

**PERAN TENAGA KESEHATAN DALAM IMPLEMENTASI  
KEBIJAKAN STIMULASI DETEKSI DAN INTERVENSI  
DINI TUMBUH KEMBANG ANAK  
DI KABUPATEN PEKALONGAN**

**TESIS**

**Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Mencapai Derajat Magister  
Kesehatan**

**Program Studi Magister Kedokteran Keluarga  
Minat Utama Pendidikan Profesi Kesehatan**



**OLEH :**  
**Diah Atmarina Y**  
**NIM S540809304**

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS SEBELAS MARET SURAKARTA  
2011**

**PERAN TENAGA KESEHATAN DALAM IMPLEMENTASI KEBIJAKAN  
STIMULASI DETEKSI DAN INTERVENSI DINI TUMBUH KEMBANG  
ANAK  
DI KABUPATEN PEKALONGAN**

**Disusun Oleh :  
Diah Atmarina Yuliani  
NIM S540809304**

**Telah Disetujui Tim Pembimbing  
Pada Tanggal : 2010**

**Pembimbing I**

**Pembimbing II**

**Pof. DR. Sri Anitah, MP. d  
NIP. 19382022 19602 2002**

**Dr. Eti Poncorini P, Mpd. Ked  
NIP. 19750311 2002 2002**

**Mengetahui  
Ketua Program Studi Magister Kedokteran Keluarga**

**Prof. Dr. Didik Gunawan Tamtomo, dr, MM, M. Kes, PAK  
NIP. 130 543 994**

**PERAN TENAGA KESEHATAN DALAM IMPLEMENTASI  
KEBIJAKAN STIMULASI DETEKSI DAN INTERVENSI  
DINI TUMBUH KEMBANG ANAK  
DI KABUPATEN PEKALONGAN**

Tesis

Disusun Oleh :

Diah Atmarina Yuliani

NIM S540809304

Telah disetujui dan disahkan oleh Tim Penguji Tesis

Dewan Penguji :

Jabatan

Nama

Tanda Tangan

Tang

Ketua

Prof. Dr. Didik G. Tamtomo, dr, M. Kes. MM. PAK

NIP. 194803131976 1 001

Sekretaris

Dr. Nunuk Suryani, M. Pd

NIP. 19661108199003 2001

Anggota

Prof. Dr. Sri Anitah, M. Pd

Penguji

NIP. 19382022 19602 2002

dr. Eti Poncorini P, M. Pd. Ked

NIP. 19750311 2002 2002

Mengetahui,

Ketua Program

Prof. Dr. Didik G. Tamtomo, dr, M. Kes. MM. PAK

Studi Magister

NIP. 194803131976 1 001

Kedokteran

Keluarga

Direktur

Prof. Drs. Suranto, M. Sc. PhD

Program Pasca

NIP. 19570820198503 1 004

Sarjana

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Alloh SWT yang selalu melimpahkan rahmat, taufiq dan inayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penyusunan tesis yang berjudul “ Peran Tenaga Kesehatan Dalam Implementasi Kebijakan Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Kabupaten Pekalongan ”. Penyusunan tesis ini merupakan salah satu persyaratan untuk mencapai derajat Magister Kedokteran Keluarga Dengan Minat Utama Pendidikan Profesi Kesehatan.

Selama melaksanakan penelitian dan penyusunan proposal tesis ini, banyak hambatan yang peneliti hadapi, namun ada beberapa pihak yang membantu sehingga dapat terlaksana penyusunan proposal tesis ini, peneliti menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya – besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Syamsulhadi, Sp. KJ selaku Rektor Universitas Sebelas Maret Surakarta.
2. Prof. Drs. Suranto, M. Sc. Ph. D selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta.
3. Prof. Dr. Didik Tamtomo, dr. MM, M. Kes, PAK selaku Ka. Prodi Ketua Program Studi Kedokteran Keluarga Universitas Sebelas Maret Surakarta.
4. P. Murdani K, dr, MHPEd selaku Ketua Minat Pendidikan Profesi Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta.
5. Ibu Prof. DR. Sri Anitah, M. Pd selaku Pembimbing I yang dengan sabar memberikan bimbingan dan petunjuk, dorongan kepada peneliti dalam menyusun proposal tesis ini

*commit to user*

6. Ibu dr. Eti Poncorini P, Mpd. Ked selaku pembimbing II yang juga dengan sabar memberikan bimbingan dan petunjuk, dorongan kepada peneliti dalam penyusunan proposal tesis ini.
7. Seluruh Dosen Program Studi Kedokteran Keluarga Universitas Sebelas Maret Surakarta.
8. Ibu Hj. Sri Nurdijah Kasbollah, dr selaku Direktur Akademi Kebidanan Harapan Ibu Pekalongan yang telah memberi kesempatan kepada peneliti untuk melanjutkan pendidikan ke Program Studi Kedokteran Keluarga Universitas Sebelas Maret Surakarta.
9. Orang tua, suamiku, kakak - kakakku serta keponakan – keponakanku yang telah memotivasi dalam penyusunan proposal tesis ini.
10. Rekan – rekan mahasiswa yang turut membantu dan memberikan dukungan dalam penyusunan proposal tesis ini.
11. Semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya.

Kepada Allah SWT semua urusan manusia akan kembali. Sekian dan terima kasih

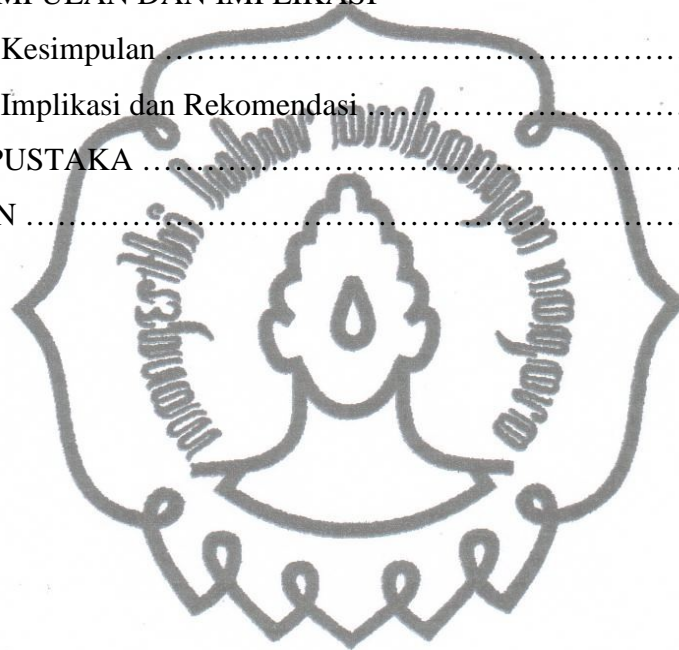
Surakarta, Januari 2011  
Peneliti

**Diah Atmarina Yuliani**

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	i
DAFTAR ISI .....	iii
DAFTAR TABEL .....	v
DAFTAR GAMBAR .....	vi
DAFTAR LAMPIRAN .....	vii
ABSTRAK .....	viii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Perumusan Penelitian .....	6
C. Tujuan Penelitian .....	7
D. Manfaat Penelitian .....	8
1. Manfaat Teoritis .....	8
2. Manfaat Praktis .....	8
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Kajian Teori	
1. Pertumbuhan dan Perkembangan .....	9
2. Stimulasi Tumbuh Kembang Balita .....	25
3. Deteksi Dini Tumbuh Kembang Anak .....	27
4. Kebijakan Pemerintah .....	28
B. Penelitian Yang Relevan .....	31
C. Kerangka Pikir .....	32
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Bentuk dan Strategi Penelitian .....	34
B. Tempat, Lokasi, atau Setting Penelitian .....	34
C. Sumber Data .....	35
D. Teknik Cuplikan ( Sampling ) .....	36
E. Teknik Pengumpulan Data .....	36
F. Uji Keterpercayaan Data ( Validitas ) .....	38
G. Teknik Analisis .....	40

H. Prosedur Kegiatan .....	41
I. Jadwal Penelitian .....	43
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Gambaran Latar Penelitian .....	44
B. Temuan Lain .....	56
C. Pembahasan .....	57
<b>BAB KESIMPULAN DAN IMPLIKASI</b>	
A. Kesimpulan .....	64
B. Implikasi dan Rekomendasi .....	65
DAFTAR PUSTAKA .....	67
LAMPIRAN .....	70





**DAFTAR TABEL**

1. Tabel Periode Tumbuh Kembang Anak .....	26
2. Tabel Jadwal Penelitian .....	43





## DAFTAR GAMBAR

1. Kerangka Pikir .....	33
2. Siklus Analisis Data Kualitatif .....	41
3. Peta Kabupaten Pekalongan .....	45



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

Lampiran 1 : Lembar Persetujuan Menjadi Informan

Lampiran 2 : Pedoman Wawancara Mendalam

Lampiran 3 : Kategori dan Catatan Hasil Wawancara

Lampiran 4 : Resume Profil Kesehatan Kabupaten Pekalongan

Lampiran 5 : Cakupan SDIDTK Kabupaten Pekalongan Tahun 2009

Lampiran 6 : Surat Ijin penelitian



## ABSTRAK

Diah Atmarina Y, S540809304. 2010. Peran Tenaga Kesehatan Dalam Implementasi Kebijakan Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Kabupaten Pekalongan. Tesis: Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Deteksi Dini Tumbuh Kembang merupakan upaya meningkatkan kualitas hidup anak. Penelitian ini menguraikan penyebab kurangnya cakupan Deteksi Tumbuh Kembang Anak pada kebijakan yang ditetapkan pemerintah daerah Kabupaten Pekalongan dan pelaksanaan peran bidan merupakan penanggung jawab program.

