungsi peran; dan interdependensi. Konsep diri yang dijelaskan oleh Roy merujuk pada kebutuhan integritas mental dengan cara berinteraksi dengan diri sendiri dan orang lain. Interaksi dengan diri sendiri yang merupakan dasar perilaku koping meliputi: *physical self* dan *personal self*. *Physical self* terdiri dari sensasi diri dan gambaran diri. *Personal self* terdiri dari konsistensi diri, ideal diri, serta moral etik dan spiritual. Konsep diri berdasarkan teori Roy merupakan keadaan emosi tertentu yang dialami oleh anak usia toddler yang meliputi semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian individu tentang dirinya sendiri secara utuh baik dari segi fisik, emosional, intelektual, sosial, dan spiritual yang dikembangkan melalui proses yang sangat kompleks dan melibatkan banyak hal, salah satunya adalah hubungan dengan diri sendiri dan orang lain. Hal yang terpenting dari penerapan teori Roy terhadap anak usia toddler adalah bagaimana cara memandirikan anak tersebut yang semula bergantung pada orang tua dan menjadi mandiri pada akhirnya.

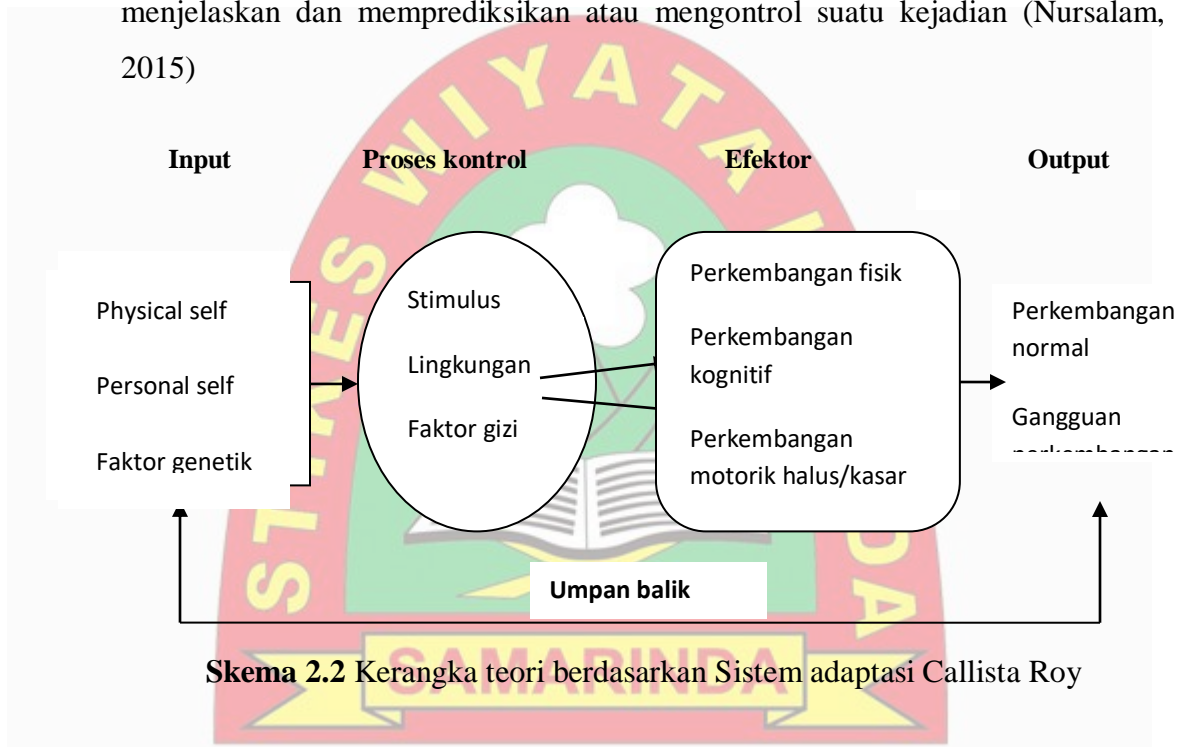


## Umpan balik

### Skema 2.1 Manusia Sebagai Sistem Adaptif (Aligood, 2017)

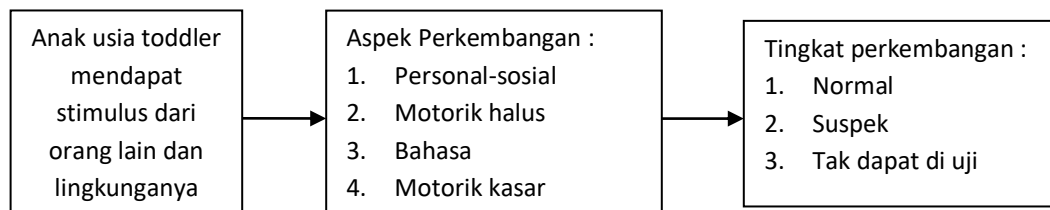
#### C. Kerangka Teori

Kerangka teoritis terdiri dari kesatuan pengertian konsep dari pernyataan yang menyajikan suatu fenomena yang dapat diperlukan untuk menjabarkan, menjelaskan dan memprediksikan atau mengontrol suatu kejadian (Nursalam, 2015)



#### D. Kerangka Konsep

Kerangka Konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2010).



## Skema 2.3 Kerangka Konsep Penelitian



### A. Desain penelitian

Desain penelitian merupakan suatu strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan dan berperan sebagai pedoman atau penuntun peneliti pada seluruh proses penelitian (Nursalam, 2015). Jenis penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif yang bersifat studi deskriptif yaitu merupakan metode penelitian yang menggambarkan objek atau subjek yang diteliti sesuai karakteristik objek yang diteliti secara tepat (Sugiyono, 2012). Sedangkan pendekatan yang digunakan adalah cross sectional yaitu suatu penelitian yang menekankan pada pengukuran atau observasi data pada satu waktu.

### B. Populasi dan Sampel

#### 1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk

dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2012). Populasi dalam penelitian ini adalah jumlah kunjungan anak usia toddler terbanyak yang ada di 5 Posyandu di wilayah Puskesmas Kampung Baqa Samarinda sebanyak 342 anak

## 2. Sampel penelitian

Sampel adalah bagian atau jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2012). Sampel dalam penelitian ini adalah di hitung dengan menggunakan rumus slovin:

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

Keterangan :

$n$  = besar sampel

$N$  = besar populasi

$e$  = tingkat kesalahan (10%)

Dari data yang diperoleh anak usia toddler terbanyak yang ada di 5 Posyandu di wilayah Puskesmas Baqa Samarinda sebanyak 342 jumlah anak.

Sesuai rumus diatas dapat dihitung sampel sebagai berikut

$$\begin{aligned} n &= \frac{342}{1 + 342 (0,10)^2} \\ &= \frac{342}{1 + 342 (0,01)} \\ &= \frac{342}{4,42} \\ &= 77,37 \approx 78 \end{aligned}$$

Dari perhitungan rumus di dapatkan jumlah sampel sebanyak 78 anak. Setelah di dapatkan jumlah sampel kemudian jumlah sampel di setiap kelas di bagi setiap proporsinya agar dapat mewakili setiap kelas sebagai berikut :

$$n = \frac{\text{Populasi Kelas}}{\text{Jumlah Populasi Keseluruhan}} \times \text{Jumlah Sampel}$$

**Tabel 3.1.**Populasi dan sampel

No.	Usia	Populasi	Sampel
1.	1 tahun	111	25
2.	2 tahun	118	27

3.	3 tahun	113	26
<b>Jumlah</b>		342	78

Dalam penelitian keperawatan, kriteria sampel, dalam penelitian ini peneliti membuat kriteria bagi sampel yang diambil berdasarkan pada kriteria inklusi, yaitu karakteristik sampel yang dapat dimasukkan atau layak untuk diteliti.

a. Kriteria inklusi

Adalah syarat-syarat seseorang yang masuk dalam penelitian (Dahlan, 2014). Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah anak-anak yang hadir di Puskesmas dan Posyandu, dalam rentang usia toddler (1-3 tahun), orang tua bersedia dan anak dalam keadaan sehat jasmani.

b. Kriteria eksklusi

adalah syarat-syarat seseorang yang sudah masuk dalam kriteria penelitian, tetapi harus dikeluarkan dari penelitian (Dahlan, 2014). Adapun kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Anak yang hadir di posyandu dan berumur lebih dari 3 tahun
- 2) Anak yang tidak hadir saat posyandu
- 3) Anak yang tidak kooperatif

Teknik pengambilan Sampel merupakan cara-cara tertentu yang digunakan dalam penelitian untuk mendapatkan sampel atau subjek penelitian yang mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2012). Dalam penelitian ini teknik sampling yang digunakan adalah dengan cara teknik *accidental sampling*. *Accidental sampling* yaitu pengambilan sampel secara aksidental (*accidental*) dengan mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada atau tersedia di suatu tempat sesuai dengan konteks penelitian (Notoatmodjo, 2012). Sehingga dalam teknik sampling di sini peneliti mengambil responden pada saat itu juga di Posyandu Baqa Samarinda. Setelah mendapatkan data jumlah responden yang ada, peneliti ke tempat penelitian untuk menentukan sampel sesuai kriteria yang ada. Sampel yang di ambil adalah responden yang saat itu juga datang berkunjung ke posyandu terkait.

### C. Variabel penelitian

Variabel adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk di pelajari sehingga di peroleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiono, 2007). Penelitian ini menggunakan variabel tunggal. Variable tunggal adalah himpunan sejumlah gejala yang memiliki berbagai aspek atau kondisi di dalamnya yang berfungsi mendominasi dalam kondisi atau masalah tanpa dihubungkan dengan lainnya (Sugiyono, 2013). Variabel dalam penelitian ini adalah perkembangan pada anak toddler dengan metode DDST II yang meliputi adaptasi personal-sosial, motorik halus, bahasa dan motorik kasar.

#### D. Definisi operasional

Definisi operasional berfungsi untuk membatasi ruang lingkup atau pengertian variabel yang diamati, serta bermanfaat untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2012). Untuk mendapatkan kesamaan pengertian dalam penelitian ini, maka dijabarkan beberapa istilah ke dalam definisi operasional sebagai berikut :

**Tabel 3.2.** Definisi operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
1	Perkembangan	Perubahan atau <i>diferensiasi</i> sel menuju keadaan yang lebih dewasa	Lembar observasi Denver II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal</li> <li>• Suspek</li> <li>• Tak dapat di uji</li> </ul>	Ordinal
2	Personal sosial	Perilaku sosial (personal sosial) merupakan salah satu kategori perkembangan anak toddler yang berhubungan dengan kemampuan mandiri seperti memakai baju sendiri, pergi ke toilet sendiri, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya	Lembar observasi Denver II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Advance atau lebih</li> <li>• Normal</li> <li>• Caution atau peringatan</li> <li>• Delay atau terlambat</li> <li>• No opportunity atau tak ada kesempatan</li> </ul>	Ordinal

3	Motorik halus	Motorik halus adalah kemampuan yang berhubungan dengan keterampilan fisik yang melibatkan otot kecil dan koordinasi mata-tangan.	Lembar observasi Denver II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Advance atau lebih</li> <li>• Normal</li> <li>• Caution atau peringatan</li> <li>• Delay atau terlambat</li> <li>• No opportunity atau tak ada kesempatan</li> </ul>	Ordinal
4	Bahasa	Bahasa merupakan alat komunikasi sosial yang berupa sistem simbol bunyi yang dihasilkan dari ucapan manusia.	Lembar observasi Denver II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Advance atau lebih</li> <li>• Normal</li> <li>• Caution atau peringatan</li> <li>• Delay atau terlambat</li> <li>• No opportunity atau tak ada kesempatan</li> </ul>	Ordinal
5	Motorik kasar	Motorik kasar adalah gerakan tubuh yang membutuhkan keseimbangan dan koordinasi antar anggota tubuh, dengan menggunakan otot-otot besar, sebagian atau seluruh anggota tubuh, yang dipengaruhi oleh usia, berat badan dan perkembangan anak secara fisik.	Lembar observasi Denver II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Advance atau lebih</li> <li>• Normal</li> <li>• Caution atau peringatan</li> <li>• Delay atau terlambat</li> <li>• No opportunity atau tak ada kesempatan</li> </ul>	Ordinal

## **E. Tempat dan waktu penelitian**

### 1. Lokasi

Penelitian ini dilakukan di 5 Posyandu Kampung Baqa Samarinda yaitu Posyandu Kasturi, Delima, Durian, Ramania dan Keledang

### 2. Waktu

Penelitian dilakukan pada bulan Desember 2018 – Januari 2019.

## **F. Instrument penelitian**

Instrumen penelitian merupakan alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data instrumen dapat berupa kuisioner (daftar pertanyaan), formulir observasi, dan formulir-formulir lain yang berkaitan dengan pencatatan data (Notoadmodjo, 2012). Instrumen dalam penelitian ini menggunakan lembaran observasi Denver II yang berisi data responden dan orang tua serta 4 aspek penilaian.

