FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERKEMBANGAN ANAK USIA DINI DI WILAYAH KERJA UPTD PUSKESMAS PONTIANAK SELATAN TAHUN 2018

(STUDI KOMPARASI PADA BALITA ASI EKSKLUSIF DAN NON ASI EKSKLUSIF)

SKRIPSI

Oleh:

SYARIFAH FATIMAH ADEFIANI

NIM 151510545

PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONTIANAK

2018

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERKEMBANGAN ANAK USIA DINI DI WILAYAH KERJA UPTD PUSKESMAS PONTIANAK SELATAN TAHUN 2018

(STUDI KOMPARASI PADA BALITA ASI EKSKLUSIF DAN NON ASI EKSKLUSIF)

SKRIPSI PENELITIAN

Diajukan Untuk Melengkap Sebagian Persyaratan Menjadi Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM)

Oleh:

SYARIFAH FATIMAH ADEFIANI

NIM 151510545

PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONTIANAK

2018

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Segala proses dalam penyusunan skripsi saya jalankan melalui prosedur dan kaidah yang benar serta didukung dengan data-data yang dapat dipertanggungjawabkan keabsahannya.

Jika di kemudian hari ditemukan kecurangan, maka saya bersedia untuk menerima sanksi berupa pencabutan hak terhadap ijasah dan gelar yang saya terima.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Pontianak, Agustus 2018

Penulis

SYARIFAH FATIMAH ADEFIANI
NPM: 151510545

LEMBAR PENGESAHAN

Dipertahankan di Depan Dewan Penguji Hasil Penelitian
Falkultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak
Dan Diterima untuk Memenuhi Sebagian Syarat Guna Mmemperoleh
Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.K.M.)
Pada Tanggal, 9 Oktober 2018

Dewan Penguji :

1. Andri Dwi Hernawan, SKM, M.Kes (Epid) : _____ : ___
2. Otik Widyastutik, SKM, MA _____ : _____
3. Dedi Alamsyah, SKM., M. Kes (Epid) _____ : _____

FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONTIANAK

DEKAN

Dr. Linda Suwarni, S.K.M., M. Kes
NIDN: 1125058301

PROPOSAL PENELITIAN

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Sarjana Kesehatan Masyarkat (SKM)
Peminatan Epidemiologi Kesehatan

Oleh :

Syarifah Fatimah Adefiani

NPM. 151510545

Pontianak, Desember 2017

Mengetahui,

Pembimbing I	**Pembimbing II**
Andri Dwi Hernawan, SKM, M.Kes (Epid)	**Otik Widyastutik, SKM, MA**
NIDN: 1104018201	**NIDN : 1102108001**

BIODATA PENULIS

1	Nama	:	Syarifah Fatimah Adefiani
2	Tempat, Tanggal Lahir	:	Pontianak, 27 Mei 1992
3	Jenis Kelamin	:	Perempuan
4	Agama	:	Islam
5	Nama Orang Tua		
	a. Bapak	:	Syarif Abubakar Adeni
	b. Ibu	:	Syarifah Safiah, S.Pd
6	Alamat	:	Jl. Tanjung raya 2 Gg. Berkat No. 14

JENJANG PENDIDIKAN

1	SD	:	SD Swasta Fajar Harapan (Tahun 1998-2001)
			SD N 03 Pontianak timur (Tahun 2001-2004)
2	SMP	:	MTs N 1 Pontianak (Tahun 2004-2007)
3	SMA	:	MAN 2 Pontianak (Tahun 2007-2010)
4	DIPLOMA III	:	Jurusan Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Pontianak (Tahun 2010-2013)
5	Perguruan Tinggi	:	Peminatan Epidemiologi Kesehatan, Program Studi Kesehatan Masyarakat, Falkultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Pontianak.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirabbil'alamin segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan segala rahmat dan karunianya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan proposal penelitian yang berjudul **"Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perkembangan Anak Usia Dini (Studi Komparasi Kelompok ASI Eksklusif dan Non ASI Eksklusif) di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Pontianak Selatan"**

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan proposal ini, penulis banyak memperoleh bimbingan, arahan dan dukungan dari beberapa pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih yang tiada terhingga kepada Bapak **Andri Dwi Hernawan, SKM, M.Kes (Epid)** selaku pembimbing pertama dan Ibu **Otik Widyastutik, SKM, MA** selaku pembimbing kedua yang telah bersedia membimbing dengan ketulusan hati dan meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta dengan kesabaran memberikan arahan dan bimbingan yang sangat bermanfaat kepada penulis selama penyusunan skripsi ini. Pada kesempatan ini, peneliti juga mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Helman Fachri, SE, MM selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Pontianak
2. Ibu Dr. Linda Suwarni M.Kes selaku Dekan Falkultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak
3. Kepala beserta staf di Puskesmas Gang Sehat Pontianak yang telah memberi izin peneliti dalam pengambilan data dan kegiatan penelitian untuk penyusunan skripsi ini.
4. Seluruh dosen dan staf pengajar Falkultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak yang telah membekali dengan pengetahuan dan memberi pelayanan akademik.
5. Pihak lembaga pendidikan anak usia dini (TK, PAUD, TPA) dan oang tua/wali murid yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan wawancara dan mengambil data sekunder, serta bersedia memberikan informasi-informasi yang peneliti perlukan dalam penelitian.

6. Teristimewa untuk Orang tua dan keluarga tercinta, khususnya Abah dan Ummi yang telah memberikan motivasi dan doa dengan tulus tak henti-hentinya dipanjatkan demi kelancaran penelitian.
7. Teman-teman seperjuangan FIKES 2015 yang telah bersama-sama belajar dan menghabiskan waktu di Program Studi Ilmu Kesehatan Falkultas Kesehatan Masyarakat.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritik dari berbagai pihak untuk perbaiki skripsi ini. Akhirnya penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Wassalamualaikum Wr.Wb.

Pontianak, Agustus 2018

Penulis

Syarifah Fatimah Adefiani

NPM: 151510545

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	**i**
HALAMAN SAMPUL DALAM	**ii**
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	**iii**
LEMBAR PENGESAHAN	**iv**
LEMBAR PERSETUJUAN BIMBINGAN	**v**
BIODATA	**vi**
KATA PENGANTAR	**vii**
DAFTAR ISI	**ix**
DAFTAR TABEL	**xi**
DAFTAR LAMPIRAN	**xii**
BAB I PENDAHULUAN	**1**
I.1. Latar Belakang Masalah	1
I.2. Rumusan Masalah	5
I.3. Tujuan Penelitian	5
I.4. Manfaat Penelitian	7
I.5. Keaslian Penelitian	8
BAB **II TINJAUAN PUSTAKA**	**10**
II.1. Landasan Teori	8
II.2. Kerangka Teori	37
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL	**38**
III.1. Kerangka Konsep	38
III.2. Variabel Penelitian	39
III.3. Devinisi Operasional	40
III.4. Hipotesis Penelitian	42
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	**45**
IV.1. Desain Penelitian	45

IV.2. Lokasi dan Waktu Penelitian 45
IV.3. Populasi dan Sampel 46
IV.4. Teknik Pengambilan Sampel 47
IV.5. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data 48
IV.6. Teknik Pengolahan dan Penyajian Data 49
IV.7. Teknik Analisis Data 50

DAFTAR PUSTAKA 53

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

I.1. Daftar Nama Lembaga Pendidikan Anak Usia Dini yang Menjadi Lokasi Studi Pendahuluan 6

I.2. Keaslian Penelitian 10

II.1. *Milestone* Perkembangan Motorik Kasar Anak dan *Red Flag* 29

II.2. *Milestone* Perkembangan Motorik Halus Anak dan *Red Flag* 30

II.3. *Milestone* dan *Red flag* Perkembangan Bahasa 32

II.4. Tabel Interpretasi Hasil KPSP 38

III.1. Definisi Operasional 48

IV.1. Tabel Chi-Square 2x2.....58

V.1. Distribusi Responden Berdasarkan Lokasi Penelitian 61

V.2. Distribusi Responden Menurut Kelompok Umur.....61

V.3. Distribusi Frekuensi Perkembangan Anak 62

V.4. Distribusi Frekuensi Stimulasi 63

V.5. Distribusi Frekuensi Pendidikan Ibu 64

V.6. Distribusi Frekuensi Jumlah Saudara 65

V.7. Distribusi Frekuensi Status Gizi 65

V.8. Distribusi Frekuensi Riwayat BBLR.....66

V.9. Distribusi Frekuensi Kerentanan Terhadap Infeksi 66

V.10. Analisis Bivariat Kelompok ASI Eksklusif 67

V.11. Analisis Bivariat Kelompok Non ASI Eksklusif 70

V.12. Komparasi Uji Bivariat Kelompok ASI Eksklusif dan Non ASI Eksklusif.....

ABSTRAK

FAKULTAS ILMU KESEHATAN
SKRIPSI, OKTOBER 2018

SYARIFAH FATIMAH ADEFIANI

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERKEMBANGAN ANAK USIA DINI DI WILAYAH KERJAUPTD PUSKESMAS PONTIANAK SELATAN TAHUN 2018
xii + 126 halaman + 12 tabel + 1 gambar + 8 lampiran

Latar belakang: Proses tumbuh kembang berlangsung dengan pesat dan sangat dipengaruhi oleh lingkungan namun, berlangsung sangat pendek dan tidak dapat diulangi lagi sehingga disebut sebagai "masa keemasan" (*golden period*).
Di Indonesia, sekitar 16 % dari balita Indonesia mengalami gangguan perkembangan syaraf dan otak mulai ringan sampai berat. Setiap 2 dari 1000 bayi mengalami gangguan perkembangan motorik dan 3-6 bayi dari 1000 bayi juga mengalami gangguan perkembangan serta 1 dari 100 anak mempunyai kecerdasan kurang dan keterlambatan bicara.
Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan anak usia dini di wilayah kerja UPTD Puskesmas Pontianak Selatan tahun 2017 (studi komparatif kelompok bayi ASI eksklusif dan non ASI eksklusif)"
Metode : Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional.* Sampel penelitian sebanyak 94 orang (47 ASI Eksklusif, 47 Non ASI Eksklusif). Uji statistik menggunakan uji *Chi Square* dengan tingkat kepercayaan 95%.

Hasil : Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara stimulasi orang tua (P Value : 0.037) dan pendidikan ibu (P Value : 0.001) terhadap perkembangan anak di kelompok ASI Eksklusif. Terdapat hubungan yang bermakna antara stimulasi orang tua (P Value : 0.05), pendidikan ibu (P Value : 0.003), riwayat BBL (P Value : 0.036), dan kerentanan (P Value : 0.020) terhadap penyakit dengan perkembangan anak di kelompok Non ASI Eksklusif.

Saran : Meningkatkan edukasi kepada masyarakat tentang pentingnya perkembangan anak dan meningkatkan koordinasi lintas sektor untuk mendukung tumbuh kembang anak
Kata kunci : perkembangan anak, ASI Eksklusif
Daftar pustaka : 40 (1990-2017)

ABSTRACT

FACULTY OF HEALTH SCIENCE
Skripsi, OKTOBER 2018

SYARIFAH FATIMAH ADEFIANI

FACTORS RELATING TO THE DEVELOPMENT OF EARLY AGE CHILDREN IN THE UPTD PUSKESMAS PONTIANAK SELATAN 2018
xiv + 126 pages + 12 tables + 1 picture + attachments

Background: The process of growth and development takes place rapidly and is very much influenced by the environment but, takes place very short and cannot be repeated again so that it is called the "golden period".
In Indonesia, about 16% of Indonesian toddlers experience neurological development disorders and the brain starts from mild to severe. Every 2 out of 1000 babies experience motoric developmental disorders and 3-6 babies from 1000 babies also develop developmental disorders and 1 in 100 children have low intelligence and late speech.
Objective: This study aims to prove the factors that influence early childhood development in the work area of the South Pontianak UPTD Puskesmas in 2017 (comparative study of exclusive breastfeeding infants and exclusive non-breastfeeding groups) "
Method: This study uses a cross sectional design. The research sample was 94 people (47 Exclusive Breastfeeding, 47 Exclusive Non ASI). Statistical tests used Chi Square test with a 95% confidence level.
Results: The results showed that there was a significant relationship between parental stimulation (P Value: 0.037) and maternal education (P Value: 0.001) for the development of children in the Exclusive ASI group. There is a significant relationship between parental stimulation (P Value: 0.05), maternal education (P Value: 0.003), history of BBL (P Value: 0.036), and susceptibility (P Value: 0.020) to diseases with child development in the Non ASI group Exclusive.
Suggestion: Improve education to the public about the importance of child development and improve cross-sectoral coordination to support children's development.

Keywords: child development, exclusive breastfeeding
Bibliography: 40 (2000-2016)

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Sarjana Kesehatan Masyarkat (SKM)
Peminatan Epidemiologi Kesehatan

Oleh :

Syarifah Fatimah Adefiani

NPM. 151510545

Pontianak, Oktober 2018

Mengetahui,

Pembimbing I	Pembimbing II
Andri Dwi Hernawan, SKM, M.Kes (Epid)	**Otik Widyastutik, SKM, MA**
NIDN: 1104018201	**NIDN : 1102108001**

LEMBAR PENGESAHAN

Dipertahankan di Depan Dewan Penguji Skripsi
Falkultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak
Dan Diterima untuk Memenuhi Sebagian Syarat Guna Mmemperoleh
Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.K.M.)
Pada Tanggal, 9 Oktober 2018

Dewan Penguji :

1. Andri Dwi Hernawan, SKM, M.Kes (Epid) : _____
2. Otik Widyastutik, SKM, MA : _____
3. Dedi Alamsyah, SKM, M.Kes (Epid) : _____

FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONTIANAK

Dekan

Dr. Linda Suwarni, S.K.M., M.Kes
NIDN. 1125058301

Dipindai dengan CamScanner

BAB I

PENDAHULUAN

I.1. Latar Belakang

Pertumbuhan dan perkembangan anak secara fisik, mental, sosial, emosional dipengaruhi oleh gizi, kesehatan dan pendidikan. Sejak bayi dilahirkan hingga berumur satu tahun akan mengalami tumbuh kembang. Proses tersebut berlangsung dengan pesat dan sangat dipengaruhi oleh lingkungan namun, berlangsung sangat pendek dan tidak dapat diulangi lagi sehingga disebut sebagai "masa keemasan" (*golden period*). Tumbuh kembang merupakan dua proses yang berbeda, tetapi keduanya tidak dapat berdiri sendiri, terjadi secara simultan, saling berkaitan, dan berkesinambungan dari masa konsepsi hingga dewas (Maritalia, 2009).

Pertumbuhan (*growth*) adalah perubahan yang bersifat kuantitatif, yaitu bertambahnya jumlah, ukuran, dimensi pada tingkatan sel, organ, maupun individu. Anak tidak hanya besar secara fisik, melainkan juga ukuran dan struktur organ-organ tubuh dan otak. Perkembangan (*development*) adalah perubahan yang bersifat kuantitatif dan kualitatif. Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan (*skill*) struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks, dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan/maturitas. (Soetjiningsih, 2015).

Seorang anak dapat tumbuh sehat dan cerdas dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor genetik, nutrisi, stimulasi dan faktor penting lainnya yang

mempengaruhi tumbuh kembang. Faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang secara umum terdapat dua faktor utama yaitu faktor genetik dan faktor lingkungan. Faktor lingkungn ini secara garis besar dibagi menjadi *Pranatal* dan *Postnatal*. *Postnatal* atau setelah lahir yang juga dapat mempengaruhi tumbuh kembang anak, seperti budaya lingkungan, sosial ekonomi keluarga, nutrisi/gizi, iklim, olahraga, posisi anak dalam keluarga dan kesehatan. (Soetjiningsih, 2015)

Bayi yang berumur 0-6 bulan sesuai rekomendasi World Health Organization (WHO) pada tahun 2001 hanya memerlukan ASI saja tanpa cairan atau makanan padat apapun yang disebut dengan ASI eksklusif. Penegasan pemberian ASI eksklusif juga diatur dalam PP Nomor 33 tahun 2012 Pasal 6 yang berbunyi "Setiap ibu yang melahirkan harus memberikan ASI eksklusif kepada bayi yang dilahirkannya".

Zat gizi memiliki peranan yang sangat penting bagi kelangsungan tumbuh kembang anak dan kesehatannya. ASI memiliki kandungan gizi yang lengkap untuk menunjang tumbuh kembang bayi. Selain karena kandungan gizi yang lengkap, dengan menyusui maka bayi juga menadapatkan stimulasi sensori yang komperhensif (taktil, penciuman, pendengaran, kehangatan dan kasih sayang) dari ibunya (Soetjiningsih, 2015)

Sebesar 90% energi yang terdapat pada ASI berasal dari karbohidrat pada lemak, sedangkan 10% berasal dari protein. Karbohidrat yang utama terdapat dalam ASI adalah laktosa. Selain laktosa terdapat juga glukosa, galaktosa, dan glukosamin. Galaktosa berperan pening untuk pertumbuhan otak dan medulla

spinalis, pembentukan myelin di medulla spinalis dan sintesis galaktosida. ASI juga mengandung glukosamin yang merupakan bidus faktor yang mengacu pada pertumbuhan *Lactobasilus bifidus* yang merupakan bakteri baik. (Soetjiningsih, 2015)

Protein dalam ASI terdiri dari kasein, serum albumin, α-laktalbumin, β-laktoglobulin dan glikoprotein lainnya. ASI mengandung protein yang lebih rendag dari susu sapi, tetapi mengandung zat gizi yang lebih mudah dicerna bayi. ASI mengandung asam amino esensial yang tinggi, yang penting untuk pertumbuhan otak, retina, dan konjugasi bilirubin. Keistimewaan lainnya adalah kadar methionin dalam ASI yang lebih rendah dari susu sapi, sedangkan sistin lebih tinggi.. Sistin merupakan asam amio yang sangat penting untuk pertumbuhan otak bayi. ASI mengandung lipase, yang membantu pencernaan lemak. Keistemewaan ASI adalah bentuk emulsinya yang lebih sempurna. Beragam kelebihan kandungan ASI membuat asi menjadi minuman istimewa yag terbaik untuk menunjang tumbuh kembang anak. (Werdayanti, 2015)

Cakupan pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan bersifat fluktuatif. Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007 menunjukkan cakupan ASI eksklusif sebesar 32% yang menunjukkan kenaikan bermakna menjadi 42% pada tahun 2012. Berdasarkan laporan dinas kesehatan provinsi 2013, cakupan ASI Eksklusif secara nasional 54.3% sementara Kalbar menduduki peringkat 7 terendah dengan besaran cakupan 47.3% dibandingkan Maluku (25.2%), Papua (31.5%), Jabar (33.7%), Sulut

(34.7%), Sumut (41.3%) dan Kalteng (43.4%). Hal ini sekaligus menggambarkan Kalbar memiliki persentase cakupan jauh dibawah standar nasional.

Berdasarkan profil kesehatan provinsi Kalimantan Barat, tahun 2014 cakupan ASI Eksklusif kota Pontianak 64.0% (cakupan provinsi 55.1%) ini meningkat signifikan ditahun 2015 menjadi 80.4% (cakupan provinsi 51.8%)

Berdasarkan profil kesehatan Indonesia tahun 2016, cakupan bayi 0-6 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif untuk wilayah Kalbar sebesar 52.9 % jauh menurun dari tahun 2015 dimana cakupan asi eksklusif sebesar 68.4%. Berdasarkan data Profil Dinas Kesehatan Kota Pontianak tahun 2016, UPTD Puskesmas Pontianak Selatan adalah yang paling rendah cakupan asi eksklusifnya yakni 8.01% disusul oleh Puskesmas Purnama 11.07 %. Hal ini sekaligus membuat kecamatan Pontianak Selatan sebagai kecamatan yang memiliki cakupan ASI eksklusif terendah di kota Pontianak tahun 2016. Dilihat dari tren cakupan ASI eksklusif UPTD Puskesmas Pontianak Selatan terus mengalami penurunan tahun ke tahun, yakni 2014 sebesar 84.47%, menurun ditahun 2015 menjadi 29.18%, jauh menurun di tahun 2016 yakni 8.01%.

Anak dengan non ASI eksklusif akan berdampak pada tumbuh kembang dan kesehatan anak. Hal ini disebabkan karena ASI merupakan sumber nutrisi terbaik dengan komposisi bioaktif yang dapat meningkatkan status kesehatan ibu dan anak juga menunjang tumbuh kembang anak. Bayi yang mendapatkan ASI dengan standar emas makanan bayi terbukti memiliki IQ lebih tinggi dan

performa lebih baik dibandingkan dengan bayi non ASI ekslusif. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh IDAI (Ikatan Dokter Anak Indonesia) tahun 2016, dengan menyusui, dapat mencegah 1/3 kejadian infeksi saluran pernapasan atas (ISPA), kejadian diare dapat turun 50%, dan penyakit usus parah pada bayi premature dapat berkurang kejadiannya sebanyak 58%. Pada ibu, risiko kanker payudara juga dapat menurun 6-10%. (Fadhila, dkk, 2016) Menurut penelitian Firdaus tahun 2012 yang dilakukan di RW 04 Desa Sambibulu Kecamatan Taman Sidoardjo diperoleh hasil penelitian dari 13 responden yang diberikan ASI didapatkan hampir setengahnya (48.1%) perkembangan anaknya sesuai, sedangan dari 14 responden yang tidak diberikan ASI eksklusif didapatkan sebagian besar (51.9%) perkembangan anaknya menyimpang.

Jumlah Balita di Indonesia sangat besar yaitu sekitar 10 % dari seluruh populasi, maka sebagai calon generasi penerus bangsa, kualitas tumbuh kembang balita di Indonesia perlu mendapat perhatian serius yaitu mendapat gizi yang baik, stimulasi yang memadai serta terjangkau oleh pelayanan kesehatan berkualitas termasuk deteksi dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang. (KEMENKES RI, 2010)

Pembinaan tumbuh kembang anak secara komperhensif dan berkualitas yang diselenggarkan melalui kegiatan stimulasi, deteksi dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita yang dilakukan di masa kritis tersebuh diatas.

Namun kenyataannnya yang terjadi di Indonesia, sekitar 16 % dari balita Indonesia mengalami gangguan perkembangan syaraf dan otak mulai ringan sampai berat. Setiap 2 dari 1000 bayi mengalami gangguan perkembangan motorik dan 3-6 bayi dari 1000 bayi juga mengalami gangguan perkembangan serta 1 dari 100 anak mempunyai kecerdasan kurang dan keterlambatan bicara. (KEMENKES RI,2010)

Penelitian-penelitian terdahulu menunjukkan hasil skrining perkembangan yang berbeda-beda, dengan rentang nilai sebesar 13%-28,5%. Tujuh puluh persen anak dengan keterlambatan tidak teridentifikasi tanpa skrining, sedangkan 70%-80% anak dengan keterlambatan perkembangan teridentifikasi dengan skrining perkembangan yang baik. Penelitian di Kecamatan Klojen Kotamadya Malang, terhadap anak taman kanak-kanak (TK) selama periode penelitian bulan Agustus-Desember 2010, dengan skrining perkembangan terhadap 248 anak. Hasil skrining dengan KPSP menunjukkan 236 anak (95,1%) anak menunjukkan perkembangan yang sesuai dan 12 anak (0,05%) menunjukkan perkembangan meragukan atau ada penyimpangan. (Moonik, dkk, 2015)

UPTD Puskesmas Pontianak Selatan adalah puskesmas dengan jumlah binaan lembaga pendidikan anak usia dini tertinggi di kota Pontianak yakni sebanyak 28 TK/PAUD/RA/TPA namun dengan cakupan ASI terendah tahun 2016 (8.01%).

Menurut data Stimulasi Intervensi Deteksi Dini Tumbuh Kembang Anak (SDIDTK) UPTD Puskesmas Pontianak Selatan tahun 2017, yang

dilakukan di lembaga pendidikan anak usia dini meliputi TK, PAUD dan penitipan anak, skrining dilakukan pada 1241 anak dalam waktu 6 bulan diperoleh data bahwa 64 anak memiliki perkembangan menyimpang atau meragukan.