Penelitian kualitatif ini berlokasi di Kabupaten Pekalongan. Data penelitian ini meliputi kebijakan pemerintah daerah Kabupaten Pekalongan, peran tenaga kesehatan (bidan), hambatan – hambatan dan upaya yang telah dilakukan untuk mengatasinya. Sumber data dari pandangan informan pada implementasi program. Pengambilan sampel dengan *purposive sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan observasi, wawancara, dokumentasi, dan gabungan / triangulasi. Analisis data meliputi reduksi data, sajian data dan penarikan kesimpulan atau verifikasi.

Peran tenaga kesehatan sudah dilakukan secara optimal sesuai dengan tugas pokok dan fungsi yang telah ditetapkan, kurangnya cakupan karena belum optimalnya kerjasama lintas program dan masih kurangnya peran pihak – pihak terkait serta beban kerja. Pemerintah daerah mengambil kebijakan dengan melaksanakan pelatihan, pemeriksaan Deteksi Tumbuh Kembang Anak, penyediaan APE, dan mengoptimalkan buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) sebagai upaya meningkatkan pengetahuan ibu dan keluarga.

Kata Kunci : Peran Tenaga Kesehatan, Implementasi Kebijakan, Deteksi Dini Tumbuh Kembang

## ABSTRACT

Diah Atmarina Y, S540809304. 2010. Role of Health Personnel Policy Implementation Stimulation In Detection and Early Intervention Growth in Pekalongan Regency. Thesis: Graduate Program Sebelas Maret University in Surakarta.

Early Detection of Growth is an attempt to improve the quality of life of children. This study describes the causes of the lack of detection coverage Growth in policies established by local governments and the implementation of the Pekalongan District midwife's role is responsible for the program.

Qualitative research is located in Pekalongan Regency. The research data include government policy Pekalongan regency, the role of health workers (midwives), barriers - barriers and efforts to overcome them. Source data from the view of informants in the project implementation. Sampling with a purposive sampling. Data was collected through observation, interviews, documentation, and combined / triangulation. Data analysis includes data reduction, data and conclusion or verification.

The role of health personnel has been carried out optimally in accordance with the basic tasks and functions that have been established, the lack of coverage due to not optimal cooperation across programs and still lack the role of parties - parties involved and the workload. The local government took measures to implement the training, examination Growth detection, provision of APE, and optimize the book MCH (Maternal and Child Health) as an effort to improve the knowledge of mothers and families.

Keywords: The Role of Health Personnel, Policy Implementation, Early Detection of Growth

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan tujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi – tingginya. Dalam kerangka tersebut, pembangunan kesehatan dilaksanakan secara sistematis dan berkesinambungan mulai dari tingkat pusat sampai ke daerah. Untuk menyatukan gerak langkah Para pelaku pembangunan di bidang kesehatan, maka Departemen Kesehatan Republik Indonesia menetapkan visi pembangunan kesehatan Indonesia adalah “Indonesia Sehat 2010” ( Depkes R1, 2006 ).

Pembangunan kesehatan sebagai bagian dari upaya membangun manusia seutuhnya antara lain diselenggarakan melalui upaya kesehatan anak yang dilakukan sedini mungkin sejak anak masih dalam kandungan. Upaya kesehatan ibu yang, dilakukan sebelum dan semasa hamil hingga melahirkan, ditujukan untuk menghasilkan keturunan yang sehat dan lahir dengan selamat. Upaya kesehatan yang dilakukan sejak anak masih dalam kandungan sampai lima tahun pertama kehidupannya, ditujukan untuk mempertahankan kelangsungan hidup sekaligus meningkatkan kualitas hidup anak agar mencapai tumbuh kembang baik fisik, mental, emosional maupun sosial serta memiliki intelegensi majemuk sesuai dengan potensi genetiknya.

Mengingat jumlah balita di Indonesia sangat besar yaitu sekitar 10 persen 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 sesuai tumbuh kembangnya serta terjangkau oleh pelayanan kesehatan berkualitas termasuk deteksi dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang. Selain hal – hal tersebut, pelbagai faktor lingkungan yang dapat mengganggu tumbuh kembang anak juga perlu di eliminasi( Kemenkes RI, 2010 ).

Melakukan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang artinya melakukan skrining atau melakukan deteksi dini adanya penyimpangan tumbuh kembang balita termasuk menindaklanjuti keluhan orang tua terhadap masalah tumbuh kembang anaknya. Kegiatan stimulasi, deteksi dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita yang menyeluruh dan terkoordinasi harus diselenggarakan dalam bentuk kemitman antara keluarga ( orang tua, pengasuh anak dan anggota keluarga lainnya ), masyarakat ( kader, tokoh masyarakat, organisasi profesi, lembaga swadana masyarakat ) dengan tenaga profesional ( kesehatan, pendidikan, sosial ) serta kebijakan yang berpihak pada pelaksanaan program deteksi, stimulasi dan intervensi dini tumbuh kembang anak akan lebih meningkatkan kualitas tumbuh kembang anak usia dini.

Dalam pelaksanaan deteksi dini tumbuh kembang peran tenaga kesehatan salah satunya dalam hal ini adalah bidan menentukan keberhasilan pencapaian cakupan deteksi dini dan stimulasi tumbuh kembang anak balita.



Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan No. 369/MENKES/SK/III/2007 tentang standar profesi bidan pada kompetensi 7 keterampilan dasarnya adalah melaksanakan pemantauan dan menstimulasi tumbuh kembang bayi dan anak. Dalam melaksanakan perannya bidan bertanggung jawab tidak hanya melakukan deteksi dini secara langsung namun di tuntut untuk lebih mengoptimalkan kesadaran orang tua dalam pemantauan dan pemberian stimulasi tumbuh kembang pada anak sesuai usia sehingga keterlambatan dalam pencapaian tumbuh kembang dapat diminimalisasikan.

Upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak di dalamnya termasuk kegiatan deteksi dini tumbuh kembang anak dilakukan enam bulan sekali untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai dengan usia balita dan anak prasekolah. Kegiatan ini masuk dalam upaya promotif dan preventif, dengan melakukan deteksi dini terhadap tingkat pertumbuhan dan perkembangan balita dan anak usia prasekolah di harapkan dapat mengoptimalkan intervensi dini terhadap penyimpangan tumbuh kembang. Sehingga angka kejadian status gizi buruk, keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan yang tidak sesuai usia dapat diminimalkan. Fakta yang tampak di lapangan dampak dari adanya krisis ekonomi yang terjadi mengakibatkan semakin tingginya angka gizi buruk pada balita di karenakan keterlambatan diagnosis dan intervensi dini.

Berdasarkan SK Menkes No. 1457/SK/Menkes/X/2003 tentang UW – SPM ( Urusan Wajib Standard Pelayanan Minimal ) sektor kesehatan yang harus dilaksanakan Kabupaten dan Kota, didukung SK Menkes No.