## **G. Prosedur Pengumpulan Data**

Metode yang digunakan dalam mengumpulkan data pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Peneliti meminta surat izin penelitian kepada Stikes Wiyata Husada yang kemudian diserahkan kepada UPT Puskesmas Baqa Samarinda Seberang dan menjelaskan tentang penelitian yang dilaksanakan oleh peneliti.
2. Peneliti menjelaskan tentang pengisian *informed consent* yang harus ditandatangani oleh responden setelah mendapatkan penjelasan mengenai penelitian yang dilakukan dan bersedia menjadi responden.
3. Peneliti bersama petugas Puskesmas yang telah di beri bimbingan khusus melakukan observasi kepada responden di posyandu balita diwilayah kerja UPT Puskesmas Baqa.
4. Penyebaran lembar observasi dilaksanakan pada saat kegiatan posyandu balita di wilayah kerja UPT Puskesmas Baqa.
5. Peneliti mendampingi responden pada saat pengisian lembar observasi sekaligus melakukan observasi pada anak yang di lakukan penelitian.
6. Peneliti mengumpulkan lembar observasi yang telah diisi oleh responden.

7. Peneliti mengecek kelengkapan lembar observasi yang telah diisi oleh responden dan jumlah lembar observasi yang dikembalikan.
8. Setelah semua terkumpul, langkah selanjutnya yang dilakukan oleh peneliti adalah pengolahan data.

#### H. Pengolahan data

Data yang terkumpul, akan diolah atau dilakukan analisis. Analisis data dilakukan setelah kuesioner diisi lengkap oleh responden. Analisis data bertujuan mengubah data menjadi informasi. Kegiatan dalam pengolahan data menurut (Notoatmodjo, 2010) adalah sebagai berikut :

##### 1. *Editing*

*Editing* dilakukan oleh peneliti di tempat pengumpulan data untuk memeriksa ulang kelengkapan instrumen, berkaitan kemungkinan kesalahan atau ada jawaban yang belum diisi, kejelasan dan kesesuaian jawaban responden dari setiap pertanyaan serta hasil pengamatan observasi agar dapat diolah dengan baik dan memudahkan peneliti menganalisa data. Pada penelitian ini, peneliti tidak menemukan adanya kesalahan atau ada jawaban yang belum diisi, semua jawaban responden diisi dengan jelas dan sesuai serta hasil pengamatan yang telah dilakukan.

##### 2. *Coding*

*Coding* data dilakukan untuk merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan. Kegunaan dari *coding* adalah untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat saat *entry* data. Pemberian kode pada setiap jawaban yang terkumpul dalam kuesioner untuk memudahkan dalam pengolahan selanjutnya. *Coding* dalam penelitian ini adalah :

##### a. Perkembangan

- 1) P1 : Normal
- 2) P2 : Suspek

3) P3 : Tak dapat di uji

b. Aspek personal-sosial

1) PS 1 : advance

2) PS 2 : normal

3) PS 3 : caution

4) PS 4 : delay

5) PS 5 : tak ada kesempatan

c. Aspek motorik halus

1) MH 1 : advance

2) MH 2 : normal

3) MH 3 : caution

4) MH 4 : delay

5) MH 5 : tak ada kesempatan

d. Aspek bahasa

1) B1 : advance

2) B2 : normal

3) B3 : caution

4) B4 : delay

5) B5 : tak ada kesempatan

e. Aspek motorik kasar

1) MK 1 : advance

2) MK 2 : normal

3) MK 3 : caution

4) MK 4 : delay

5) MK 5 : tak ada kesempatan

3. *Entry*

*Entry* data adalah memasukan data yang telah *dicoding* atau diolah menggunakan bantuan komputer dengan aplikasi *Microsoft Excel*.

4. *Tabulating*



Peneliti memasukkan data-data hasil penelitian yang telah didapat lalu memasukan data-data dalam tiap variabel ke program *SPSS 20* di komputer sehingga muncul dalam bentuk tabel kemudian di dapatkan data distribusi jumlah serta presentase dari variabel.

#### 5. *Cleaning*

*Cleaning* data adalah pengecekan kembali data yang telah dimasukkan untuk menentukan ada atau tidaknya kesalahan. Saat *cleaning* data, peneliti tidak menemukan ada kesalahan.

Analisis data secara univariat

Analisis univariat adalah analisis yang di lakukan terhadap variabel dari hasil penelitian. Analisa univariat dilakukan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap vaiabel penelitian. Pada umumnya dengan analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase dari tiap data yang diperoleh melalui lembar observasi yang masih dalam keadaan mentah, oleh karena itu data tersebut diproses atau diolah sehingga memberikan makna untuk menyimpulkan problematika penelitian. Data yang dikumpulkan dalam penelitian dianalisa secara kumulatif

Adapun rumusnya sebagai berikut :

$$P = \frac{F}{N} \times 100 \%$$

Keterangan :

P : jumlah persentase yang dicari

F : perubahan data kualitatif menjadi persentase dilakukan dengan membagi frekuensi

N : jumlah seluruh observasi dan dikalikan 100

#### I. **Etika penelitian**

Penelitian ini menggunakan orang sebagai subjek, maka peneliti melakukan penelitian pada responden dengan menekankan kepada masalah etika yang meliputi :

##### 1. *Informed consent*

Merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan (*Informed consent*). *Informed consent* tersebut diberikan sebelum dilakukan penelitian dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *Informed consent* adalah agar perempuan menopause mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika orangtua responden bersedia maka mereka harus mendatangi lembar persetujuan dan jika orangtua responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati haknya. (Pada penelitian ini ada beberapa responden yang sudah menyetujui dijadikan responden tetapi lupa tidak menuliskan nama dibawah tanda tangan).

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang diperoleh dari responden akan dijadikan oleh peneliti, hanya sekelompok tertentu yang akan disajikan dan dilaporkan sebagai hasil riset. Hasil penelitian hanya digunakan sebagai keperluan dokumentasi penelitian dan akan dihanguskan setelah 5 tahun.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

Dalam bab ini akan diuraikan hasil penelitian yang telah didapatkan meliputi : data umum lokasi penelitian, data karakteristik responden yaitu jenis kelamin, usia, cara persalinan, pemberian ASI, pekerjaan dan pendidikan orang tua. Karakteristik variabel yang diteliti adalah aspek perkembangan menurut denver II yang meliputi aspek perkembangan motorik halus, motorik kasar, bahasa dan adaptif sosial.

Penelitian dilakukan 24 Desember 2018 s.d 14 Januari 2019 di Puskesmas Baqa tepatnya di 5 posyandu Balita dengan kunjungan terbanyak dengan lembar observasi Denver II untuk mengetahui aspek perkembangan pada anak dengan sampel yang diambil yaitu 78 anak usia toddler.

##### **1. Deskripsi Lokasi Penelitian**

Puskesmas Baqa merupakan salah satu dari 16 Puskesmas di Kota Samarinda. Puskesmas Baqa berada di bawah Dinas Kesehatan Kota Samarinda. Terletak di Kecamatan Samarinda Seberang dimana memiliki 3 kelurahan yaitu Baqa, Sungai Keledang dan Gunung Panjang. Puskesmas Baqa adalah fasilitas kesehatan tingkat pertama yang langsung berhubungan dengan masyarakat. Jumlah kunjungan rata-rata dalam sebulan mencapai sekitar 1600 pasien. Pelayanan yang di berikan mencakup pelayanan pasien umum maupun lanjut usia, Ibu hamil, KB, Pemeriksaan Laboratrium, Imunisasi dan Posyandu.

##### **2. Deskripsi Responden**

Deskripsi karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, cara persalinan, pemberian ASI, tingkat pendidikan dan pekerjaan orang tua. Hasil

penelitian menunjukkan bahwa seluruh responden pada penelitian ini sebanyak 78 anak usia Toddler.

### 3. Karakteristik Responden

Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	f	%
Laki-Laki	44	56.4
Perempuan	34	43.6
Total	78	100

*Sumber data : Primer 2019*

Berdasarkan tabel diatas didapatkan bahwa responden di dalam penelitian yang paling dominan adalah laki-laki yaitu mencapai 56.4% sedangkan perempuan mencapai 43.6%.

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi Responden Berdasarkan Status Gizi

Status Gizi	f	%
Normal	74	94.9
Lebih	1	1.3
Kurang	3	3.8
Total	78	100

*Sumber data : Primer 2019*

Berdasarkan tabel diatas didapatkan data responden yang mendominasi berdasarkan status gizi normal dengan persentase 94.9% hal ini di karenakan orang tua sudah sadar tentang gizi yang baik untuk anaknya dan dengan intensnya penyuluhan tentang gizi anak dari puskesmas.

Tabel 4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Usia

Usia	f	%
1 Tahun	30	38.5
2 Tahun	28	35.9
3 Tahun	20	25.6
Total	78	100

*Sumber data : Primer 2019*

Berdasarkan tabel diatas didapatkan bahwa responden di 1 tahun sebanyak 30 anak, 2 tahun sebanyak 28 anak dan 3 tahun sebanyak 20 anak.

Tabel 4.4 Distribusi Responden Berdasarkan Cara Persalinan

Cara persalinan	f	%
Normal	53	67.9
Operasi (SC)	25	32.1
Total	78	100

*Sumber data : Primer 2019*

Berdasarkan tabel diatas didapatkan bahwa cara persalinan terbanyak adalah dengan cara normal di bandingkan yang operasi yaitu sebanyak 53 anak atau 67.9%.

Tabel 4.5 Distribusi Responden Berdasarkan Pemberian ASI

Pemberian ASI eksklusif	f	%
Ya	56	71.8
Tidak	22	28.2
Total	78	100

*Sumber data : Primer 2019*

Berdasarkan tabel diatas didapatkan orang tua masih sadar akan pentingnya pemberian ASI kepada anaknya. Di dapatkan data sebesar 73% orang tua yang memberikan ASI eksklusif pada anaknya.

Tabel 4.6 Distribusi Responden Berdasarkan Siapa yang mengasuh anak

Yang mengasuh anak	f	%
Ibu	52	66.7
Pengasuh	26	33.3
Total	78	100

*Sumber data : Primer 2019*

Berdasarkan tabel diatas didapatkan bahwa orang tua responden mengasuh anaknya sendiri sebanyak 52 sedangkan yang di asuh oleh nenek atau saudaranya sebanyak 26.

Tabel 4.7 Distribusi Pendidikan Orang Tua Responden

Pendidikan	f	%
SD	21	26.9

SMP	14	17.9
SMA	29	37.2
Diploma	10	12.8
Strata	4	5.1
Total	78	100

*Sumber data : Primer 2019*

Berdasarkan tabel diatas didapatkan bahwa orang tua responden khususnya ibu di dominasi yang berpendidikan SMA sebanyak 29 orang.

Tabel 4.8 Distribusi Pekerjaan Orang Tua Responden

Pekerjaan	f	%
IRT	48	61.5
Swasta	22	28.2
PNS	8	10.3
Total	78	100

*Sumber data : Primer 2019*

Berdasarkan tabel diatas didapatkan bahwa orang tua responden khususnya ibu yang bekerja (swasta/PNS) sebesar 38.5% sedangkan ibu yang tidak bekerja atau di rumah saja sebanyak 48 atau 61.5%

#### 4. Aspek Perkembangan

Analisa univariat digunakan untuk mendapatkan gambaran kualitas dan jenis data dengan cara membentuk table atau grafik distribusi frekuensi variable yang diteliti.

Tabel 4.9 Distribusi perkembangan personal sosial pada anak toodler

Personal Sosial	f	%
Advance	5	6.4
Normal	59	75.6
Caution	11	14.1
Delay	3	3.8
Total	78	100

*Sumber Data: Primer 2019*

Berdasarkan tabel 4.9 menunjukkan bahwa perkembangan anak yang diukur menggunakan DDST II pada aspek personal sosial sebagian besar anak toddler adalah normal sebanyak 59 anak (75.6%) dan perkembangan anak

toddler yang advanced sebanyak 5 anak (6.4%). Dari tabel di atas juga dapat dilihat perkembangan personal sosial yang mengalami caution sebanyak 11 anak (14.1%) dan yang mengalami delay sebanyak 3 anak (3.8%)

Tabel 4.10 Distribusi perkembangan motorik halus pada anak toddler

Motorik Halus	f	%
Advance	10	12.8
Normal	63	80.8
Caution	3	3.8
Delay	2	2.6
Total	78	100

Sumber Data: Primer 2019

Berdasarkan tabel 4.10 menunjukkan bahwa perkembangan anak yang diukur menggunakan DDST II pada aspek motorik halus sebagian besar anak toddler adalah normal sebanyak 63 anak (80.8%) dan perkembangan anak toddler yang advanced sebanyak 10 anak (12.8%). Dari tabel di atas juga dapat dilihat perkembangan motorik halus yang mengalami caution sebanyak 3 anak (3.8%) dan yang mengalami delay sebanyak 2 anak (2.6%)

Tabel 4.11 Distribusi perkembangan bahasa pada anak usia toddler

Bahasa	f	%
Advance	6	7.7
Normal	59	75.6
Caution	9	11.5
Delay	4	5.1
Total	78	100

Sumber Data: Primer 2019

Berdasarkan tabel 4.11 menunjukkan bahwa perkembangan anak yang diukur menggunakan DDST II pada aspek bahasa sebagian besar anak toddler adalah normal sebanyak 59 anak (75.6%) dan perkembangan bahasa yang advanced sebanyak 6 anak (7.7%). Dari tabel di atas juga dapat dilihat perkembangan bahasa anak yang mengalami caution sebanyak 9 anak (11.5%) dan yang mengalami delay sebanyak 4 anak (5.1%)

Tabel 4.12 Distribusi perkembangan motorik kasar pada anak usia toddler

<b>Motorik Kasar</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Advance	19	24.4
Normal	56	71.8
Caution	2	2.6
Delay	1	1.3
Total	78	100

*Sumber Data: Primer 2019*

Berdasarkan tabel 4.12 menunjukkan bahwa perkembangan anak yang diukur menggunakan DDST II pada aspek motorik kasar sebagian besar anak toddler adalah normal sebanyak 56 anak (71.8%) dan perkembangan anak toddler yang advanced sebanyak 19 anak (24.4%). Dari tabel di atas juga dapat dilihat perkembangan motorik kasar anak yang mengalami caution sebanyak 2 anak (2.6%) dan yang mengalami delay sebanyak 1 anak (1.3%)

**Tabel 4.13 Distribusi perkembangan seluruh aspek menggunakan DDST II**

<b>Hasil Tes</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Normal	64	82.1
Suspek	13	16.7
Tak dapat di uji	1	1.3
Total	78	100

*Sumber Data: Primer 2019*

Berdasarkan tabel 4.13 menunjukkan bahwa perkembangan anak usia toddler yang diukur menggunakan DDST II sebagian besar adalah normal sebanyak 64 anak (82.1%) dan perkembangan anak toddler yang suspek sebanyak 13 anak (16.7%) serta 1 anak dengan perkembangan tak dapat di uji.