Untuk mengetahui jumlah populasi anak usia dini (0-5 tahun) dengan riwayat ASI eksklusif maupun non ASI Eksklusif, penulis harus melakukan pendataan langsung ke setiap siswa/i di seluruh wilayah binaan UPTD Puskesmas Pontianak Selatan. Secara keseluruhan terdapat 28 lembaga pendidikan anak usia dini di UPTD Puskesmas Pontianak Selatan, 17 diantaranya memiliki siswa/i usia 0-5 tahun sesuai dengan kriteria populasi penelitian ini, 3 diantaranya menolak untuk dilakukan studi pendahuluan sehingga studi pendahuluan hanya dapat dilakukan pada 14 TK.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilaksanakan pada 30 Oktober – 13 November 2017 di 14 TK diperoleh populasi sebesar 125 siswa terbagi menjadi dua yakni 59 ASI eksklusif dan 66 orang non ASI eksklusif.

Berikut adalah nama lembaga pendidikan anak usia dini yang menjadi lokasi studi pendahuluan.

Tabel I.1 Daftar Nama Lembaga Pendidikan Anak Usia Dini yang Menjadi Lokasi Studi Pendahuluan

NO.	NAMA LEMBAGA PENDIDIKAN	ASI EKSKLUSIF (orang)	NON ASI EKSKLUSIF (orang)
1.	TPA PAUD LKIA II	6	8
2.	TK LKIA II	7	8
3.	TK Adiyaksa	5	9
4.	Play Grup Mulya Darma	4	3
5.	TK Gembala Baik	2	2
6.	TK Pembina Pontianak Selatan	8	4
7.	Kelompok Bermain Bruder Dahlia	3	4

8.	TK Al kausar	2	3
9.	TK Idatha	5	8
10.	PAUD Kasih Bunda	2	4
11.	Play Grup Alfan	3	5
12.	Raudatul Muhtadin	9	5
13.	PAUD Surya Cendikia	4	3

Berdasarkan pada permasalahan tersebut maka dalam penelitian ini peneliti akan mengangkat judul ”Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perkembangan Anak Usia Dini di Wilayah kerja UPTD Puskesmas Pontianak Selatan tahun 2017 (studi komparatif kelompok bayi ASI eksklusif dan non ASI eksklusif)”.

I.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan di atas, permasalahan yang akan dibahas lebih lanjut dalam penelitian ini adalah : “Faktor-Faktor Apa yang Mempengaruhi Perkembangan Anak Usia Dini di Wilayah kerja UPTD Puskesmas Pontianak Selatan tahun 2017 (studi komparatif kelompok bayi ASI eksklusif dan non ASI eksklusif)”

I.3. Tujuan

I.3.1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan anak usia dini di wilayah kerja UPTD Puskesmas Pontianak Selatan tahun 2017 (studi komparatif kelompok bayi ASI eksklusif dan non ASI eksklusif)”

I.3.2. Tujuan Khusus

1. Membuktikan hubungan status gizi dengan perkembangan anak usia dini kelompok ASI Eksklusif
2. Membuktikan hubungan status gizi dengan perkembangan anak usia dini kelompok non ASI Eksklusif
3. Membuktikan perbedaan status gizi anak usia dini pada kelompok ASI Eksklusif dan non ASI Eksklusif
4. Membuktikan hubungan riwayat BBLR dengan perkembangan anak usia dini kelompok ASI Eksklusif
5. Membuktikan hubungan riwayat BBLR dengan perkembangan anak usia dini kelompok non ASI Eksklusif
6. Membuktikan perbedaan riwayat BBLR anak usia dini kelompok ASI Eksklusif dan non ASI Eksklusif
7. Membuktikan hubungan kerentanan terhadap penyakit dengan perkembangan anak usia dini kelompok ASI Eksklusif
8. Membuktikan hubungan kerentanan terhadap penyakit dengan perkembangan anak usia dini kelompok non ASI Eksklusif
9. Membuktikan perbedaan kerentanan terhadap penyakit anak usia dini kelompok ASI Eksklusif dan non ASI Eksklusif
10. Membuktikan hubungan pendidikan ibu dengan perkembangan anak usia dini kelompok ASI Eksklusif
11. Membuktikan hubungan pendidikan ibu dengan perkembangan anak usia dini kelompok non ASI Eksklusif

12. Membuktikan perbedaan pendidikan ibu anak usia dini kelompok ASI Eksklusif dan non ASI Eksklusif
13. Membuktikan hubungan stimulasi dengan perkembangan anak usia dini kelompok ASI Eksklusif
14. Membuktikan hubungan stimulasi dengan perkembangan anak usia dini kelompok non ASI Eksklusif
15. Membuktikan perbedaan stimulasi anak usia dini kelompok ASI Eksklusif dan non ASI Eksklusif
16. Membuktikan hubungan jumlah saudara dengan perkembangan anak usia dini kelompok ASI Eksklusif
17. Membuktikan hubungan jumlah saudara dengan perkembangan anak usia dini kelompok non ASI Eksklusif
18. Membuktikan perbedaan jumlah saudara pada anak usia dini kelompok ASI Eksklusif dan non ASI Eksklusif
19. Membuktikan perbedaan perkembangan anak usia dini kelompok ASI Eksklusif dan non ASI Eksklusif

I.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Responden

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi tentang faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan perkembangan anak usia dini dan perbedaan antara kelompok ASI Eksklusif dan non ASI Eksklusif. Sehingga diharapkan orang tua dan pihak terkait dapat ikut serta memantau dan

menstimulasi tumbuh kembang anak dan menumbuhkan kesadaran pentingnya ASI Eksklusif dalam mewujudkan generasi sehat dan cerdas.

1.4.2. Bagi Mahasiswa Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber referensi dan menjadi bahan untuk penelitian selanjutnya yang serupa tentang faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak dan ASI Eksklusif.

1.4.3. Bagi UPTD Puskesmas Pontianak Selatan

Peneliti berharap dapat dijadikan bahan evaluasi mengenai perkembangan anak di wilayah kerja puskesmas, dapat menjadi masukan bagi rumah sakit dalam mengambil kebijakan atau melaksanakan tindakan terkait tumbuh kembang anak dan meningkatkan efektifitas program SDIDTK serta peningkatan capaian ASI Eksklusif di wilayah kerja puskesmas.

1.4.3. Bagi Peneliti

Penelitian ini menjadi syarat untuk lulus dari Program Studi kesehatan Masyarakat Di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah serta menambah wawasan pengetahuan dan pengalaman.

1.1.Keaslian penelitian

Beberapa penelitian yang telah dilakukan terkait dengan faktor- faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak dan kaitannya dengan ASI Eksklusif sebagai berikut :

Tabel.I.2 Keaslian Penelitian

No	Nama peneliti/Judul penelitian/Tahun Penelitian	Rancangan penelitian	Variabel yang diteliti	Hasil	Persamaan	Perbedaan
1	Yuyik Puspitasari/ Hubungan Antara Satatus Gizi dengan Perkembangan Balita di PAUD Sukses Kreatif Dusun Mojosantresn Kelurahan Kemasan Kecamatan Krian Kabupaten Sidoardo / 2016	*Cross Sectional*	- Variable bebas = Status gizi - Variabel terikat = Perkembangan anak	- Ada hubungan antara status gizi dengan perkembangan balita di PAUD Sukses Kreatif	- Penelitian menggunakan desain *cross sectional* - Variabel status gizi dan perkembangan anak	- Menggunakan kelompok komparasi ASI Eksklusif dan Non ASI Eksklusif - Variabel bebas : pendidikan ibu, stimulasi orang tua, kerentanan terhadap penyakit, riwayat BBLR, jumlah saudara - Tempat penelitian di Kalimantan Barat (Pontianak)
2	Farida Ayu Wardhani / Faktor yang Mempengaruhi Perkembangan Anak Usia Pra Sekolah pada Ibu Bekerja / 2016	*Cross Sectional*	Variabel bebas = - karakteristik dan peran ibu - karakteristik dan peran ayah - karakteristik dan peran pengasuh - karakteristik dan peran teman sebaya - karakteristik dan peran sarana bermain Variabel Terikat - perkembangan anak	Variabel yang memiliki hubungan yang signifikan terhadap perkembangan anak adalah karakteristik dan peran ibu, karakteristik dan peran sarana bermain.	- Penelitian menggunakan desain *cross sectional* - Variabel terikat perkembangan anak	- kelompok komparasi ASI Eksklusif dan Non ASI Eksklusif - Variabel bebas : status gizi, pendidikan ibu, stimulasi orang tua, kerentanan terhadap penyakit, riwayat BBLR, jumlah saudara - Tempat penelitian di Kalimantan Barat (Pontianak)
3	Lindawati / Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perkembangan Motorik Anak Usia Prasekolah 2013	*Cross Sectional*	Variabel bebas = - Status gizi - Umur - Pola asuh - Lama di PAUD Variabel terikat = - Perkembangan anak	- Ada hubungan yang signifikan antara status gizi terhadap perkembangan motorik anak pra sekolah - Tidak ada hubungan yang	- Desain *cross sectional* - Variabel status gizi dan perkembangan anak	- kelompok komparasi ASI Eksklusif dan Non ASI Eksklusif - Variabel bebas : pendidikan ibu, stimulasi orang tua, kerentanan terhadap penyakit,

				signifikan antara umur terhadap perkembangan motorik anak pra sekolah - Tidak ada hubungan yang signifikan antara pola asuh terhadap perkembangan motorik anak pra sekolah - Tidak ada hubungan yang signifikan antara lama di PAUD terhadap perkembangan motorik anak pra sekolah		riwayat BBLR, jumlah saudara - Tempat penelitian di Kalimantan Barat (Pontianak)
4	Gunawan, Gladys, dkk. / Hubungan Status Gizi dengan Perkembangan Anak Usia 1-2 Tahun	*Cross Sectional*	Variabel bebas : status gizi Variabel terikat : Perkembangan Anak	- Tidak terdapat hubungan antara gangguan perkembangan dengan status gizi (p=0,394) - Tidak terdapat hubungan antara status gizi dengan kondisi ekonomi (p=2,500) - Tidak terdapat hubungan antara perkembangan dengan status ekonomi (p=0,336).	- Design penelitian *cross sectional* - Variabel bebas status gizi - Variabel terikat pekembangan anak	- kelompok komparasi ASI Eksklusif dan Non ASI Eksklusif - Variabel bebas : pendidikan ibu, stimulasi orang tua, kerentanan terhadap penyakit, riwayat BBLR, jumlah saudara - Tempat penelitian di Kalimantan Barat (Pontianak)
5.	D'hondt E, Deforche B, Bourdeaudhuij I. J. dan Lenoir M. / *Relationship Between Motor Skill and Body Mass Index in 5 to*	*Case Control*	Variabel bebas : kemampuan motorik Variabel terikat : indeks masa tubuh anak 5 samai 10 tahun	- Terdapat hubungan yang bermakna antara keseimbangan anak dengan IMT (p Value <0.01)	- Sama sama meneliti tentang kemampuan motorik anak	- kelompok komparasi ASI Eksklusif dan Non ASI Eksklusif - Variabel bebas : pendidikan ibu, stimulasi orang tua, kerentanan

	10 Years Old Children (2009)			- Terdapat hubungan yang bermakna antara keterampilan bermain bola dengan IMT (p Value <0.05)		terhadap penyakit, riwayat BBLR, jumlah saudara, status gizi - Tempat penelitian di Kalimantan Barat (Pontianak)

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

II.1. Perkembangan Anak

II.1.1 Pengertian Tumbuh Kembang

Anak merupakan dambaan setiap keluarga, selain itu setiap keluarga juga mengharapkan anakya kelak bertumbuh kembang optimal (sehat fisik, mental/kognitif , dan sosial), dapat dibanggakan , serta berguna bagi nusa dan bangsa. Sebagai sebagai aset bangsa, anak harus mendapatkan perhatian sejak mereka masih dalam kandungan sampai dewasa. (Soetjiningsih, 2015)

Tumbuh kembang merupakan manifestasi yang kompleks dari perubahan morfologi biokimia, fisiologi yang terjadi sejak konsepsi sampai maturitas. Pertumbuhan (*growth*) adalah perubahan yang bersifat kuantitatif, yaitu bertambahnya jumlah, ukuran, dimensi pada tingkatan sel, organ, maupun individu. Anak tidak hanya besar secara fisik, melainkan juga ukuran dan struktur organ-organ tubuh dan otak. (Soetjiningsih, 2015)

Perkembangan (*development*) adalah perubahan yang bersifat kuantitatif dan kualitatif. Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan (*skill*) struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks, dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan/maturitas. Perkembangan menyangkut proses diferensiasi

sel tubuh, jaringan tubuh, organ dan system organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Termasuk juga perkembangan kognitif, bahasa, motorik, emosi, dan perkembangan perilaku sebagai hasil dari interaksi dengan lingkungannya. (Soetjiningsih, 2015)

Perkembangan adalah suatu perubahan fungsional yang bersifat kualitatif, baik dari fungsi-fungsi fisik maupun mental sebagai hasil keterkaitannya dengan pengaruh lingkungan. Perkembangan ditunjukkan dengan perubahan yang bersifat sistematis, progresif

berkesinambungan. (Syaodih, 2012)

Menurut Pedoman Pelaksaan Stimulasi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak tahun 2010, pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran dan jumlah sel serta jaringan intraseluler, berarti bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh sebagian atau keseluruhan sehingga dapat diukur dengan satuan panjang dan berat. Sedangkan perkembangan adalah bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dilihat dari kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara, bahasa serta sosialisasi dan kemandirian.

Menurut Kemenkes RI (2010) proses pertumbuhan anak memiliki beberapa ciri-ciri sebagai berikut :

1) Perkembangan menimbulkan perubahan

Perkembangan terjadi bersamaan dengan perrumbuhan. Setiap pertumbuhan disertai dengan perubahan fungsi. Misalnya

perkembangan intelenjensia pada seorang anak akan mempengaruhi pertumbuhan otak dan serabut saraf.

2) Pertumbuhan dan perkembangan pada tahap awal menentukan perkembangan selanjutnya

   Setiap anak tidak akan bias melewai satu tahap perkembangan tanpa sebelum ia melewati tahapan sebelumnya. Sebagai contoh seorang anak tidak akan bisa berjalan sebelum ia berdiri. Seorang anak tidak akan bisa berdiri jika pertumbuhan kaki dan bagian tubuh lain yang terkait dengan fugsi berdiri anak terhambat. Karena itu perkembangan awal ini merupakan masa kritis karena kan menentukan perkembangan selanjutnya.

3) Pertumbuhan dan perkembangan memiliki kecepatan yang berbeda

   Sebagaimana pertumbuhan, perkembangan mempunyai kecepatan yang berbeda-beda, baik dalam pertumbuhan fisik maupun perkembangan fungsi organ dan perkembangan pada masing-masing anak.

4) Perkembangan berkorelasi dengan pertumbuhan

   Pada saat pertumbuhan berlangsung cepat, perkembangan pun demikian, terjadi peningkatan mental, memori, daya nalar, asosiasi dan lain-lain. Anak sehat bertambah umur, bertambah berat dan tinggi badanya serta bertambah kepandaianya

5) Perkembangan mempunyai pola yang tetap

Perkembangan fungsi organ tubuh terjadi menurut dua hukum yang tetap, yaitu:

a) Perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah kepala, kemudian menuju ke arah kaudal atau anggota tubuh (pola sefakaudal).
b) Perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah proksimal (gerak kasar) lalu berkembangan ke bagian distal seperti jari-jari yang mempunyai kemampuan gerak halus (pola proksimodistal).
c) Perkembangan memiliki tahap yang berurutan

6) Perkembangan memiliki tahap yag berurutan

Tahap perkembangan seorang anak mengikuti pola yang teratur dan berurutan. Tahap-tahap tersebut tidak bisa terjadi terbalik, misalnya anak terlebih dahulu mampu membuat lingkaran sebelum mampu membuat gambar kontak, anak mampu berdiri sebelum berjalan dan sebagainya. Proses tumbuh kembang anak juga mempunyai prinsip-prinsip yang saling berkaitan

II.1.2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang

Menurut Prof. Dr. Soetjiningsih., Sp.A (K) dalam bukunya Tumbuh kembang anak (edisi kedua, 2015). Perkembangan anak dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu:

a) Faktor Internal

Faktor internal adalah faktor yang berasal dari dalam diri anak sendiri, biasanya bersifat bawaaan atau genetik tertentu. Faktor internal biasanya

tidak bisa di intervensi dari luar. Faktor internal antara lain meliputi : ras/etnik, keluarga, usia, jenis kelamin, genetik dan kelainan kromosom. Adapun faktor internal yang akan dibahas lebih lanjut dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1) Usia

Setiap tahapan perkembangan anak adalah masa penting. Setiap anak memiliki tahapan perkembangan yang berbeda-beda. Perlu ketelitian dari orangtua untuk mendorong anak agar mencapai puncak perkembangan optimal (*gain moment*) setiap anak. Seorang anak memang butuh pengalaman dan melakukan penemuan sendiri untuk mengoptimalkan momen pembelajarannya. Namun, orangtua juga harus menemani anak agar bisa menciptakan *gain moments* bersama anak yang juga dibutuhkan dalam perkembangannya, terutama di periode emas kehidupan anak. Periode emas dalam tumbuh kembang anak adalah lima tahun pertama kehidupan. Ini adalah kunci penting untuk menoptimalkan tumbuh kembang anak. (Soetjiningsih, 2015).

Periode kehidupan yang sangat penting bagi perkembangan fisik dan mental, pada masa ini pula balita banyak melakukan dan menemukan hal-hal baru. Aspek-aspek perkembangan yang dipantau adalah motorik kasar, motorik halus, kemampuan bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian. Salah satu upaya untuk mengetahui adanya penyimpangan perkembangan bayi dan

balita yaitu dengan deteksi dini penyimpangan perkembangan anak. Melalui deteksi dini dapat diketahui adanya masalah pada perkembangan anak sehingga pemulihannya dapat dilakukan lebih awal dan akhirnya berefek pada tumbuh kembang anak yang dapat berlangsung dengan optimal (Kemenkes RI, 2010).

Berdasarkan usia, periode perkembangan anak dibagi dalam 4 fase antara lain : masa intra uterin (dalam kandungan), masa masa bayi (infacy), masa balita, dan masa anak pra sekolah.

Masa intra uterin atau masa didalam kandungan dibagi dalam tiga periode antara lain masa zigot yakni dari konsepsi sampai usia kehamilan 2 minggu. Masa embrio, sejak usia kehamilan 2 minggu sampai 12 minggu. Masa ini terjadi peubahan dari ovum yang telah dibuahi kemudian terdiferensiasi mejadi system organ dalam tubuh. Masa ketiga adalah masa janin/ fetus. Masa ini terjadi dari 12 minggu-akhir kehamilan. Masa ini terjadi proses tumbuh kembang yang pesat, dimana system organ mulai berfungsi seperti jantung mulai berdetak, sistem koordinasi tubuh muai berfungsi, janin telah dapat menggerakkan organ tubuhnya, pendengaran juga mulai berfungsi. (Kemenkes RI, 2010)

Masa bayi (infacy) usia 0-11 bulan. Masa ini dibagi menjadi dua periode yakni neonatal (0-28 hari) dan post nonatal (29 hari-11 bulan). Masa neonatal terbagi menjadi dua fase yakni neonatal dini (0-7 hari) dan neonatal lanjut (8-28 hari).

Masa neonatal ini penting bagi tumbuh kembang anak. Masa ini adalah awal kehidupan anak dimana proses adaptasi terhadap lingkungan pertama kali terbentuk. Selain itu terjadi perubahan sirkulasi darah serta mulai berfungsiya organ organ secara mandiri diluar kandungan. Masa postnatal (29 hari-11 bulan) pada fase ini terjadi pematangan fungsi organ, proses tumbuh kembang terjadi sangat pesat.

Masa balita (12-59 bulan) adalah periode penting dalam perkembangan anak. Pada masa ini terjadi perkembangan serabut-serabut saraf sehingga terbentuk ajringan saraf dan otak yang kompleks. Pada masa ini pula anak mulai sering berinteraksi dengan lingkungan, sehingga faktor diluar dirinya mulai berpengaruh. Pada fase ini, stimulasi dan *bonding* orang tua dan anak sangat membantu mengoptimalkan perkembangan anak.

Masa pra sekolah (60 bulan-72 bulan) pada masa ini perkembangan cendrung stabil. Terjadi perkembangan dengan aktifitas fisik yang bertambah dan meningkatnya kreatifitas dan prses berfikir.

b. Faktor Eksternal

Faktor eksternal adalah faktor diluar diri anak yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang. Faktor eksternal secara umum dipengaruhi oleh faktor lingkungan. Faktor Eksternal dibagi menjadi 3 yakni faktor prenatal meliputi gizi ibu hamil, mekanis, endokrin, radiasi,

infeksi, kelainan imunologi, kelainan embrio, psikologi ibu hamil. Faktor perinatal meliputi asfiksia, trauma kepala saat proses persalinan, dan prematuritas. Faktor post natal meliputi pendiidkan ibu, status gizi anak, konsumsi gizi, penyakit kronis dan kelainan kongenial, psikologi orang tua, kelainan endokrin, lingkungan keluarga, stimulasi, kerentanan terhadap infeksi. (Soedjiningsih, 2015)

Adapun faktor yang akan dibahas lebih lanjut dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1) Faktor prenatal

a) Gizi ibu hamil

Nutrisi ibu hamil terutama pada trimester akhir kehamilan akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin. Status gizi ibu hamil sangat mempengaruhi pertumbuhan janin yang sedang dikandung. Bila status gizi ibu normal pada masa kehamilan maka kemungkinan besar akan melahirkan bayi yang sehat, cukup bulan dengan berat badan normal. Dengan kata lain kualitas bayi yang dilahirkan sangat tergantung pada keadaan gizi ibu selama hamil.

2) Faktor persalinan (perinatal)

a) Prematuritas

Prematuritas adalah kelahiran yang berlangsung pada umur kehamilan 20 minggu hingga 37 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir. Terdapat 3 subkategori usia kelahiran

prematur berdasarkan kategori World Health Organization (WHO), yaitu: (Suspimantri, 2014)

1) Extremely preterm (< 28 minggu)

2) Very preterm (28 hingga < 32 minggu)

3) Moderate to late preterm (32 hingga < 37 minggu).

Masalah tumbuh kembang merupkan masalah yang masih perlu diperhatikan tidak hanya pada bayi lahir normal melainkan juga pada bayi lahir prematur. Dikarenakan tingkat perkembangan bayi dengan prematur pada tahun pertama umumnya lebih rendah ketimbang bayi aterm yang dilahirkan pada hari yang bersamaan. Defisit dalam tingkat tumbuh kembang ini cenderung bersesuaian dengan tingkat prematuritas. Perbedaan ini biasanya akan hilang pada tahun kedua asalkan saja tidak ada komplikasi. Cacat perkembangan lebih sering terjadi pada bayi prematur ketimbang pada bayi aterm dan sering meliputi gangguan fungsi intelektual atau motorik (Nelson, 2000). Terjadi keterlambatan perkembangan prematur meliputi perkembangan motorik, adaptasi sosial maupun bahasa (Eisenberg, 2002).

Anak – anak dan orang dewasa yang pada saat lahir prematur, lebih sering mengalami masalah tumbuh kembang seperti cerebral palsi, retardasi mental, ketidakmampuan sensori dan kognitif serta penurunan kemampuan untuk berhasil

mengembangkan adaptasi sosial, fisik dan psikologis terhadap lingkungan yang semakin kompleks (Bobak, 2004).

Berbicara mengenai tumbuh kembang anak, organ yang sangat penting pada manusia adalah otak, sebagai pusat koordinasi aktifitas hidup, baik kognitifn psikomotor maupun afektif.