091/Menkes/SK/X/2004 tentang petunjuk teknis standart pelayanan minimal dan Peraturan Pemerintah R.I. No. 65 tahun 2005 tentang Pedoman penyusunan dan penerapan Standard Pelayanan Minimal telah disebutkan pelayanan kesehatan anak salah satu kegiatannya adalah upaya deteksi dan stimulasi dini tumbuh kembang balita dan prasekolah, dari hasil evaluasi pelaksanaan UW – SPM pada tahun 2006 oleh Puslitbang Depkes salah satu kegiatan yang masih harus mendapat perhatian khusus adalah upaya stimulasi dan deteksi dini tumbuh kembang balita dan anak usia prasekolah. Didukung hasil analisis kebijakan pelayanan kesehatan pada tahun 2006 dalam rangka akselerasi penurunan AKI ( Angka Kematian Ibu ) dan AKB ( Angka Kematian Bayi ) alokasi anggaran kesehatan hanya mencapai 1,24 % - 8,49 % dari APBD ( Anggaran Pendapatan Belanja Daerah ) Kabupaten Kota, untuk program kesehatan keluarga masih sangat rendah yaitu 0,08 % 1,9 % dari anggaran kesehatan, hal ini dapat menghambat penyediaan fasilitas, akomodasi, sarana dan prasarana penyelenggaraan upaya peningkatan kesehatan keluarga. Deteksi dan stimulasi dini pada balita dan anak usia prasekolah merupakan salah satu kegiatan dalam upaya peningkatan kesehatan keluarga karena balita dan anak usia prasekolah merupakan masa emas perkembangan anak sehingga perlu perhatian lebih dalam penilaian, stimulasi dan deteksi dini pertumbuhan dan perkembangan.

Indikator keberhasilan kegiatan stimulasi dan deteksi dini pertumbuhan dan perkembangan balita salah satunya dapat dilihat dari cakupan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak

( SDIDTK ) yang dicapai dalam tiap tahunnya. Untuk menuju Indonesia sehat 2010 pemerintah mencanangkan pencapaian target cakupan stimulasi, deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang mencapai 90 %, yaitu balita dan anak pra sekolah terjangkau oleh kegiatan stimulasi, deteksi dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang. Dari total populasi, untuk tahun 2010 target yang harus dicapai adalah sebesar 90 %. Hasil evaluasi dokumentasi pelaporan hasil pencapaian indikator kinerja SPM ( Standar Pelayanan Minimal ) dinas kesehatan Kabupaten Pekalongan pelaksanaan deteksi dini tumbuh kembang hanya mencapai 80 % dari populasi balita dan anak usia prasekolah. Hal ini menunjukkan kurangnya kemampuan pencapaian target yang sudah ditetapkan.

Sesuai hasil evaluasi Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan Propinsi Jawa Tengah terhadap pelaksanaan UW – SPM di Kabupaten dan Kota secara *random*, di dapatkan hasil bahwa pelaksanaan UW – SPM pada dasarnya telah dilakukan cukup baik oleh Kabupaten dan Kota yang diteliti bila dibandingkan dengan target – target Indonesia Sehat 2010. Secara umum kendala yang ditemukan adalah penentuan prioritas dan alokasi anggaran daerah bidang kesehatan terutama kesehatan ibu dan anak masih relatif kecil. Ada beberapa upaya yang mesti mendapat perhatian dalam penentuan prioritas dan kebijakan dari masing – masing kabupaten dan kota. Lima upaya yang perlu mendapat perhatian antara lain : rujukan ibu hamil dengan resiko tinggi, deteksi dini tumbuh kembang anak balita, pelayanan gangguan jiwa, perawatan anak gizi buruk.

Pada survey awal di Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan, kendala yang lazim ditemui di lapangan adalah pada pelaksana stimulasi, deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang anak hal ini adalah bidan selaku penanggungjawab pelayanan kesehatan ibu dan anak. Ada beberapa faktor yang menjadi penyebab kurang optimalnya bidan dalam pelaksanaan SDIDTK antara lain, beban kerja bidan yang *overload*, format penilaian SDIDTK dan sistem pelaporan yang kurang *user friendly* sehingga menyebabkan keengganan petugas dalam melaksanakan SDIDTK.

Banyak upaya yang dapat dilakukan dalam meningkatkan hasil pencapaian kegiatan deteksi dini tumbuh kembang balita salah satunya dengan mengadakan evaluasi faktor – faktor yang potensial menghambat keberhasilan program. Evaluasi dapat dilakukan secara berkala untuk mengetahui kinerja suatu kabupaten sehingga penentuan alokasi sumber daya daerah dapat lebih terarah dan sesuai dengan kebutuhan sebenarnya. Selain itu dapat dilakukan evaluasi besar anggaran yang dialokasikan untuk mendukung pelaksanaan program disamping penetapan kebijakan pemerintah daerah dalam teknis pelaksanaan dan target cakupan SDIDTK pada Kabupaten sesuai potensi yang dimiliki tiap – tiap daerah itu sendiri.

## B. Perumusan Masalah

Setelah melakukan pengkajian beberapa komponen yang berkaitan dengan kebijakan dan peran bidan serta mengamati hasil cakupan kegiatan deteksi dan stimulasi dini tumbuh kembang balita dan anak usia prasekolah di Kabupaten Pekalongan, fokus penelitian ini mengarah pada :

1. Bagaimana peranan bidan dalam pelaksanaan stimulasi deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang anak di Kabupaten Pekalongan ?
2. Bagaimana upaya atau peran pemerintah daerah Kabupaten Pekalongan dalam pelaksanaan kebijakan pusat stimulasi deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang anak di Kabupaten Pekalongan?
3. Apakah hambatan – hambatan yang menyebabkan kurangnya cakupan stimulasi deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang anak di Kabupaten Pekalongan ?
4. Apakah upaya yang sudah dilakukan untuk mengatasi kurangnya kurangnya cakupan stimulasi deteksi dini dan intervensi tumbuh kembang anak di Kabupaten Pekalongan ?

## C. Tujuan Penelitian

1. Mengidentifikasi peranan bidan dalam pelaksanaan stimulasi deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang anak di Kabupaten Pekalongan.
2. Mengidentifikasi upaya atau peran pemerintah daerah Kabupaten Pekalongan dalam pelaksanaan kebijakan pusat stimulasi deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang anak di Kabupaten Pekalongan.

3. Menganalisis hambatan – hambatan dalam pelaksanaan stimulasi deteksi dan sintervensi dini tumbuh kembang anak di Kabupaten Pekalongan, sehingga menghasilkan masukan untuk peningkatan cakupan deteksi dini tumbuh kembang anak sehingga terwujud generasi penerus yang berkualitas di masa yang akan datang.
5. Mengetahui upaya yang sudah dilakukan untuk mengatasi kurangnya kurangnya cakupan stimulasi deteksi dini dan intervensi tumbuh kembang anak di Kabupaten Pekalongan.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. Mantaat Teoritis

- Memberikan pengembangan teori mengenai pelaksanaan kebijakan pemerintah dalam SDIDTK

##### 2. Manfaat Praktis

- Sebagai bahan masukan dalam perencanaan kebijakan untuk peningkatan upaya *public goods* di Kabupaten Pekalongan.
- Sebagai bahan masukan dalam penentuan strategi pelaksanaan SDIDTK sehingga terwujud pelayanan kesehatan yang bermutu
- Memberikan masukan dalam penyusunan format pencatatan yang lebih *user friendly* dalam pelaksanaan SDIDTK

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. KAJIAN TEORI

##### 1. Pertumbuhan Dan Perkembangan

###### a. Pengertian Pertumbuhan

Anak memiliki ciri yang khas yaitu selalu tumbuh dan berkembang sejak konsepsi sampai berakhirnya masa remaja. Hal ini yang membedakan anak dengan orang dewasa. Anak bukan miniatur orang dewasa atau dewasa kecil. Anak menunjukkan ciri-ciri pertumbuhan dan perkembangan yang sesuai dengan usianya (Kemenkes RI, 2010).

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran dan jumlah sel serta jaringan interseluler, berarti bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh sebagian atau keseluruhan, sehingga dapat diukur dengan satuan panjang dan berat (Wong, 2014 : 138). Sedangkan menurut (Hurlock 2006 : 23 ) menyatakan pertumbuhan berkaitan dengan perubahan *kuantitatif* yaitu peningkatan ukuran dan struktur. Tidak saja anak itu menjadi lebih besar secara fisik, tetapi ukuran dan struktur organ dalam dan otak meningkat. Akibat adanya pertumbuhan otak, anak itu mempunyai kemampuan yang lebih besar untuk belajar, mengingat dan berfikir. Anak tumbuh baik secara mental maupun fisik.



Pertumbuhan sebagai suatu peningkatan ukuran tubuh yang dapat diukur dengan meter atau centimeter untuk tinggi badan dan kilogram atau gram untuk berat badan. Pertumbuhan dihasilkan oleh adanya pembelahan sel dan sintesis protein dan setiap anak mempunyai potensi gen untuk tumbuh (Supartini, 2004 : 49).

#### **b. Pengertian Perkembangan**

Perkembangan adalah bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian (Wong, 2004 : 138 ).