## **B. Pembahasan**

### **1. Karakteristik Responden**

#### **a. Jenis Kelamin**

Hasil penelitian didapatkan jumlah responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 34 anak (44%) dan laki-laki sebanyak 44 anak (56%). Menurut peneliti tidak ada perbedaan signifikan antara perkembangan anak terhadap jenis kelaminnya. Menurut penelitian Alfiani (2016)

menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan perkembangan motorik kasar dan halus pada anak usia pra sekolah. Jadi jenis kelamin bukanlah faktor dalam perkembangan karena perkembangan anak usia toddler dalam rentang usianya adalah pengaruh dari lingkungan eksternalnya.

b. Usia

Hasil penelitian di dapatkan jumlah responden dengan usia 1 tahun sebanyak 30 anak (38%), 2 tahun 28 anak (36%) dan 3 tahun 20 anak (26%). Hal yang paling menonjol saat perkembangan anak seiring rentang usianya adalah kemampuan motorik anak. Kemampuan motorik anak semakin baik dengan meningkatnya usia karena kematangan fungsi tubuh dan ototnya. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Suryaputri, Rosha, dan Anggraini (2014) yang menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna antara usia anak dengan kemampuan motorik anak. Usia anak 24-35 bulan berisiko 3,81 kali untuk suspect motoriknya dibandingkan dengan anak yang usianya 36-59 bulan.

c. Status Gizi

Hasil penelitian di dapatkan secara umum status gizi responden dalam batas normal yaitu sebesar 94%. Hal ini di dasarkan dari pengukuran tinggi badan serta berat badan responden sesuai dengan tingkatan umur yang ada pada buku KMS yang di miliki. Artinya orang tua sudah sadar sekali akan ketepatan pemberian gizi yang seimbang untuk anaknya serta peran dari kader posyandu yang setiap bulan melakukan penimbangan. Tidak luput juga dari petugas puskesmas yang sering melakukan penyuluhan terkait gizi yang seimbang untuk di berikan kepada anak sesuai dengan usianya. Namun status gizi tidak dapat menunjukkan atau berpengaruh terhadap perkembangan anak yang sesuai atau tidak.

Hasil penelitian yang di lakukan Entie & Tulus terhadap 212 responden menunjukkan bahwa sebagian besar anak memiliki status gizi baik (83,02%), dan sebagian besar anak memiliki perkembangan yang

sesuai(67,92%). Hasil uji Spearman Rank menunjukkan bahwa  $p = 0,633$  ( $p > 0,005$ ). Di jelaskan pula anak yang memiliki status gizi baik tidak pasti memiliki perkembangan yang sesuai dan anak yang memiliki status gizi buruk atau gizi kurang tidak pasti perkembangan anaknya menyimpang atau meragukan.

d. Cara persalinan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa cara persalinan responden yang melalui persalinan normal atau spontan sebanyak 53 anak (68%) dan yang melalui operasi atau SC sebanyak 25 anak (32%). Cara persalinan anak tidak berpengaruh signifikan lagi terhadap perkembangan anak kecuali pada periode awal kelahiran yaitu pada usia 0-4 bulan karena dalam periode ini merupakan periode untuk beradaptasi terhadap lingkungan baru yaitu lingkungan dunia.

Dalam penelitian Ratna (2016) analisis hasil menggunakan uji *chi square* di dapatkan *P value* (*Pearson Chi-Square*)  $0,127 > 0,05$  maka  $H_0$  diterima dengan kata lain tidak ada hubungan antara proses persalinan dengan perkembangan motorik bayi usia 40-41 minggu. Namun hasil uji analisis *Chi Square* menggunakan menunjukkan *P value*  $0,011 < 0,05$  maka  $H_0$  ditolak dengan kata lain ada hubungan antara proses persalinan (spontan dan *sectio caesarea*) dengan perkembangan motorik kasar dan halus bayi usia 16-17 minggu.

e. Pemberian ASI eksklusif

Hasil penelitian menunjukkan anak toddler yang di beri ASI eksklusif sebanyak 57 anak (73%) dan yang tidak sebanyak 21 anak (27%). Ini berarti orang tua khususnya ibu masih menyadari akan pentingnya pemberian ASI yang eksklusif bagi anaknya. Namun pemberian ASI yang eksklusif untuk usia 4 – 6 bulan belum dapat di jadikan dasar terlambat atau tidaknya perkembangan anak itu sendiri. Menurut hasil penelitian Suhud (2013) menunjukkan anak dengan ASI Eksklusif memiliki perkembangan normal yaitu 86,7% dan anak yang tidak diberi ASI memiliki

perkembangan tidak normal sebanyak 40%. Hasil penelitian ini juga menunjukkan tidak ada hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan perkembangan anak.

f. Yang mengasuh anak

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 56 anak (73%) orang tua mengasuh sendiri anaknya dan sebanyak 22 anak di asuh oleh nenek/saudaranya. Hal ini berpengaruh karena orangtua atau keluarga merupakan tempat bersosialisasi pertama bagi anak. Apabila lingkungan sosial tersebut memfasilitasi atau memberikan peluang terhadap perkembangan anak secara positif, meliputi melakukan komunikasi secara optimal, membiarkan anak melakukan kegiatan fisik dan memberikan fasilitas yang berguna bagi perkembangan motorik kasar dan halus maka dapat meningkatkan perkembangan anak sesuai dengan usianya.

Menurut penelitian Fristi (2014) pada interpretasi DDST dari 42 anak *toddler* yang diasuh orang tua didapatkan, 30 anak (71,4%) responden memiliki perkembangan yang normal, 4 anak (9,5%) ditemukan *suspect*, dan 8 anak (19,0%) *untersable*, sedangkan anak yang diasuh selain orang tua didapatkan interpretasi 19 anak (45,2%) memiliki perkembangan yang normal, 20 anak (26,2%) ditemukan *suspect*, dan 3 anak (47,1%) ditemukan *untersable*.

g. Pendidikan orang tua

Dari hasil penelitian di dapatkan data mengenai pendidikan orang tua khususnya ibu responden dimana terbanyak adalah lulusan SMA yaitu 29 (37%) kemudian SD 21 (27%), SMP 14 (18%) dan Diploma/Strata 14 (18%). Hal ini menunjukkan tingkat pendidikan orang tua sudah cukup baik karena yang lulusan pendidikan yang menengah ke atas lebih banyak dari yang hanya pendidikan dasar atau pertama.

Hasil uji *Produce Moment Pearson* dari penelitian Anita (2013) menunjukkan bahwa nilai signifikansi tingkat pendidikan sebesar 0,000 (< 0,05) yang berarti terdapat hubungan antar tingkat pendidikan ibu dengan

perkembangan anak. Pendidikan mempunyai peranan yang sangat menentukan bagi perkembangan anak. Pendidikan orang tua tersebut berpengaruh dalam mendidik anak agar dapat mencapai tujuan yang diharapkan yaitu mengantarkan anak pada tahapan perkembangan sesuai pertambahan usia dan tugas perkembangannya secara utuh dan optimal.

#### h. Pekerjaan orang tua

Hasil penelitian menunjukkan pekerjaan orang tua responden khususnya Ibu yang tidak bekerja sebanyak 48 orang (62%) dan yang bekerja 30 orang (38%).

Berdasarkan hasil penelitian Megawati (2018) tentang perbedaan perkembangan anak usia toddler (1-3 tahun) didapatkan ada hubungan yang bermakna antara ibu yang tidak bekerja dengan perkembangan anak yaitu nilai  $0.04$  atau  $< \alpha 0.05$  yang berarti ada hubungan yang bermakna antara Ibu Tidak Bekerja Dengan Perkembangan Anak Usia Toddler di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangkoan.

Ibu yang tidak bekerja dalam menjalankan perannya dalam menstimulasi perkembangan anak akan lebih mudah untuk mengembangkan kreativitasnya dalam melakukan aktifitas bersama anak sehingga berdampak positif pada perkembangan anak sesuai dengan tahapan usianya. Ibu yang tidak bekerja juga dapat menjalankan perannya secara maksimal, karena dengan waktu ibu yang selalu dirumah untuk mengasuh anaknya dengan baik.

## 2. Aspek Perkembangan

Pada penelitian tentang Gambaran aspek perkembangan anak usia toddler di wilayah kerja puskesmas baqa yang terdiri dari 78 orang responden. Analisis dilakukan terhadap data yang diperoleh yaitu dengan melakukan observasi langsung kepada responden, kemudian peneliti melakukan analisis univariat sebagai berikut:

### a. Perkembangan personal sosial

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar anak toddler adalah normal sebanyak 59 anak (75.6%) dan perkembangan anak toddler yang advanced sebanyak 5 anak (6.4%). Anak yang dalam kategori advance dalam umur 2,5 tahun sudah dapat memakai baju sendiri dan dapat menyebutkan nama teman mainnya. Dalam hal ini sebagian besar anak sudah memiliki kemampuan dalam kemandirian, bersosialisasi, dan berinteraksi dengan lingkungan sekitar. Hal ini sejalan dengan penelitian Rosita dan Norazizah, 2012) bahwa dari 56 responden, sebagian besar perkembangan balita dengan DDST II berdasarkan sektor Personal Sosial termasuk dalam kategori Normal sebanyak 44 balita (78,6%). Kemampuan anak dalam personal sosial sangat dipengaruhi oleh faktor lingkungan, adanya faktor lingkungan baik internal maupun eksternal, yang mana cara seorang anak dalam berinteraksi dengan orang tua akan berpengaruh dengan interaksi anak diluar rumah karena hubungan yang hangat dengan orang lain, seperti ayah, ibu, teman sebaya, dan sebagainya akan berpengaruh besar terhadap emosi, sosial, dan intelektual anak. Perkembangan personal sosial meliputi berbagai kemampuan yang dikelompokkan sebagai kebiasaan, kepribadian, watak, dan emosi (Soetjningsih & Ranuh, 2013). Hasil penelitian juga menunjukkan adanya balita yang mengalami perkembangan sektor personal sosial *caution* sebanyak 11 anak (14%) dan yang mengalami *delay* sebanyak 3 anak (4%). Anak yang masuk kategori *delay* salah satunya berumur 2 tahun tapi masih saja minum melalui dot seharusnya dia sudah menggunakan cangkir/gelas, ada juga anak yang berumur 3 tahun namun belum dapat mengenakan bajunya sendiri. Hal ini disebabkan karena setiap anak mengalami tahap perkembangan yang berbeda-beda, namun setiap orang tua dapat mengantisipasi dengan cara memberikan stimulasi untuk dapat mengoptimalkan perkembangan balita. Kualitas interaksi anak dan orang tua akan menimbulkan keakraban dalam keluarga. Kedekatan dan kepercayaan antara orang tua dan anak

sangat penting. Interaksi tidak ditentukan oleh lama waktu bersama anak, tetapi lebih ditentukan oleh kualitas interaksi tersebut (Soetjiningsih & Ranuh, 2013). Menurut Astuti (2011), apabila ada balita yang tak kunjung mau mencoba melakukan hal-hal yang mengasah kemandiriannya, sebaiknya pancing dengan lembut dan jadikan kegiatan itu sebagai aktivitas yang menyenangkan, dengan membawa anak keliling teman-teman sebaya juga bermanfaat untuk menantang anak melakukan hal-hal yang sudah bisa dilakukan teman-temannya, orang tua bisa memancing anak dengan menyontohkan apa yang dilakukan temannya (Rosita dan Norazizah, 2015).

b. Perkembangan motorik halus

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar anak toddler adalah normal sebanyak 63 anak (80.8%) dan perkembangan anak toddler yang advanced sebanyak 10 anak (12.8%). Sebagian sudah mampu untuk mengamati sesuatu, melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu saja dan dilakukan otot-otot kecil, tetapi memerlukan koordinasi yang cermat. Contohnya seperti kemampuan untuk menggambar, memegang suatu benda dan lain sebagainya. Namun demikian masih terdapat hasil penelitian yang menunjukkan bahwa perkembangan motorik halus anak yang mengalami *caution* sebanyak 3 anak (4%) dan yang mengalami *delay* sebanyak 2 anak (2%). Keterlambatan perkembangan motorik halus dapat dipengaruhi karena kurangnya stimulus yang diberikan pada anak. Sesuai dengan fakta yang ada di lapangan, ibu yang anaknya mengalami keterlambatan pada motorik halus mengatakan jarang memberikan stimulasi, seperti mencoret-coret, mengajarkan anak menggambar bentuk, menggambar bagian tubuh, dan sebagainya. Tidak adanya sarana penunjang untuk stimulasi halus, seperti tidak mempunyai mainan kubus plastik yang dapat disusun, manik-manik, dan benda-benda kecil yang lain juga menjadi alasan ibu tidak memberikan stimulasi pada anaknya.