Laju pertumbuhan otak paling cepat adalah antara minggu ke 15 masa gestasi sampai 2 tahun setelah lahir. Dengan mulainya fase hiperplasi sebagai fase pesat tumbuh kembang otak ditandai dengan pembelahan neoron dimulai minggu ke 15 sampai minggu ke 20 masa gestasi, kemudian disusul fase oligpdendrogial dan mielinisasi, terjadi mulai minggu ke 30 masa gestasi sampai akhir thaun pertama dan bahka mungkin berlanjut sampai usia 18 bulan setelah lahir. (Santoso, 2003)

Pada tahap tumbuh kembang, otak sangat peka terhadap gangguan. Setiap gangguan dapat menyebabkan peubahan menetap pada struktur anatomic. Biokimiawi dan karakteristik fungsional otak. Bayi prematur belum memiliki alat-alat tubuh sempurna seperti bayi aterm. Semakin muda umur kehamilan, maturitas organ-organ tubuh semakin belum sempurna. Hal ini akan menyebabkan gangguan tumbuh kembang akibat prematuritas organ-organ bayi saat dlahirkan, antara lain: (Markum, 1999)

(a) Imaturitas Sistem Saraf Pusat (SSP)

Tulang tengkorak yang lunak dan jaringan imatur, menyebabkan bayi premature lebih rentan terhadap kompresi kepala dan resio perdarahan intrakranial 5 kali lebih sering dibandingkan bayi aterm. Perdarahan intracranial menyebabkan kerusakan sel-sel otak yang permanen dan gangguan terjadi saat pertumbuhan otak pesat (*brain growth spurt)* berlagsung, dapat mengakibatkan gangguan proses tumbuh kembang anak. (Sidiarto, 1990)

(b) Imaturitas Metabolisme Bilirubin

Imaturitas metabolism bilirubin mempermuda terjadinya hiperbilirubinemia. Bilirubin indirek atau tak langsung yang terkait oleh albumin sehingga dapat menembus darah di otak dan menimbulkan *enselopatia biliaris* yang akan mengganggu fungsi otak kemudian hari. (Sidiarto, 1990)

(c) Imaturitas Paru-Paru

Respiratory Distress Syndrom (RDS) dan penyakit membrane hialin mudah terjadi pada bayi yang mempunyai paru-paru imatur. Terjadinya kelainan-kelainan tersebut tergantung banyaknya surfaktan yang melapisi alveoli paru-paru. Surfaktan adalah suatu kompleks substansi yang

berfungsi menstabilkan dinding alveoli dan menuurunkan tegangan permukaan membrane alveoli.

Paru-paru dikatakan masak pada usia kehamilan 35 minggu. Apabila surfaktan tidak mencukupi, tegangan permukaan membrane alveoli menjadi tinggi karena daya Tarik molekul fosfolipid yang berdekatan sangat kuat dan stabilitas dinding alveoli idak ada sehingga ekspirasi alveoli menjadi kolaps, paru-paru kolaps menyebabkan hipoksia dan asidosis.

Hal demikian akan menyebabkan anoksia jariangan otak dan menyebabkan perdarahan intraventikuler sehingga RDS secara tidak langsung akan mempengaruhi tumbuh kembang. (Hakimi, 1990)

(d) Imaturitas Saluaran Cerna

Saluran cerna yang belum sempurna terbentuk akan menyebabkan refleks menelan dan batuk yang kurang sempurna. Hal ini akan mempengaruhi penyerapan nutrisi pada awal kehidupan anak. Kurangnya nutrisi akan mempengaruhi tumbuh kemban anak. (Hakimi, 1990)

(e) Ganguan Ginjal

Secara anatomis maupun fungsinya mengakibatan produksi urine yang sedikit, *urine clearance* yang rendah, tidak sanggup mengurani kelebihan air tubuh dan elektrolit

dari badan dengan akibat udahnya terjadi edema dan asidosis metabolik. (Hakimi, 1990)

(f) Gangguan Imunologi

Daya tahan tubuh terhadap infeksi berkurang karena rendahnya kadar IgG gamma globulin. Bayi premature relative belum sanggup membentuk antibody dan daya fagositosis serta reaksi terhadap peradangan masih belum baik. (Hakimi, 1990)

3) Faktor pascapersalinan (pasca natal)

Faktor pasca persalinan adalah faktor-faktor yang didapatkan setelah anak dilahirkan yang dapat mempengaruhi perkembangan anak. Faktor paska natal meliputi pendidikan ibu, status gizi anak, konsumsi gizi, penyakit kronis dan kelainan kongenital, endokrin, lingkungan keluarga, stimulasi, kerentanan terhadap infeksi. (Soedjiningsih, 2015). Adapun faktor lebih lanjut yang akan dibahas dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

a) Pendidikan ibu

Keluarga merupakan unsur terpenting dalam merawat anak, mengingat anak bagian dari keluarga. Kehidupan anak dapat ditentukan oleh lingkungan keluarga, untuk itu dalam merawat anak harus mengenal keluarga sebagai tempat tinggal atau sebagai konstanta tetap dalam kehidupan anak. Perkembangan dapat diartikan sebagai perubahan yang sistematis, progresif dan

berkesinambungan dalam diri individu sejak lahir hingga akhir hayatnya atau dapat diartikan pula sebagai perubahan-perubahan yang dialami individu menuju tingkat kedewasaan atau kematangannya (Sudrajat, 2008).

Peran ibu terutama dalam mendidik anak usia prasekolah sangat penting karena ibu adalah guru pertama dalam pendidikan anak untuk mengembangkan perkembangannya Salah satu subsistem yang menjadi sebuah kesatuan adalah tingkat pendidikan ibu yang mendukung untuk perkembangan anak dikeluarga tersebut.

Tingkat pendidikan ibu adalah jenjang pendidikan formal yang ditempuh oleh ibu sebagai bekal agar dapat mendidik anak-anaknya dengan baik dan benar (Notoadmodjo, 2010)

Menurut Jaya (2012) pendidikan merupakan proses pengubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan atau proses perubahan dan cara pendidikan. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi.

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup.

Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga. perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan. Pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi (Wawan, dkk, 2010)

b) Status Gizi Anak

Kekurangan gizi (seperti energi, protein, zat besi) menyebabkan berbagai keterbatasan, antara lain pertumbuhan mendatar, berat, dan tinggi badan menyimpang dari pertumbuhan normal, dan lain-lain, dapat diamati pada anak-anak yang Kurang Gizi. Keadaan Kurang Gizi juga berasosiasi dengan keterlambatan perkembangan motorik.

Kurang Gizi menyebabkan isolasi diri, yaitu mempertahankan untuk tidak mengeluarkan energi yang bayak dengan mengurangi kegiatan interaksi sosial, aktivitas, perilaku eksploratori, perhatian, dan motivasi.

Pada keadaan kurang energi dan protein (KEP), anak menjadi tidak aktif, apatis, pasif, dan tidak mampu berkonsentrasi. Akibatnya anak dalam melakukan kegiatan eksplorasi lingkungan fisik di sekitarnya hanya mampu sebentar saja dibandingkan dengan anak yang gizinya baik yang mampu melakukannya dalam waktu yang lebih lama.

Untuk perkembangan yang normal diperlukan pertumbuhan yang selalu bersamaan dengan kematangan fungsi. Untuk pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimum diperlukan berbagai faktor misalnya makanan harus disesuaikan dengan keperluan anak yang sedang tumbuh.

Pemberian gizi yang tidak sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan anak dapat menyebabkan pertumbuhan anak tersebut mengalami gangguan. Gangguan ini bisa disebabkan karena kekurangan gizi maupun kelebihan gizi.

Status gizi anak balita diukur berdasarkan umur, berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). Berat badan anak balita ditimbang menggunakan timbangan digital yang memiliki presisi 0,1 kg, panjang atau tinggi badan diukur menggunakan alat ukur panjang/tinggi dengan presisi 0,1 cm. Variabel BB dan TB/PB anak balita disajikan dalam bentuk tiga indeks antropometri, yaitu BB/U, TB/U, dan BB/TB. (Riskesdas, 2013)

Untuk menilai status gizi anak balita, maka angka berat badan dan tinggi badan setiap anak balita dikonversikan ke dalam nilai terstandar (Z *score*) menggunakan baku antropometri anak balita WHO 2005. Selanjutnya berdasarkan nilai Z *score* dari masing-masing indikator tersebut ditentukan status gizi anak balita dengan batasan sebagai berikut :

Klasifikasi status gizi berdasarkan indikator BB/TB:

a) Sangat kurus : Zscore < -3,0

b) Kurus : Zscore ≥ -3,0 s/d Zscore < -2,0

c) Normal : Zscore ≥ -2,0 s/d Zscore ≤ 2,0

d) Gemuk : Zscore > 2,0

Salah satu indikator untuk menentukan anak yang harus dirawat dalam manajemen gizi buruk adalah keadaan sangat kurus yaitu anak dengan nilai Zscore <-3,0 SD. Prevalensi sangat kurus secara nasional tahun 2013 masih cukup tinggi yaitu 5,3 persen, terdapat penurunan dibandingkan tahun 2010 (6,0 %) dan tahun 2007 (6,2 %). Demikian pula halnya dengan prevalensi kurus sebesar 6,8 persen juga menunjukkan adanya penurunan dari 7,3 persen (tahun 2010) dan 7,4 persen (tahun 2007). Secara keseluruhan prevalensi anak balita kurus dan sangat kurus menurun dari 13,6 persen pada tahun 2007 menjadi 12,1 persen pada tahun 2013.

Terdapat 17 provinsi dimana prevalensi kurus diatas angka nasional, dengan urutan dari prevalensi tertinggi sampai terendah, adalah: Kalimantan Barat, Maluku, Aceh, Riau, Nusa Tenggara Timur, Papua Barat, Sumatera Utara, Bengkulu, Papua, Banten, Jambi, Kalimantan Selatan, Sumatera Barat, Sumatera Selatan, Kalimantan Tengah, Kepulauan Riau dan Maluku Utara. Pada tahun 2013 prevalensi gemuk secara nasional di Indonesia adalah 11,9

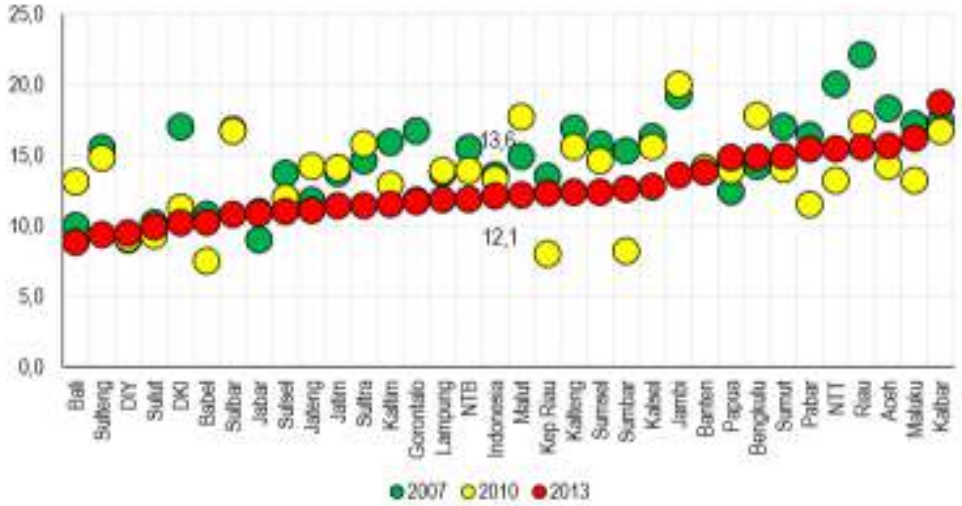
persen, yang menunjukkan terjadi penurunan dari 14,0 persen pada tahun 2010.

Terdapat 12 provinsi yang memiliki masalah anak gemuk di atas angka nasional dengan urutan prevalensi tertinggi sampai terendah,yaitu: (1) Lampung, (2) Sumatera Selatan, (3) Bengkulu, (4) Papua, (5) Riau, (6) Bangka Belitung, (7) Jambi, (8) Sumatera Utara, (9) Kalimantan Timur, (10) Bali, (11) Kalimantan Barat, dan (12) Jawa Tengah.(Gambar 2.1)

Masalah kesehatan masyarakat sudah dianggap serius bila prevalensi kurus antara 10,0 14,0 persen, dan dianggap kritis bila ≥15,0 persen (WHO 2010). Pada tahun 2013, secara nasional prevalensi kurus pada anak balita masih 12,1 persen, yang artinya. masalah kurus di Indonesia masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius.

Diantara 33 provinsi, terdapat 16 provinsi yang masuk kategori serius, dan 4 provinsi termasuk kategori kritis, yaitu Kalimantan Barat, Maluku, Aceh dan Riau. Dari data tersebut tergambar bahwa Kalimantan Barat temasuk provinsi rawan masalah gizi pada anak.

Gambar II.1. Kecenderungan prevalensi status gizi BB/TB <-2 SD menurut



Riskesdas 2013

c) Lingkungan

Pengaruh lingkungan terhadap tumbuh kembang anak sangat kompleks, tidak hanya keluarga, melainkan juga masyarakat disekitar anak, lingkungan biologis, lingkungan fisik, ekonomi-politik, serta sosial budaya. Perkembangan anak juga mengacu pada terpenuhinya kebutuhan anak akan ASUH, ASIH, dan ASAH. Faktor lingkungan dapat mengoptimalkan atau menghambat tumbuh kembang anak.

Perkembangan anak akan optimal bila interaksi sosial berjalan sesuai dengan kebutuhan anak pada setiap tahap perkembangannya. Namun gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak masih banyak dijumpai di masyarakat (Soetjiningsih, 2015).

Misalnya pada anak-anak yang dibesarkan dengan keadaan orangtua yang tidak lengkap. Balita yang dibesarkan dalam keadaan orang tua tunggal tidak hanya sedih karena kehilangan kontak sehari-hari dengan salah satu orang tua dan berkurangnya kontak dengan orang lain tetapi juga sedih kehilangan rasa aman dan nyaman dengan keluarga yang utuh atau lengkap. (Djiwandono, 2005)

Selain itu jumlah anak dalam keluarga juga memberikan pengaruh terhadap tumbuh kembang anak, dimana menurut Almatsier (2004), keluarga/ibu yang mempunyai banyak anak akan menimbulkan banyak masalah bagi keluarga tersebut, jika penghasilan tidak mencukupi kebutuhan, maka asupan gizi anak pada masa tumbuh kembang anak akan ikut terpengaruh.

Perkembangan adalah proses kompleks yang membutuhkan asupan nutrisi, jika nutrisi tidak terpenuhi dengan baik makan perkembangan tidak akan optimal. Selain itu keluarga/ibu yang mempunyai banyak anak juga menyebabkan terbaginya kasih sayang dan perhatian yang tidak merata pada setiap anak. Hal ini akan membuat proses *bonding* antara ibu dengan masing masing anak tidak akan optimal.

Jumlah anak yang banyak juga menyebabkan waktu ibu terbagi untuk mengurusi anggota keluarga. Hal ini juga membuat

stimulasi yang diberikan pada masa kritis perkembangan anak menjadi tidak maksimal. (Soejiningsih, 2015)

d) Stimulasi

Stimulus merupakan bagian dari kebutuhan dasar dari anak yaitu asah. Mengasah kemampuan anak secara terus- menerus, kemampuan anak akan semakin meningkat. Pemberian stimulus dapat dilakukan dengan latihan dan bermain. Anak yang memperoleh stimulus yang terarah akan lebih cepat berkembang dibandingkan anak yang kurang memperoleh stimulus.

Aktifitas bermain tidak selalu menggunakan alat-alat permainan, meskipun alat permainan penting untuk merangsang perkembangan anak. Membelai, bercanda, petak umpet, dan sejenisnya yang dilakukan oleh orang tua pada anaknya merupakan aktivitas bermain yang menyenangkan pada masa bayi dan balita serta memberikan kontribusi yang penting bagi perkembangan anak (Nursalam,2005).

Kegiatan stimulasi, deteksi dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita yang menyeluruh dan terkoordinasi diselenggarakan dalam bentuk kemitraan antara keluarga (orang tua, pengasuh anak dan anggota keluarga lainnya), masyarakat (kader, tokoh masyarakat, organisasi profesi, lembaga swadaya masyarakat, dan sebagainya) dengan tenaga profesional (kesehatan, pendidikan, dan sosial), akan meningkatkan kualitas

tumbuh kembang anak usia dini dan kesiapan memasuki jenjang pendidikan formal.

Indikator keberhasilan pembinaan tumbuh kembang ank tidak hanya meningkatnya status gizi anak tetapi juga mental, emosional, sosial dan kemandirian berkembang secara optimal (KemenKes RI,2010). Orang tua atau keluarga diharapakan dapat memantau pertumbuhan dan perkembangan anaknya, agar dapat dilakukan intervensi dini bila anak mengalami kelainan atau gangguan (KemenKes RI, 2010).

e) Riwayat Penyakit Infeksi

Kondisi sakit pada anak akan mempengaruhi perkembangan baik secara fisik maupun psikologi dan sosial. Dilihat dari aspek fisik, saat tubuh dalam kondisi terinfeksi maka fokus tubuh adalah menyembuhkan diri dengan cara membunuh virulen yang masuk ke tubuh melaui sistem imunitas.

Hal ini menyebabkan tubuh tidak secara efektif melakukan proses tumbuh kembang optimal seperti anak sehat lainnya. Selain itu, saat anak mengalami sakit, anak akan mengkonsumsi obat-obatan yang komposisinya berpotensi mengganggu perkembangan anak. Misalnya clonazepam, obat mengatasi kejang-kejang atau epilepsy pada anak dan dewasa yang dapat mengganggu perkembangan anak baik dalam kandungan maupun setelah lahir.

Kandungan kortikosteriod yang memiliki efek kuat sebagai anti inflamasi, obat asma, dan sebagai medikamentosa penyakit alergi baik kronik maupun akut. Kartikosteriod memiliki efek samping bagi otak, mata, jantung, otot, tulang, rambut, wajah, sistem kardiovaskular, sistem reproduksi dan lainnya. Selain itu, secara psikologis dan sosial anak yang sering sakit akan terhambat sosialisasinya dengan lingkungan sekitar.

Hal ini akan berdampak pada perkembangan anak. Stimulasi yang diterima anak juga tidak optimal karena anak cendrung lemas dan tidak beraktifitas seperti anak lain seusianya. Frekuensi rawat inap yang sering pada anak juga akan menyebabkan trauma pada anak, menyebabkan anak sering murung dan menyendiri. Sering sakit juga menyebabkan anak sering tidak masuk sekolah, hal ini menyebabkan stimulasi kognitif anak tidak diperoleh secara maksimal. (Nelson, 2000)

II.1.3. Perkembangan Motorik Kasar

Perkembangan motorik merupakan perkembangan kontrol pergerakan badan melaui kordinasi aktifitas saraf tepi dan otot. Kontrol pergerakan ini muncul dari perkembangan refleks-refleks yang dimulai sejak lahir. Anak menjadi tidak berdaya sampai refleks ini muncul. Beberapa refleks primitif (refleks yang muncul sejak bayi lahir) akan menghilang sebelum kontol gerakan dapat dilakukan.

Contoh : *tonic neck reflex* akan menghilang sebelum gerakan manipulasi bimanual bisa digerakkan. (Soetjiningsih, 2015)

Perkembangan motorik anak dibagi menjadi dua, yaitu perkembangan motorik kasar dan perkembangan motorik halus. Perkembangan motorik kasar melibatkan otot-otot besar meliputi perkembangan gerakan kepala, badan, anggota badan, keseimbangan dan pergerakan.

Perkembangan motorik halus adalah koordinasi halus yang melibatkan otot-otoo kecil yang dipengaruhi oleh matangnya fungsi motorik, fungsi fisual yang akurat dan kemampuan non verbal. Prinsip penelitian perkembangan motorik adalah kapan tepatnya perilaku motorik muncul dan menghilang dan tingkah laku tersebut sama dengan anak lain seumuran mereka. (Soetjiningsih, 2015)

(Soejiningsih, 2015)

Motorik kasar adalah aspek yang berhubungan dengan kemapuan anak melakukan pergerakan dan sikap tubuh yang melibatkan otot-otot besar seperti duduk, berdiri, berjalan dan sebgainya. Sedangkan motorik halus adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan gerakan yang melibatkan bagian bagian tubuh tertentu dan dilakukan oleh otot-otot kecil, tetapi memerlukan koordinasi yang cermat seperti menulis, menjimpit, mengamati sesuatu, dan sebagainya. (Pedoman Pelaksanaan SDIDTK Kemenkes RI, 2010)

Terdapat lima prinsip perkembangan motorik antara lain :

1) Perkembangan motorik tergantung pada maturasi saraf dan otot
2) Belajar keterampilan motorik tidak bisa dilakukan sampai anak siap secara matang yakni sistem saraf dan otot berkembang dengan baik.
3) Perkembangan motorik mengikuti pola perkembangan yang dapat diprediksi
4) Pola perkembangan motorik dapat ditentukan misal anak akan belajar duduk sebelum belajar berjalan dan tidak mungin dari arah sebaliknya.
5) Kecepatan perkembangan motorik berbeda pada setiap individu.

Seorang ahli bernama Gesell pada abad ke 20 mengemukakan bahwa keahlian spesifik dapat digunakan untuk menandai kemajuan perkembangan anak disebut *milestone.* Usia *milestone* digunakan untuk mendiagnosa apakah anak mengalami keterlambatan motorik kasar atau tidak.

Perkembangan anak dapat terjadi berbeda-beda pada tiap individu, sehingga *milestone* merupakan usia rata-rata anak mencapai kemapuan tersebut. Contoh, pada saat bayi baru lahir tidak dapat mengontorl gerakan kepala. Sendi sendi berada pada posisi fleksi dan tidur dengan posisi terlentang. Pada usia 2 bulan gerakan yang mendominasi adalah gerakan menggeliat, pada posisi terlentang bayi

dapat menoleh. Bayi akan mengalami perkembangan seperti mengangkat kepala dan dada pada usia 4 bulan.

MIlestone adalah keterampilan motorik akan muncul pada usia tertentu, ada yang akan menetap hingga dewasa dan ada yang akan menghilang pada periode usia tertentu. Usia menghilangnya keterampilan motoric tertentu diusia tertentu disebut *Red Flag.* Apabila tidak menghilang menjadi indikasi disfungsi motorik. Contoh pada bayi baru lahir, *graps palmar reflex* terjadi berupa reflek mengepal apabila ada objek yang meyentuh tepak tangan.

Perkembangan motorik halus pertama yang sangat penting dan dapat dengan mudah dikenali. Pada usia 2 bulan, kepalan tangan akan mulai berkurang, jari jari bisa terbuka dengan mudah. Bila pada usia 4 bulan (*red flag*) tangan bayi masih mengepal, ini merupakan indikasi bahwa bayi mengalami disfungsi motorik.

Tabel II.1 *Milestone* perkembangan motorik kasar anak dan *red flag*

Kemampuan motorik kasar	**Umur rata rata (Bulan)**	***Red Flag* (Bulan)**
Berguling dari telungkup ke telentang	3,6	6-8
Berguling dari terlentang ke telungkup	4.8	9
Duduk disokong	5.3	6
Duduk tanpa disokong	6.3	8-10
Merayap	6.7	
Duduk dari posisi berbaring	7.5	
Merangkak	7.8	12
Berdiri berpegangan dari posisi duduk	8.1	12
Berjalan pegangan meja (merambat)	8.8	
Jalan tanpa berpegangan	11.7	15-18
Jalan kebelakang	14.3	
Berlari	14.8	21-24

II.1.4. Pekembangan Motorik Halus

Motorik halus merupakan bagian dari sensomotorik yaitu golongan dari rangsang sensori (indra) dengan reaksi yang berupa gerakan-gerakan otot (motorik) kemampuan sensomotorik terjadi adanya pengendalian kegiatan jasmani melalui pusat syaraf, urat syaraf dan otot-otot yang terkoordinasi, sedangkan motorik halus terfokus pada pengendalian gerakan halus jari-jari tangan dan pergelangan tangan. (Zurroh, 2012)

Berpijak dari konsep tersebut Hurlock (2000), menyatakan bahwa motorik halus sebagai pengendalian koordinasi yang lebih baik yang melibatkan kelompok otot yang lebih untuk menggenggam, melempar dan menangkap bola.

Daeng Sari (1996), menyebutkan bahwa yang disebut motorik halus adalah aktivitas motorik yang melibatkan aktivitas otot-otot kecil atau halus, gerakan ini menuntut koordinasi mata dan tangan dan kemampuan pengendalian gerak yang baik yang memungkinkannya untuk melakukan ketepatan dan kecermatan dalam gerakannya.

Gerak halus atau motorik halus adalah aspek yang berhubungan dengan kemapuan anak melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu dan dilakukan oleh otot-otot kecil, tetapi memerlukan koordinasi yang cermat seperti mengamati sesuatu, menjimpit, menulis dan sebagainya. (Pedoman SDIDTK Depkes 2010)

Keterampilan motorik halus merupakan koordinasi dari otot-otot kecil yang memainkan peran utama. Suatu keterampilan, misalkan menuliskan huruf “a” merupakan serangkaian koordinasi ratusan saraf otot. Keterampilan bergerak merupakan rangkaian proses yang sangat kompleks.