Perkembangan berkaitan dengan perubahan *kualitatif* dan *kuantitatif*. Diartikan sebagai deretan progresif dari perubahan yang teratur dan koheren. Progresif menandai bahwa perubahan terarah, membimbing mereka maju dan bukan mundur. Teratur dan koheren menunjukkan adanya hubungan nyata antara perubahan yang terjadi dan yang telah mendahului atau yang akan mengikuti. Neugarten telah menerangkan bagaimana perubahan dalam perkembangan mempengaruhi orang dengan bertambahnya usia. Hurlock ( 2006 : 23 ) menyampaikan *"Orang berubah, menjadi baik atau buruk, karena bertambahnya pengalaman. Dengan disimpannya kejadian dalam organisme, individu tanpa kecuali pengambilan sari dari bekas -bekas pengalaman itu dan menciptakan kategori yang lebih rumit dan luas untuk menafsirkan kejadian baru. Sistem pengisian mental tidak hanya tumbuh lebih besar, tetapi juga diolah kembali kemudian, dengan*  
*commit to user*



*banyak acuan, orang dewasa bukan saja lebih rumit daripada anak – anak, tetapi mereka juga berbeda satu sama lain, dan perbedaannya semakin banyak dengan semakin bertambahnya usia mereka sampai usia lanjut.*

Perkembangan adalah peningkatan ketrampilan dan kapasitas anak untuk berfungsi secara bertahap dan terus menerus, dengan kata lain perkembangan adalah suatu proses untuk menghasilkan peningkatan kemampuan untuk berfungsi pada tingkat tertentu (Supartini, 2004 : 23 ).

Pertumbuhan terjadi secara stimulan dengan perkembangan. Berbeda dengan pertumbuhan, perkembangan merupakan hasil interaksi kematangan susunan saraf pusat dengan organ yang dipengaruhinya, misalnya perkembangan sistem neuromuskuler, kemampuan bicara, emosi dan sosialisasi. Kesemua fungsi tersebut berperan penting dalam kehidupan manusia yang utuh dihasilkan melalui proses pematangan dan proses belajar dari lingkungannya.

### **c. Faktor – faktor yang mempengaruhi kualitas tumbuh kembang anak**

Pada umumnya anak memiliki pola pertumbuhan dan perkembangan normal yang merupakan hasil interaksi banyak faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Menurut Kemenkes RI, 2010 : 5 adapun faktor – faktor tersebut adalah:

1) Faktor dalam ( internal ) yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak, antara lain : Ras / etnik atau bangsa yang memiliki karakteristik khas dalam pertumbuhan dan perkembangannya, faktor keluarga memungkinkan anak memiliki postur tubuh tinggi, pendek gemuk atau kurus, faktor umur berkaitan dengan kecepatan pertumbuhan yang terjadi lebih pesat pada masa prenatal, tahun pertama kehidupan dan masa remaja, faktor jenis kelamin menyebabkan pertumbuhan fungsi reproduksi anak perempuan lebih cepat dari pada anak laki – laki, tetapi setelah melewati masa pubertal anak laki – laki pertumbuhannya lebih cepat, faktor genetik ( *heredokonstitusional*) adalah potensi bawaan anak yang akan menjadi ciri khasnya sehingga kelainan genetik akan mempengaruhi tumbuh kembang anak, faktor kelainan kromosom yang dimiliki anak umumnya menyebabkan kegagalan dalam pertumbuhan misalnya pada *down* dan *turner's sindrom*.

2) Faktor luar ( eksternal ) yang mempengaruhi tumbuh kembang anak antara lain faktor prenatal meliputi kecukupan pemenuhan gizi / nutrisi ibu selama hamil terutama pada trimester awal dan akhir kehamilan, posisi fetus yang abnormal secara mekanis dapat menyebabkan kelainan kongenital seperti *club foot*, konsumsi obat – obatan seperti Aminopterin dan Thalidomit salah satu toksin / zat kimia yang dapat menyebabkan kelainan kongenital seperti *palatoskisis*, kelainan endokrin yang dialami ibu misalnya *diabetes*

*millitus* dapat menyebabkan bayi mengalami *makrosomia*, *kardiomegali*, *hiperplasia adrenal*, paparan radiasi dari sinar *rontgen* dapat mengakibatkan kelainan janin seperti *mikrosefili*, *spina bifida*, retardasi mental, deformitas anggota gerak dan kelainan kongenital lain, infeksi pada trimester pertama dan kedua yang disebabkan TORCH (*Toksiplasma*, *Rubella*, *Sitomegalo virus*, *Herpes Simpleks*) dapat menyebabkan kelainan janin, kelainan imunologi yang disebabkan perbedaan golongan darah dan rhesus antara ibu dan janin dapat menyebabkan hemolisis yang mengakibatkan *hiperbilirubin* dan *kern icterus* pada janin, gangguan fungsi plasenta dapat menyebabkan anoksia embrio yang menyebabkan gangguan pertumbuhan janin, kondisi psikologis ibu saat kehamilan misal kehamilan yang tidak diinginkan, perlakuan salah / kekerasan mental pada ibu dapat menyebabkan kelainan pertumbuhan janin. Faktor persalinan yang dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak disebabkan karena kerusakan jaringan otak karena komplikasi persalinan seperti trauma kepala dan asfiksia. Faktor pasca persalinan yang mempengaruhi tumbuh kembang anak antara lain, pemenuhan gizi / nutrisi yang tidak sesuai dengan kebutuhan anak, penyakit kronis / kelainan kongenital yang dimiliki anak dapat menyebabkan keterlambatan pertumbuhan jasmani anak, lingkungan (*mellieu*) fisis dan kimia sangat mempengaruhi kualitas pertumbuhan anak karena lingkungan berfungsi penyedia kebutuhan

dasar anak ( *provider* ) sehingga sanitasi lingkungan yang kurang baik dan paparan polusi zat kimia, paparan sinar radioaktif mempunyai dampak negatif terhadap pertumbuhan anak, kondisi psikologis anak yang selalu tertekan akibat hubungan anak dengan orang sekitarnya yang kurang harmonis disebabkan anak yang tidak dikehendaki orang tua dapat mengakibatkan hambatan dalam pertumbuhan dan perkembangan anak, kelainan endokrin / gangguan hormon misalnya pada anak. yang mengalami penyakit hipotiroid akan berakibat hambatan dalam pertumbuhannya, kondisi sosial ekonomi keluarga yang kurang manipu menyebabkan kekurangan makanan, kesehatan lingkungan yang jelek dan ketidaktahuan orang tua akan menghambat pertumbuhan anak, lingkungan pengasuhan, interaksi ibu dan anak sangat mempengaruhi tumbuh kembang anak, stimulasi sesuai tumbuh kembang anak meliputi penyediaan alat permainan, sosialisasi, keterlibatan orang tua sangat mendukung tumbuh kembang anak, pemakaian obat – obat kortikosteroid dan perangsang susunan saraf dalam jangka waktu lama. menyebabkan terlambatnya produksi hormon pertumbuhan sehingga proses pertumbuhan dan perkembangan anak terganggu.

#### **d. Ciri – ciri dan Prinsip – prinsip Tumbuh Kembang Anak**

Proses tumbuh kembang anak mempunyai beberapa ciri — ciri yang saling berkaitan. Ciri — ciri tersebut sebagai berikut

- 1) Perkembangan menimbulkan perubahan.

*commit to user*

Perkembangan terjadi bersamaan dengan pertumbuhan. Setiap pertumbuhan disertai dengan perubahan fungsi. Misalnya perkembangan intelegensia pada seorang anak akan menyertai pertumbuhan otak dan serabut saraf.

- 2) Pertumbuhan dan perkembangan pada tahap awal menentukan perkembangan selanjutnya. Setiap anak tidak akan bisa melewati satu tahap perkembangan sebelum ia melewati tahapan sebelumnya. Sebagai contoh, seorang anak tidak akan bisa berjalan sebelum ia bisa berdiri. Seorang anak tidak akan bisa berdiri jika pertumbuhan kaki dan bagian tubuh lain yang terkait dengan fungsi berdiri anak terhambat. Karena itu perkembangan awal masa kritis karena akan menentukan perkembangan selanjutnya.
- 3) Pertumbuhan dan perkembangan mempunyai 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 berkolerasi 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 badannya serta bertambah kepandaiannya.

5) Perkembangan mempunyai pola yang tetap, perkembangan fungsi organ tubuh terjadi menurut dua hukum yang tetap, yaitu :

1) Perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah kepala, kemudian menuju ke arah kauda/anggota tubuh ( pola sefalokaudal ).

2) Perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah proksimal ( gerak kasar ) lalu berkembang ke bagian distal seperti jari jari yang mempunyai kemampuan gerak halus ( pola proksimodistal ).