Soetjiningsih dan Ranuh (2013) mengatakan stimulasi merupakan hal yang penting untuk perkembangan anak, dalam stimulasi juga membutuhkan alat bantu sederhana sesuai tingkat usia perkembangan, anak yang mendapat stimulasi yang teratur dan terarah akan lebih cepat berkembang dibandingkan dengan anak yang kurang mendapat stimulasi. Hal ini sejalan dengan penelitian Kuncoro (2013) bahwa stimulus orang tua yang dilakukan terhadap anak harus diberikan secara berkesinambungan dan stimulasi membutuhkan alat sederhana sebagai obyek yang digunakan dalam merangsang perkembangan motorik. Peneliti memiliki pandangan yang sejalan dengan hasil penelitian Kuncoro (2013) bahwa rangsangan stimulus yang dilakukan terus menerus akan mampu meningkatkan keterampilan motorik halus pada balita.

c. Perkembangan bahasa

Hasil analisis data menunjukkan sebagian besar perkembangan anak dengan DDST I berdasarkan sektor bahasa termasuk dalam kategori normal sebanyak sebanyak 59 anak (76%) dan perkembangan anak yang *advanced* sebanyak 6 anak (8%). Hal ini disebabkan karena adanya peran serta orang tua dan stimulasi yang diberikan, karena tugas dari setiap orang dewasa di sekitar adalah mengoptimalkan tumbuh kembang anak. Orang tua merupakan komponen penting dalam perkembangan bahasa anak, karena perannya sebagai model bahasa dan pengoreksi atas kesalahan anak. Jadi, apabila orang tua dapat berperan aktif dalam melihat perkembangan bahasa anak serta memberikan perbaikan bahasa yang benar kepada anak, maka anak akan mengalami perkembangan bahasa yang positif. Namun demikian, masih terdapat hasil penelitian yang menunjukkan bahwa perkembangan bahasa pada anak yang mengalami *caution* sebanyak 11 anak (14%) dan yang mengalami *delay* sebanyak 3 anak (4%). Menurut Soetjiningsih dan Ranuh (2012), kemampuan berbicara anak tergantung pada maturitas organ-organ tubuh yang terkait dengan kemampuan bicara. Anak harus diberikan

kesempatan mempraktikkan kemampuannya berbicara. Orang tua harus melakukan interaksi dengan anak kapan saja, dengan cara mengajaknya bercakap-cakap sehingga dapat mengoptimalkan kemampuan anak berkomunikasi.

d. Perkembangan motorik kasar

Hasil analisis data menunjukkan pada aspek motorik kasar sebagian besar anak adalah normal sebanyak 55 anak (70%) dan perkembangan anak yang *advanced* sebanyak 20 anak (26%). Hal ini terjadi karena stimulus yang diberikan oleh orang tua terhadap anaknya cukup baik. Pada usia ini, anak memiliki kemampuan untuk belajar yang luar biasa khususnya pada masa anak-anak awal. Mengingat usia merupakan usia emas atau disebut “*golden period*” maka pada masa ini perkembangan anak harus dioptimalkan. Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Astuti (2015) menunjukkan dari 91 balita yang diteliti menunjukkan bahwa sebagian besar perkembangan motorik kasar balita dalam kategori normal sebanyak 84 balita (92,3%) dan kategori lebih atau *advanced* sebanyak 3 balita (3,3%). Hasil penelitian juga menunjukkan perkembangan motorik kasar anak yang mengalami *caution* sebanyak 2 anak (3%) dan yang mengalami *delay* sebanyak 1 anak (1%). Menurut hasil observasi, ketika dites menggunakan DDST ada 2 orang anak yang mengalami *caution* karena anak gagal melakukan 1 tugas perkembangan pada garis umur yang terletak pada atau antara 75% dan 90%, sedangkan anak yang mengalami *delay* dikarenakan kurangnya stimulasi dari orang tuanya. Menurut Stroppard (2011) dalam Rositadan Norazizah (2012), anak berkembang dengan kecepatannya sendiri, sehingga jangan paksa anak untuk lebih cepat dari yang seharusnya, tugas orang tua hanya member dorongan atau stimulasi. Dengan mengetahui tahapan perkembangan motorik kasar di usia balita, orang tua bisa memberikan stimulasi yang tepat, stimulasi yang dapat diberikan berupa dengan

menyediakan sebuah bola dan mengajarkannya bagaimana cara menendang bola, sesekali mengajak ke taman bermain yang menyediakan aneka permainan seperti kerangka besi yang bisa di panjat, mengajak bermain kejar-kejaran, menyediakan kursi atau sofa sesuai ukuran anak-anak yang mana dapat digunakan untuk mengasah kemampuannya menekuk punggung dan lutut karena ukurannya yang sesuai dengan tubuhnya, stimulasi yang diberikan adalah latihan duduk dan bangkit dari kursi, untuk memantapkan kemampuannya melangkah, orang tua dapat mengajaknya bermain dorong-dorongan dengan cara orang tua mengambil posisi di depan anak, sedikit membungkukkan tubuh, lalu minta anak mendorong orang tua, sesekali orang tua bisa berpura-pura mendorong, ini akan membuat anak merasa bahagia, dan tanpa disadari sekaligus memantapkan kemampuannya melangkah.

e. Penilaian seluruh aspek perkembangan

Setelah dilakukan interpretasi dari 4 aspek perkembangan, didapatkan hasil kesimpulan penilaian keseluruhan perkembangan anak pada tabel 4.13 yang menunjukkan sebagian besar anak dengan hasil normal sebanyak 64 anak (82%), *suspect* ada 13 anak (17%) dan perkembangan abnormal 1 anak. Hal tersebut menunjukkan secara keseluruhan anak memiliki perkembangan yang baik. Namun hal tersebut tidak menjadikan orang tua hanya membiarkan saja perkembangan saat ini tetapi sebagai orang tua harus terus memperhatikan perkembangan anaknya dan rajin melakukan tes DDST II sesuai jadwal di Puskesmas ataupun di Posyandu yang menyediakan tes DDST rutin.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Cellikiran, dkk (2015) yang menunjukkan tujuh ratus empat puluh satu dari 1.000 anak (74,1%) memiliki perkembangan normal, 140 (14%) perkembangannya *suspect*, dan 119 (11,9%) memiliki temuan abnormal pada hasil DDST. Probabilitas temuan abnormal pada hasil DDST secara signifikan lebih tinggi pada laki-

laki ( $p = 0,003$ ), kelompok usia 2-4 tahun ( $p < 0,05$ ), keluarga memiliki lebih dari satu anak ( $p = 0,001$ ), pernikahan sedarah ( $p < 0,01$ ), tingkat pendidikan orang tua rendah dan pendapatan rumah tangga rendah ( $p < 0,01$ ), dan pada anak-anak tanpa riwayat menyusui ( $p = 0,000$ ). Perkembangan anak yang normal disebabkan oleh pemberian stimulasi yang dilakukan oleh orang tua balita. Menurut Soetjiningsih dan Ranuh (2013), anak yang mendapatkan stimulasi yang terarah dan teratur akan lebih cepat berkembang dibandingkan dengan anak yang tidak tahu atau kurang mendapat stimulasi. Stimulasi mental (asah) dapat menunjang perkembangan psikososial anak yang meliputi kecerdasan, kemandirian, kreativitas anak, kepribadian, dan produktivitas.

Anak yang mengalami perkembangan meragukan (*suspect*) disebabkan anak gagal dalam melakukan tugas perkembangan dimana garis umur terletak pada atau antara 75% dan 90%. Kegagalan anak disebabkan karena sebagian besar anak kurang diberikan stimulasi oleh orang tuanya sehingga stimulasi yang diberikan kurang teratur.

Pada penelitian ini juga ditemukan ada anak yang mengalami perkembangan yang dapat di uji. Anak ini mengalami keterlambatan (*delay*) pada 1 aspek perkembangan dan 2 peringatan (*caution*) karena pada saat penelitian berlangsung, pengasuh dari anak mengatakan jika anak tersebut memang belum dapat melakukan semua tugas perkembangan pada garis umur dan hasil observasi peneliti anak diduga mengalami *Down Syndrom* berdasarkan dari manifestasi klinis yang tampak pada anak.

Hal ini didukung oleh penelitian Eratay, dkk (2015) pada anak pra sekolah, hasil *screening* pada 583 anak menunjukkan perkembangan *suspect* ada 26 anak (4,45%) dan abnormal 6 anak (1,02%). Setelah itu dari 32 anak yang perkembangannya *suspect* dan abnormal, 18 anak (56%) diperiksa ulang dengan hasil 6 anak abnormal dan 12 anak *suspect*, 12 anak (21,4%) pindah ke kota lain dan 2 anak (6,25%) menolak untuk berpartisipasi.

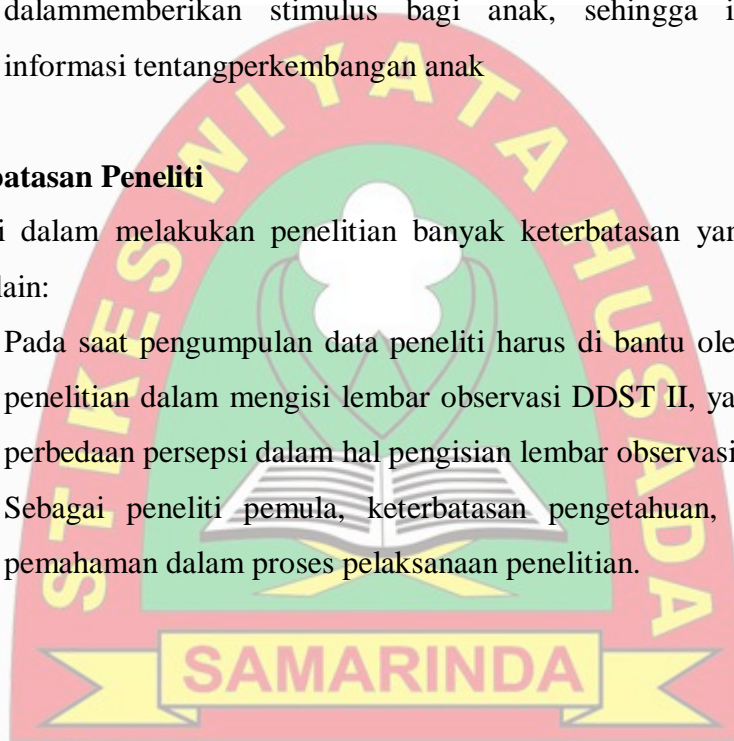
Anak dengan hasil perkembangan sesuai dapat melanjutkan stimulasi sesuai dengan tahapan perkembangannya, anak dengan hasil meragukan (suspect) dapat melakukan uji ulang dalam 1-2 minggu untuk menghilangkan faktor sesaat (takut, lelah, sakit, tidak nyaman), anak dengan perkembangan tidak teruji melakukan ulang pemeriksaan 1-2 minggu (Soetjiningsih dan Ranuh, 2012)