Tabel II.2 *Milestone* perkembangan motorik halus anak dan *red flag*

Kemampuan motorik halus	Umur rata rata (Bulan)	*Red Flag* (Bulan)
Tidak Mengepal	2.7	4
Memainkan jari jemari kearah garis pertengahan tubuhnya	3	
Memindahkan benda melewati garis pertengahan tubuhnya	4.1	6-8
Menggenggam dengan seluruh tangan	4.7	
Overhand raking grasp	5.7	
Menjimpit dengan tiga jari	7.8	
Memilah milah dengan jari	9.4	
Menjepit dengan dua jari	9.9	12
Melepaskan objek sesuai keinginan	11	15
Membuat bentuk titik titik denga crayon	11.5	
Memasukkan 10 kubus ke dalam gelas	16	
Mencorat coret	17.5	
Menumpuk 3 kubus keatas	21.3	24
Membangun rangkaian balok secara horizontal	22.3	
Melempar horizontal dan vertikal	25.1	
Membangun rangkaian balok secara vertikal	29.6	
Membangun jembatan dengan 3 kubus	31.1	
Menggambar lingkaran	32.6	
Menggambar orang dengan kepala ditambah satu bagian tubuh lainnya	35.7	

II.1.5. Perkembangan Bahasa

Bahasa adalah suatu sistem komunikasi yang digunakan dengan sukarela dan secara sosial disetujui bersama, dengan menggunakan simbol-simbol tertentu untuk menyampaikan dan menerima pesan dari sau orang ke orang lain. Termasuk didalamnya

adalah tulisan, bicara, bahasa simbol, ekspresi muka, isyarat, pantomime, dan seni. (Soetjiningsih, 2015)

Bicara adalah bentuk bahasa yang menggunakan artikulasi atau kata-kata yang digunakan untuk menyampaikan maksud. Atau, bicara adalah luaran *output* oral atau verbal dari suatu bahasa atau kegiatan untuk berkomunikasi melalui ekspresi verbal. (Soetjiningsih, 2015)

Menurut Pedoman SDIDTK Departemen Kesehatan Tahun 2010, Kemampuan bicara dan bahasa adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan memberikan respon terhadap suara, bicara, berkomunikasi, mengikuti perintah dan sebagainya.

Kemampuan bahasa merupakan indikator seluruh perkembangan anak karena kemampuan berbahasa sensitif terhadap keterlambatan dan kelainan pada sistem lainnya. Rangsangan sensori dari pendengaran dan penglihatan sangat penting dalam perkembangan bahasa. Seorang anak tidak akan mampu bicara tanpa di dukung oleh lingkungan sekitarnya.

Tabel II.3 *Milestone* dan *red flag* Perkembangan Bahasa

Umur Perolehan	Keterampilan Bahasa	Umur Dikatakan Lambat	Temuan Abnormal atau *Red Flag* yang Perlu Dilakukan *Assasment*
9-12 bulan	Menunjuk	15 bulan	Sesekali bisa menunjuk untuk menyatakan keinginanya tetapi tidak bisa menunjukkan benda yang menarik perhatiannya.
10-16 bulan	Memproduksi kata-kata tunggal	18 bulan	Gagal menggunakan kata-kata, gagal menambah kata-kata baru, kehilangan kata-kata yang sebelumnya telah di dapat
10-16 bulan	Menunjukkan bagian-bagian tubuh atau memahami kata tunggal	18 bulan	Tidak bisa menunjukkan bagian-bagian tubuh atau tidak bisa mengikuti perintah sederhana
18-24 bulan	Memahami kalimat sederhana	24 bulan	Pemahaman minimal dan bermain simbol yang terbatas misalnya main boneka atau truk
18-24 bulan	Perbendaraan kata semakin meningkat	30 bulan	Kurang dari 30 kata-kata pada umur 24 bulan dan kurang dari 50 kata-kata pada umur 30 bulan.
18-24 bulan	Mengucapkan kalimat yang terdiri atas 2 kata atau lebih	30 bulan	Gagal membuat kalimat yang terdiri dari kata-kata, ketika perbendaharaan kata > 50 kata.
24-36 bulan	Pengertiannya bagus terhadap percakapan yang sudah familiar pada keluarga	36 bulan	Lebih setengah dari percakapan keluarga yang dimengerti, setelah anak umur lebih dari 2 tahun
30-36 bulan	Percakapan melalui tanya jawab	36 bulan	Sering menirukan apa yang dikatakan oleh orang sekitarnya.
30-42 bulan	Mampu bercerita pendek, dan mampu bertanya "mengapa?"	48 bulan	Tidak sepenuhnya dapat menceritakan kembali
36-48 bulan	Pengertiannya bagus terhadap kata-kata yang belum familiar	48 bulan	Lebih dari seperempat kata-katanya tidak dapat dimengerti oleh orang lain setelah umur 4 tahun.

Sumber : Feldman HM. "Language Disorder". Dalam : Soedjiningsih. 2015. *Tumbuh Kembang Anak*. h. 55-56.

Terdapat 5 tahapan perkembangan bahasa pada anak menurut Berry MF (1973) :

1. *Reflective Vocalization*, Sesuatu yang dilakukan bayi berupa refleks termasuk pula suara yang sifatnya masih refleks misal menangis pada bayi bisa dibedakan;tangisan lapar,haus, atau karena basah pada usia lebih dari 3 minggu.
2. *Babling*, pada usia 6-7 minggu, bayi mulai membuat suara, dalam kondisi senang dan nyaman. Tetapi masa ini juga masih ada sifat refleks, dan secara tidak langsung ia melatih kematangan gerak organ artikulasinya.
3. *Laling,* pada usia 6-9 bulan, fungsi pendengaran bayi semakin matang. Bayi mulai mendengar, bersuara, merasa senang dan selalu mengulangi ucapannya. Bayi juga mulai bersuara sebisanya dan bergerak terus saat ingin memberitahukan kondisinya seperti bosan dengan posisinya, ingin pindah tempat dan sebagainya
4. *Scholalia*, pada usia 9-10 bulan, bayi mulai meniru bunyi-bunyian yang ia dengar dari sekitarnya. Saat inilah bayi mengeluarkan suara bervariasi, misal "*mamamama*"atau "*papapa*" sambil menggunakan tanganya mencoba menunjuk dan meraih sesuatu. Lewat gesturnya ini bayi ingin anda tahu apa yang diinginkannya.
5. *True Speech*, mulai usia 12 bulan, bayi mulai berbahasa meskipun belum benar dan tepat. Namun ucapanya mengacu pada apa yang dimaksud dan sifatnya konsisten. contohnya "ma" untuk

menyatakan ibu, “mim” untuk ungkapan minum atau “mam” sebagai ungkapan makan/makanan dan ungkapan -ungkapan lainya

II.1.6. Tahap Perkembangan Kognitif

Kognitif atau sering disebut kognisi mempunyai pengertian yang luas mengenai berfikir dan mengamati. Ada yang mengartikan bahwa kognitif adalah tingkah laku-tingkah laku yang mengakibatkan orang memperoleh pengetahuan atau yang dibutuhkan untuk menggunakan pengetahuan.

Selain itu kognitif juga dipandang sebagai suatu konsep yang luas dan inklusif yang mengacu kepada kegiatan mental yang terlibat di dalam perolehan, pengolahan, organisasi dan penggunaan pengetahuan. Proses utama yang digolongkan di bawah istilah kognisi mencakup : mendeteksi, menafsirkan, mengelompokkan dan mengingat informasi; mengevaluasi gagasan, menyimpulkan prinsip dan kaidah, mengkhayal kemungkinan, menghasilkan strategi dan berfantasi. (Syaodih, 2012).

Menurut Piaget, proses belajar seseorang akan mengikuti pola dan tahap-tahap perkembangannya sesuai dengan umurnya. Pola dan tahap-tahap ini bersifat hirarkhis, artinya harus dilalui berdasarkan urutan tertentu dan seseorang tidak dapat belajar sesuatu yang berada di luar tahap kognitifnya. Piaget membagi tahap-tahap perkembangan kognitif ini menjadi empat, yaitu (Budiningsih, Asih. 2004) :

1. Tahap Sensorimotor.

Menurut Piaget dimulai sejak umur 0 sampai 2 tahun. Pertumbuhan kemampuan anak tampak dari kegiatan motorik dan persepsinya yang sederhana. Ciri pokok perkembangannya berdasarkan tindakan, dan dilakukan langkah demi langkah. Kemampuan yang dimiliki antara lain :

a) Melihat dirinya sendiri sebagai makhluk yang berbeda dengan objek di sekitarnya.
b) Mencari rangsangan melalui sinar lampu dan suara. Suka memperhatikan sesuat lebih lama.
c) Mendefinisikan sesuatu dengan memanipulasinya.
d) Memperhatikan objek sebagai hal yang tetap, lalu ingin merubah tempatnya.

2. Tahap Preoperasional.

Piaget mengatakan tahap ini antara usia 2 - 7/8 tahun. Ciri pokok perkembangan pada tahap ini adalah pada penggunaan symbol atau bahasa tanda, dan mulai berkembangnya konsep-konsep intuitif. Tahap ini dibagi menjadi dua, yaitu preoperasional dan intuitif.

Preoperasional (umur 2-4 tahun), anak telah mampu menggunakan bahasa dalam mengembangkan konsep nya, walaupun masih sangat sederhana. Maka sering terjadi kesalahan dalam memahami objek. Karakteristik tahap ini adalah:

a) Self counter nya sangat menonjol.
b) Dapat mengklasifikasikan objek pada tingkat dasar secara tunggal dan mencolok.
c) Mampu mengumpulkan barang-barang menurut kriteria, termasuk kriteria yang benar.
d) Dapat menyusun benda-benda secara berderet, tetapi tidak dapat menjelaskan perbedaan antara deretan.

Tahap intuitif (umur 4 - 7 atau 8 tahun), anak telah dapat memperoleh pengetahuan berdasarkan pada kesan yang agak abstraks. Dalam menarik kesimpulan sering tidak diungkapkan dengan kata-kata. Oleh sebab itu, pada usia ini, anak telah dapat mengungkapkan isi hatinya secara simbolik terutama bagi mereka yang memiliki pengalaman yang luas. Karakteristik tahap ini adalah :

a) Anak dapat membentuk kelas-kelas atau kategori objek, tetapi kurang disadarinya.
b) Anak mulai mengetahui hubungan secara logis terhadap hal-hal yang lebih kompleks.
c) Anak dapat melakukan sesuatu terhadap sejumlah ide. Anak mampu memperoleh prinsip-prinsip secara benar. Dia mengerti terhadap sejumlah objek yang teratur dan cara mengelompokkannya.

d) Anak kekekalan masa pada usia 5 tahun, kekekalan berat pada usia 6 tahun, dan kekekalan volume pada usia 7 tahun. Anak memahami bahwa jumlah objek adalah tetap sama meskipun objek itu dikelompokkan dengan cara yang berbeda.

2. Tahap Operasional Konkret (umur 7 atau 8 - 11 atau 12 tahun).

Ciri pokok perkembangan pada tahap ini adalah anak sudah mulai menggunakan aturan-aturan yang jelas dan logis, dan ditandai adanya reversible dan kekekalan. Anak telah memiliki kecakapan berpikir logis, akan tetapi hanya dengan benda-benda yang bersifat konkret.

Operation adalah suatu tipe tindakan untuk memanipulasi objek atau gambaran yang ada di dalam dirinya. Karenanya kegiatan ini memerlukan proses transformasi informasi ke dalam dirinya sehingga tindakannya lebih efektif. Anak sudah tidak perlu coba-coba dan membuat kesalahan, karena anak sudah dapat berpikir dengan menggunakan model "kemungkinan" dalam melakukan kegiatan tertentu.

Ia dapat menggunakan hasil yang telah dicapai sebelumnya. Anak mampu menangani sistem klasifikasi. Namun sungguhpun anak telah dapat melakukan pengklasifikasian, pengelompokan dan pengaturan masalah (*ordering problems*) ia tidak sepenuhnya menyadari adanya prinsip-prinsip yang terkandung di dalamnya. Namun taraf berpikirnya sudah dapat

dikatakan maju. Anak sudah tidak memusatkan diri pada karakteristik perseptual pasif. Untuk menghindari keterbatasan berpikir anak perlu diberi gambaran konkret, sehingga ia mampu menelaah persoalan. Sungguhpun demikian anak usia 7-12 tahun masih memiliki masalah mengenai berpikir abstrak.

3. Tahap Operasional Formal (umur 11/12 - 18 tahun)

Ciri pokok perkembangan pada tahap ini adalah anak sudah mampu berpikir abstrak dan logis dengan menggunakan pola berpikir "kemungkinan". Model berpikir ilmiah dengan tipe *hipothetico-dedutive* dan *inductive* sudah mulai dimiliki anak, dengan kemampuan menarik kesimpulan, menafsirkan dan mengembangkan hipotesa. Pada tahap ini kondisi berpikir anak sudah dapat :

a) Bekerja secara efektif dan sistematis.
b) Menganalisis secara kombinasi. Dengan demikian telah diberikan dua kemungkinan penyebabnya, C1 dan C2 menghasilkan R, anak dapat merumuskan beberapa kemungkinan.
c) Berpikir secara proporsional, yakni menentukan macam-macam proporsional tentang C1, C2 dan R misalnya.
d) Menarik generalisasi secara mendasar pada satu macam isi. Pada tahap ini mula-mula Piaget percaya bahwa sebagian remaja mencapai *formal operations* paling lambat pada usia 15

tahun. Tetapi berdasarkan penelitian maupun studi selanjutnya menemukan bahwa banyak siswa bahkan mahasiswa walaupun usianya telah melampaui, belum dapat melakukan *formal operation.*

II.1.7. Skrining Perkembangan Anak Menggunakan Sistem KPSP (Kuesioner Pra Skrining Perkembangan)

Berdasarkan pedoman pelaksanaan stimulasi, deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang anak Kementerian Kesehatan 2010. Tujuan skrining perkembangan anak menggunakan KPSP adalah untuk mengetahui apakah perkembangan anak normal atau menyimpang.

Jadwal skrining KPSP rutin adalah pada umur 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60, 66, dan 71 bulan. Jika anak belum mencapai usia skrining tersebut, minta ibu datan kembali pada umur skrining terdekat dengan pemeriksaan rutin. Misalnya bayi umur 7 bulan, diminta dating kembali pada untuk skrining KPSP pada usia 9 bulan. Apabila orang tua dating dengan keluhan anak memiliki masalah tumbuh kembang sedangkan umur anak bukan umur skrining maka pemerikaan menggunakan KPSP dengan umur skrining terdekat (yang lebih muda).

KPSP terdiri dari 2 macam pertanyaan, yaitu : Pertanyaan yang dijawab oleh ibu/pengasuh anak. Contoh : “dapatkah bayi makan kue sendiri?” Perintah kepada ibu/pengasuh anak atau petugas untuk

melaksanakan tugas yang tertulis pada KPSP. Contoh : "pada posisi bayi anda terlentang, tariklah bayi pada pergelangan tangannya secara perlahan-lahan ke posisi duduk"

Setiap pertanyaan hanya mempunyai satu jawaban YA atau TIDAK.

II.1.7. 1. Interpretasi Hasil KPSP

a) Hitung jawaban Ya (bila dijawab bisa atau sering atau kadang-kadang)

b) Hitung jawabab Tidak (bila jawaban belum pernah atau tidak pernah)

c) Bila jawaban YA = 9-10, perkembangan anak sesuai dengan tahapan perkembangan (S)

d) Bila jawaban YA = 7 atau 8, perkembangan anak meragukan (M)

e) Bila jawaban YA = 6 atau kurang, kemungkinan ada penyimpangan (P).

f) Rincilah jawaban TIDAK pada nomer berapa saja

Tabel II.4 Tabel Intepretasi Hasil KPSP

Untuk Anak dengan Perkembangan SESUAI (S)	Untuk Anak dengan Perkembangan MERAGUKAN (M)
• Orangtua/pengasuh anak sudah mengasuh anak dengan baik. • Pola asuh anak selanjutnya terus lakukan sesuai dengan bagan stimulasi sesuaikan dengan umur dan kesiapan anak. • Keterlibatan orangtua sangat baik dalam tiap kesempatan stimulasi. Tidak usah mengambil momen khusus. Laksanakan stimulasi sebagai kegiatan sehari-hari yang terarah. • Ikutkan anak setiap ada kegiatan Posyandu	• Konsultasikan nomer jawaban tidak, mintalah jenis stimulasi apa yang diberikan lebih sering . • Lakukan stimulasi intensif selama 2 minggu untuk mengejar ketertinggalan anak. • Bila anak sakit lakukan pemeriksaan kesehatan pada dokter/dokter anak. Tanyakan adakah penyakit pada anak tersebut yang menghambat perkembangannya. • Lakukan KPSP ulang setelah 2 minggu menggunakan daftar KPSP yang sama pada saat anak pertama dinilai. • Bila usia anak sudah berpindah golongan dan KPSP yang pertama sudah bisa semua dilakukan. Lakukan lagi untuk KPSP yang sesuai umur anak.

Misalnya umur anak sekarang adalah 8 bulan 2 minggu, dan ia hanya bisa 7-8 YA. Lakukan stimulasi selama 2 minggu. Pada saat menilai KPSP kembali gunakan dulu KPSP 6 bulan. Bila semua bisa, karena anak sudah berusia 9 bulan, bisa dilaksanakan KPSP 9 bulan.

Bila setelah 2 minggu intensif stimulasi, jawaban masih (M) = 7-8 jawaban YA. Konsultasikan dengan dokter spesialis anak atau ke rumah sakit dengan fasilitas klinik tumbuh kembang.

II.2. ASI Eksklusif

II.2.1. Pengertian dan Dasar Hukum ASI Eksklusif

ASI merupakan cairan hidup yang dinamis, memiliki kandungan gizi yang beragam dan lengkap. Hal penting ASI adalah segala kandunganya bersifat alami, bukan sintetik sehingga aman dan dapat termanaatkan secara maksimal. (Werdayanti, 2015)

Asi merupakan makanan terbaik bagi bayi pada 6 bulan pertama kehidupan. Semua kebutuhan nutrisi seperti protein, lemak, karbohidrat, vitamin dan mineral sudah tercukupi dari ASI. (Fikawati, 2015)

ASI awal mengandung zat kekebalan tubuh dari ibu yang dapat melindungi bayi dari penyakit yang menyebabkan kematian bayi di seluruh dunia seperti diare, ISPA, dan radang paru. (Fikawati, 2015)

Menurut WHO/UNICEF (2003) ASI Eksklusif atau *exclusive breastfeeding* adalah kondisi dimana bayi hanya menerima ASI dari ibu kandung atau dari ibu susu atau asi perah dan tidak ada cairan maupun

makanan padat kecuali beberapa tetes sirup yang terdiri dari vitamin, suplemen mineral atau obat-obatan.

Dalam *World Health Assembly* yang belangsung tanggal 18 Mei 2001 yang diperbaharui oleh UNICEF dan WHO di tahun 2005 merekomendasikan hanya ASI saja selama 6 bulan dan MPASI sampai usia 2 tahun. Keputusan itu diadobsi oleh Indonesia dalam Kepmenkes RI no. 450/Menkes/SK/IV tahun 2004 tentang target pemberian ASI eksklusif 6 bulan sebesar 80%.

Pemberian ASI eksklusif juga telah diatur dalam Peraturan Bersama Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan, Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi, dan Menteri Kesehatan No. 48/MEN.PP/XII/2008, PER.27/MEN/XII/2008, dan 1177/MENKES/PB/XII/2008 Tahun 2008 tentang Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu Selama Waktu Kerja di Tempat Kerja (Peraturan Bersama).

Dalam Peraturan Bersama tersebut antara lain disebutkan bahwa Peningkatan Pemberian ASI selama waktu kerja di tempat kerja adalah program nasional untuk tercapainya pemberian ASI eksklusif 6 bulan dan dilanjutkan pemberian ASI sampai anak berumur 2 tahun.

Pengaturan mengenai pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif diatur dalam Pasal 128 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang berbunyi: “Setiap bayi berhak mendapatkan air susu ibu eksklusif sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, kecuali atas indikasi medis.

II.2.2. Hubungan Kandungan ASI Terhadap Perkembangan Anak

Air merupakan kandungan ASI yang berbesar, jumlahnya kira-kira 88% dari ASI. Air berguna untuk melarutkan zt-zat yang terdapat di dalamnya dan berkontribusi dalam mekanisme regulasi suhu tubuh, dimana pada bayi terjadi 25% kehilangan suhu tubuh akibat pengeluaran air melalui ginjal dan kulit. (Fikawati, 2015)

Sebesar 90% energi yang terdapat pada ASI berasal dari karbohidrat pada lemak, sedangkan 10% berasal dari protein. Karbohidrat yang utama terdapat dalam ASI adalah laktosa. Selain laktosa terdapat juga glukosa, galaktosa, dan glukosamin. Galaktosa berperan pening untuk pertumbuhan otak dan medulla spinalis, pembentukan myelin di medulla spinalis dan sintesis galaktosida. ASI juga mengandung glukosamin yang merupakan bidus faktor yang mengacu pada pertumbuhan *Lactobasilus bifidus* yang merupakan bakteri baik.

Kadar protein pada ASI semakin berkurang dari kolostrum hingga susu matur. Kadar protein pada kolostrum (2%), ASI transisi (1.5%) dan ASI matur (1%). Protein dalam ASI terdiri dari kasein, serum albumin, α-laktalbumin, β-laktoglobulin dan glikoprotein lainnya. ASI mengandung protein yang lebih rendag dari susu sapi, tetapi mengandung zat gizi yang lebih mudah dicerna bayi. ASI mengandung asam amino esensial yang tinggi, yang penting untuk pertumbuhan otak, retina, dan konjugasi bilirubin.

Keistimewaan lainnya adalah kadar methionin dalam ASI yang lebih rendah dari susu sapi, sedangkan sistin lebih tinggi.. Sistin merupakan asam

amio yang sangat penting untuk pertumbuhan otak bayi. Selain itu, protein pada ASI juga mengandung laktoferin, yaitu *ironbindingprotein* yang bersifat bakteriostatik kuat terhadap *Escherichia coli (E. coli)*dan juga menghambat pertumbuhan *Candida albicans.*

Lemak berfungsi sebagai sumber kalori utama pada bayi, yang dapat membantu mencerna vitamin larut lemak (A, D, E, dan K) dan sumber asam amino esensial. Sebanyak 90% lemak ASI dalam bentuk trigliserida namun mengandung EPA dan DHA yang baik untuk menunjang perkembangan otak. ASI mengandung lipase, yang membantu pencernaan lemak. Keistemewaan ASI adalah bentuk emulsinya yang lebih sempurna.

Asi mengandung mineral yang lengkap. Kadar mineral per ml sesuai dengan kemampuan bayi mencerna zat gizi. Mineral yang terdapat pada ASI adalah kalium, kalsium, dan natrium, asam klorida dan fosfat, zat besi, tembaga dan mangan dalam jumlah kecil.

Kandungan vitamin dalam ASI merupakan refleksi dari asupan vitamin dalam tubuh ibu terutama vitamin yang larit air seperti vitamin B. Selain itu vitamin A,D, dan K. Vitamin A dan E berperan penting untuk menjaga sistem kekebalan tubuh.

II. 3. Pendidikan Anak Usia Dini

Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) adalah jenjang pendidikan sebelum jenjang pendidikan dasar yang merupakan suatu upaya pembinaan yang ditujukan bagi anak sejak lahir sampai dengan usia enam tahun yang

dilakukan melalui pemberian rangsangan pendidikan untuk membantu pertumbuhan dan perkembangan jasmani dan rohani agar anak memiliki kesiapan dalam memasuki pendidikan lebih lanjut, yang diselenggarakan pada jalur formal, nonformal, dan informal.