6) Perkembangan memiliki tahap yang 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 kotak, anak mampu berdiri sebelum berjalan dan sebagainya (Kemenkes RI, 2010 : 4).

Proses tumbuh kembang anak juga mempunyai prinsip – prinsip yang saling berkaitan. Prinsip – prinsip tersebut adalah sebagai berikut ( Kemenkes RI, 2010 : 5 )

1) Perkembangan merupakan hasil proses kematangan dan belajar. Kematangan merupakan proses intrinsik yang terjadi dengan sendirinya. Sesuai dengan potensi yang ada pada individu. Belajar merupakan perkembangan yang berasal dari latihan dan usaha. Melalui belajar, anak memperoleh kemampuan menggunakan sumber yang diwariskan dan potensi yang dimiliki anak.



- 2) Pola perkembangan dapat diramalkan, terdapat persamaan pola perkembangan bagi semua anak. Dengan demikian perkembangan seorang anak dapat diramalkan. Perkembangan berlangsung dari tahapan umum ke tahapan spesifik, dan terjadi berkesinambungan.

**e. Aspek – aspek Perkembangan yang Dipantau**

- 1) Gerak kasar atau motorik kasar adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan pergerakan dan sikap tubuh yang melibatkan otot – otot besar seperti duduk, berdiri dan sebagainya.
- 2) Gerak halus atau 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 mengamati sesuatu, menjimpit, menulis dan sebagainya.
- 3) Kemampuan bicara dan bahasa adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan untuk memberikan respons terhadap suara, berbicara, berkomunikasi, mengikuti perintah dan sebagainya.
- 4) Sosialisasi dan kemandirian adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri anak ( makan sendiri, membereskan mainan selesai bermain ), berpisah dengan ibu / pengasuh anak, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya, dan sebagainya (Kemenkes RI, 2010 : 7).



## f. Periode Tumbuh Kembang Anak

Tumbuh Kembang anak akan berlangsung secara teratur, saling berkaitan dan berkesinambungan yang dimulai sejak konsepsi sampai dewasa. Tumbuh Kembang anak terbagi dalam beberapa periode adalah sebagai berikut, (Kemenkes RI, 2010 : 7) :

### 1) Masa prenatal atau masa intra uterin ( masa janin dalam kandungan )

Masa ini dibagi menjadi 3 periode yaitu :

1) Masa zigot / mudigah, sejak saat konsepsi sampai umur kehamilan 2 minggu.

2) Masa embrio, sejak kehamilan 2 minggu sampai 8 / 12 minggu. Ovum yang telah dibuahi dengan cepat akan menjadi suatu organisms, terjadi diferensiasi yang berlangsung dengan cepat, terbentuk sistem organ dalam tubuh.

3) Masa janin / fetus, sejak umur kehamilan 9 / 12 minggu sampai akhir kehamilan. Masa ini terdiri dari 2 periode yaitu :

(1) Masa fetus dini yaitu sejak umur kehamilan 9 minggu sampai trimester ke 2 kehidupan intra uterin. Pada masa ini terjadi percepatan pertumbuhan, pembentukan jasad manusia sempurna. Alat tubuh telah terbentuk serta mulai berfungsi.

(2) Masa fetus lanjut yaitu trimester akhir dari kehamilan. Pada masa ini pertumbuhan berlangsung pesat disertai perkembangan fungsi – fungsi. Terjadi transfer Imunglobulin G ( Ig G) dari darah ibu melalui plasenta. Akumulasi asam

lemak esensial seri Omega 3 ( *Decosa Hexanic Acid* ) dan Omega 6 ( *A rachidonic Acid*) pada otak dan retina.

Periode yang paling penting dalam masa prenatal adalah trimester pertama kehamilan. Pada periode ini pertumbuhan otak janin sangat peka terhadap pengaruh lingkungan janin. Gizi kurang pada ibu hamil, infeksi, merokok dan asap rokok, minuman alkohol, obat – obat, bahan – bahan toksik, pola asuh, depresi berat, faktor psikologis seperti kekerasan terhadap ibu hamil, dapat menimbulkan pengaruh buruk bagi pertumbuhan janin dan kehamilan. Pada setiap ibu hamil, dianjurkan untuk selalu memperhatikan gerakan janin setelah kehamilan 5 bulan. Agar janin dalam kandungan tumbuh dan berkembang menjadi anak sehat, maka selama masa intra uterin, seorang ibu. diharapkan : menjaga kesehatannya dengan baik, selalu berada dalam lingkungan yang menyenangkan, mendapat nutrisi yang sehat untuk janin yang dikandungnya, memeriksa kesehatannya secara teratur ke sarana kesehatan, memberi stimulasi dini terhadap janin, tidak mengalami kekurangan kasih sayang dari suami dan keluarganya, menghindari stress baik fisik maupun psikis, tidak bekerja berat yang dapat membahayakan kondisi kehamilannya.

2) Masa bayi ( *infancy*) umur 0 sampai 11 bulan.

Masa ini di bagi 2 periode, yaitu :

a) Masa neonatal, umur 0 sampai 28 hari. Pada masa ini terjadi adaptasi terhadap lingkungan dan terjadi perubahan sirkulasi

darah, serta mulai berfungsinya organ – organ. Masa neonatal dibagi menjadi 2 periode : masa neonatal dini, umur 0 – 7 hari, masa neonatal lanjut, umur 8 – 28 hari. Hal yang paling penting agar bayi lahir tumbuh dan berkembang menjadi anak sehat adalah bayi lahir ditolong oleh tenaga kesehatan yang terlatih, di sarana kesehatan yang memadai, untuk mengantisipasi resiko buruk pada bayi saat dilahirkan, jangan terlambat pergi ke sarana kesehatan bila dirasakan sudah saatnya untuk melahirkan, saat melahirkan sebaiknya didampingi oleh keluarga yang dapat menenangkan perasaan ibu, sambutlah kelahiran anak dengan perasaan penuh suka cita dan penuh rasa syukur. Lingkungan yang seperti ini sangat membantu jiwa ibu dan bayi yang dilahirkannya, berikan ASI sesegera mungkin. Perhatikan refleks menghisap diperhatikan oleh karena berhubungan dengan masalah pemberian ASI.

- b) Masa post ( pasca ) neonatal, umur 29 hari sampai 1 I bulan. Pada masa ini terjadi pertumbuhan yang pesat dan proses pematangan berlangsung secara terus menerus terutama meningkatnya fungsi sistem syaraf. Seorang bayi sangat bergantung pada orang tua dan keluarga sebagai unit pertama yang dikenalnya. Beruntunglah. bayi yang mempunyai orang tua yang hidup rukun, bahagia dan memberikan yang terbaik untuk anak. Pada masa ini, kebutuhan akan pemeliharaan kesehatan bayi, mendapat ASI eksklusif

selama 6 bulan penuh, diperkenalkan kepada makanan pendamping ASI sesuai umurnya. Diberikan imunisasi sesuai jadwal, mendapat pola asuh yang sesuai. Masa bayi adalah masa dimana kontak erat antara ibu dan anak terjalin, sehingga dalam masa ini, pengaruh ibu dalam mendidik anak sangat besar.

c) Masa anak dibawah lima tahun ( anak balita, umur 12 – 59 bulan ).

Pada masa ini, kecepatan pertumbuhan mulai menurun dan terdapat kemajuan dalam perkembangan motorik ( gerak kasar dan gerak halus) serta fungsi ekskresi. Periode penting dalam tumbuh kembang anak adalah pada masa balita. Pertumbuhan dasar yang berlangsung pada masa balita akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan anak selanjutnya. Setelah lahir terutama pada 3 tahun pertama kehidupan, pertumbuhan serabut – serabut syaraf dan cabang – cabangnya, sehingga terbentuk jaringan syaraf dan otak yang kompleks. Jumlah dan pengaturan hubungan – hubungan antar sel syaraf ini akan sangat mempengaruhi segala kinerja otak, mulai dari kemampuan belajar berjalan, mengenal huruf hingga bersosialisasi. Pada masa balita, perkembangan kemampuan bicara dan bahasa, kreatifitas, kesadaran sosial, emosional dan intelegensia berjalan sangat cepat dan merupakan landasan perkembangan berikutnya. Perkembangan moral serta dasar – dasar kepribadian anak juga dibentuk pada masa ini, sehingga setiap kelainan / penyimpangan

sekecil apapun apabila tidak dideteksi apalagi tidak ditangani dengan baik, akan mengurangi kualitas sumber daya manusia dikemudian hari.

d) Masa anak prasekolah ( anak umur 60 — 72 bulan )