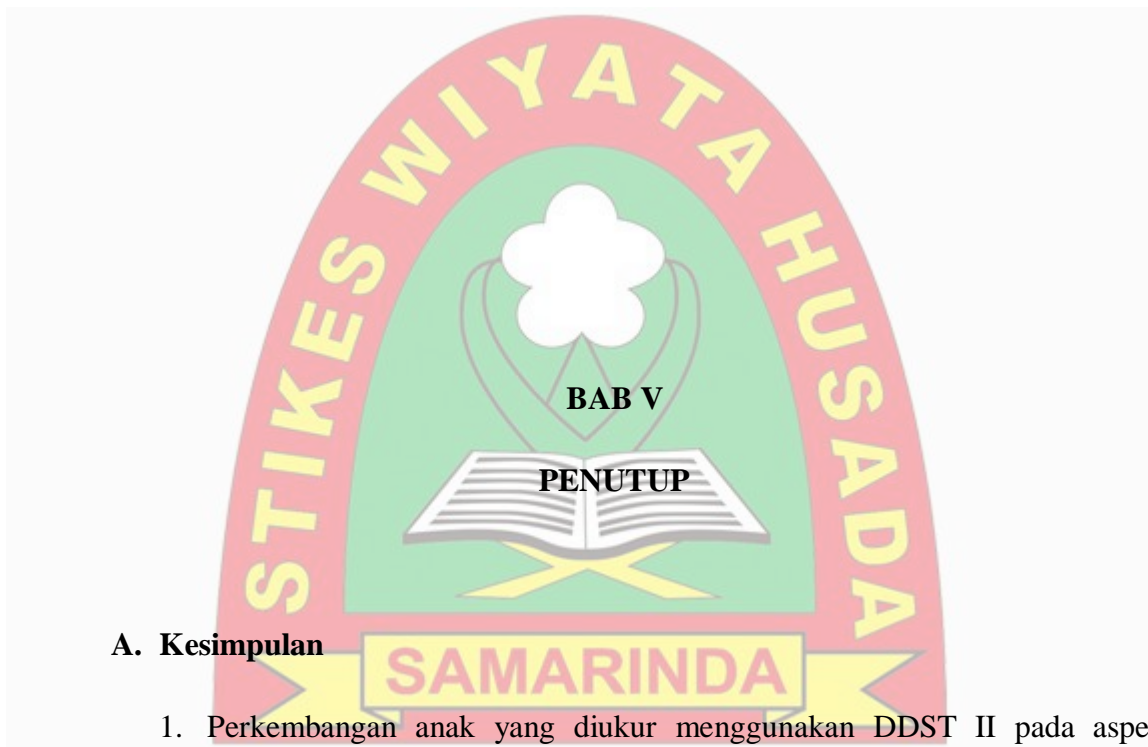
Menurut pendapat Hurlock dalam Sumiyati (2016), pengalaman dan pengetahuan ibu tentang perkembangan anak mempengaruhi kesiapan ibu dalam memberikan stimulus bagi anak, sehingga ibu perlu mencari informasi tentang perkembangan anak

### **C. Keterbatasan Peneliti**

Peneliti dalam melakukan penelitian banyak keterbatasan yang peneliti miliki antara lain:

- a) Pada saat pengumpulan data peneliti harus di bantu oleh 2 orang asisten penelitian dalam mengisi lembar observasi DDST II, yang mana terdapat perbedaan persepsi dalam hal pengisian lembar observasi.
- b) Sebagai peneliti pemula, keterbatasan pengetahuan, pengalaman dan pemahaman dalam proses pelaksanaan penelitian.





#### **A. Kesimpulan**

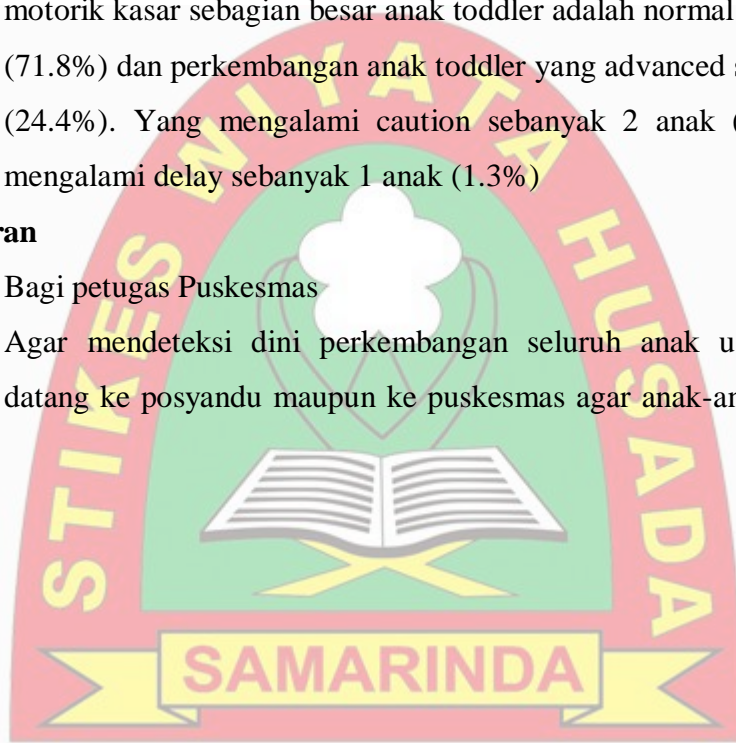
1. Perkembangan anak yang diukur menggunakan DDST II pada aspek personal sosial sebagian besar anak toddler adalah normal sebanyak 59 anak (75.6%) dan perkembangan anak toddler yang advanced sebanyak 5 anak (6.4%). Yang mengalami caution sebanyak 11 anak (14.1%) dan yang mengalami delay sebanyak 3 anak (3.8%)
2. Perkembangan anak yang diukur menggunakan DDST II pada aspek motorik halus sebagian besar anak toddler adalah normal sebanyak 63 anak (80.8%) dan perkembangan anak toddler yang advanced sebanyak 10

anak (12.8%). Yang mengalami caution sebanyak 3 anak (3.8%) dan yang mengalami delay sebanyak 2 anak (2.6%)

3. Perkembangan anak yang diukur menggunakan DDST II pada aspek bahasa sebagian besar anak toddler adalah normal sebanyak 59 anak (75.6%) dan perkembangan bahasa yang advanced sebanyak 6 anak (7.7%). Yang mengalami caution sebanyak 9 anak (11.5%) dan yang mengalami delay sebanyak 4 anak (5.1%)
4. Perkembangan anak yang diukur menggunakan DDST II pada aspek motorik kasar sebagian besar anak toddler adalah normal sebanyak 56 anak (71.8%) dan perkembangan anak toddler yang advanced sebanyak 19 anak (24.4%). Yang mengalami caution sebanyak 2 anak (2.6%) dan yang mengalami delay sebanyak 1 anak (1.3%)

## **B. Saran**

1. Bagi petugas Puskesmas  
Agar mendeteksi dini perkembangan seluruh anak usia toddler yang datang ke posyandu maupun ke puskesmas agar anak-anak tersebut cepat



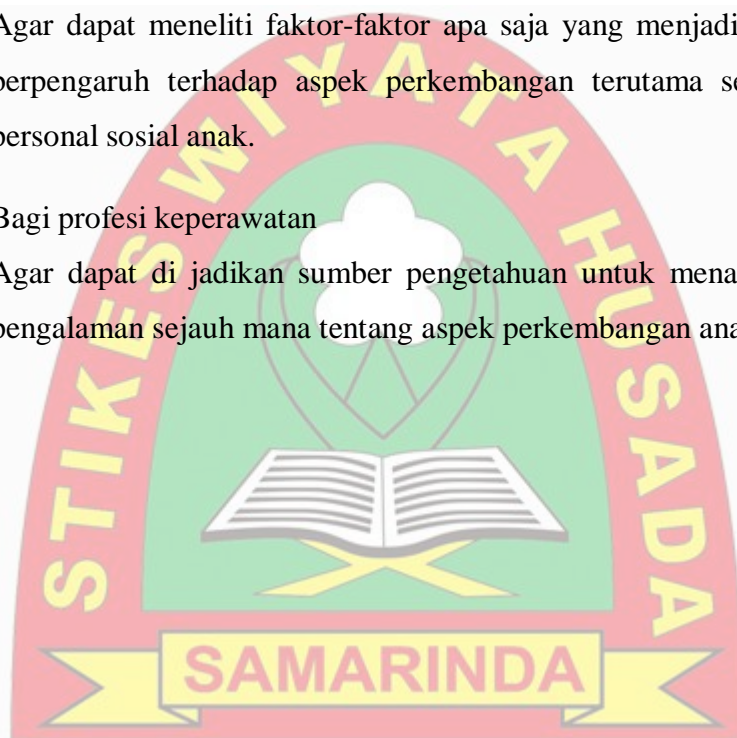
terdeteksi di aspek perkembangan yang mana anak tersebut terhambat perkembangannya sehingga dapat di cari jalan keluar untuk mengatasi masalah tersebut. Dan sebaiknya menggunakan metode DDST II ini karena lebih komprehensif untuk uraian kegiatan daripada menggunakan observasi SDIDTK. Kemudian untuk yang terdapat masalah terhadap perkembangannya agar dapat memfasilitasi apa saja upaya untuk mengejar ketertinggalan dari aspek perkembangan yang di alami anak tersebut.

2. Bagi peneliti selanjutnya

Agar dapat meneliti faktor-faktor apa saja yang menjadi hambatan atau berpengaruh terhadap aspek perkembangan terutama segi bahasa dan personal sosial anak.

3. Bagi profesi keperawatan

Agar dapat di jadikan sumber pengetahuan untuk menambah ilmu dan pengalaman sejauh mana tentang aspek perkembangan anak usia toddl



## LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : AlfiSyahrin

Nim : B1735814001

Program Studi : Keperawatan

Judul Laporan Tugas Akhir : Gambaran Aspek Perkembangan pada Anak Usia Toddler di Wilayah Kerja Puskesmas Kampung Baqa Samarinda

Menyatakan bahwa Skripsi/Tugas Akhir ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber, baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Samarinda, 27 Februari 2019  
Yang membuat pernyataan

AlfiSyahrin

**PERNYATAAN PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN**

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti maka saya bersedia berpartisipasi sebagai Informan peneliti dengan judul “Gambaran Aspek Perkembangan pada Anak Usia Toddler di Wilayah Kerja Puskesmas Kampung Samarinda”.

Maka saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :

Tempat, tanggal lahir :

Alamat :

Memahami bahwa penelitian ini tidak akan merugikan saya dan keluarga saya serta informasi yang saya berikan dijamin kerahasiaannya. Saya juga memahami bahwa hasil penelitian ini akan menjadi bahan masukan bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan karena itu jawaban yang saya berikan adalah yang sebenarnya.

Saya telah diberikan penjelasan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian ini dan telah mendapatkan penjelasan yang memuaskan. Berdasarkan hasil tersebut, maka dengan ini saya sukarela bersedia menjadi Informan dan berpartisipasi dalam penelitian.

Responden

(.....)

**FORMAT PENGKAJIAN  
DENVER DEVELOPMENTAL SCREENING TEST II**

**1. IDENTITAS ANAK**

Nama :  
Tanggal lahir :  
Jenis kelamin :  
Agama :  
Pendidikan :  
Alamat :

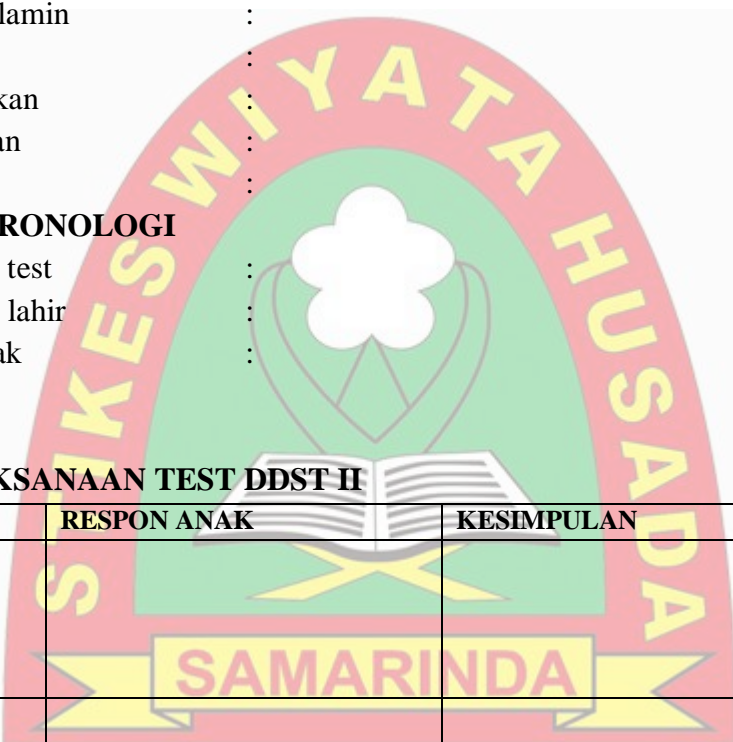
**2. IDENTITAS ORANG TUA**

Nama :  
Tanggal lahir :  
Jenis kelamin :  
Agama :  
Pendidikan :  
Pekerjaan :  
Alamat :

**3. USIA KRONOLOGI**

Tanggal test :  
Tanggal lahir :  
Usia anak :

**4. PELAKSANAAN TEST DDST II**



SEKTOR	RESPON ANAK	KESIMPULAN
Personal sosial		
Motorik halus		
Bahasa		
Motorik kasar		