Pendidikan Anak Usia Dini merupakan salah satu bentuk penyelenggaraan pendidikan yang menitikberatkan pada peletakan dasar ke arah pertumbuhan dan perkembangan fisik (koordinasi motorik halus dan kasar), kecerdasan (daya pikir, daya cipta, kecerdasan emosi, kecerdasan spiritual), sosio emosional (sikap dan perilaku serta agama) bahasa dan komunikasi, sesuai denganmkeunikan dan tahap-tahap perkembangan yang dilalui oleh anak usia dini. (Jesika, 2013)

Rentangan anak usia dini menurut Pasal 28 UU Sisdiknas No.20/2003 ayat 1 adalah 0-6 tahun. PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini) diatur dengan jelas dalam UU No.20 Th 2003 tentang Sisdiknas sebagai jenjang pendidikan dan jalur pendidikan. Sebagai jenjang pendidikan, PAUD merupakan pendidikan yang diselenggarakan sebelum pendidikan dasar sembilan tahun.

Hal tersebut bertujuan menyiapkan anak anak usia dini siap memasuki jalur pendidikan dasar selanjutnya dengan bekal kesiapan mental dan emosional serta aspek-aspek lain dalam diri anak untuk menerima beban materi ang lebih di tingkat pendidikan dasar. Penyelenggaraan PAUD dapat diselenggarakan melalui jalur formal, non formal dan informal. Pada jalur formal, PAUD berbentuk TK (Taman Kanak-Kanak) ataupun RA

(Raudhatul Athfal) yang berada di bawah tanggung jawab Departemen Pendidikan Nasional melalui Ditjen Manajemen Pendidikan Dasar dan Menengah & Departemen Agama yang membina RA. Sedangkan penyelenggaraan PAUD di jalur Non formal dibawah tanggung jawab Departemen Pendidikan melalui Ditjen Pendidikan Non Formal (PNF) dalam bentuk Kelompok Bermain (KB), Taman Penitipan Anak (TPA) atau bentuk lain yang sejenis. (Jesika, 2013)

Dalam Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) Berbasis seni ini, ada 2 tahapan pendidikan bagi anak, yaitu Kelompok Bermain (KB) atau Pendidikan Anak Usia Dini (TK). Menurut Depdikbud, Taman Kanak-Kanak adalah suatu lembaga pendidikan formal yang pertama setelah pendidikan keluarga (rumah) dan merupakan jembatan antara rumah (keluarga) dengan masyarakat yang lebih luas yaitu Sekolah Dasar beserta lingkunganya.

Taman Kanak-Kanak merupakan satu bentuk pendidikan prasekolah untuk anak usia 4-6 tahun dengan lama pendidikan 1-2 tahun dengan tujuan untuk mengembangkan kepribadian dan mempersiapkan anak dalam menempuh pendidikan dasar. Berdasarkan Keputusan Mendikbud RI Nomor 048/U/1992 Bab I pasal 2 dinyatakan bahwa Taman Kanak-Kanak adalah wadah untuk membantu pertumbuhan dan perkembangan jasmani serta rohani anak didik sesuai sifat-sifat alami anak.

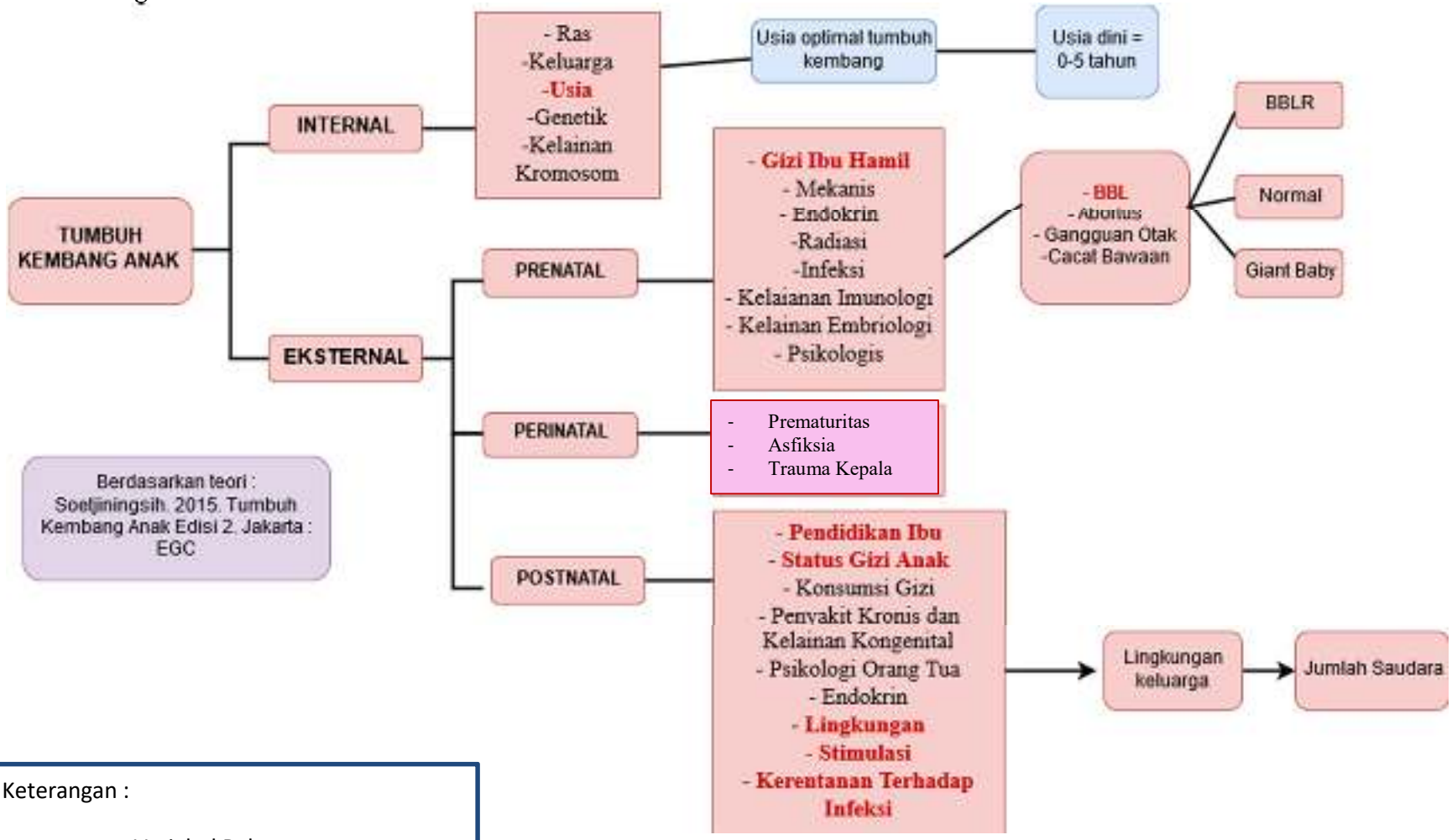
Taman Kanak-Kanak adalah jenjang pendidikan pra sekolah yang bertujuan untuk meletakkan dasar pendidikan paling awal bagi anak usia 4-

6 tahun dengan lama pendidikan antara 1-2 tahun. Sedangkan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 27 Tahun 1990 Bab I Pasal 1 ayat (2) dinyatakan bahwa Taman Kanak-Kanak adalah salah satu bentuk pendidikan prasekolah yang menyediakan program pendidikan dini bagi anak usia empat tahun sampai memasuki pendidikan dasar, dengan memakai kurikulum yang disebut dengan Program Kegiatan Belajar (PKB). (Jesika, 2013)

Secara umum, Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) merupakan dasar pendidikan awal anak untuk mempersiapkan anak ke jenjang yang lebih tinggi yaitu Sekolah Dasar. PAUD menggunakan metodemetode pengajaran yang dapat mengembangkan pribadi anak, selain itu untuk membantu pertumbuhan dan perkembangan jasmani serta rohani sesuai dengan sifat alami dari anak itu sendiri. Konsep awal PAUD (yakni Taman Bermain dan Taman Kanak-Kanak) pada umumnya didefinisikan sebagai bentuk pendidikan dimana anak-anak diajarkan melalui permainan kreatif, kontak sosial dan ekspresi alami. (Jesika, 2013)

Konsep ini berasal dari jerman pada tahun 1837 oleh Fredrich Frobel, dimana Pendidikan Anak Usia Dini disediakan sebagai sarana transisi dari rumah ke jenjang sekolah sehingga ide pembelejaran yang dilakukan adalah dengan permainan, lagu-lagu dan cerita yang diperuntukkan bagi kebutuhan anak-anak (pada saat itu, anak didik berusia 3-7 tahun). (Jesika, 2013)

II.3. Kerangka Teori



Keterangan :

: Variabel Bebas

: Faktor non variabel

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL

III.1. Kerangka Konsep

III.2. Variabel Penelitian

III.2.1. Variabel Bebas

Variabel bebas adalah variabel yang bila suatu saat bersama variabel lain, variabel ini akan berubah (Saryono, 2008). Variabel bebas dalam penelitian adalah faktor –faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang (status gizi, riwayat bblr, riwayat prematuritas, kerentanan terhadap penyakit, stimulasi, pendidikan ibu dan jumlah saudara).

III.2.2.Variabel terikat

Variabel terikat adalah variabel yang berubah karena variabel bebas (Saryono, 2008). Variabel terikat pada tumbuh kembang anak ASI eksklusif dan non ASI Eksklusif di wilayah kerja UPTD Puskesmas Pontianak Selatan.

III.1. Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Bebas						
1.	Status Gizi	Perubahan kuantitatif berupa pertambahan ukuran dan dimensi fisik merupakan refleksi dari asupan zat gizi dan penyakit infeksi, disajikan dalam bentuk indeks antropometri BB/BT berdasarkan z-score baku (WHO, 2005)	Mengukur berat badan anak berdasarkan umur kemudian dibandingkan dengan BB baku WHO-NCHS dan disajikan dalam Z score	Timbangan berat badan dan stature meter	0 = kurus sekali (<-3SD) 1 = kurus (<-2 SD s/d -3 SD) 2 = normal (-2 SD s/d 2 SD) 3 = gemuk (< 2 SD)	Ordinal
2.	Riwayat BBLR	Berat badan bayi saat lahir kurang dari 2500 gram atau sampai 2449 gram.	Wawancara	Kuesioner	0=BBL≥2500 gram 1=BBL<2500 gram	Ordinal
3.	Kerentanan terhadap infeksi	Riwayat penyakit infeksi yang pernah diderita seperti ISPA dan diare selama tiga bulan terakhir	Wawancara	Kuesioner	0=ada 1=tidak ada	Nominal
4.	Stimulasi	Kegiatan ibu merangsang motorik kasar, motorik halus dan kemampuan bahasa anak	wawancara	Kuesioner	0=jarang 1=sering	Nominal
5.	Pendidikan ibu	Jenis pendidikan formal ibu berdasarkan ijazah terakhir	Wawancara	Kuesioner	0= rendah (≤SMP sederajat) 1= tinggi (>SMP sederajat)	Ordinal
6.	Jumlah saudara	Banyaknya saudara kandung yang dimiliki respondent (anak batita)	Wawancara	Kuesioner	0= jumlah saudara banyak (> 2 orang) 1= jumlah saudara sedikit (≤ 2 orang)	Ordinal
Variabel Terikat						
1	Perkembangan Anak	Bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa serta asosiasi dan kemandirian (Depkes,2010)	Observasi	Kuesioner pra skrining perkembangan (SDITD-TKA)	0= Menyimpang 1=meragukan 2=normal	Ordinal

III.3. Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang akan dibuktikan kebenaranya dalam penelitian ini adalah hipotesa alternatif (Ha) sebagai berikut:

1. Ada hubungan status gizi dengan perkembangan anak usia dini kelompok ASI Eksklusif
2. Ada hubungan status gizi dengan perkembangan anak usia dini kelompok non ASI Eksklusif
3. Ada perbedaan status gizi anak usia dini pada kelompok ASI Eksklusif dan non ASI Eksklusif
4. Ada hubungan riwayat BBLR dengan perkembangan anak usia dini kelompok ASI Eksklusif
5. Ada hubungan riwayat BBLR dengan perkembangan anak usia dini kelompok non ASI Eksklusif
6. Ada perbedaan riwayat BBLR anak usia dini kelompok ASI Eksklusif dan non ASI Eksklusif
7. Ada hubungan kerentanan terhadap penyakit dengan perkembangan anak usia dini kelompok ASI Eksklusif
8. Ada hubungan kerentanan terhadap penyakit dengan perkembangan anak usia dini kelompok non ASI Eksklusif
9. Ada perbedaan kerentanan terhadap penyakit anak usia dini kelompok ASI Eksklusif dan non ASI Eksklusif
10. Ada hubungan pendidikan ibu dengan perkembangan anak usia dini kelompok ASI Eksklusif

11. Ada hubungan pendidikan ibu dengan perkembangan anak usia dini kelompok non ASI Eksklusif
12. Ada perbedaan pendidikan ibu anak usia dini kelompok ASI Eksklusif dan non ASI Eksklusif
13. Ada hubungan stimulasi dengan perkembangan anak usia dini kelompok ASI Eksklusif
14. Ada hubungan stimulasi dengan perkembangan anak usia dini kelompok non ASI Eksklusif
15. Ada perbedaan stimulasi anak usia dini kelompok ASI Eksklusif dan non ASI Eksklusif
16. Ada hubungan jumlah saudara dengan perkembangan anak usia dini kelompok ASI Eksklusif
17. Ada hubungan jumlah saudara dengan perkembangan anak usia dini kelompok non ASI Eksklusif
18. Ada perbedaan jumlah saudara pada anak usia dini kelompok ASI Eksklusif dan non ASI Eksklusif
19. Ada perbedaan perkembangan anak usia dini kelompok ASI Eksklusif dan non ASI Eksklusif

BAB IV

METODE PENELITIAN

IV.1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan metode penelitian kuantitatif dengan design peelitian potong lintang atau cross sectional. Penelitian *cross sectional* adalah penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor faktor resiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus dalam suatu saat (*point time approach*).

Artinya, setiap subjek penelitian hanya di observasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variable subjek pada saat pemeriksaan. Hal ini berarti semua subjek penelitian diamati pada waktu yang sama. (Notoatmodjo, 2010)

Penelitian mengenai "faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan anak usia dini (studi komparatif kelompok bayi ASI eksklusif dan non ASI eksklusif di wilayah kerja UPTD Puskesmas Pontianak Selatan) tahun 2017" ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi perkembangan anak dengan cara mengkomparasikan dua kelompok berbeda yakni kelompok anak ASI Eksklusif dan non ASI Eksklusif.

IV.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

IV.2.1. Lokasi Penelitian

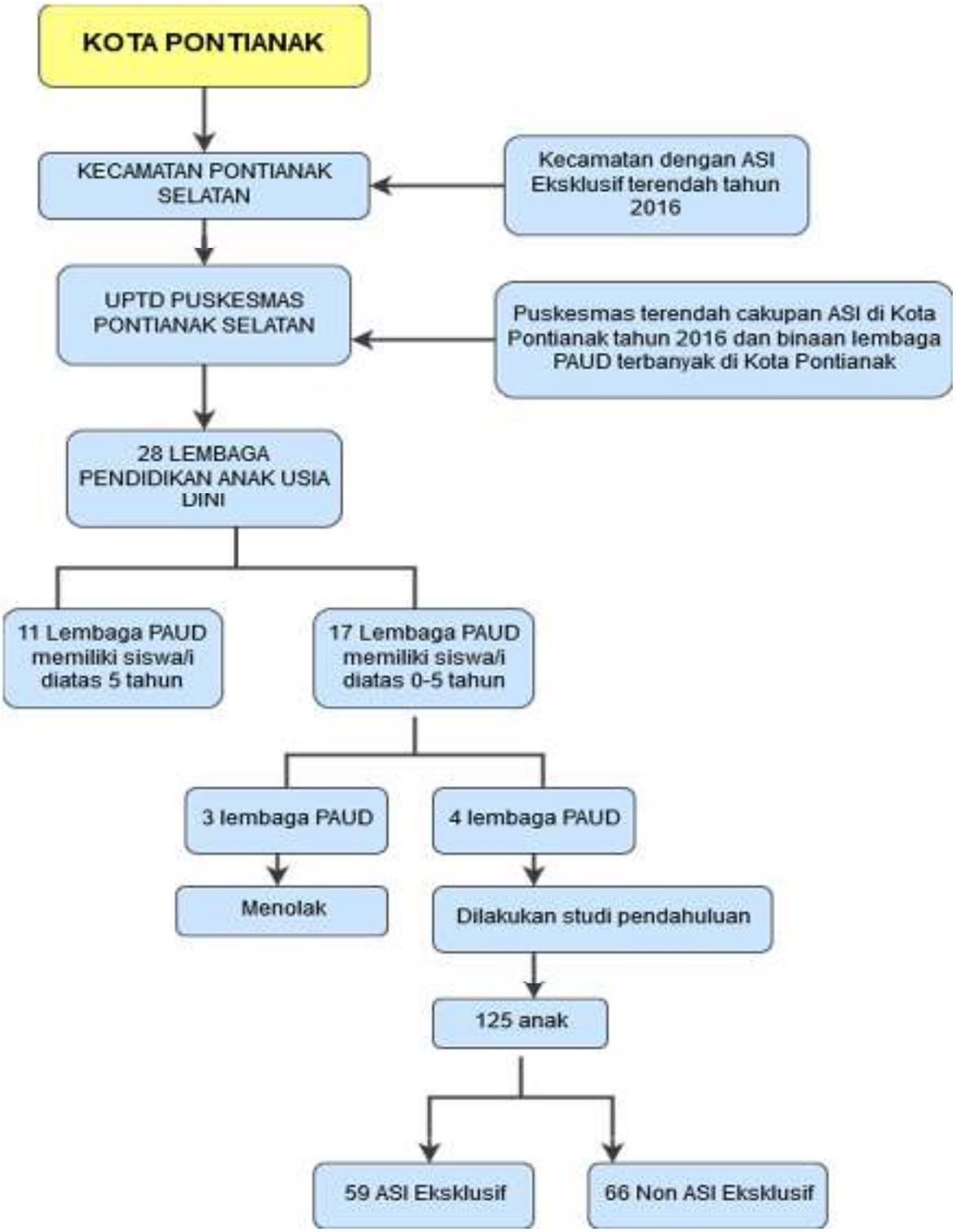
Penelitian akan dilaksanakan di wilayah kerja UPTD Puskesmas Pontianak Selatan, sebagai puskesmas dengan binaan lembaga pendidikan usia dini (TK, PAUD, RA dan Tempat Penitipan Anak) terbanyak di Kota Pontianak yakni 28 sekolah dan cakupan ASI terendah tahun 2016 yakni 9%.

IV.2.1. Waktu Penelitian

Penelitian ini akan diadakan selama satu bulan di TK, PAUD, RA dan Penitipan Anak wilayah binaan UPTD Puskesmas Pontianak Selatan.

IV.2. Populasi dan Sampel

IV.1. Alur Penelitian



IV.2. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang memiliki kulitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulan. Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian yang akan diteliti. (Setiadi, 2013). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak usia lima tahun ke bawah yang berada di lembaga pendidikan usia dini wilayah kerja UPTD Puskesmas Pontianak Selatan.

IV.3. Sampel

Sampel penelitian adalah sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti yang dianggap mewakili seluruh populasi. (Setiadi, 2013). Sampel dalam penelitian ini adalah anak usia lima tahun ke bawah yang berada di lembaga pendidikan usia dini wilayah kerja UPTD Puskesmas Pontianak Selatan. Jumlah sampel dalam penelitian ini diperoleh menggunakan rumus sampel pada penelitian *crossectional* sebagai berikut :

$$\mathrm{n} = \frac{N.Z_{\alpha/2}{}^{2}.p.(1-p)}{(N-1)\,d^2 + Z_{\alpha/2}{}^{2}.p.(1-p)}$$

Keterangan :

$Z_{\alpha/2}{}^{2}$ = harga normal baku (untuk α = 0.05 nilai Z = 1.96)

α = tingkat kepercayaan

p = proporsi kasus yang diteliti dalam populasi

d = kesalahan yang dapat di tolerir

N = besar Populasi

a) Proporsi kasus per kelompok komparasi :

Populasi kasus ASI Eksklusif 59 orang

Populasi kasus non ASI Eksklusif 66 orang

Populasi total 125 orang

Proporsi ASI Eksklusif = $\frac{59}{125}$x100% = 47.2 %

Proporsi non ASI Eksklusif = $\frac{66}{125}$x100% = 52.8 %

b) Perhitungan Sampel

Proporsi kasus dalam populasi (p) = $\frac{64}{1241} = 0.051$

$$n = \frac{N.Z_{\alpha/2}{}^{2}.p.(1-p)}{(N-1)\,d^2 + Z_{\alpha/2}{}^{2}.p.(1-p)}$$

$$n = \frac{(125)\,(1.96)^2\,(0.05)\,(1\text{-}0.05)}{(125\text{-}1)\,(0.05)^2 + (1.96)^2\,(0.05)\,(1\text{-}0.05)}$$

$$= \frac{22.8}{0.31 + 0.18}$$

$$= \frac{22.8}{0.49} = 46.53 = 47 \text{ orang}$$

Keterangan :

n = total sampel

N = total populasi

p = nilai proporsi kasus di populasi

$Z_{\alpha/2}{}^{2}$ = nilai distribusi normal baku (1.96)

d = kesalahan absolut yang dapat ditoleransi (0.05)

Berdasarkan perhitungan di atas diperoleh total sampel 47 orang dibagi dalam dua kelompok yakni 47 orang kelompok ASI Eksklusif dan 47 orang kelompok non ASI Eksklusif. Total sampel 94 orang.

IV.3. Teknik Pengambilan Sampel

Proses pengambilan sampel dilakukan dengan memberi kesempatan yang sama pada setiap anggota populasi untuk menjadi anggota sampel. Jadi disini proses memilih sejumlah sampel n dari populasi N yang dilakukan secara random. (Rozaini, 2003)

Penentuan sampel berdasarkan kriteria inklusi yakni :

1) Siswa dan orang tua bersedia menjadi subjek penelitian dan menandatangani inform concern
2) Tergolong dalam salah satu kelompok komparasi
3) Terdaftar sebagai siswa di lembaga pendidikan usia dini (PAUD, TK, RA atau TPA) di wilayah binaan UPTD Puskesmas Pontianak Selatan
4) Orang tua bersedia anaknya diteliti

IV.4. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

IV.4.1. Data Primer

Data primer adalah data yang didapat dari responden secara langsung berdasarkan kuesioner atau pengukuran. Pada penelitian ini, kelompok komparasi ASI Eksklusif dan non ASI Eksklusif, variable bebas seperti status gizi, riwayat BBLR, Riwayat prematuritas, kerentanan terhadap penyakit, stimulasi, pendidikan ibu dan jumlah saudara, dan variable terikat yakni perkembangan anak diperoleh menggunakan data primer untuk menjaga data yang diperoleh valid.

IV.4.2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari UPTD Puskesmas Pontianak Selatan berupa jumlah dan alamat lembaga pendidikan anak usia dini, dan data SDIDTK terbaru tahun 2017.

Selain itu data sekunder juga diperoleh di PAUD, TK, RA dan TPA terkait berupa nama siswa, tanggal lahir, usia, nama orang tua, dan data per kelas.

IV.4.3. Instrument Pengumpulan Data

Instrument penelitian berupa kuesioner yang di tanyakan kepada orang tua murid digunakan untuk memperoleh data kelompok komparasi ASI Eksklusif dan non ASI Eksklusif, riwayat BBLR, Riwayat prematuritas, kerentanan terhadap penyakit, stimulasi, pendidikan ibu dan jumlah saudara. Variabel status gizi diperoleh menggunakan timbangan berat badan dan stature meter untuk mengukur tinggi badan anak. Variable perkembangan anak

diperoleh menggunakan kuesioner pra skrining perkembangan (KPSP) terbaru yang resmi dikeluarkan dinas kesehatan.

IV.5. Teknik Pengolahan dan Penyajian Data

IV.5.1. Teknik Pengolahan Data

Teknik pengolahan data dilakukan sesuai dengan proses pengolahan data yang terdiri dari (Natoatmodjo, 2012)

1. *Editing*

   Setelah data dilkumpulkan dilakukan proses *editing* untuk memeriksa kelengkapan data, memeriksa jawaban dari responden, apakah sudah sesuai dengan maksud pertanyaan yang diajukan.

2. *Skoring*

   Peneliti memebrikan skor untuk setiap pilihan jawaban kuesioner yang diisi.

3. *Coding*

   Setelah semua selesai di *editing,* maka selanjutnya dilakukan proses *coding* dengan memebri tanda pada kuesioner pemberian *coding*.