Pada masa ini, pertumbuhan berlangsung dengan stabil. Terjadi perkembangan dengan aktifitas jasmani yang bertambah dan meningkatnya ketrampilan dan proses berfikir. Memasuki masa prasekolah, anak mulai menunjukkan keinginannya, seiring dengan pertumbuhan dan perkembangannya. Pada masa ini, selain lingkungan di dalam rumah maka lingkungan di luar rumah mulai diperkenalkan. Anak mulai senang bermain di luar rumah. Anak mulai berteman, bahkan banyak keluarga yang menghabiskan sebagian besar waktu anak bermain di luar rumah dengan cara membawa anak ke taman – taman bermain, taman – taman kota, atau ke tempat – tempat yang menyediakan fasilitas permainan untuk anak. Sepatutnya lingkungan – lingkungan tersebut menciptakan suasana bermain yang bersahabat untuk anak ( *child friendly enviroment* ). Semakin banyak taman kota atau taman bermain dibangun untuk anak, semakin baik untuk menunjang kebutuhan anak. Pada masa ini anak dipersiapkan untuk sekolah, untuk itu panca indra dan sistem repseptor penerima rangsangan serta proses memori harus sudah siap sehingga anak mampu belajar dengan baik. Perlu diperhatikan bahwa proses belajar pada

*commit to user*

masa ini adalah dengan cara bermain. Orang tua dan keluarga diharapkan dapat memantau pertumbuhan dan perkembangan anaknya, agar dapat dilakukan intervensi dini bila anak mengalami kelainan atau gangguan.

#### **g. Beberapa Gangguan Tumbuh – Kembang Yang Sering Ditemukan**

##### 1) Gangguan bicara dan bahasa.

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

##### 2) *Cerebral palsy*

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

##### 3) *Sindrom Down*

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



masalah biologis atau lingkungan lainnya dapat menyebabkan keterlambatan perkembangan motorik dan keterampilan untuk menolong diri sendiri.

#### 4) Perawakan Pendek

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

#### 5) Gangguan Autisme

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

#### 6) Retardasi Mental

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



## 7) Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)

Merupakan gangguan dimana anak mengalami kesulitan untuk memusatkan perhatian yang seringkali disertai dengan hiperaktivitas (Kemenkes RI, 2010 : 13).

## 2. Stimulasi Tumbuh Kembang Balita dan Anak Pra Sekolah

Stimulasi adalah kegiatan merangsang kemampuan dasar anak umur 0 - 6 tahun agar anak tumbuh dan berkembang secara optimal. Setiap anak perlu mendapat stimulasi rutin sedini mungkin dan terus menerus pada setiap kesempatan. Stimulasi tumbuh kembang anak dilakukan oleh ibu dan ayah yang merupakan orang terdekat dengan anak, pengganti ibu / pengasuh anak, anggota keluarga lain dan kelompok masyarakat di lingkungan rumah tangga masing-masing dan dalam kehidupan sehari-hari. Kurangnya stimulasi dapat menyebabkan penyimpangan tumbuh kembang anak bahkan gangguan yang menetap.

Kemampuan dasar anak yang dirangsang dengan stimulasi terarah adalah kemampuan gerak kasar, kemampuan gerak halus, kemampuan bicara dan bahasa serta kemampuan sosialisasi dan kemandirian.

Dalam melakukan stimulasi tumbuh kembang anak, ada beberapa prinsip dasar yang perlu diperhatikan, yaitu :

- a) Stimulasi dilakukan dengan dilandasi rasa cinta dan kasih sayang.
- b) Selalu tunjukkan sikap dan perilaku yang baik karena anak akan meniru tingkah laku orang-orang yang terdekat dengannya.
- c) Berikan stimulasi sesuai dengan kelompok umur anak.

- d) Lakukan stimulasi dengan cara mengajak anak bermain, bernyanyi, bervariasi, menyenangkan tanpa paksaan dan tidak ada hukuman.
- e) Lakukan stimulasi secara bertahap dan berkelanjutan sesuai umur anak, terhadap ke 4 aspek kemampuan dasar anak.
- f) Gunakan alat bantu/permainan yang sederhana, aman dan ada di sekitar anak.
- g) Anak selalu diberi pujian, bila perlu diberi hadiah atas keberhasilannya.

Perkembangan kemampuan dasar anak-anak berkorelasi dengan pertumbuhan. Perkembangan kemampuan dasar anak mempunyai pola yang tetap dan berlangsung secara berurutan. Dengan demikian stimulasi yang diberikan kepada anak dalam rangka merangsang pertumbuhan dan perkembangan anak yang dapat diberikan oleh orang tua / keluarga sesuai dengan pembagian kelompok umur stimulasi anak berikut ini (Kemenkes RI, 2010 : 15).

No	Periode Tumbuh Kembang	Kelompok Umur
1.	Masa prenatal, janin dalam kandungan	Masa prenatal
2.	Masa bayi 0 – 12 bulan	Umur 0 – 3 bulan Umur 3 – 6 bulan Umur 6 – 9 bulan Umur 9 – 12 bulan
3.	Masa anak balita 12 – 60 bulan	Umur 12 – 15 bulan Umur 15 – 18 bulan Umur 18 – 24 bulan Umur 24 – 36 bulan Umur 36 – 48 bulan Umur 48 – 60 bulan
4.	Masa prasekolah 60 – 72 bulan	Umur 60 – 72 bulan

### 3. Deteksi Dini Tumbuh Kembang Anak

Deteksi dini tumbuh kembang anak adalah kegiatan / pemeriksaan untuk menemukan secara dini adanya penyimpangan tumbuh kembang pada balita dan anak prasekolah. Dengan ditemukannya secara dini penyimpangan / masalah tumbuh kembang anak, maka intervensi akan lebih mudah dilakukan, tenaga kesehatan juga mempunyai waktu dalam membuat rencana tindakan / intervensi yang tepat, terutama ketika harus melibatkan ibu. / keluarga. Bila penyimpangan terlambat diketahui, maka intervensinya akan lebih sulit dan hal ini akan berpengaruh pada tumbuh kembang anak.

Ada 3 jenis deteksi dini tumbuh kembang yang dapat dikerjakan oleh tenaga kesehatan di tingkat puskesmas dan jaringannya berupa :

- a) Deteksi dini penyimpangan pertumbuhan yaitu untuk mengetahui / menemukan status gizi kurang / buruk dan mikro / makrosefali.
- b) Deteksi dini penyimpangan perkembangan yaitu untuk mengetahui gangguan perkembangan anak ( keterlambatan ), gangguan daya lihat, gangguan daya dengar.
- c) Deteksi dini penyimpangan mental emosional yaitu untuk mengetahui adanya masalah mental emosional, autisme dan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktifitas (Kemenkes RI, 2010 : 40).

Jenis deteksi tumbuh kembang yang harus dilakukan meliputi :

- a) Deteksi dini penyimpangan pertumbuhan dengan melakukan pemantauan berat badan terhadap tinggi badan ( BB/TB ) dan pengukuran lingkaran lengan ( LK ) dimulai sejak usia 0 bulan dilakukan secara periodik minimal tiap tiga bulan sekali atau sesuai indikasi.
- b) Deteksi dini penyimpangan perkembangan dapat dilakukan dengan memberikan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan ( KPSP ), Tes Daya Dengar ( TDD ) dan Tes Daya Lihat ( TDL ).
- c) Deteksi dini penyimpangan mental emosional dengan memberikan Kuesioner Masalah Mental Emosional ( KMME ) dan bila ada indikasi anak mengalami penyimpangan mental emosional dilakukan deteksi dengan menggunakan *Checklist for Autis in Toddler* ( CHAT ) atau Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktifitas ( GPPIJ ) ( Kemenkes RI, 2010 : 41).

Jadwal dan jenis deteksi dini tumbuh kembang dapat berubah sewaktu – waktu yaitu pada saat kasus rujukan, ada kecurigaan anak mempunyai penyimpangan tumbuh dan ada keluhan anak mempunyai masalah tumbuh kembang .

#### **4. Kebijakan Pemerintah**

Pemerintah pusat bertanggung jawab secara nasional atas keberhasilan pelaksanaan otonomi, walaupun pelaksanaan operasionalnya diserahkan kepada pemerintah dan masyarakat daerah

*commit to user*

yang bersangkutan. Peraturan Pemerintah Nomor 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah otonom, menyebutkan bahwa peran pemerintah pusat di era desentralisasi ini lebih banyak bersifat menetapkan kebijakan makro, melakukan standarisasi, supervisi, monitoring, evaluasi, pengawasan dan pemberdayaan ke daerah, sehingga otonomi dapat berjalan secara optimal.