--	--	--

5. **INTERPRETASI HASIL TEST DARI DDST II**

6. **KESIMPULAN DARI KEEMPAT SEKTOR**

7. **SARAN KEPADA ORANG TUA/PENGASUH**

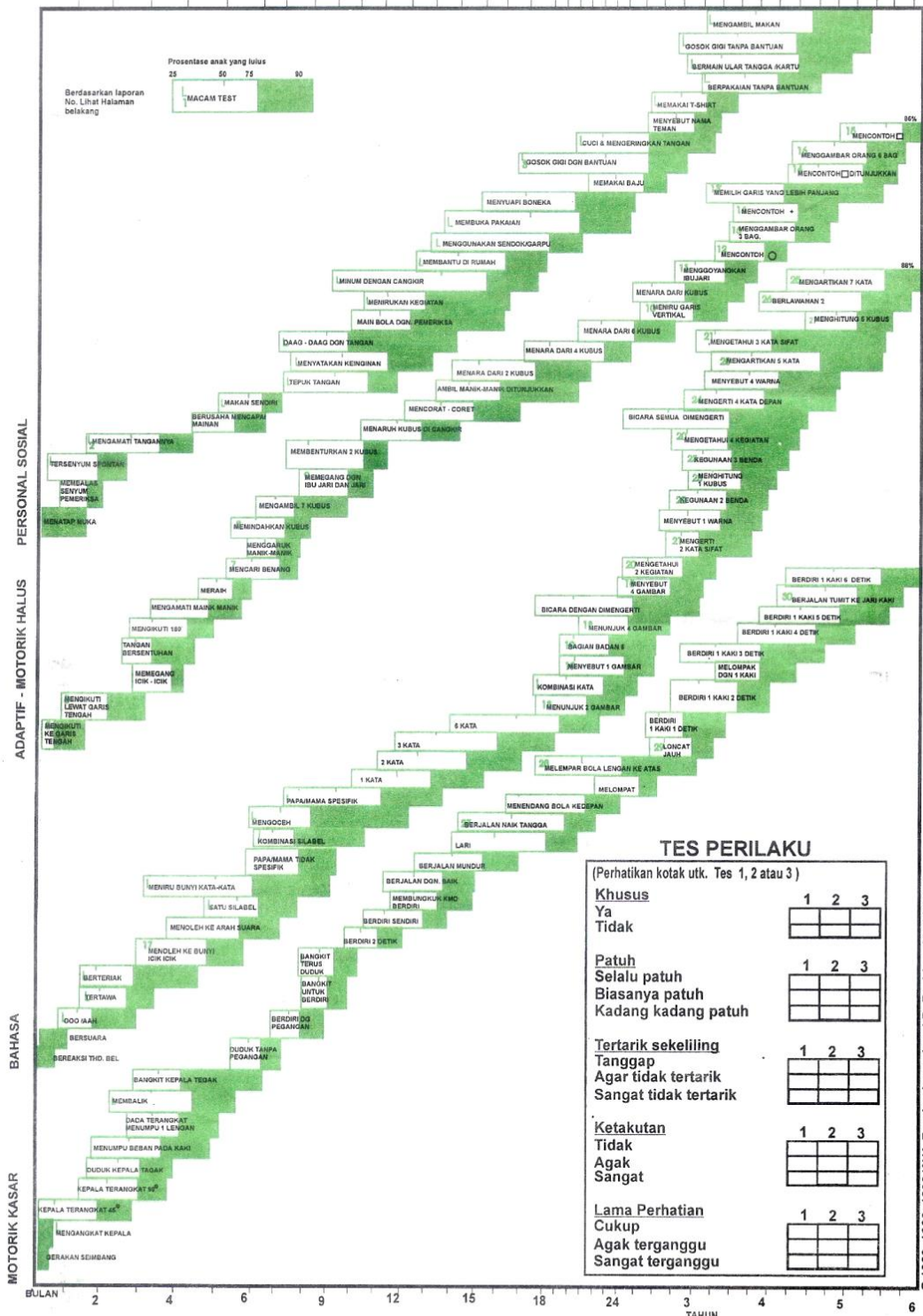


# Denver II

PEMERIKSA :  
TANGGAL :

NAMA :  
TANGGAL LAHIR :  
NO. CM :

BULAN 2 4 6 9 12 15 18 24 TAHUN 3 4 5 6



C 1969, 1989, 1990 W.K. Frankenburg dan J.B. Dodds c 1978 W.K. Frankenburg

## SOP PEMERIKSAAN DDST II

Prosedur : Persiapan pasien

1. Identifikasi pasien
2. Beritahu pasien/keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan

Persiapan Alat-alat

1. Benang wol merah
2. Icik-icik dengan gagang kecil
3. Boneka kecil dengan botol susu
4. Cangkir kecil dengan pegangan
5. Kubus (dengan rusuk 2,5 cm) berjumlah 8 buah, berwarna merah, biru, kuning, dan hijau masing-masing 2 buah.
6. Botol kecil berwarna bening dengan tutup berdiameter 2 cm
7. Manik-manik (dalam penerapannya, ada yang mengganti manik-manik dengan kismis atas pertimbangan tertentu)
8. Lonceng kecil
9. Bola tenis

Pelaksanaan tes

1. Tentukan usia anak (<15 hari dibulatkan kebawah,  $\geq 15$  hari dibulatkan ke atas)
2. Beri garis vertical pada form DDST sesuai usia anak (memotong semua kotak-kotak tugas perkembangan pada semua sector )
3. Lakukan penilaian sector motorik kasar, bahasa, motorik halus dan personal social pada sebelah kiri garis vertical secara bergantian (tidak harus berurutan)
4. Selanjutnya nilai juga tugas perkembangan setiap kotak yang terpotong garis vertical pada setiap sektor
5. Beri tanda P (Passed) didepan kotak tugas perkembangan bila anak mampu melaksanakan. Beri tanda F (Fail) bila anak tidak mampu dan R (Refused) bila anak menolak
6. Lakukan penilaian selesai pemeriksaan
  - a. Abnormal
    - 1) Jika ada  $\geq 2$  keterlambatan pada sektor / lebih

- 2) Jika satu sektor ada > 2 keterlambatan 1> sektor dengan 1 keterlambatan 1 sektor yang sama tidak ada yang lulus pada kotak yang berpotongan garis vertikal
- b. Meragukan
    - 1) Jika pada 1 sektor didapatkan 2 keterlambatan atau lebih
    - 2) Jika pada 1 sektor atau lebih didapatkan 1 keterlambatan dan pada sektor yang sama tidak ada yang lulus pada kotak yang berpotongan dengan garis vertikal usia
  - c. Tak dapat dites

Apabila terjadi penolakan yang menyebabkan hasil tes menjadi abnormal atau meragukan
  - d. Normal semua

Semua yang tidak tercantum dalam kriteria diatas
7. Bereskan alat-alat dan dokumentasikan hasil



## DAFTAR PUSTAKA

- Adriana, D. (2011). *Tumbuh Kembang dan Terapi Bermain pada Anak*. Jakarta: Salemba Medika
- Anita, Dwi Apriastuti.(2013).*Analisis tingkat pendidikan dan pola asuh orang tua dengan perkembangan anak usia 48 – 60 bulan*.Bidan Prada : Jurnal Ilmiah Kebidanan, Vol. 4 No. 1 Edisi Juni 2013
- Allen, dan Marotz. (2010). *Profil perkembangan anak*. Jakarta : PT Indexs.
- Alligood, Marta Raile. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan Teori Mereka ED. 8 Vol.1*. Singapura : Elsevier.
- Alfiani, Y. (2016). *Hubungan statusgizi, jenis kelamin dan usiaanak dengan perkembanganmotorik halus dan kasar padaanak usia pra sekolah di tkmelati ikhlas padang tahun 2016* Skripsi tidakdipublikasikan.
- Anderson, E. T. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Komunitas Teori Dan Praktik* (3 ed.). Jakarta: EGC.
- Astuti, N, W. (2011). *Gambaran Perkembangan Balita di Posyandu Angrek Ponggok I Desa Trimulyo Jetis Bantul Yogyakarta*. [Karya Tulis Ilmiah] Program Studi DIII Kebidanan,STIKES Jenderal Achmad Yani Yogyakarta
- Aulady, Muhammad Alif (2012) *Gambaran Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kegagalan Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Diwilayah Kerja Puskesmas Pattingalloang Kec. Ujung Tanah Kota Makassar*. Undergraduate (S1) thesis, Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.
- Celikkiran, S., Bozkurt, H. and Coskun, M.(2015). *Denver Developmental Test Findings and their Relationship with Sociodemographic Variables in a Large Community Sample of 0–4-Year-Old Children*. *Noro Psikiyatri Arsivi*, 52(2),pp. 180–184. Doi:10.5152/npa.2015.7230. [Online] : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28360701> Diakses pada tanggal 22 Januari 2019
- Depkes RI. (2006). *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Dasar*. Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Depkes RI. (2016). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta : Depkes RI.
- Didik Budijanto, drh. (2017). “Indonesia Health Profile 2016.” *Yoeyoen Aryantin Indrayani S.Ds; B. B. Sigit; Sinin*.[http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/lain-lain/Data dan Informasi Kesehatan Profil Kesehatan Indonesia 2016 - smaller size - web.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/lain-lain/Data%20dan%20Informasi%20Kesehatan%20Profil%20Kesehatan%20Indonesia%202016%20-%20smaller%20size%20-%20web.pdf). Di akses pada tanggal 23 September 2018
- Entie, Rosela& Tulus, Puji Hastuti.(2017). *Hubungan status gizi dengan*

- perkembangan anak usia 1 sampai 5 tahun di kelurahan tidar utara, kota magelang. Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing), Volume 12, No.1 Maret 2017*
- Eratay, E., Bayoglu B., and Anlar, B. (2015). *Preschool Developmental Screening with Denver II Test in Semi-Urban Areas.* [Online] : [http://www.ijbts-journal.com/images/column\\_1502875704/Tract%203.pdf](http://www.ijbts-journal.com/images/column_1502875704/Tract%203.pdf) Di akses pada tanggal 23 Januari 2019
- Fristi, Widya., Indriati, Ganis & Erwin. *Perbandingan tumbuh kembang anak toddler yang diasuh Orang tua dengan diasuh selain orang tua.* [skripsi]. Universitas Riau Kampus Binawidya Pekanbaru.
- Hurlock, B. (2013). *Perkembangan Anak, edisi keenam.* Jakarta : Erlangga
- Ivantoni, R., & Muhimmah, I. (2015). *Aplikasi Penentuan Tingkat Tumbuh Kembang Anak Menggunakan Tes Denver II.* Seminar Nasional Informatika Medis (SNIMed) VI , 124.
- Kemendes RI. (2010). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2009.* Jakarta : Kemendes RI
- Kuncoro, D.H. (2013). *Hubungan Antara Stimulasi Ibu dengan Perkembangan Motorik Halus dan Kasar Pada Anak Usia Toddler di Paud Mekarsari Desa Pucangombo Tegalombo Pacitan.* [Skripsi] Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Kusminarti, D. E. (2009). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pertumbuhan Balita Usia 2-4 Tahun Di Kelurahan Salaman Mloyo* [skripsi] Universitas Negeri Semarang.
- Megawati, Mitha Laloan., Yudi, Amatus Ismanto & Bataha, Yolanda. (2018). *Perbedaan perkembangan anak usia toddler (1-3 tahun) antara ibu bekerja dan tidak bekerja di wilayah kerja posyandu puskesmas kawangkoan.* e-journal Keperawatan (eKp) Volume 6 Nomor 1
- Notoatmodjo. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta : Rineka Cipta.
- Nurhidayah, I., Suzana, H., & Hendrawati, S. (2018). *Tingkat Perkembangan Balita Usia 1 Bulan-6 Tahun Di Kecamatan Cibiuk Kabupaten Garut.* 4(1): 47-57.
- Nursalam. (2015). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis Edisi 5.* Jakarta: Salemba Raya.
- Poborini Astri, Maulidha, Dewi Larasati. (2017). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keterlambatan Perkembangan Anak.* *Journal of Issues in Midwifery* 1(1): 1-18.
- Potter & Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 4 volume 1.* EGC. Jakarta
- Putra, Dony. (2014). *Keperawatan Anak & Tumbuh Kembang.* Yogyakarta: Nuha Medika.

- Ratna, Asih Pratiwi.(2016). *Hubungan proses persalinan terhadap Perkembangan motorik pada bayi usia 4 bulan dan 10 bulan*.Fakultas ilmu kesehatan Universitas muhammadiyah surakarta2016
- Rosita, Devi & Norazizah.(2015). *Studi Deskriptif Perkembangan Balita Usia 12-24 Bulan Dengan Metode Ddst II Di Desa Pancur Kecamatan Mayong Kabupaten*. 08(01).Juni 2015 ISSN : 1907-1396
- Santoso, H. (2009). *Denver Development Screening Test : Petunjuk Praktis*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Soetjningsih. (2012). *Perkembangan anak dan permasalahannya*. Jakarta: Sagung Seto.
- Soetjningsih & Ranuh. (2012). *Tumbuh Kembang Anak Edisi 2*. EGC. Jakarta
- Sumiyati. (2016). *Hubungan Stimulasidengan Perkembangan Anak Usia 3-4 Tahun di Desa Karang tengah KecamatanBaturraden Kabupaten Banyumas*.JurnalPoltekes Semarang, 5(1), pp. 34-3
- Suryaputri, Indri Yunita,. Rosha, Bunga Ch, & Anggraeni, Dwi. (2014). *Determinan Kemampuan MotorikAnak Berusia 2-5 Tahun: Studi Kasus Di Kelurahan Kebon Kalapa Bogor*.Penel Gizi Makan 37(1), 45-50
- Sugiyono. (2012). *Metode penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Bandung: CV.Alfabeta.
- Sulistyawati, A. (2014). *Deteksi Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta Selatan : Salemba Medika.
- Susilo. Rini. (2016). *Implementasi Deteksi Gangguan Pertumbuhan Stimulasi , Deteksi Dan Intervensi Dini Perkembangan Dan Perlindungan Ibu Dan Anak. : Vol : 7 No. 1*.
- Wayan,N W &Khoiroh, Siti Muflihatin. (2017). *Deteksi dini perkembangan balita dengan metode ddst ii di posyandu wilayah kerja puskesmas juanda samarinda*.Jurnal Endurance 3(2) (367-374)
- Wiyani, Novan.(2014).*Psikologi Perkembangan Anak UsiaDini*. Yogyakarta:gava media
- Wong D. L.,Whaly. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Peditrik*, Alih bahasa Sunarno, Agus dkk. Edisi 6 Volume 1. Jakarta : EGC.