4. *Entry*

   Entry adalah proses memasukan data yang telah dilakukan coding di dalam komputer, adapun program komputer yang digunakan adalah proses SPSS *Versi 15.0*

5. *Cleaning*

Cleaning adalah proses pembersihan semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan, perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan dan sebagainya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan dan sebagainya dilakukan pengecekan.

IV.5.2. Teknik Penyajian Data

Untuk mempermudah membaca dan penelitian, maka data disajikan dalam narasi (tekstural) dan tabel (tabular).

IV.6. Teknik Analisa Data

IV.6.1. Analisa Univariat

Analisa univariat adalah analisa yang dilakukan dilaksanakan untuk menunjukan analisa deskriptif variabel bebea dan variabel terikat dengan menghitung frekuensi dan kategori dari tiap variabel penelitian dalam bentuk narasi *(tekstular)*

IV.6.2. Analisa Bivariat

Analisa bivariat adalah analisa yang dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel bebas dan terikat. Pada analisis bivariate, tiap variable independen akan ditabulasikan silang dengan variable dependen dalam bentuk tabulasi silang. Pada tabulasi silang 2x2 akan dicari OR (*Odds Ratio*) untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara vaiabel independen dan variable dependen.

Selain itu juga akan dilakukan uji statistic menggunakan uji *Chi-square* untuk mengetahui kemaknaan hubungannya secara statistic. Uji *Chi-square* dipilih sesuai dengan kegunaannnya yaitu untuk menguji independensi diantara dua variable, menguji perbedaa proporsi atau persentase antara beberapa kelompo data juga untuk mengetahui hubungan antar variabel.

IV.1 Tabel Chi Square 2x2

Variabel Independen (Faktor Risiko)	Variabel Dependen		Total
	Normal (+)	Menyimpang/ meragukan (-)	
Positif (+)	A	B	a+b
Negatif(-)	C	D	c+d
Jumlah	a+c	b+d	a+b+c+d

Keterangan :

a = subjek dengan faktor resiko yang mengalami efek

b = subjek dengan faktor resiko yang tidak mengalami efek

c = subjek tanpa faktor resiko yang mengalami efek

d = subjek tanpa faktor resiko yang tidak mengalai efek

Menurut Budiman (2011), rumus *prevelensi ratio* (PR) adalah sebagai berikut :

$$\text{Rasio Prevalens (RP)} = (a/ (a + b)) / c/ (c + d)$$

Interpretasi :

a) RP = 1 variabel yang diduga sebagai faktor risiko tersebut tidak ada pengaruhnya dalam hal terjadinya penyakit/netral

b) RP > 1 variabel yang diduga sebagai faktor risiko memang sebagai penyebab terjadinya penyakit

c) RP < 1 Variabel faktor risiko tersebut merupakan faktor protektif terjadinya penyakit

Untuk mengukur penbedaan pada dua kelompok komparasi maka digunakan uji t tidak berpasangan. Uji statistik parametrik yg digunakan untuk menguji perbedaan dari data independen (sampel bebas/tidak berpasangan). Independent t-test digunakan untuk: mengetahui perbedaan nilai rata-rata antara satu kelompok dengan kelompok yg lain, dimana antara kelompok tersebut tidak saling berpasangan/ berhubungan.

- Rumus Manual:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2}{n_1 + n_2 - 2}\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}}$$

Keterangan :

t = nilai t hitung

x = rata-rata sampel

n = jumlah sampel

s = standar deviasi sampel

Interpretasi :

Jika nilai t hitung > t tabel maka ada perbedaan yang signifikan, dan sebaliknya jika nilai t hitung < t tabel maka tidak ada perbedaan yang signifikan.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

V.1. Gambaran Lokasi Penelitian dan Karakteristik Responden

Unit Pelaksanaan Teknis Daerah (UPTD) Puskesmas Kecamatan Pontianak Selatan Lingkup Administrasi sebagai Unit Pelaksana Teknis Daerah berkedudukan di wilayah Kecamatan Pontianak Selatan dengan lingkup wilayah bina seluruh Kecamatan Pontianak Selatan. Kecamatan Pontianak Selatan memiliki luas wilayah 1.445,72 Ha.

Kecamatan Pontianak Selatan terdiri dari 5 (lima) kelurahan yaitu Kelurahan Akcaya dengan luas wilayah 324,37 Ha, Kelurahan Benua Melayu Darat (BMD) dengan luas wilayah 56,00 Ha, Kelurahan Melayu Laut (BML) 272,06 Ha, Kelurahan Kotabaru 252,82 Ha, Kelurahan Parit Takoya 540,47 Ha. Wilayah UPTD dibagi atas dua wilayah kerja puskesmas yaitu wilayah kerja UPTD Puskesmas Kecamatan Pontianak Selatan dan wilayah kerja UPK Purnama.

Wilayah kerja UPTD Puskesmas Kecamatan Pontianak Selatan terdiri dari 4 (empat) kelurahan yang terdiri dari Kelurahan Benua Melayu Laut (0,25 km^2), sebagian Kelurahan Benua Melayu Darat (2,72 km^2), sebagian Kelurahan Akcaya (3,243 km^2), dan seluruh Kelurahan Kota Baru (2,53 km^2). Luas wilayah UPTD Puskesmas Kecamatan Pontianak Selatan sekitar 8,73 km^2

Penelitian akan dilaksanakan di wilayah kerja UPTD Puskesmas Pontianak Selatan, sebagai puskesmas dengan binaan lembaga pendidikan usia

dini (TK, PAUD, RA dan Tempat Penitipan Anak) terbanyak di Kota Pontianak yakni 28 sekolah dan cakupan ASI terendah tahun 2016 yakni 9%.

Penelitian dilaksanakan pada 8 TPA (tempat penitipan anak)/TK (taman kanak-kanak) / RA (Raudatul Anfal) di wilayah kerja UPTD Puskesmas Pontianak Selatan yang dipilih secara random dan dibagi dalam dua kelompok yakni kategori kelompok ASI Eksklusif dan kelompok Non ASI Eksklusif Berikut adalah jumlah responden di tiap lembaga pendidikan. (Tabel V.1)

Tabel V.1 Distribusi Responden Berdasarkan Lokasi Penelitian

Nama Lembaga Pendidikan	Kelompok ASI Eksklusif	Kelompok Non ASI Eksklusif
PAUD Surya Cendikia	4	3
Raudatul Muhtadin	9	5
TK Pembina	8	4
TK Idhata	5	8
TK Adhiyaksa	5	9
TK LKIA	7	8
TPA LKIA	6	8
TK Bruder Dahlia	3	2
Total	**47**	**47**

Berdasarkan usia, responden terbagi menjadi 3 kategori usia yakni 3,5 tahun, 4,5 tahun dan 5 tahun, seperti yang tergambar di tabel V.2 berikut.

Tabel V.2. Distribusi Responden Menurut Kelompok Umur

USIA	Kelompok ASI Eksklusif	Kelompok Non ASI Eksklusif
3.5 Tahun	2	1
4,5 Tahun	3	4
5 Tahun	42	42
Total	**47**	**47**

V.2. Proses Penelitian

Proses penelitian diawali dengan memilih nama anak yang akan menjadi sampel penelitian. Sebelumnya, telah dilakukan studi pendahuluan

dilaksanakan pada 14 lembaga pendidikan anak usia dini dengan total populasi 125 anak. Untuk menentukan yang akan menjadi responden penelitian dilakukan dengan *simple random sampling* (kocok acak). Sehingga diperoleh 47 responden terbagi menjadi dua kategori yakni 22 responden kelompok ASI Eksklusif dan 25 responden Non ASI Eksklusif.

Terdapat 8 variabel yang diteliti yakni 1 variabel terikat dan 7 variabel bebas. Variabel terikat adalah perkembangan anak dan variabel bebas adalah pendidikan ibu, jumlah saudara, status gizi, riwayat BBLR, riwayat prematuritas, kerentanan terhadap infeksi dan stimulasi. Penelitian dilaksanakan kepada anak dan orang tua. Kepada anak dilakukan penelitian bersifat observasi menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) untuk mengukur variabel perkembangan anak dan penimbangan berat badan untuk mengetahui variabel status gizi. Pada orang tua dilakukan wawancara menggunakan kuesioner sebagai alat ukur untuk memperoleh data dari variabel pendidikan ibu, jumlah saudara, riwayat BBLR, riwayat prematuritas, kerentanan terhadap infeksi dan stimulasi orang tua terhadap perkembangan anak.

Selanjutnya setelah semua data diperoleh baik dari responden maupun orang tua responden. Dilakukan pengolahan data sesuai tahapan yang telah dipaparkan di bab 3.

V.3. Hasil Penelitian

V.3.1. Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis yang dilakukan menganalisis tiap variabel dari hasil penelitian (Notoadmodjo, 2005). Analisa univariat berfungsi untuk meringkas kumpulan data hasil pengukuran sedemikian rupa sehingga kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna. peringkasan tersebut dapat berupa ukuran statistik, tabel, grafik.

Telah dilakukan penelitian dan memperoleh hasil pengumpulan data tiap variabel melalui kuesioner wawancara, observasi maupun pengukuran langsung yang disajikan dalam grafik maupun tabel.

V.3.1.1 Perkembangan anak

Perkembangan anak diukur menggunakan KPSP (Kuesioner Pra Skrining Perkembangan) sesuai dengan kelompok umur, terdiri dari 9-10 pertanyaan. Berikut adalah distribusi frekuensi perkembangan anak. (Tabel V.3.)

Tabel V.3. Distribusi Frekuensi Perkembangan Anak

Perkembangan Anak	Asi Eksklusif		Non Asi Eksklusif	
	Frekuensi (orang)	**Persen (%)**	**Frekuensi (orang)**	**Persen (%)**
Menyimpang	0	0.0	0	0.0
Meragukan	12	25.5	16	34.0
Sesuai	35	74.5	31	66.0
Total	47	100	47	100

Berdasarkan tabel V.3. dapat diinterpretasikan bahwa sebagian besar anak memiliki perkembangan yang sesuai dengan usianya, yakni 74.5 % (35 orang) pada kelompok ASI Eksklusif dan 66.0% (31

orang) pada kelompok non ASI Eksklusif. Ini menunjukkan kalau kedua kelompok memiliki hasil yang homogen. Namun jika dilihat dari persentase frekuensinya, maka kelompok ASI Eksklusif (74.5%) lebih tinggi dibandingkan kelompok Non ASI Eksklusif (66.0%).

V.3.1.2. Stimulasi

Hasil penelitian dilakukan uji normalitas data untuk menentukan klasifikasi skor menjadi dua kategori yakni sering dan jarang. Pada kelompok ASI Eksklusif, dari hasil uji normalitas data diperoleh nilai kurtosis 0.483 dibagi standar error 0.681 jadi 0.71 (nilai diantara -2 sampai 2) maka sebaran data normal, sehingga digunakan mean sebagai penentu. Nilai mean 16.72. Hasil ukur di kategorikan dalam dua bagian, jika skor ≥16.72 maka sering memberikan stimulasi. Jika skor <16.72 maka jarang memberikan stimulasi.

Pada kelompok Non ASI Eksklusif, dilakukan uji normalitas data diperoleh nilai kurtosis 0.193 dibagi standar error 0.681 jadi 0.28 (nilai -2 sampai 2) maka sebaran data normal, sehingga digunakan mean sebagai penentu. Nilai mean 16.40. Hasil ukur dikategorikan dalam dua bagian. Jika skor ≥ 16.40 maka sering memberikan stimulasi. Jika skor < 16.40 maka jarang memberikan stimulasi.

Variabel stimulasi yang diberikan orang tua kepada anak diukur menggunakan kuesioner dengan metode wawancara. Hasil data

diolah secara statistis sehingga diperoleh distribusi frekuensi sebagai berikut : (tabel V.4)

Tabel V.4. Distribusi Frekuensi Stimulasi

Stimulasi Orang Tua	Asi Eksklusif		Non Asi Eksklusif	
	Frekuensi (orang)	**Persen (%)**	**Frekuensi (orang)**	**Persen (%)**
Jarang	18	38.3	22	46.8
Sering	29	61.7	25	53.2
Total	47	100	47	100

Dari tabel V.4. dapat diperoleh informasi bahwa pada kelompok ASI Eksklusif dan Non ASI Eksklusif lebih banyak orang tua yang sering memberikan stimulasi pada anaknya. Ini menunjukkan homogenitas kedua kelompok. Namun, jika dilihat persentasi kedua kelompok maka kelompok ASI Eksklusif lebih tinggi yakni 61.7% (29 orang) dibandingkan kelompok Non ASI Eksklusif yakni 53.2% (25 orang) .

V.3.1.3. Pendidikan Ibu

Variabel pendidikan ibu diukur menggunakan kuesioner dengan metode wawancara. Hasil ukur dikategorikan menjadi dua yakni ≤ SMP sederajat di kategorikan berpendidikan rendah, jika >SMP dikategorikan berpendidikan tinggi. Distribusi frekuensi digambarkan melalui tabel V.5.

Tabel V.5. Distribusi Frekuensi Pendidikan Ibu

Pendidikan Ibu	Asi Eksklusif		Non Asi Eksklusif	
	Frekuensi (orang)	**Persen (%)**	**Frekuensi (orang)**	**Persen (%)**
Rendah	20	42.6	24	51.1
Tinggi	27	57.4	23	48.9
Total	47	100	47	100

Berdasarkan tabel di atas diperoleh informasi bahwa pada kelompok ASI Eksklusif 57.4% (27 orang) memiliki pendidikan tinggi. Sedangkan pada kelompok Non ASI Eksklusif, 51.1% (24 orang) responden memiliki pendidikan rendah.

V.3.1.4. Jumlah Saudara

Variabel jumlah saudara diukur menggunakan kuesioner dengan metode wawancara. Hasil ukur dikategorikan menjadi dua yakni ≤ 2 dikategorikan sedikit, jika > 2 dikategorikan banyak. Distribusi frekuensi digambarkan melalui tabel V.6.

Tabel V.6. Distribusi Frekuensi Jumlah Saudara

Jumlah Saudara	Asi Eksklusif		Non Asi Eksklusif	
	Frekuensi (orang)	**Persen (%)**	**Frekuensi (orang)**	**Persen (%)**
Banyak	17	36.2	18	38.3
Sedikit	30	63.8	29	61.7
Total	47	100	47	100

Berdasarkan tabel V.6. diperoleh informasi bahwa mayoritas responden memiliki saudara yang sedikit yakni 63.8% (30 orang) pada kelompok ASI Eksklusif dan 61.7% (29 orang) pada kelompok non ASI Eksklusif. Ini menujukkan homogenitas kedua kelompok dalam hal jumlah saudara. Namun jika dilihat dari persentase distribusinya

maka kelompok ASI Eksklusif lebih tinggi yang memiliki sedikit saudara dibandingkan kelompok Non ASI Eksklusif.

V.3.1.5. Status Gizi

Variabel status gizi diperoleh dengan cara mengukur berat badan anak lalu dilakukan perhitungan BB/U sehingga diperoleh distribusi frekuensi sebagai berikut :

Tabel V.7. Distribusi Frekuensi Status Gizi

Jumlah Saudara	Asi Eksklusif		Non Asi Eksklusif	
	Frekuensi (orang)	**Persen (%)**	**Frekuensi (orang)**	**Persen (%)**
Kurang Sekali	0	0.0	1	2.1
Kurus	4	8.5	5	10.6
Normal	41	87.2	38	80.9
Gemuk	2	4.3	3	6.4
Total	47	100	47	100

Dari tabel di atas diperoleh informasi bahwa mayoritas status gizi dikedua kelompok baik, yakni 87.2% (41 orang) dikelompok ASI Eksklusif dan 80.9% (38 orang) dikelompok non ASI Eksklusif. Ini menunjukkan homogenitas kedua kelompok dalam hal status gizi. Namun jika dibandingkan dari persentase frekuensinya maka status gizi baik lebih tinggi dikelompok ASI Eksklusif dibandingkan kelompok Non ASI Eksklusif.

5.3.1.6. Riwayat BBLR

Variabel riwayat BBLR diukur menggunakan kuesioner dengan metode wawancara. Hasil ukur dikategorikan menjadi dua

yakni < 2500 gram dikategorikan BBLR (berat badan lahir rendah) , jika ≥ 2500 gram dikategorikan BBLN (berat badan lahir normal). Distribusi frekuensi digambarkan melalui tabel V.8.

Tabel V.8. Distribusi Frekuensi Riwayat BBLR

Berat Lahir	Asi Eksklusif		Non Asi Eksklusif	
	Frekuensi (orang)	**Persen (%)**	**Frekuensi (orang)**	**Persen (%)**
BBLR	5	10.6	7	14.9
BBL Normal	42	89.4	40	85.1
Total	22	100	25	100

Berdasarkan tabel di atas diperoleh informasi bahwa mayoritas responden memiliki berat lahir normal yakni 89.4% (42 orang) pada kelompok ASI Eksklusif dan 85.1% (40 orang) pada kelompok Non ASI Eksklusif. Ini menunjukkan homogenitas kedua kelompok. Namun jika dibandingkan persentase frekuensi BBL normal kedua kelompok maka lebih tinggi dikelompok ASI Eksklusif daripada kelompok Non ASI Eksklusif.

5.3.1.7. Kerentanan Terhadap Penyakit

Variabel kerentanan terhadap infeksi adalah mengukur apakah seorang anak mengalami infeksi penyakit tertentu atau apakah anak sering sakit dalam tiga bulan terakhir. Informasi dikumpulkan menggunakan kuesioner dengan metode wawancara kepada orang tua responden.

Tabel V.9. Distribusi Frekuensi Kerentanan Terhadap Infeksi

Sakit infeksi	Asi Eksklusif		Non Asi Eksklusif	
	Frekuensi (orang)	**Persen (%)**	**Frekuensi (orang)**	**Persen (%)**
Ada	7	14.9	10	21.3
Tidak Ada	40	85.1	37	78.7
Total	47	100	47	100

Dari tabel di atas dapat diperoleh informasi bahwa mayoritas responden tidak memiliki riwayat penyakit atau infeksi dalam tiga bulan terakhir yakni 85.1% (40 orang) pada kelompok ASI Eksklusif dan 78.7% (37 orang) pada kelompok Non ASI Eksklusif. Ini menunjukkan homogenitas kedua kelompok. Namun jika dibandingkan persentase frekuensi dua kelompok maka lebih tinggi pada kelompok ASI Eksklusif daripada kelompok non ASI Eksklusif.

V.3.2. Analisis Bivariat

V.3.2.1 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perkembangan Anak Dikelompok ASI Eksklusif

Tabel V.10 Analisis Bivariat Kelompok ASI Eksklusif

Faktor-Faktor	Perkembangan				Total	P Value	PR
	Meragukan		Sesuai				
	Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase			
Stimulasi							
Jarang	8	66.7%	10	28.6%	18		
Sering	4	33.3%	25	714%	29	0.037	3.22
Total	12	100%	35	100%	47		
Pendidikan							
Rendah	10	83.3%	10	28.6%	20		
Tinggi	2	16.7%	25	72.4%	27	0.001	6.75
Total	12	100%	35	100%	47		
Jumlah Saudara							
Banyak	7	58.3%	10	28.6%	17		
Sedikit	5	41.7%	25	71.4%	30	0.087	2.47
Total	12	100%	35	100%	47		
Status Gizi							
Kurang	3	25.0%	3	8.6%	6		
Baik	9	75.0%	32	100%	41	0.164	2.28
Total	12	100%	35	100%	47		
BBL							
BBLR	3	25%	2	5.7%	5		
BBL Normal	9	75%	33	94.3%	42	0.097	2.80
Total	12	100%	35	100%	47		
Kerentanan Terhadap Infeksi							
Ada	4	33.3%	3	8.6%	7		
Tidak ada	8	66.7%	32	91.4%	40	0.060	2.86
Total	12	100%	35	100%	47		

Berdasarkan tabel V.10 diperoleh informasi bahwa Stimulasi pada kelompok ASI Eksklusif setelah dilakukan analisis statistik menggunakan *Fisher Exact Test* p Value 0.037 lebih kecil dari 0.05 dengan demikian disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara stimulasi yang diberikan orang tua terhadap perkembangan anak pada kelompok ASI Eksklusif. *Prevalensi Ratio*

(PR) 3.22 > 1 artinya faktor stimulasi berpengaruh terhadap perkembangan anak. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pada kelompok ASI Eksklusif, anak yang diberikan stimulasi sering 3.22 kali lebih banyak memiliki perkembangan sesuai dibandingkan anak yang jarang diberikan stimulasi.

Pendidikan ibu pada kelompok ASI Eksklusif, setelah dilakukan analisis statistik menggunakan *Person Chi-Square Test* p Value 0.001 lebih kecil dari 0.05 dengan demikian disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu terhadap perkembangan anak pada kelompok ASI Eksklusif. *Prevalensi Ratio* (PR) 6.75 > 1 artinya faktor pendidikan ibu berpengaruh terhadap perkembangan anak. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pada kelompok ASI Eksklusif, anak yang memiliki ibu dengan pendidikan tinggi memiliki prevalensi 6.75 kali lebih banyak perkembangan sesuai dibandingkan anak yang memiliki ibu berpendidikan rendah .

Jumlah saudara pada kelompok ASI Eksklusif setelah dilakukan analisis statistik menggunakan *Fisher Exact Test* p Value 0.087 lebih besar dari 0.05 dengan demikian disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jumlah saudara terhadap perkembangan anak pada kelompok ASI Eksklusif. *Prevalensi Ratio* (PR) 2.47 > 1 artinya faktor jumlah saudara berpengaruh terhadap perkembangan anak. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pada kelompok ASI Eksklusif, anak yang memiliki jumlah saudara sedikit

memiliki prevalensi 2.47 kali lebih banyak perkembangan sesuai dibandingkan anak yang memiliki anak yang memiliki banyak saudara.

Status gizi pada kelompok ASI Eksklusif setelah dilakukan analisis statistik menggunakan *Fisher Exact Test* p Value 0.164 lebih besar dari 0.05 dengan demikian disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status gizi terhadap perkembangan anak pada kelompok ASI Eksklusif. *Prevalensi Ratio* (PR) 2.28 > 1 artinya faktor status gizi berpengaruh terhadap perkembangan anak. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pada kelompok ASI Eksklusif, anak dengan status gizi baik memiliki prevalensi 2.28 kali lebih banyak memiliki perkembangan sesuai dibandingkan anak yang status gizi nya kurang atau lebih.

Riwayat BBLR pada kelompok ASI Eksklusif setelah dilakukan analisis statistik menggunakan *Fisher Exact Test* p Value 0.097 lebih besar dari 0.05 dengan demikian disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara riwayat BBLR terhadap perkembangan anak pada kelompok ASI Eksklusif. *Prevalensi Ratio* (PR) 2.80 > 1 artinya faktor riwayat BBLR berpengaruh terhadap perkembangan anak. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pada kelompok ASI Eksklusif, anak dengan riwayat berat badan lahir normal memiliki prevalensi 2.80 kali lebih banyak memiliki perkembangan sesuai dibandingkan anak yang memiliki berat badan lahir rendah.

Kerentanan terhadap infeksi pada kelompok ASI Eksklusif setelah dilakukan analisis statistik menggunakan *Fisher Exact Test* p Value 0.06 lebih besar dari 0.05 dengan demikian disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kerentanan terhadap infeksi terhadap perkembangan anak pada kelompok ASI Eksklusif. *Prevalensi Ratio* (PR) 2.86 > 1 artinya faktor kerentanan terhadap infeksi berpengaruh terhadap perkembangan anak. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pada kelompok ASI Eksklusif, anak yang jarang sakit memiliki prevalensi 2.86 kali lebih banyak memiliki perkembangan sesuai dibandingkan anak yang sering sakit.