Untuk menyamakan persepsi dan pemahaman dalam pengaktualisasi urusan wajib bidang kesehatan di Kabupaten / Kota seiring dengan Peraturan Pemerintah No. 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, maka dalam rangka memberikan panduan untuk melaksanakan pelayanan dasar di bidang kesehatan kepada masyarakat di Daerah, telah ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 828/MENKES/SK/IX/2008 tentang standar Pelayanan minimal di Kabupaten / Kota.

Pelayanan Kesehatan yang wajib dilaksanakan meliputi :

- 1) Pelayanan Kesehatan Dasar
- 2) Pelayanan Kesehatan Rujukan
- 3) Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan KLB
- 4) Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Desentralisasi bidang kesehatan, menuntut jajaran kesehatan daerah, khususnya di Kabupaten / Kota untuk mampu melakukan fungsi pokok sistem kesehatan yakni :

- a) Mengarahkan sektor kesehatan setempat ( *stewardship* )
- b) Manajemen sumber daya yang terbatas
- c) Penyediaan biaya yang memadai
- d) Melakukan pelayanan kesehatan

WHO ( *World Health Organisation Report 2000* ) menyatakan tujuan sistem kesehatan adalah :

- a) Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat
- b) Tanggap / responsive dalam memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan berkualitas
- c) Keadilan ( *fairness* ) dalam pembiayaan kesehatan

Untuk mengoptimalkan pencapaian tujuan pembangunan kesehatan, diperlukan kerjasama lintas sektor yang mantap. Demikian pula optimalisasi pembangunan berwawasan kesehatan yang mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan. Menuntut adanya penggalangan kemitraan lintas sektor dan segenap potensi bangsa. Kebijakan dan pelaksanaan pembangunan sektor lain perlu memperhatikan dampak dan mendukung keberhasilan pembangunan kesehatan. Untuk itu upaya sosialisasi masalah dan upaya pembangunan kesehatan sektor lain perlu dilakukan secara intensif dan berkesinambungan. Kerjasama lintas sektor harus dilakukan sejak

*commit to user*



perencanaan dan penganggaran, pelaksanaan dan pengendalian, sampai pada pengawasan dan penilaian ( Kemenkes RI, 2010 ).

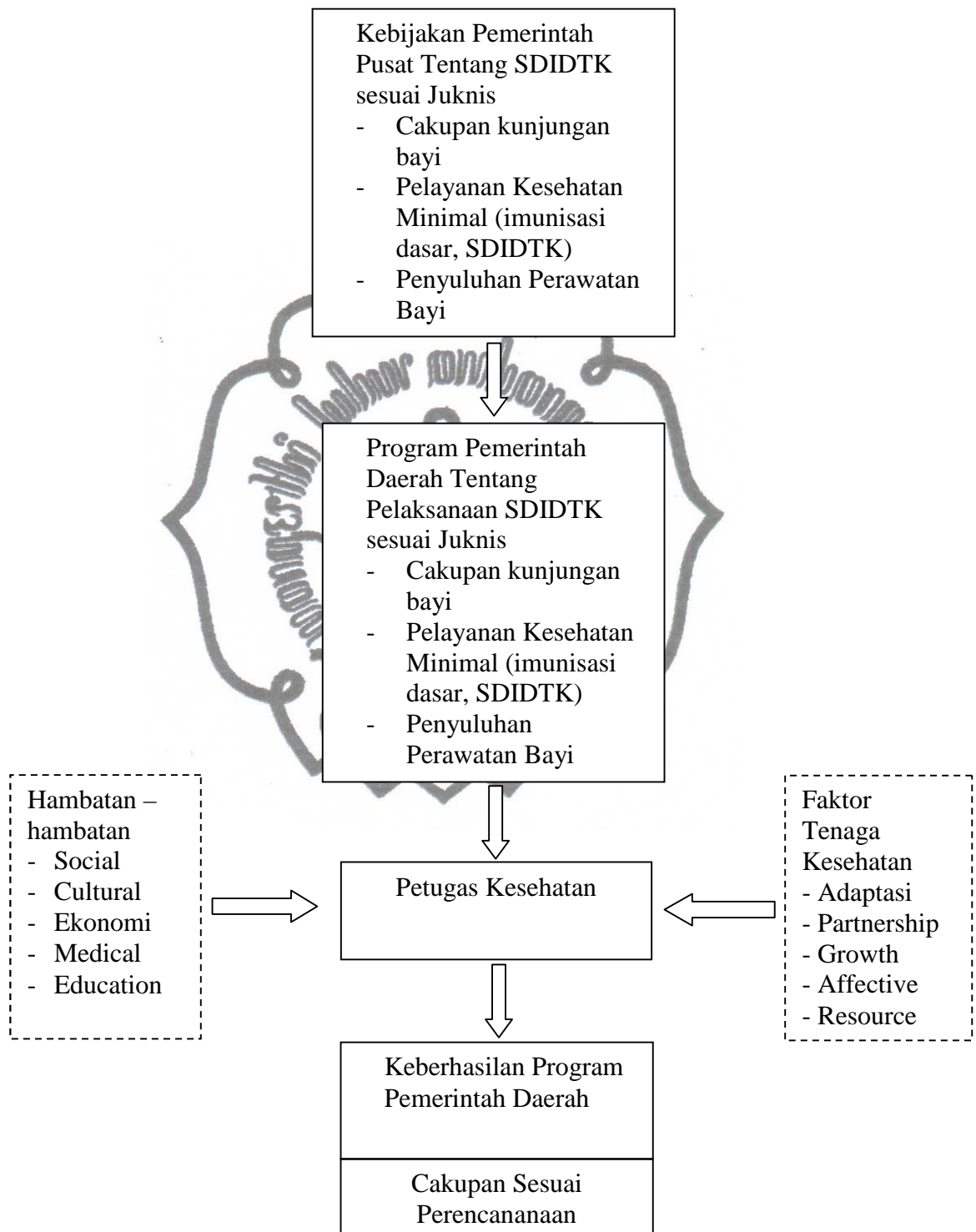
Sebagai bentuk keterlibatan masyarakat dan instansi lintas sektor dalam pembangunan kesehatan perlu dibentuknya lembaga seperti “ Forum Kesehatan Kabupaten / Kota “ atau yang sekarang dikenal dengan nama *District Health Comitte* ( DHC ) di tingkat Kabupaten dan *Joint health Council* ( JHC ) di tingkat Kota. Keanggotaan JHC dan DHC bisa terdiri dari tokoh masyarakat, LSM, kalangan swasta, DPRD, dan Instansi Pemerintah ( Dinas Kesehatan, Instansi lintas sektor ). DHC dan JHC dapat melakukan pertemuan secara berkala, turut terlibat dalam menyusun rencana strategis kesehatan daerah dan memantau akuntabilitas pelaksanaan pembangunan kesehatan daerah.

## **B. Penelitian Yang Relevan**

Penelitian ini relevan dengan penelitian dengan judul Kebijakan Pemerintah Dalam Pelaksanaan Deteksi Dini Tumbuh Kembang oleh Henny Purwandari tahun 2008. Pada penelitian ini yang membedakan adalah lokasi penelitian, peran pemerintah daerahnya, dan upaya yang dilakukan, serta program pada DDTK lebih sempit. Secara ringkas dari hasil penelitian yang relevan ini adalah beban kerja yang berlebih pada pelaksana program DDTK.

### C. KERANGKA PIKIR

1. Kebijakan pemerintah pusat tentang SDIDTK tertuang dalam Kemenkes RI 2008 tentang Petunjuk Teknis SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten / Kota, yaitu cakupan kunjungan bayi, Pelayanan Kesehatan Minimal (imunisasi dasar, SDIDTK), Penyuluhan Perawatan Bayi.
2. Pemerintah daerah ( Kabuptaen / Kota ) melaksanakan programnya sesuai dengan program dari pemerintah pusat.
3. Petugas kesehatan sebagai pelaksana program pemerintah adalah Dokter Sp. A, Dokter umum, Bidan, dan Perawat ( terlatih ).
4. Banyak faktor yang menjadi hambatan dalam pelaksanaan kebijakan pemerintah tentang SDIDTK, meskipun telah ditetapkan petugas kesehatan yang melaksanakan program tersebut. Hambatan – hambatan tersebut adalah sosial, kultural, ekonomi, medical, dan education. Pada faktor tenaga kesehatan sendiri, yaitu : adaptasi, partnership, growth, affective, resourch.
5. Dalam pelaksanaannya keberhasilan pelaksanaan program pemerintah daerah sebagai suatu gambaran implementasi dari kebijakan pemerintah pusat. Dalam kenyataanya apakah cakupan sesuai perencanaan yang telah di tetapkan dalam kebijakan tersebut.