## Gambaran Aspek Perkembangan Anak Usia Toddler di Wilayah Kerja Puskesmas Baqa Samarinda.

Alfi Syahrin<sup>1</sup>, Sumiati Sinaga<sup>2</sup>, Aries Abiyoga<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada, Jl. Kadrie Oening No. 77, Samarinda, Kalimantan Timur  
Email : heyiamalfisy@gmail.com

<sup>2</sup>Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Jl. Kadrie Oening No. 77, Samarinda, Kalimantan Timur  
Email :

<sup>3</sup> Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Jl. Kadrie Oening No. 77, Samarinda, Kalimantan Timur  
Email :

### ABSTRAK

**Latar belakang** : Masa-masa keemasan bagi anak berada dalam rentang usia 1-3 tahun pertama. Pada masa ini lah keberhasilan pemberian stimulasi berpengaruh besar terhadap perkembangan anak itu sendiri sebelum anak memasuki fase selanjutnya dari tahapan usianya yaitu anak pra sekolah. **Tujuan** : untuk mengetahui Gambaran perkembangan anak usia toddler di wilayah kerja Puskesmas Baqa Samarinda. **Metode** : Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif dengan teknik *accidental sampling*. Sampel penelitian sebanyak 78 anak. Pengumpulan data diperoleh melalui tes DDST II. **Hasil penelitian** : perkembangan anak personal sosial normal sebanyak 59 anak (75.6%), advanced sebanyak 5 anak (6.4%), caution sebanyak 11 anak (14.1%), delay sebanyak 3 anak (3.8%). Aspek motorik halus normal sebanyak 63 anak (80.8%), advanced sebanyak 10 anak (12.8%), caution sebanyak 3 anak (3.8%), delay sebanyak 2 anak (2.6%). Aspek bahasa normal sebanyak 59 anak (75.6%), advanced sebanyak 6 anak (7.7%), caution sebanyak 9 anak (11.5%), delay sebanyak 4 anak (5.1%). Aspek motorik kasar normal sebanyak 56 anak (71.8%), advanced sebanyak 19 anak (24.4%), caution sebanyak 2 anak (2.6%), delay sebanyak 1 anak (1.3%). **Kesimpulan** : sebagian besar perkembangan anak normal sebanyak 64 anak (82.1%) suspek sebanyak 13 anak (16.7%) dan tak dapat di uji 1 anak. **Saran** : Sebaiknya orang tua, khususnya ibu dapat memperhatikan perkembangan anaknya dengan cara stimulasi pada 4 aspek perkembangan agar perkembangannya dapat mencapai optimal.

**Kata Kunci** : DDST II, Perkembangan anak, *Toddler*

### ABSTRACT

**Background** : The golden age for children is in the age range of the first 1-3 years. At this time, the success of stimulation has a major influence on the child's development before the child enters the next phase of the stage of his age, namely pre-school children. **Objective** : to find out the description of the development of toddler age children in the work area of Baqa Samarinda Health Center. **Method** : This study uses descriptive research method with accidental sampling technique. The study sample was 78 children. Data collection is obtained through DDST II test. **The results of the study** : the

development of normal personal social children as many as 59 children (75.6%), advanced as many as 5 children (6.4%), caution as many as 11 children (14.1%), delay as many as 3 children (3.8%). Normal fine motor aspects were 63 children (80.8%), advanced as many as 10 children (12.8%), caution as many as 3 children (3.8%), delay as many as 2 children (2.6%). Normal language aspects were 59 children (75.6%), advanced as many as 6 children (7.7%), caution as many as 9 children (11.5%), delay as many as 4 children (5.1%). Normal gross motor aspects were 56 children (71.8%), advanced as many as 19 children (24.4%), caution as many as 2 children (2.6%), delay as many as 1 child (1.3%). **Conclusion** : most of the development of normal children were 64 children (82.1%) suspected of 13 children (16.7%) and could not be tested by 1 child. **Suggestion** : We recommend that parents, especially mothers, can pay attention to their child's development by stimulating the 4 aspects of development so that their development can reach optimal level.

**Keywords** : DDST II, Child Development, Toddler

## PENDAHULUAN

Masa balita yang disebut sebagai masa keemasan (*golden period*), jendela kesempatan (*window of opportunity*), dan masa kritis (*critical period*) merupakan periode terpenting dalam tumbuh kembang, karena pada masa ini pertumbuhan dasar akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan balita selanjutnya. (Kusminarti, 2009)

Cara mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan anak balita adalah bukan hal yang mudah. Tapi juga bukan hal yang sulit, namun butuh pengorbanan yang cukup besar. Pengorbanan yang dilakukan adalah investasi untuk masa depan anak, agar anak menjadi anak yang cerdas, karena tugas tumbuh kembangnya berjalan optimal. (Rosita, 2015)

*Denver Developmental Screening Test* (DDST) merupakan metode pengkajian yang digunakan secara luas untuk menilai kemajuan perkembangan anak. Tes ini dapat memberikan jaminan kepada orang tua atau bermanfaat dalam mengidentifikasi berbagai masalah dini yang mengancam tumbuh kembang anak.

Masa-masa keemasan bagi anak berada dalam rentang usia 1-3 tahun pertama. Dalam masa ini yaitu di sebut tingkatan anak usia *Toddler*. Pada masa inilah keberhasilan pemberian stimulasi berpengaruh besar terhadap perkembangan anak itu sendiri sebelum anak memasuki fase selanjutnya dari tahapan usianya yaitu anak pra sekolah.

Data nasional menurut Kementerian Kesehatan Indonesia bahwa pada tahun 2010 sebanyak 11,5% anak balita di Indonesia mengalami kelainan pertumbuhan dan perkembangan (Kemenkes RI, 2010). Berdasarkan rekapitulasi laporan program SDIDTK anak Propinsi Kalimantan Timur tahun 2008 diketahui cakupan anak yang dideteksi tumbuh kembang sebesar 36%. Cakupan deteksi dini tumbuh kembang di Kota Samarinda Tahun 2008 sebesar 22%. Jika cakupan anak yang dideteksi tumbuh kembang di Kota Samarinda (22%) dan Propinsi Kalimantan Timur (36%) tersebut dibandingkan dengan indikator standar pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan kabupaten/kota sebesar 90%, maka cakupan program SDIDTK Kota

Samarinda dan Propinsi Kalimantan Timur masih sangat rendah (Kemenkes RI, 2010).

Berdasarkan studi pendahuluan di dapatkan data jumlah anak usia balita yang berada di wilayah kerja Puskesmas Baqa adalah berjumlah 4975 balita yang terdiri dari anak usia 0-23 bulan sebanyak 798 balita dan usia 24-59 bulan sebanyak 4177 balita. Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas kesehatan dari 4975 Balita di Kecamatan Samarinda seberang, hanya 30 sampai 50 saja yang dilakukan tes menggunakan lembar SDIDTK di Posyandu dan tidak menggunakan metode DDST.

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui Gambaran perkembangan anak usia toddler di wilayah kerja Puskesmas Baqa Samarinda dengan menggunakan metode DDST.

#### METODE

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif yang bersifat studi deskriptif yaitu merupakan metode penelitian yang menggambarkan objek atau subjek yang diteliti sesuai karakteristik objek yang diteliti secara tepat. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan *accidental sampling*. Sampel pada penelitian ini diambil berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan, yaitu anak Toddler berusia 1-3 tahun yang berkunjung dan terdaftar di Posyandu wilayah Puskesmas Baqa Samarinda dengan kondisi sehat. Sampel penelitian ini berjumlah 78 anak berdasarkan perhitungan besar sampel dengan menggunakan Rumus Slovin dengan toleransi kesalahan 10 %. Data dikumpulkan melalui pengujian langsung terhadap anak yang bersangkutan dengan menggunakan instrument lembar DDST II dan melakukan wawancara dengan orang tua responden. Teknik analisa data menggunakan analisis univariat yang dianalisis secara statistik deskriptif, disajikan dalam bentuk tabel dan distribusi

frekuensi untuk mengetahui proporsi masing-masing variabel

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### 1. Perkembangan personal-sosial

Hasil penelitian deteksi dini perkembangan personal-sosial pada anak toddler dengan responden berjumlah 78 adalah sebagai berikut :

**Tabel 1. Distribusi frekuensi perkembangan personal sosial**

Personal Sosial	Frekuensi	Persentase (%)
<i>Advanced</i>	5	6.4
Normal	59	75.6
<i>Caution</i>	11	14.1
<i>Delay</i>	3	13.8
<b>Jumlah</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

Sumber Data: Primer 2019

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar anak toddler adalah normal sebanyak 59 anak (75.6%) dan perkembangan anak toddler yang advanced sebanyak 5 anak (6.4%). Anak yang dalam kategori advance dalam umur 2,5 tahun sudah dapat memakai baju sendiri dan dapat menyebutkan nama teman mainnya. Dalam hal ini sebagian besar anak sudah memiliki kemampuan dalam kemandirian, bersosialisasi, dan berinteraksi dengan lingkungan sekitar. Hal ini sejalan dengan penelitian Rosita dan Norazizah, 2012) bahwa dari 56 responden, sebagian besar perkembangan balita dengan DDST II berdasarkan sektor Personal Sosial termasuk dalam kategori Normal sebanyak 44 balita (78,6%). Kemampuan anak dalam personal sosial sangat dipengaruhi oleh faktor lingkungan, adanya faktor lingkungan baik internal maupun eksternal, yang mana cara seorang anak dalam berinteraksi dengan orang tua akan berpengaruh dengan interaksi anak di luar rumah karena hubungan yang hangat dengan orang lain, seperti ayah, ibu, teman sebaya, dan sebagainya akan berpengaruh besar terhadap emosi, sosial, dan intelektual anak. Perkembangan personal sosial meliputi berbagai

kemampuan yang dikelompokkan sebagai kebiasaan, kepribadian, watak, dan emosi (Soetjiningsih dan Ranuh, 2012). Hasil penelitian juga menunjukkan adanya balita yang mengalami perkembangan sektor personal sosial *caution* sebanyak 11 anak (14%) dan yang mengalami *delay* sebanyak 3 anak (4%). Dari hasil wawancara dengan ibu dan observasi pada saat penelitian, beberapa anak kurang diberikan kepercayaan atau kebebasan oleh orang tuanya untuk mandiri sehingga anak masih tergantung dengan orang tuanya dalam melakukan sesuatu padahal pada usia tersebut anak seharusnya mampu melakukan sendiri tugas perkembangan sesuai umur. Menurut Astuti (2011), apabila ada balita yang tak kunjung mau mencoba melakukan hal-hal yang mengasah kemandiriannya, sebaiknya pancing dengan lembut dan jadikan kegiatan itu sebagai aktivitas yang menyenangkan, dengan membawa anak ke lingkungan teman-teman sebaya juga bermanfaat untuk menantang anak melakukan hal-hal yang sudah bisa dilakukan teman-temannya, orang tua bisa memancing anak dengan menyontohkan apa yang dilakukan temannya (Rosita dan Norazizah, 2015).

## 2. Perkembangan motorik halus

Hasil penelitian deteksi dini perkembangan motorik halus pada anak toddler dengan responden berjumlah 78 adalah sebagai berikut :

**Tabel 2. Distribusi frekuensi perkembangan motorik halus**

Motorik Halus	Frekuensi	Persentase (%)
<i>Advanced</i>	10	12.8
Normal	63	80.8
<i>Caution</i>	3	3.8
<i>Delay</i>	2	2.6
<b>Jumlah</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

Sumber Data: Primer 2019

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar anak toddler adalah normal sebanyak 63 anak (80.8%) dan perkembangan anak toddler yang *advanced* sebanyak 10 anak (12.8%). Sebagian sudah mampu untuk mengamati sesuatu, melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu saja dan dilakukan otot-otot kecil, tetapi memerlukan koordinasi yang cermat. Contohnya seperti kemampuan untuk menggambar, memegang suatu benda dan lain sebagainya. Namun demikian masih terdapat hasil penelitian yang menunjukkan bahwa perkembangan motorik halus anak yang mengalami *caution* sebanyak 3 anak (4%) dan yang mengalami *delay* sebanyak 2 anak (2%). Keterlambatan perkembangan motorik halus dapat dipengaruhi karena kurangnya stimulus yang diberikan pada anak. Sesuai dengan fakta yang ada di lapangan, ibu yang anaknya mengalami keterlambatan pada motorik halus mengatakan jarang memberikan stimulasi, seperti mencoret-coret, mengajarkan anak menggambar bentuk, menggambar bagian tubuh, dan sebagainya. Tidak adanya sarana penunjang untuk stimulasi halus, seperti tidak mempunyai mainan kubus plastik yang dapat disusun, manik-manik, dan benda-benda kecil yang lain juga menjadi alasan ibu tidak memberikan stimulasi pada anaknya.