V.3.2.2 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perkembangan Anak Dikelompok Non ASI Eksklusif

Tabel V.11 Analisis Bivariat Kelompok Non ASI Eksklusif

Faktor-Faktor	Perkembangan				Total	P Value	PR
	Meragukan		Sesuai				
	Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase			
Stimulasi							
Jarang	12	54.5%	10	45.5%	22		
Sering	4	16.0%	21	84.0%	25	0.005	3.40
Total	16	34.0%	31	66.0%	47		
Pendidikan							
Rendah	13	54.2%	11	45.8%	24		
Tinggi	3	13.0%	20	87.0%	23	0.003	4.15
Total	16	34.0%	31	66.0%	47		
Jumlah Saudara							
Banyak	8	44.4%	10	55.6%	18		
Sedikit	8	27.6%	21	72.4%	29	0.236	1.61
Total	16	34.0%	31	66.0%	47		
Status Gizi							
Kurang	4	44.4%	5	55.6%	9		
Baik	12	31.6%	26	68.4%	38	0.466	1.41
Total	16	34.0%	31	66.0%	47		
BBL							
BBLR	5	71.4%	2	28.6%	7		
BBL Normal	11	27.5%	29	72.5%	40	0.036	2.60
Total	16	34.0%	31	66.0%	47		
Kerentanan Terhadap Infeksi							
Ada	7	70%	3	30%	10		
Tidak ada	9	24.3%	28	75.7%	37	0.020	2.88
Total	16	34%	31	66.0%	47		

Stimulasi pada kelompok Non ASI Eksklusif setelah dilakukan analisis statistik menggunakan *Person Chi-Square Test* p Value 0.005 lebih kecil dari 0.05 dengan demikian disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara stimulasi yang diberikan orang tua terhadap perkembangan anak pada kelompok ASI Eksklusif. *Prevalensi Ratio* (PR) 3.41 > 1 artinya faktor stimulasi berpengaruh terhadap perkembangan anak. Dapat disimpulkan bahwa anak yang

sering diberikan stimulasi oleh orang tua memiliki prevalensi 3.41 lebih banyak memiliki perkembangan baik dibandingkan yang jarang diberikan stimulasi.

Pendidikan ibu pada kelompok non ASI Eksklusif setelah dilakukan analisis statistik menggunakan *Person Chi-Square Test* p Value 0.003 lebih kecil dari 0.05 dengan demikian disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu terhadap perkembangan anak pada kelompok non ASI Eksklusif. *Prevalensi Ratio* (PR) 4.15 > 1 artinya faktor pendidikan ibu berpengaruh terhadap perkembangan anak. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pada kelompok Non ASI Eksklusif, anak yang memiliki ibu dengan pendidikan tinggi memiliki prevalensi 4.15 kali lebih banyak perkembangan sesuai dibandingkan anak yang memiliki ibu berpendidikan rendah .

Jumlah saudara pada kelompok Non ASI Eksklusif setelah dilakukan analisis statistik menggunakan *Person Chi-Square Test* p Value 0.236 lebih besar dari 0.05 dengan demikian disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jumlah saudara terhadap perkembangan anak pada kelompok Non ASI Eksklusif. *Prevalensi Ratio* (PR) 1.61 > 1 artinya faktor jumlah saudara berpengaruh terhadap perkembangan anak. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pada kelompok Non ASI Eksklusif, anak yang memiliki saudara sedikit memiliki prevalensi 1.61 kali lebih banyak

perkembangan sesuai dibandingkan anak yang memiliki saudara banyak.

Status gizi pada kelompok Non ASI Eksklusif setelah dilakukan analisis statistik menggunakan *Fisher Exact Test* p Value 0.466 lebih besar dari 0.05 dengan demikian disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status gizi terhadap perkembangan anak pada kelompok Non ASI Eksklusif. *Prevalensi Ratio* (PR) 1.40 > 1 artinya faktor status gizi berpengaruh terhadap perkembangan anak. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pada kelompok Non ASI Eksklusif, anak yang memiliki status gizi normal memiliki prevalensi 1.40 kali lebih banyak perkembangan sesuai dibandingkan anak yang status gizinya kurang atau lebih.

Riwayat BBLR pada kelompok Non ASI Eksklusif setelah dilakukan analisis statistik menggunakan *Fisher Exact Test* p Value 0.036 lebih kecil dari 0.05 dengan demikian disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara riwayat BBLR terhadap perkembangan anak pada kelompok Non ASI Eksklusif. *Prevalensi Ratio* (PR) 2.60 > 1 artinya faktor riwayat BBLR berpengaruh terhadap perkembangan anak. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pada kelompok Non ASI Eksklusif, anak yang memiliki berat badan lahir normal memiliki prevalensi 2.60 kali lebih banyak perkembangan sesuai dibandingkan anak yang berat badan lahir rendah.

Kerentanan terhadap infeksi pada kelompok Non ASI Eksklusif setelah dilakukan analisis statistik menggunakan *Fisher Exact Test* p Value 0.020 lebih kecil dari 0.05 dengan demikian disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kerentanan terhadap infeksi terhadap perkembangan anak pada kelompok Non ASI Eksklusif. *Prevalensi Ratio* (PR) 2.88 > 1 artinya faktor kerentanan terhadap infeksi berpengaruh terhadap perkembangan anak. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pada kelompok Non ASI Eksklusif, anak yang jarang sakit memiliki prevalensi 2.88 kali lebih banyak perkembangan sesuai dibandingkan anak yang sering sakit.

V.3.2.3 Komparasi Uji Bivariat Kelompok ASI Eksklusif dan Non ASI Eksklusif

Tabel V.12. Komparasi Uji Bivariat Kelompok ASI Eksklusif dan Non ASI Eksklusif

Variabel Bebas	P. Value		PR			
	Asi Eksklusif	Non Asi Eksklusif	Asi Eksklusif	CI 95%	Non Asi Eksklusif	CI 95%
Stimulasi	0.037	0.005	3.22	1.132-9.17	3.41	1.29-9.04
Pendidikan	0.001	0.003	6.75	1.66-27.48	4.15	1.36-12.70
Jumlah Saudara	0.087	0.236	2.47	0.926-6.60	1.61	0.74-3.52
Status Gizi	0.164	0.466	2.28	0.85-6.11	1.41	0.59-3.35
BBL	0.097	0.036	2.80	1.12-7.03	2.60	1.31-5.17
Kerentanan	0.060	0.020	2.86	1.17-6.97	2.88	1.43-5.79

Dari tabel V.12. diperoleh informasi bahwa pada variabel stimulasi kedua kelompok memiliki kesamaan yakni p Value

menunjukkan hubungan yang bermakna dengan perkembangan anak. Namun jika dikomparasikan maka p Value dikelompok Non ASI Eksklusif lebih kecil dibandingkan p Value di kelompok ASI Eksklusif, artinya hubungan stimulasi orang tua terhadap perkembangan anak memiliki kemaknaan lebih tinggi secara statistik pada kelompok Non ASI eksklusif dibandingkan kelompok ASI Eksklusif. Jika dilihat dari nilai PR pada kelompok ASI Eksklusif nilai PR 3.22 (>1) dan kelompok Non ASI Eksklusif 3.41 (>1) jadi berdasarkan nilai PR, kelompok Non ASI Eksklusif, variabel stimulasi memiliki pengaruh yang lebih tinggi terhadap perkembangan anak dibandingkan kelompok ASI Ekskklusif.

Variabel pendidikan ibu pada kedua kelompok memiliki kesamaan yakni p Value menunjukkan hubungan yang bermakna dengan perkembangan anak. Jika dikomparasikan maka p Value dikelompok ASI Eksklusif lebih kecil dibandingkan p Value di kelompok Non ASI Eksklusif, artinya hubungan pendidikan ibu orang tua terhadap perkembangan anak memiliki kemaknaan lebih tinggi secara statistik pada kelompok ASI eksklusif dibandingkan kelompok Non ASI Eksklusif.

Jika dilihat dari nilai PR pada kelompok ASI Eksklusif nilai PR 6.75 (>1) sedangkan kelompok Non ASI Eksklusif 4.15 (>1) artinya nilai PR juga menunjukkan homogenitas kedua kelompok yakni variabel pendidikan ibu adalah salah satu faktor yang mempengaruhi

perkembangan anak. Namun jika dilihat dari besaran skor maka pada kelompok ASI Eksklusif, lebih tinggi rasio prevalensinya.

Variabel jumlah saudara pada kedua kelompok memiliki kesamaan yakni p Value menunjukkan hubungan yang tidak bermakna dengan perkembangan anak. Namun jika dilihat dari besaran skor maka p Value di kelompok ASI Eksklusif lebih kecil dari pada dikelompok Non ASI Ekslusif. Artinya berdasarkan statistik yang lebih dekat kemaknaan hubungannya dengan perkembangan anak adalah di kelompok ASI Eksklusif.

Jika dilihat dari nilai PR pada kelompok ASI Eksklusif nilai PR 2.47 (>1) sedangkan kelompok Non ASI Eksklusif 1.61 (>1) artinya nilai PR juga menunjukkan homogenitas kedua kelompok yakni variabel jumlah saudara adalah salah satu faktor yang mempengaruhi perkembangan anak. Namun jika dilihat dari besaran skor maka pada kelompok ASI Eksklusif, lebih tinggi rasio prevalensinya.

Variabel status gizi pada kedua kelompok memiliki kesamaan yakni p Value menunjukkan hubungan yang tidak bermakna dengan perkembangan anak. Namun, jika dilihat dari besaran skornya maka pada kelompok ASI Eksklusif memiliki nilai p Value yang lebih kecil dibandingkan kelompok ASI Eksklusif. Artinya pada kelompok ASI Eksklusif lebih erat kemaknaan dibanding kelompok Non ASI Eksklusif.

Jika dilihat dari nilai PR maka pada kelompok ASI Eksklusif nilai PR 2.28 (>1) sedangkan kelompok Non ASI Eksklusif 1.41 (>1)

artinya nilai PR juga menunjukkan homogenitas kedua kelompok yakni variabel status gizi adalah salah satu faktor yang mempengaruhi perkembangan anak. Namun jika dilihat dari besaran skor maka pada kelompok ASI Eksklusif, lebih tinggi rasio prevalensinya.

Variabel riwayat BBLR pada kedua kelompok memiliki perbedaan yakni pada kelompok ASI Eksklusif p Value 0,097 (> 0.05) sedangkan pada kelompok Non ASI Eksklusif, p Value 0.036 (< 0.05). Hal tersebut menunjukan pada kelompok ASI Eksklusif menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna, sedangkan di kelompok Non ASI Eksklusif menunjukkan hubungan yang bermakna antara riwayat BBLR dengan perkembangan anak.

Jika dilihat dari nilai PR maka pada kelompok ASI Eksklusif nilai PR 2.80 (>1) sedangkan kelompok Non ASI Eksklusif 2.60 (>1) artinya nilai PR menunjukkan homogenitas kedua kelompok yakni variabel riiwayat BBLR adalah salah satu faktor yang mempengaruhi perkembangan anak.

Variabel kerentanan terhadap penyakit pada kedua kelompok memiliki perbedaan yakni pada kelompok ASI Eksklusif p Value 0.060 (> 0.05) sedangkan pada kelompok Non ASI Eksklusif, p Value 0.020 (< 0.05). Hal tersebut menunjukan pada kelompok ASI Eksklusif menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna, sedangkan di kelompok Non ASI Eksklusif menunjukkan hubungan yang bermakna antara kerentanan terhadap penyakit dengan perkembangan anak.

Jika dilihat dari nilai PR maka pada kelompok ASI Eksklusif nilai PR 2.86 (>1) sedangkan kelompok Non ASI Eksklusif 2.88 (>1) artinya nilai PR menunjukkan homogenitas kedua kelompok yakni variabel kerentanan terhadap infeksi adalah salah satu faktor yang mempengaruhi perkembangan anak.

Dari seluruh variabel, variabel pendidikan ibu dan stimulasi orang tua memiliki hubungan yang bermakna di dua kelompok komparasi, sedangkan variabel jumlah saudara dan status gizi tidak memiliki hubungan yang bermakna di kedua kelompok. Variabel riwayat BBLR dan kerentanan terhadap penyakit memiliki hubungan bermakna pada kelompok Non ASI Eksklusif dan tidak memiliki hubungan yang bermakna pada kelompok ASI Eksklusif.

Variabel yang memiliki nilai tertinggi dikedua kelompok komparasi adalah stimulasi orang tua dan pendidikan ibu, sementara terendah dikedua kelompok komparasi adalah status gizi.

V.4. Pembahasan

V.4.1. Hubungan Stimulasi Orang Tua Terhadap Perkembangan Anak di Kelompok ASI Eksklusif dan Non ASI Eksklusif di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Pontianak Selatan

Variabel stimulasi kedua kelompok memiliki kesamaan yakni p Value menunjukkan hubungan yang bermakna dengan perkembangan anak. Pada kelompok ASI Eksklusif, p Value 0.037 dan Non ASI p

Value 0.005. Namun jika dikomparasikan maka p Value dikelompok Non ASI Eksklusif lebih kecil dibandingkan p Value di kelompok ASI Eksklusif, artinya hubungan stimulasi orang tua terhadap perkembangan anak memiliki kemaknaan lebih tinggi secara statistik pada kelompok Non ASI eksklusif dibandingkan kelompok ASI Eksklusif.

Hal ini sejalan dengan penelitian Kurnia Indriyanti Purnama Sari (2013) analisis menggunakan uji *Fisher Probability Exact* didapatkan sebagian besar responden memiliki stimulasi positif yaitu 35 responden (67,3 %) dengan perkembangan sesuai yaitu 29 anak (55,8 %). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa 0,026 < 0,05 maka H0 ditolak jadi ada hubungan stimulasi orang tua dengan perkembangan anak usia 5 – 6 tahun di TK Muslimat Sunan Ampel Sidomulyo Bangsal Mojokerto.

Berdasarkan penelitian Sri Suwarti dan Anggi Ika Yuniarti (2016) analisis korelasi menggunakan *Chi Square* diperoleh nilai p-value ≤ α , sehingga Ho ditolak dan Ha diterima. Artinya ada hubungan antara stimulasi dini oleh ibu Balita dengan perkembangan kemandirian pada anak pra sekolah di PAUD Aisyiyah, Desa Waung, Kecamatan Baron, Kabupaten Nganjuk.

Stimulasi adalah perangsangan dan latihan- latihan terhadap kepandaian anak yang datangnya dari lingkungan diluar anak. Stimulasi ini dapat dilakukan oleh orang tua,anggota keluarga,atau orang dewasa lain disekitar anak. Orang tua hendaknya menyadari pentingnya

memberi stimulasi bagi perkembangan anak. Stimulasi berperan penting dalam perkembangan anak, semakin orang tua sering memberikan stimulasi yang positif maka dalam hal ini perkembangan anak akan berkembang secara optimal. (Nursalam, 2005).

Nilai PR menunjukkan pada kelompok ASI Eksklusif nilai PR 3.22 (>1) dan kelompok Non ASI Eksklusif 3.41 (>1). Pada kelompok ASI Eksklusif, anak yang diberikan stimulasi sering 3.22 kali lebih banyak memiliki perkembangan sesuai dibandingkan anak yang jarang diberikan stimulasi. Pada kelompok Non ASI Eksklusif, anak yang sering diberikan stimulasi oleh orang tua memiliki prevalensi 3.41 lebih banyak memiliki perkembangan baik dibandingkan yang jarang diberikan stimulasi.

Membelai, bercanda, petak umpet, dan sejenisnya yang dilakukan oleh orang tua pada anaknya merupakan aktivitas bermain yang menyenangkan pada masa bayi dan balita serta memberikan kontribusi yang penting bagi perkembangan anak. (Nursalam, 2005)

Proses menyusui selama 6 bulan bahkan 2 tahun membentuk bonding yang baik antara orang tua dan anak. Rasa kasih sayang dan kedekatan tersebut memberikan stimulus sejak dini pada anak. Sehingga kedekatan itu akan berkembang selanjutnya menjadi bermain, belajar dan beraktifitas keseharian dengan anak yang menjadi bentuk stimulasi positif. Terlihat dari hasil penelitian 17 responden (77.27%) kelompok

ASI Eksklusif sering memberikan stimulasi pada anak. Sementara di kelompok Non ASI Eksklusif hanya 13 responden (52%).

Dari hasil penelitian terlihat bahwa dikedua kelompok komparasi memiliki homogenitas. Yakni, faktor stimulasi adalah salah satu faktor yang mempegaruhi perkembangan anak usia dini. Hal ini menunjukkan perlunya perhatian lebih tentang stimulasi yang dibeikan orang tua. Edukasi tentang bagaimana cara menstimulasi anak, stimulasi di setiap rentang usia perlu disosialisasika agar setiap orang tua mampu memaksimalkan pemberian stimulasi pada anak mereka. Kegiatan kecil yang dapat dilakukan dirumah bisa menjadi wadah stimulasi untuk anak sekaligus ajang bonding orang tua dan anak.

Dari data univariat diperoleh informasi bahwa pada kelompok ASI eksklusif (61.7%) lebih tinggi frekuensi orang tua yang sering memberikan stimulasi pada anaknya dibandingkan di kelompok Non ASI Eksklusif (53.2%). Pemberian ASI sejak dini dimulai dari inisiasi menyusui dini (IMD) dilanjutkan dengan ASI Eksklusif minimal 6 bulan menjadikan ikatan orang tua dan anak (bonding) menjadi lebih kuat.

Sehingga secara tidak langsung menstimulasi anak sejak awal. Proses menyusui juga melibatkan banyak indra dan koordinasi sensorik dan motorik anak. Inilah sebabnya anak yang diberi ASI eksklusif lebih baik perkembangannya dibandingkan yang tidak diberikan ASI eksklusif.

V.4.2. Hubungan Pendidikan Ibu Terhadap Perkembangan Anak di Kelompok ASI Eksklusif dan Non ASI Eksklusif di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Pontianak Selatan

Hasil penelitian menggunakan uji *Person Chi-Square,* variabel pendidikan ibu pada kedua kelompok memiliki kesamaan yakni p Value menunjukkan hubungan yang bermakna dengan perkembangan anak (p Value<0.05). Jika dikomparasikan maka p Value dikelompok ASI Eksklusif (0.001) lebih kecil dibandingkan p Value di kelompok Non ASI Eksklusif (0.003), artinya hubungan pendidikan ibu orang tua terhadap perkembangan anak memiliki kemaknaan lebih tinggi secara statistik pada kelompok ASI eksklusif dibandingkan kelompok Non ASI Eksklusif.

Jika dilihat dari nilai PR pada kelompok ASI Eksklusif nilai PR 6.75 (>1) sedangkan kelompok Non ASI Eksklusif 4.15 (>1) artinya nilai PR juga menunjukkan homogenitas kedua kelompok yakni variabel pendidikan ibu adalah salah satu faktor yang mempengaruhi perkembangan anak. Namun jika dilihat dari besaran skor maka pada kelompok ASI Eksklusif, lebih tinggi rasio prevalensinya.

Hal ini sejalan dengan penelitian Priastuti (2013), hasil analisis data dan pembahasan yang dilakukan dengan menggunakan taraf signifikasi 5% diperoleh hasil ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan perkembangan anak, karena diperoleh p Value 0.001 (<0,05).

Berdasarkan penelitian Handayani (2013), untuk membuktikan adanya hubungan tingkat pengetahuan orang tua tentang stimulasi verbal dengan perkembangan bahasa pada anak prasekolah dilakukan dengan Fisher Exact Test. Berdasarkan hasil analisis Fisher Exact Test diperoleh p-value sebesar 0,001 dengan koefisien korelasi Fisher Exact Test besarnya 0,537 ($p < 0,05$). Ada hubungan bermakna tingkat pengetahuan orang tua tentang stimulasi verbal dengan perkembangan bahasa anak prasekolah di TK PGRI 116 Bangetayu Wetan 2012. Anak yang mengalami kelainan bahasa pada prasekolah 40% hingga 60% akan mengalami kesulitan belajar dalam bahasa tulisan dan mata pelajaran akademik. Sidiarto (2002) menyebutkan bahwa anak yang dirujuk dengan kesulitan belajar spesifik, lebih dari 60% mempunyai keterlambatan bicara. Rice (2007) menyebutkan, apabila disfasia perkembangan tidak diatasi secara dini, 40% sampai dengan 75% anak akan mengalami kesulitan untuk membaca.

Menurut Green dipengaruhi oleh faktor predisposisi (predisposing factors), salah satu yang utama adalah pengetahuan. Pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh pendidikan, pekerjaan, umur, pengalaman, dan informasi. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya jika seseorang tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan, informasi dan

nilai-nilai yang baru diperkenalkan. Kemudahan memperoleh informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru.

Hal ini senada juga diungkapkan Soetjiningsih bahwa pengetahuan mengenai stimulasi tumbuh kembang anak sangat penting untuk diketahui orang tua agar tercapai perkembangan dan pertumbuhan yang optimal. Tingkat pendidikan orang tua merupakan faktor yang penting dalam tumbuh kembang anak, karena dengan pendidikan yang baik maka orang tua dapat menerima informasi yang datang dari luar terutama dengan cara pengasuhan anak yang baik agar anak dapat menjadi sehat dan dapat tumbuh dan berkembang sebagaimana mestinya. (Suwarti, 2016)

V.4.2. Hubungan Jumlah Saudara Terhadap Perkembangan Anak di Kelompok ASI Eksklusif dan Non ASI Eksklusif di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Pontianak Selatan

Hasil penelitian menggunakan uji *Person Chi-Square* pada kelompok Non ASI Eksklusid dan uji *Fisher Exact* pada kelompok ASI Eksklusif. Variabel jumlah saudara pada kedua kelompok memiliki kesamaan yakni p Value menunjukkan hubungan yang tidak bermakna dengan perkembangan anak (p Value>0.05). Namun jika dilihat dari besaran skor maka p Value di kelompok ASI Eksklusif (0.087) lebih kecil dari pada dikelompok Non ASI Ekslusif (0.236). Artinya berdasarkan

statistik yang lebih dekat kemaknaan hubungannya dengan perkembangan anak adalah di kelompok ASI Eksklusif.

Jika dilihat dari nilai PR pada kelompok ASI Eksklusif nilai PR 2.47 (>1) sedangkan kelompok Non ASI Eksklusif 1.61 (>1) artinya nilai PR juga menunjukkan homogenitas kedua kelompok yakni variabel jumlah saudara adalah salah satu faktor yang mempengaruhi perkembangan anak. Namun jika dilihat dari besaran skor maka pada kelompok ASI Eksklusif, lebih tinggi rasio prevalensinya.

Dalam penelitian Saputra (2018), dalam penelitian yang berjudul "Hubungan Faktor Keluarga Terhadap Perkembangan Anak Usia 4-6 Tahun di Desa Padang Manis Kecamatan Wonosobo Kabupaten Tanggamu" diperoleh nilai p Value Terdapat hubungan bermakna antara jumlah saudara dan perkembangan anak dengan nilai p=0,001 ($p < 0.05$)

Keluarga dengan anak yang terlalu banyak atau jarak yang terlalu dengat akan mengganggu optimalisasi perkembangan anak. Hal ini terjadi karena kasih sayang orang tua tidak diperoleh secara maksimal kepada setiap individu karena harus berbagi pada saudaranya yang lain. Selain itu waktu untuk memberikan stimulasi pada anak juga menjadi terbatas. (BKKBN, 2007)

V.4.3. Hubungan Status Gizi Terhadap Perkembangan Anak di Kelompok ASI Eksklusif dan Non ASI Eksklusif di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Pontianak Selatan

Variabel status gizi pada kedua kelompok memiliki kesamaan yakni p Value menunjukkan hubungan yang tidak bermakna dengan perkembangan anak. Namun, jika dilihat dari besaran skornya maka pada kelompok ASI Eksklusif memiliki nilai p Value yang lebih kecil dibandingkan kelompok ASI Eksklusif. Artinya pada kelompok ASI Eksklusif lebih erat kemaknaan dibanding kelompok Non ASI Eksklusif.

Perkembangan dibagi menjadi tiga bagian yakni motorik halus, motoric kasar dan perkembangan bahasa. (Soetjiningsih, 2015) Status gizi mempengaruhi perkembangan motorik anak usia prasekolah. Hal ini dapat dilihat dari beberapa hasil penelitian yang telah dilakukan. Lindawati (2013) dalam penelitiannya didapatkan hasil akhir analisis multivariat dari empat variabel (status gizi, pola asuh ibu, umur anak, dan lama di Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD)), ternyata variabel status gizi dan variabel umur merupakan variabel yang paling berhubungan dengan perkembangan motorik anak usia prasekolah. Dari kedua variabel tersebut, variabel satus gizi merupakan variabel yang paling berhubungan dengan perkembangan motorik anak usia prasekolah (OR=5.770). Selanjutnya Solihin, dkk (2013), didapatkan hasil berdasarkan uji korelasi diketahui bahwa

variabel status gizi berhubungan positif dengan perkembangan motorik halus balita.