Soetjiningsih dan Ranuh (2013) mengatakan stimulasi merupakan hal yang penting untuk perkembangan anak, dalam stimulasi juga membutuhkan alat bantu sederhana sesuai tingkat usia perkembangan, anak yang mendapat stimulasi yang teratur dan terarah akan lebih cepat berkembang dibandingkan dengan anak yang kurang mendapat stimulasi.

Hal ini sejalan dengan penelitian Kuncoro (2013) bahwa stimulus orang tua yang dilakukan terhadap anak harus diberikan secara berkesinambungan dan stimulasi membutuhkan alat sederhana sebagai obyek yang digunakan dalam merangsang

perkembangan motorik. Peneliti memiliki pandangan yang sejalan dengan hasil penelitian Kuncoro (2013) bahwa rangsangan stimulus yang dilakukan terus menerus akan mampu meningkatkan keterampilan motorik halus pada balita.

### 3. Perkembangan bahasa

Hasil penelitian deteksi dini perkembangan bahasa pada anak toddler dengan responden berjumlah 78 adalah sebagai berikut :

**Tabel 3. Distribusi frekuensi perkembangan bahasa**

Bahasa	Frekuensi	Persentase (%)
<i>Advanced</i>	6	7.7
Normal	59	75.6
<i>Caution</i>	9	11.5
<i>Delay</i>	4	5.1
<b>Jumlah</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

Sumber Data: Primer 2019

Hasil analisis data menunjukkan sebagian besar perkembangan anak dengan DDST II berdasarkan sektor bahasa termasuk dalam kategori normal sebanyak sebanyak 59 anak (76%) dan perkembangan anak yang *advanced* sebanyak 6 anak (8%). Hal ini disebabkan karena adanya peran serta orang tua dan stimulasi yang diberikan, karena tugas dari setiap orang dewasa di sekitar adalah mengoptimalkan tumbuh kembang anak. Orang tua merupakan komponen penting dalam perkembangan bahasa anak, karena perannya sebagai model bahasa dan pengoreksi atas kesalahan anak. Jadi, apabila orang tua dapat berperan aktif dalam melihat perkembangan bahasa anak serta memberikan perbaikan bahasa yang benar kepada anak, maka anak akan mengalami perkembangan bahasa yang positif. Namun demikian, masih terdapat hasil penelitian yang menunjukkan bahwa perkembangan bahasa pada anak yang mengalami *caution* sebanyak 11 anak (14%) dan yang mengalami *delay* sebanyak 3 anak (4%). Menurut Sotjningsih dan Ranuh (2012),

kemampuan berbicara anak tergantung pada maturitas organ-organ tubuh yang terkait dengan kemampuan bicara. Anak harus diberikan kesempatan mempraktikkan kemampuannya berbicara. Orang tua harus melakukan interaksi dengan anak kapan saja, dengan cara mengajaknya bercakap-cakap sehingga dapat mengoptimalkan kemampuan anak berkomunikasi.

### 4. Perkembangan motorik kasar

Hasil penelitian deteksi dini perkembangan motorik kasar pada anak toddler dengan responden berjumlah 78 adalah sebagai berikut :

**Tabel 4. Distribusi frekuensi perkembangan motorik kasar**

Motorik Kasar	Frekuensi	Persentase (%)
<i>Advanced</i>	19	24.4
Normal	56	71.8
<i>Caution</i>	2	2.6
<i>Delay</i>	1	1.3
<b>Jumlah</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

Sumber Data: Primer 2019

Hasil analisis data menunjukkan pada aspek motorik kasar sebagian besar anak adalah normal sebanyak 55 anak (70%) dan perkembangan anak yang *advanced* sebanyak 20 anak (26%). Hal ini terjadi karena stimulus yang diberikan oleh orang tua terhadap anaknya cukup baik. Pada usia ini, anak memiliki kemampuan untuk belajar yang luar biasa khususnya pada masa anak-anak awal. Mengingat usia merupakan usia emas atau disebut "*golden period*" maka pada masa ini perkembangan anak harus dioptimalkan. Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Astuti (2015) menunjukkan dari 91 balita yang diteliti menunjukkan bahwa sebagian besar perkembangan motorik kasar balita dalam kategori normal sebanyak 84 balita (92,3%) dan kategori lebih atau *advanced* sebanyak 3 balita (3,3%). Hasil penelitian juga menunjukkan perkembangan motorik kasar anak yang mengalami *caution* sebanyak 2

anak (3%) dan yang mengalami *delay* sebanyak 1 anak (1%). Menurut hasil observasi, ketika dites menggunakan DDST ada 2 orang anak yang mengalami *caution* karena anak gagal melakukan 1 tugas perkembangan pada garis umur yang terletak pada atau antara 75% dan 90%, sedangkan anak yang mengalami *delay* dikarenakan kurangnya stimulasi dari orang tuanya.

Menurut Stroppard (2011) dalam Rosita dan Norazizah (2012), anak berkembang dengan kecepatannya sendiri, sehingga jangan paksa anak untuk lebih cepat dari yang seharusnya, tugas orang tua hanya memberi dorongan atau stimulasi. Dengan mengetahui tahapan perkembangan motorik kasar di usia balita, orang tua bisa memberikan stimulasi yang tepat, stimulasi yang dapat diberikan berupa dengan menyediakan sebuah bola dan mengajarkannya bagaimana cara menendang bola, sesekali mengajak ke taman bermain yang menyediakan aneka permainan seperti kerangka besi yang bisa di panjat, mengajak bermain kejar-kejaran, menyediakan kursi atau sofa sesuai ukuran anak-anak yang mana dapat digunakan untuk mengasah kemampuannya menekuk punggung dan lutut karena ukurannya yang sesuai dengan tubuhnya, stimulasi yang diberikan adalah latihan duduk dan bangkit dari kursi, untuk memantapkan kemampuannya melangkah, orangtua dapat mengajarkannya bermain dorong-dorongan dengan cara orangtua mengambil posisi di depan anak, sedikit membungkukkan tubuh, lalu minta anak mendorong orangtua, sesekali orangtua bisa berpura-pura terdorong, ini akan membuat anak merasa bahagia, dan tanpa disadari sekaligus memantapkan kemampuannya melangkah.

##### 5. Penilaian seluruh aspek perkembangan

Hasil penelitian deteksi dini keseluruhan perkembangan pada anak toddler dengan responden berjumlah 78 adalah sebagai berikut :

**Tabel 5. Distribusi frekuensi keseluruhan aspek perkembangan**

Hasil Test	Frekuensi	Persentase (%)
Normal	64	82.1
<i>Suspek</i>	13	16.7
Tak dapat di uji	1	1.3
<b>Jumlah</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

Sumber Data: Primer 2019

Setelah dilakukan interpretasi dari 4 aspek perkembangan, didapatkan hasil kesimpulan penilaian keseluruhan perkembangan anak pada tabel 5 yang menunjukkan sebagian besar anak dengan hasil normal sebanyak 64 anak (82%), *suspect* ada 13 anak (17%) dan perkembangan abnormal 1 anak. Hal tersebut menunjukkan secara keseluruhan anak memiliki perkembangan yang baik. Namun hal tersebut tidak menjadikan orang tua hanya membiarkan saja perkembangan saat ini tetapi sebagai orang tua harus terus memperhatikan perkembangan anaknya dan rajin melakukan tes DDST II sesuai jadwal di Puskesmas ataupun di Posyandu yang menyediakan tes DDST rutin.

Perkembangan anak yang normal disebabkan oleh pemberian stimulasi yang dilakukan oleh orang tua balita. Menurut Soetjiningsih dan Ranuh (2012), anak yang mendapatkan stimulasi yang terarah dan teratur akan lebih cepat berkembang dibandingkan dengan anak yang tidak tahu atau kurang mendapat stimulasi. Stimulasi mental (asah) dapat menunjang perkembangan mental psikososial anak yang meliputi kecerdasan, kemandirian, kreativitas anak, kepribadian, dan produktifitas.

Anak yang mengalami perkembangan meragukan (*suspect*) disebabkan anak gagal dalam melakukan tugas perkembangan dimana garis umur terletak pada atau antara 75% dan 90%. Kegagalan anak disebabkan karena sebagian besar anak kurang diberikan

stimulasi oleh orang tuanya sehingga stimulasi yang diberikan kurang teratur.

Pada penelitian ini juga ditemukan ada 1 anak yang mengalami perkembangan tak dapat di uji. Anak ini mengalami keterlambatan (*delay*) pada 1 aspek perkembangan dan 2 peringatan (*caution*) karena pada saat penelitian berlangsung, pengasuh dari anak mengatakan jika anak tersebut memang belum dapat melakukan semua tugas perkembangan pada garis umur dan hasil observasi peneliti anak diduga mengalami *Down Syndrom* berdasarkan dari manifestasi klinis yang tampak pada anak.

Hal ini didukung oleh penelitian Eratay, dkk (2015) pada anak pra sekolah, hasil *screening* pada 583 anak menunjukkan perkembangan *suspect* ada 26 anak (4,45%) dan abnormal 6 anak (1,02%). Setelah itu dari 32 anak yang perkembangannya *suspect* dan abnormal, 18 anak (56%) diperiksa ulang dengan hasil 6 anak abnormal dan 12 anak *suspect*, 12 anak (21,4%) pindah ke kota lain dan 2 anak (6,25%) menolak untuk berpartisipasi.

Anak dengan hasil perkembangan sesuai dapat melanjutkan stimulasi sesuai dengan tahapan perkembangannya, anak dengan hasil meragukan (*suspect*) dapat melakukan uji ulang dalam 1-2 minggu untuk menghilangkan faktor sesaat (takut, lelah, sakit, tidak nyaman), anak dengan perkembangan tidak teruji melakukan ulang pemeriksaan 1-2 minggu (Soetjiningsih dan Ranuh, 2012)

#### **KESIMPULAN**

Perkembangan anak yang diukur menggunakan DDST II pada aspek personal sosial normal sebanyak 59 anak (75.6%), advanced sebanyak 5 anak (6.4%), yang mengalami *caution* sebanyak 11 anak (14.1%) dan yang mengalami *delay* sebanyak 3 anak (3.8%). Perkembangan anak pada aspek motorik halus normal sebanyak 63 anak (80.8%), yang advanced sebanyak 10 anak (12.8%), yang mengalami *caution* sebanyak 3 anak (3.8%) dan yang

mengalami *delay* sebanyak 2 anak (2.6%). Perkembangan anak pada aspek bahasa normal sebanyak 59 anak (75.6%), yang advanced sebanyak 6 anak (7.7%), yang mengalami *caution* sebanyak 9 anak (11.5%) dan yang mengalami *delay* sebanyak 4 anak (5.1%). Perkembangan anak pada aspek motorik kasar normal sebanyak 56 anak (71.8%), advanced sebanyak 19 anak (24.4%), yang mengalami *caution* sebanyak 2 anak (2.6%) dan yang mengalami *delay* sebanyak 1 anak (1.3%).

#### **UCAPAN TERIMAKASIH**

Terima kasih kepada Dinas Kesehatan Kota Samarinda yang memberi izin serta Puskesmas Baqa yang telah bersedia menjadi tempat penelitian

#### **REFERENSI**

Astuti, N, W. (2011). *Gambaran Perkembangan Balita di Posyandu Anggrek Ponggok I Desa Trimulyo Jetis Bantul Yogyakarta*. [Karya Tulis Ilmiah] Program Studi DIII Kebidanan, STIKES Jenderal Achmad Yani Yogyakarta

Eratay, E., Bayoglu B., and Anlar, B. (2015). *Preschool Developmental Screening with Denver II Test in Semi-Urban Areas*. [Online] : [http://www.ijbtsjournal.com/images/column\\_1502875704/Tract%203.pdf](http://www.ijbtsjournal.com/images/column_1502875704/Tract%203.pdf) Di akses pada tanggal 23 Januari 2019

Kemenkes RI. (2010). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2009*. Jakarta : Kemenkes RI

Kuncoro, D.H. (2013). *Hubungan Antara Stimulasi Ibu dengan Perkembangan Motorik Halus dan Kasar Pada Anak Usia Toddler di Paud Mekarsari Desa Pucangombo Tegalombo Pacitan*. [Skripsi] Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta

Kusminarti, D. E. (2009). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pertumbuhan Balita Usia 2-4 Tahun Di Kelurahan Salaman Mloyo*[skripsi]Universitas Negeri Semarang.

Rosita, Devi & Norazizah.(2015). *Studi Deskriptif Perkembangan Balita Usia 12-24 Bulan Dengan Metode Ddst II Di Desa Pancur Kecamatan Mayong Kabupaten.* 08(01).Juni 2015 ISSN : 1907-1396

Soetjiningsih & Ranuh. (2012). *Tumbuh Kembang Anak Edisi 2.* EGC. Jakarta