Menurut penelitian D'Hondt E., Deforche B., Bourdeaudhuij I. D., dan Lenoir M. (2009) dalam penelitian yang berjudul *Relationship between motor skill and body mass index in 5 to 10 year old children*. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui keterampilan motorik kasar dan halus pada anak-anak kelebihan berat badan dan obesitas dibandingkan dengan anak yang berat badan normal. Menurut acuan internasional untuk *Body Mass Index* (BMI) dari Cole et al.(2000), semua 117 peserta (5-10 tahun) diklasifikasikan sebagai berat badan normal, kelebihan berat badan, atau obesitas. Tingkat keterampilan motorik dinilai dengan menggunakan *Movement Assessment Battery for Children* (MABC). Skor untuk keseimbangan ($p < 0,01$) dan keterampilan bola ($p < 0,05$) secara signifikan lebih baik pada anak-anak dengan berat badan normal dan kelebihan berat badan dibandingkan dengan anak-anak yang obesitas. Tren serupa ditemukan untuk ketangkasan manual ($p < .10$). Studi ini menunjukkan bahwa tingkat keterampilan motorik umum lebih rendah pada anak-anak obesitas daripada pada anak-anak dengan berat badan normal dan kelebihan berat badan.

Status gizi kurang akan mengakibatkan anak mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang lambat, dimana menandakan ketidakseimbangan antara jumlah asupan gizi yang didapat dengan

kebutuhan penggunaan zat-zat gizi oleh tubuh terutama oleh otak, akibatnya akan mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak. Kemampuan motorik halus memerlukan kinerja otak dan otot yang baik, karena itu tubuh sangat memerlukan asupan nutrisi yang baik. Hal ini sesuai dengan teori Hasdianah (2014), anak yang mendapatkan asupan gizi yang baik biasanya terlihat lebih aktif dan cerdas. Sedangkan anak yang mendapatkan asupan zat gizi yang kurang atau tidak sesuai akan menyebabkan gangguan perkembangan karena mempengaruhi tingkat kecerdasan dan perkembangan otak.

Ini sesuai dengan hasil uji *Ratio Prevalensi* pada penelitian ini. Pada kelompok ASI Eksklusif nilai PR 2.28 (>1) sedangkan kelompok Non ASI Eksklusif 1.41 (>1) artinya nilai PR juga menunjukkan homogenitas kedua kelompok yakni variabel status gizi adalah salah satu faktor yang mempengaruhi perkembangan anak. Namun jika dilihat dari besaran skor maka pada kelompok ASI Eksklusif, lebih tinggi rasio prevalensinya.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Zulaikhah (2010) dari 84 anak yang menjadi responden menunjukan bahwa terdapat hubungan signifikan antara status gizi dengan perkembangan anak usia 2 sampai 3 tahun, berdasarkan hasil uji statistik menggunakan pendekatan Cross Sectional dengan koefisien korelasi sebesar 0,225 dengan signifikansi p=0,039

V.4.3. Hubungan Riwayat BBLR Terhadap Perkembangan Anak di Kelompok ASI Eksklusif dan Non ASI Eksklusif di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Pontianak Selatan

Variabel riwayat BBLR pada kedua kelompok memiliki perbedaan yakni pada kelompok ASI Eksklusif p Value 0,097 (> 0.05) sedangkan pada kelompok Non ASI Eksklusif, p Value 0.036 (< 0.05). Hal tersebut menunjukan pada kelompok ASI Eksklusif menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna, sedangkan di kelompok Non ASI Eksklusif menunjukkan hubungan yang bermakna antara riwayat BBLR dengan perkembangan anak.

Namun jika dilihat dari nilai PR maka pada kelompok ASI Eksklusif nilai PR 2.80 (>1) sedangkan kelompok Non ASI Eksklusif 2.60 (>1) artinya nilai PR menunjukkan homogenitas kedua kelompok yakni variabel riiwayat BBLR adalah salah satu faktor yang mempengaruhi perkembangan anak.

Hasil penelitian Nengsih (2016) didapatkan dari 24 responden yang mengalami pertumbuhan tidak normal, sebanyak 54,2%memiliki riwayat kelahiran BBLR dan dari 24 responden yang pertumbuhannya normal 83,3% tidak memiliki riwayat kelahiran BBLR.Hasil uji statistik diperoleh hasil P value = 0,016 < 0,05 dengan OR = 5,909 dan CI = 95% CI: 1,546 sampai 22,580. Kesimpulannya terdapat hubungan antara riwayat kelahiran BBLR dengan pertumbuhan anak usia balita di wilayah kerja PKM Rancaekek DTP Tahun 2015.

Hasil penelitian Chapakia (2016) Sampel penelitian diambil secara purposive sampling. Berupa data primer yaitu melakukan tes Denver II pada anak usia 2-5 tahun di Posyandu Gonilan Kartasura sebanyak 60 sampel yang memenuhi kriteria inklusi. Analisis data menggunakan uji statistic Chi Square. Hasil analisis bivariat dengan uji statistic Chi Square menunjukkan bahwa riwayat BBL berhubungan dengan perkembangan motorik halus didapatkan nilai p = 0.02 dan OR = 5.0.

Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) mengalami defisit sel otak dan simpanan zat gizi sehingga mudah sakit dan membutuhkan waktu lebih lama dalam perkembangan, mengalami kesulitan belajar, gangguan fungsi otak, gangguan kesehatan mental serta masalah tumbuh kembang lainnya. Riwayat persalinan dengan masalah khusus juga berpotensi mengganggu proses tumbuh kembang anak. Anak-anak dengan kelainan motorik (palsi serebralis) diperkirakan disebabkan karena asfiksia intrauterin, hipoksia, perdarahan otak, prematuritas, postmaturitas, hiperbilirubinemia dan bayi kembar.(Hidayat, 2007)

V.4.3. Hubungan Kerentanan Terhadap Infeksi Terhadap Perkembangan Anak di Kelompok ASI Eksklusif dan Non ASI Eksklusif di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Pontianak Selatan

Variabel kerentanan terhadap penyakit pada kedua kelompok memiliki perbedaan yakni pada kelompok ASI Eksklusif p Value 0.060

(> 0.05) sedangkan pada kelompok Non ASI Eksklusif, p Value 0.020 (< 0.05). Hal tersebut menunjukan pada kelompok ASI Eksklusif menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna, sedangkan di kelompok Non ASI Eksklusif menunjukkan hubungan yang bermakna antara kerentanan terhadap penyakit dengan perkembangan anak.

Jika dilihat dari nilai PR maka pada kelompok ASI Eksklusif nilai PR 2.86 (>1) sedangkan kelompok Non ASI Eksklusif 2.88 (>1) artinya nilai PR menunjukkan homogenitas kedua kelompok yakni variabel kerentanan terhadap infeksi adalah salah satu faktor yang mempengaruhi perkembangan anak.

Menurut penelitian Scrimshaw dan SanGiovanni (1997), sebuah penelitian kohort cross-sectional kelahiran dilakukan pada anak-anak (n = 132) berusia 60 bulan yang lahir di Matlab, daerah pedesaan Bangladesh. Penelitian tersebut menunjukan adanya hubungan antara anak yang lahir BBLR terhadap rendahnya imunitas anak dikemudian hari. Rendahnya imunitas akan mempengaruhi optimalisasi perkembangan anak.

Namun bertentangan dengan hasil penelitian Retno Dewi (2010) Jenis penelitian ini bersifat observasional dengan pendekatan crossectional. Nilai p Value pada uji hubungan ini adalah 0,197 sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara status gizi dengan status imunitas. Menurutnya, tidak terdapatnya hubungan yang signifikan antara status gizi dengan status imunitas

secara statistik ini karena status imunitas tidak hanya dipengaruhi oleh status gizi saja, melainkan banyak faktor yang dapat mempengaruhinya, seperti asupan zat gizi mikro lainnya, infeksi/penyakit, kelengkapan imunisasi, pola asuh orang tua, sanitasi lingkungan, pendidikan/pengetahuan orang tua, obatobatan, usia, aktivitas olah raga dan stress.

Dari perbedaan korelasi kedua kelompok komparasi, tergambar bahwa erat kaitannya antara ASI dengan peningkatan antibodi anak. Kelompok anak yang diberi ASI Eksklusif cendrung lebih kebal terhadap penyakit, sedangkan anak yang tidak diberi ASI eksklusif cendrung lebih rentan. Anak pada masa *golden period* jika sering mengalami sakit akan menggaggu prose tumbuh kembang. Sebab tubuh akan berfokus menyembuhkan penyakit dibandingkan mengoptimalkan perkembangan. Selain itu, anak yang sering sakit akan berkurang waktunya untuk bermain, belajar, mendapatkan stimulasi, dll. Hal ini menjadikan anak yang rentan terhadap sakit berpotensi memiliki gangguan perkembangan. Dalam hal ini, pemberian ASI Eksklusif seharusnya menjadi garda terdepan penangkal penyakit sejak dini. Ini akan membentuk kekebalan alami tubuh anak sehingga anak akan sehat dan optimal perkembangannya.

V.5. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini telah diusahakan dan dilaksanakan sesuai dengan prosedur ilmiah, namun demikian masih memiliki keterbatasan yaitu:

1. Pada penelitian ini faktor yang diteliti adalah stimulasi, pendidikan orang tua, status gizi, riwayat BBLR, jumlah saudara dan kerentanan terdapat penyakit. Sedangkan masih banyak faktor lain yang mempengaruhi perkembangan anak yang belum masuk dalam penelitian ini.
2. Pada variabel stimulasi, orang tua responden yang diwawancarai hanya salah satu, ibu atau ayah responden. Sedangkan jika ingin memaksimalkan jawaban kuesioner, alangkah lebih baik jika yang ditanya adalah kedua orang tua dan kuesioner dipisahkan sesuai jenis kelamin yakni ibu atau ayah. Karena keterbatasan waktu, sehingga peniliti belum bisa memaksimalkan hal tersebut.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

1V.1. Kesimpulan

1. Gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan anak usia dini berdasarkan studi komparatif kelompok bayi asi eksklusif dan non asi eksklusif sebagai berikut:
   a. Faktor internal yang meliputi ras/etnik, keluarga, usia, jenis kelamin, genetik dan kelainan kromosom. Faktor internal ialah faktor yang berasal dari dalam diri anak sendiri, biasanya bersifat bawaaan atau genetik tertentu tanpa adanya intervensi dari luar.
   b. Faktor eksternal yang meliputi faktor prenatal meliputi gizi ibu hamil, mekanis, endokrin, radiasi, infeksi, kelainan imunologi, kelainan embrio, psikologi ibu hamil. Faktor perinatal meliputi asfiksia, trauma kepala saat proses persalinan, dan prematuritas. Faktor post natal meliputi pendiidkan ibu, status gizi anak, konsumsi gizi, penyakit kronis dan kelainan kongenial, psikologi orang tua, kelainan endokrin, lingkungan keluarga, stimulasi, kerentanan terhadap infeksi. Faktor eksternal ialah faktor diluar diri anak yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang.
2. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status gizi terhadap perkembangan anak pada kelompok ASI Eksklusif. (p Value = 0.164 > 0.05; dan PR = 2.28 > 1).

3. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status gizi terhadap perkembangan anak pada kelompok Non ASI Eksklusif. Non ASI Eksklusif (p Value = 0.466 > 0.05; dan PR = 1.41 > 1).
4. Dari nilai PR dapat disimpulkan bahwa pada kelompok ASI Eksklusif dan Non ASI Eksklusif, status gizi tidak menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi perkembangan anak. Terdapat homogenitas dikedua kelompok yakni sama sama tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status gizi terhadap perkembangan anak.
5. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara riwayat BBLR terhadap perkembangan anak pada kelompok ASI Eksklusif. P *Value* = 0.097 > 0.05; dan PR = 2.80 > 1)
6. Terdapat hubungan yang bermakna antara riwayat BBLR terhadap perkembangan anak pada kelompok Non ASI Eksklusif. P *Value* = 0.036 < 0.05; dan PR = 2.60 > 1.
7. Dari nilai PR dapat disimpulkan bahwa pada kelompok ASI Eksklusif dan Non ASI Eksklusif, riwayat BBLR menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi perkembangan anak. Terdapat perbedaan dikedua kelompok komparasi, terdapat hubungan yang bermakna antara riwayat BBLR terhadap perkembangan anak di kelompok Non ASI Eksklusif, sedangkan dikelompok non ASI Eksklusif tidak.
8. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kerentanan terhadap infeksi terhadap perkembangan anak pada kelompok ASI Eksklusif. P Value = 0.060 > 0.05; dan PR = 2.86 > 1

9. Terdapat hubungan yang bermakna antara kerentanan terhadap infeksi terhadap perkembangan anak pada kelompok Non ASI Eksklusif. P Value = 0.020 < 0.05; dan PR = 2.88 > 1.
10. Dari nilai PR dapat disimpulkan bahwa pada kelompok ASI Eksklusif dan Non ASI Eksklusif, kerentanan terhadap penyakiy menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi perkembangan anak. Terdapat perbedaan dikedua kelompok pada variabel ini. Terdapat hubungan yang bermakna antara kerentanan terhadap penyakit dengan perkembangan anak di kelompok Non ASI Eksklusif, sedangkan pada kelompok ASI Eksklusif tidak.
11. Terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu terhadap perkembangan anak pada kelompok ASI Eksklusif. P Value = 0.001 < 0.05; dan PR = 6.75 > 1
12. Terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu terhadap perkembangan anak pada kelompok Non ASI Eksklusif. P Value = 0.003 <0.05; PR = 4.15 > 1.
13. Dari nilai PR dapat disimpulkan, pendidikan ibu adalah salah satu faktor yang mempengaruhi perkembangan anak di kedua kelompok. Terdapat homogenitas dikedua kelompok yakni, sama sama terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu dengan perkembangan anak.
14. Terdapat hubungan yang bermakna antara stimulasi yang diberikan orang tua terhadap perkembangan anak pada kelompok ASI Eksklusif. P Value = 0.037 < 0.05; dan PR = 3.22 > 1

15. Terdapat hubungan yang bermakna antara stimulasi yang diberikan orang tua terhadap perkembangan anak pada kelompok Non ASI Eksklusif. P Value = 0.005 < 0.05; dan PR = 3.41 > 1.
16. Dari nilai PR dapat disimpulkan stimulasi salah salah satu faktor yang mempengaruhi perkembangan anak pada kelompok ASI Eksklusif dan Non ASI Eksklusif. Terdapat homogenitas dikedua kelompok yakni, sama sama terdapat hubungan yang bermakna antara stimulasi orang tua dengan perkembangan anak.
17. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jumlah saudara terhadap perkembangan anak pada kelompok ASI Eksklusif. P Value = 0.087 > 0.05; dan PR = 2.47 > 1
18. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jumlah saudara terhadap perkembangan anak pada kelompok Non ASI Eksklusif. P Value = 0.236 > 0.05; dan PR = 1.61 > 1.
19. Dari nilai PR dapat disimpulkan, pada kelompok ASI Eksklusif variabel jumlah saudara bukan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perkembangan anak. Namun pada kelompok Non ASI Eksklusif, jumlah saudara adalah faktor yang mempengaruhi perkembangan anak.

VI.2. Saran

VI.2.1. Bagi UPTD Puskesmas Pontianak Selatan

1. Melakukan pemantapan dan peningkatan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi

perkembangan anak usia dini yang dilakukan kepada medis, paramedis, kader kesehatan untuk masyarakat sekitarnya.

2. Meningkatkan kualitas interpretasi bagi anak yang terditeksi memiliki perkembangan meragukan dan menyimpang dari hasil skrining yang telah dilakukan rutin oleh puskesmas. Interpretasi dilakukan menyeluruh dan lintas sektor melibatkan lembaga kesehatan, pendidikan dan psikologi.

VI.2.2. Bagi Masyarakat Umum

1. Diharapkan dapat ikut serta memantau dan menstimulasi tumbuh kembang anak dan menumbuhkan kesadaran pentingnya ASI Eksklusif dalam mewujudkan generasi sehat dan cerdas.
2. Ikut serta memantau dan mendukung tubuh kembang anak baik dengan memberikan asupan gizi, memberikan stimulasi dan langkah langkah lainnya.

VI.2.3. Bagi Kedua Kelompok Komparasi

1. Bagi orang tua responden dikelompok ASI Eksklusif. Dari penelitian diatas diperleh informasi bahwa variabel yang berhubungan dengan perkembangan anak adalah stimulasi orang tua dan pendidikan ibu. Dari informasi tersebut diharapkan orang tua dapan memaksimalkan pemberian stimulasi yang tepat sesuai usia anak. Dan untuk semua wanita yang akan menjadi ibu, dianjurkan memiliki pendidikan yang baik karena semakin tinggi pendidikan seorang ibu, semakin baik perkembangan anak.

2. Bagi orang tua responden dikelompok Non ASI Eksklusif. Dari penelitian diatas diperleh informasi bahwa variabel yang berhubungan dengan perkembangan anak adalah stimulasi orang tua, pendidikan ibu, kerentanan terhadap infeksi dan riwayat BBLR. Karena anak Non ASI Eksklusif lebih rentan terhadap infeksi diharapkan orang tua lebih menjaga kesehatan anak dengan memberikan asupan makanan bergizi cukup, istirahat yang cukup dan gaya hidup sehat. Selain itu optimalisasi stimulasi sangat diperlukan agar anak Non ASI Eksklusif tetap bisa menyetarakan perkembangannya.

VI.2.3. Bagi penelitian selanjutnya

3. Untuk penelitian selanjutnya, diharapkan dapat dijadikan sebagai sumber referensi dan menjadi bahan untuk penelitian selanjutnya yang serupa tentang faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak dan ASI Eksklusif
4. Diharapkan dapat memperbesar jumlah sampel agar hubungan dan komparasi dapat lebih tergambarkan dengan baik
5. Diharapkan peneliti selajutnya meneliti fokus pada satu tempat saja dengan tingkatan usia yang lebih variatif sehingga tergambar komparasi dan hubungan yang lebih jelas antar kedua kelompok.

DAFTAR PUSTAKA

Almatsier, Sunita. 2002. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi.* Jakarta : PT. Gramedia Jakarta Utama.

Balitbang Kemenkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS).* Jakarta : Balitbang Kemenkes RI.

_____. 2013. *Riset Kesehatan Dasar(RISKESDAS).* Jakarta :Balitbang Kemenkes RI.

Birgit Thilander, Odont, Guillermo Rubio, Lucia Pena, and Clara de Mayorga. 2002.

Bobak, Lowdermilk, Jansen. 2004. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas / Maternity Nursing (Edisi 4).* Jakarta : EGC.

Budiman. 2011. *Penelitian Kesehatan (Buku Pertama).* Bandung : Refika Aditama.

D'Hondt E., Deforche B., Bourdeaudhuij I. D., & Lenoir M. 2009. *Relationship between motor skill and body mass index in 5 to 10 year old children.* http://extranet.nuorisuomi.fi/download/attachments/3245041/Relationship+between+motor+skill+and+body+mass+index+in+5-to+10 year+old+children.pdf. Diakses 18 Agustus 2018

Djiwandono, S.E. Wuryani. 2005. *Konseling dan Terapi dengan Anak dan Orang Tua.* Jakarta : PT. Grasindo.

Fikawati, Sandra, dkk. 2015. *Gizi Ibu dan Bayi.* Jakarta : Raja Grafindo Persada.

Kemekes RI. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016.* Jakarta : Kemenkes RI.

_____. 2010. *Instrument Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak.* Jakarta : Kemenkes RI Press

_____. 2010. *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak.* Jakarta : Kemenkes RI Press.

Lindawati. 2013. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perkembangan Motorik Anak Usia Prasekolah.* Jakarta : Poltekkes Kemenkes Jakarta 1.

Maritalia, Dewi. 2009. *Analisis Pelaksanaan Program Stimulasi, Deteksi Dini dan Intervensi Dimi Tumbuh Kembang (SDIDTK) Balita dan Anak Pra Sekolah di Puskesmas Kota Semarang Tahun 2009.* Semarang : Universitas Diponogoro.

Markum. 1999. *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Anak Jilid I.* Jakarta : Balai Penelitian FK UI.

Moonik, dkk. 2015. *Faktor yang Mempengaruhi Keterlambatan Perkembangan Anak Taman Kanak Kanak.* Jurnal E-Clinik 2015. 3(1) 24-32

Nelson, Behrmen, dkk. 2000. *Ilmu Kesehatan Anak Nelson Edisi 15 Vol. 2.* Jakarta : EGC.

Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta : Rineka Cipta.

_____. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta : Rineka Cipta.

Nursalam. 2005. *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak.* Jakarta : Salemba Medika.

Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI. 2016. *Profil Kesehatan 2015.* Jakarta : Kemenkes RI.

_____. 2017. *Profil Kesehatan 2016.* Jakarta : Kemenkes RI.

Puspitasari, Yayuk. 2016. *Hubungan Antara Status Gizi dengan Perkembangan Balita di PAUD Sukses Kreatif Dusun Mojosantresan Kelurahan Kemasan Kecamatan Krian Kabupaten Sidoardjo.* Sidoardjo : Akademi Kebidanan Mitra Sehat.

Santoso, Singgiih. 2003. *Mengatasi Berbagai Masalah Analitik dengan SPSS.* Jakarta : PT. Elex Media Komputindo.

Sari, Kurnia Indriyanti Purnama. 2013. *Hubungan Stimulasi Orang Tua Terhadap Perkembangan Anak Usia 5-6 Tahun.* Jurnal Keperawatan dan Kebidanan Stikes Dian Husada Mojokerto. Hal 51-56.

Saryono. 2008. *Metodologi Penelitian Kesehatan (Penuntun Praktis Bagi Pemula).* Jogjakarta : Mitra Cendikia Offset.

Setiadi. 2013. *Konsep dan Praktek Penulisan Riset Keperawatan.* Yogyakarta : Graha Ilmu.

Sidiarto, Lili. 1990. *Berbagai Gangguan Berbicara Pada Anak.* Jurnal PELLBA 4: Linguistik Neurologi. Hal 133-148.

Soetjiningih. 2002. *Tumbuh Kembang Anak Edisi 2.* Jakarta : EGC

Sudrajad, Akhmad. 2008. *Pengertian Pendekatan, Stategi, Metode, Teknik dan Model Pembelajaran.* Bandung : Sinar Baru Algensindo.

Suspimantari, Cahya. 2014. *Faktor Resiko Prematuritas yang Berpengaruh Terhadap Luaran Maternal dan Perinatal Berdasarkan Usia Kehamilan.* Semarang : Universitas Diponogoro.

Suwatri, Sri, dan Anggi Ika Yuniarti. 2016. *Hubungan Stimulasi Dini Oleh Balita dengan Perkembangan Kemandirian Anak Pra Sekolah.* Jurnal Ilmiah Bidan Vol. 1 No. 2 Tahun 2016. Hal 50-54.

The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2015. *Child Development and Early Learning.* Washington : The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. [Online]. www.nationalacademies.org/bcyf. Diakses tanggal 12 Oktober 2018.

UNICEF. *Early Childhood Development:The key to a full and productive life.* Newyork : UNICEF. [Online]. https://www.unicef.org/dprk/ecd.pdf. Diakses tanggal 12 Oktober 2018.

Vlachos F., Papadimitriou A., dan Bonoti F., 2014. *An Investigantion of Age and Gender Difference in Preschool Children's Specific Motor Skill. European Psychomotricity Journal. 6(1) : 16, 18* [Online]. http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0176556&type=printable. Diakses tanggal 17 Agustus 2018.

Wardani, Farida Ayu. 2016. *Faktor yang Mempengaruhi Perkembangan Anak Usia Pra Sekolah pada Ibu Bekerja.* Surabaya : Universitas Airlangga.

Wawan, A dan Dewi, M. 2010. *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia.* Yogyakarta: Nuha Medika.

Werdayanti, Rina. 2015. *Bapak ASI dan Ibu Bekerja Menyusui.* Yogyakarta : Familia.

Zurroh, Irmatuz. 2012. *Efektifitas Pemberian Keterampilan Kolase dalam Meningkatkan Kemampuan Motorik Halus dan Jari-Jari Tangan Anak*

Tunagrahita Ringan di SLB Siswa Budhi Surabaya. Surabaya : UIN Sunan Ampel.