Gambar 1. Kerangka Berpikir

*commit to user*

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Bentuk dan Strategi Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif kualitatif, yang disusun secara lentur dan terbuka untuk bisa disesuaikan dengan kondisi sebenarnya yang dijumpai di lapangan studi. Penelitian kualitatif lebih mementingkan deskripsi proses tentang mengapa dan bagaimana sesuatu bisa terjadi, yang mengarah pada pemahaman makna. Penelitian yang akan dilakukan adalah bentuk studi kasus tunggal dengan studi kasus terpancang (*embedded research*). Studi kasus tunggal artinya penelitian hanya dilakukan pada satu sasaran dengan satu karakteristik (satu lokasi atau satu subjek). Dalam penelitian ini studi kasus dilakukan pada satu lokasi di Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan dan informan adalah petugas kesehatan.

#### **B. Tempat, Lokasi, atau Setting Penelitian**

Lokasi penelitian ini dilakukan di Kabupaten Pekalongan dengan berbagai pertimbangan antara lain, angka cakupan Deteksi Dini Tumbuh Kembang Balita di Kabupaten Pekalongan relatif lebih kecil dibandingkan dengan wilayah Kota Pekalongan, pada tahun 2009 Kabupaten Pekalongan menetapkan target 90 % untuk program deteksi dan stimulasi dini tumbuh kembang balita dan usia pra sekolah, dari target yang ditetapkan hanya mampu mencapai 50 % dari total populasi balita dan usia pra sekolah yang

ada, hal ini sangat dipengaruhi dengan kebijakan pemerintah daerah dan banyaknya hambatan yang menjadikan rendahnya cakupan Deteksi Dini Tumbuh Kembang, serta peran serta bidan selaku ujung tombak pelaksanaan program.

### C. Sumber Data

Pemahaman mengenai berbagai macam sumber data merupakan bagian yang sangat penting bagi peneliti karena ketetapan memilih dan menentukan ketepatan dan kekayaan data atau kedalaman informasi yang diperoleh.

Sumber data yang dipilih mengutamakan *perpektif emic*, artinya mementingkan pandangan informan, yakni bagaimana mereka memandang dan menafsirkan dunia dari pendiriannya. Peneliti tidak bisa memaksakan kehendak untuk mendapatkan data yang diinginkan. Sumber data dalam penelitian ini adalah:

#### 1. Informan

Sebagai informan terdiri atas Ka. Bid Pelayanan Kesehatan, Kasie. Pelayanan Kesehatan, Ketua Ikatan Bidan Indonesia Cabang Kabupaten Pekalongan, dan bidan selaku pelaksana program.

#### 2. Tempat dan Peristiwa

Puskesmas, Posyandu dan Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan

### 3. Dokumen atau arsip

Dokumen atau arsip yang ada di Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan

#### D. Teknik Cuplikan ( sampling )

Cuplikan berkaitan dengan pemilihan dan pembatasan jumlah serta jenis dari sumber data yang akan digunakan dalam penelitian, mengingat selalu terdapat beragam keterbatasan yang dihadapi peneliti, misalnya waktu, tenaga, biaya dan, mungkin juga hal – hal lainnya.

Teknik cuplikan merupakan suatu bentuk khusus atau proses bagi pemusatan sumber data dalam penelitian yang mengarah pada seleksi cuplikan dalam penelitian k.ualitatif sering juga dinyatakan sebagai internal sampling. Penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* dengan kecenderungan peneliti untuk memperoleh informannya berdasarkan posisi dengan akses tertentu yang dianggap memiliki informasi yang berkaitan dengan permasalahan secara mendalam dan dapat dipercaya untuk menjadi sumber data yang mantap, atau yang lebih tepat disebut *criterion – based selection* ( Goetz and LeCompte, 1984 ). Bidan yang dipilih sebagai sumber data adalah bidan koordinator atau bidan yang pelaksana program yang telah mendapatkan pelatihan SDIDTK.



## E. Tehnik Pengumpulan Data

Tehnik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data, pengumpulan data dapat dilakukan dalam berbagai natural setting (kondisi alamiah), berbagai sumber (sumber data primer dan sekunder), dan berbagai cara.

Secara umum terdapat empat macam teknik pengumpulan data, yaitu observatif, wawancara, dokumentasi dan gabungan / triangulasi. Pada penelitian kualitatif, pengumpulan data lebih banyak pada observasi berperan serta (*participan observation*), wawancara mendalam (*in depth interview*) dan dokumentasi. Macam-macam teknik pengumpulan data :

### 1. Pengumpulan data dengan observasi

Observasi adalah dasar semua ilmu pengetahuan. Melalui observasi, peneliti belajar tentang perilaku, dan makna dari perilaku tersebut. Dalam penelitian ini peneliti menyatakan terus terang kepada sumber data, bahwa ia sedang melakukan penelitian, jadi yang diteliti mengetahui sejak awal sampai akhir tentang aktivitas peneliti, tetapi dalam suatu saat peneliti juga tidak terus terang atau tersamar dalam observasi, hal ini dilakukan untuk menghindari kalau suatu saat data yang dicari merupakan data yang masih dirahasiakan, kemungkinan kalau dilakukan dengan terus terang, maka peneliti tidak akan diijinkan untuk melakukan observasi. Observasi pada penelitian ini dilakukan pada saat petugas kesehatan melaksanakan posyandu dan pelayanan KIA.

*commit to user*

## 2. Pengumpulan data dengan wawancara / interview

Wawancara digunakan sebagai teknik pengumpulan data apabila peneliti ingin melakukan studi pendahuluan untuk menemukan permasalahan yang harus diteliti tapi juga bila peneliti ingin mengetahui hal-hal mendalam dari responden. Macam- macam wawancara adalah : wawancara terstruktur, wawancara semi struktur, wawancara tak berstruktur. Jenis interview yang digunakan peneliti adalah wawancara semi terstruktur. Jenis wawancara ini sudah termasuk dalam kategori *in-depth interview*, yaitu dalam pelaksanaannya lebih bebas dibandingkan dengan wawancara terstruktur. Tujuan dari tehnik ini adalah untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka, dimana pihak yang diajak wawancara diminta pendapat, dan ide-idenya. Dalam melakukan wawancara, peneliti perlu mendengarkan secara teliti dan mencatat apa yang dikemukakan oleh informan. Responden yang akan diwawancara dalam penelitian ini adalah Ka. Bid KIA Kesga, Kasie KIA Kesga, Ketua IBI Kabupaten Pekalongan, dan petugas kesehatan / bidan pelaksana.

## 3. Pengumpulan data dengan dokumen

Dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu, bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang. Dokumen dari informan maka hal tersebut juga akan dipakai sebagai pelengkap dalam teknik pengumpulan data. Arsip yang digunakan adalah cakupan pencapaian pelaksanaan SDIDTK.

## F. Uji Keterperceyann Data ( Validitas )

Data yang telah berhasil digali di lapangan dikumpulkan dan dicatat dalam kegiatan penelitian, harus diusahakan bukan hanya untuk kedalaman dan kemantapannya tetapi juga bagi kemantapan dan kebenarannya. Ketepatan dan kemantapan data tersebut tidak hanya tergantung dari ketepatan memilih sumber data dan teknik pengumpulan data, tetapi juga diperlukan teknik pengembangan validitas data. Validitas data merupakan jaminan bagi kemantapan simpulan dan tafsir makna sebagai hasil penelitian. Pengembangan validitas ( kesahihan ) data penelitian dapat dilakukan dengan berbagai cara, antara lain teknik triangulasi, review informan kunci dan juga member check. Untuk mengembangkan reliabilitas penelitian, juga terdapat beberapa cara atau teknik.

Triangulasi merupakan cara yang paling umum digunakan bagi peningkatan validitas data dalam penelitian kualitatif. Triangulasi data diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Tujuan dari triangulasi bukan untuk mencari kebenaran tentang beberapa fenomena, tetapi lebih pada peningkatan pemahaman peneliti terhadap apa yang telah ditemukan. Nilai dari teknik pengumpulan data dengan triangulasi adalah untuk mengetahui data yang diperoleh *convergent* ( meluas ), tidak konsisten atau kontradiksi, dengan menggunakan teknik triangulasi dalam pengumpulan data, maka data yang diperoleh akan lebih konsisten, tuntas dan pasti, dengan triangulasi akan lebih meningkatkan kekuatan data, bila

*commit to user*

dibandingkan dengan satu pendekatan. Selain Cara pengembangan validitas penelitian, reliabilitas juga sebagai pendukung kekuatan penelitian. Triangulasi yang dilakukan adalah triangulasi sumber yaitu dengan Ka. Bid Yankes, Ka. Sie Yankes, Ketua IBI Cabang Kabupaten Pekalongan, dan Bidan Pelaksana Program.

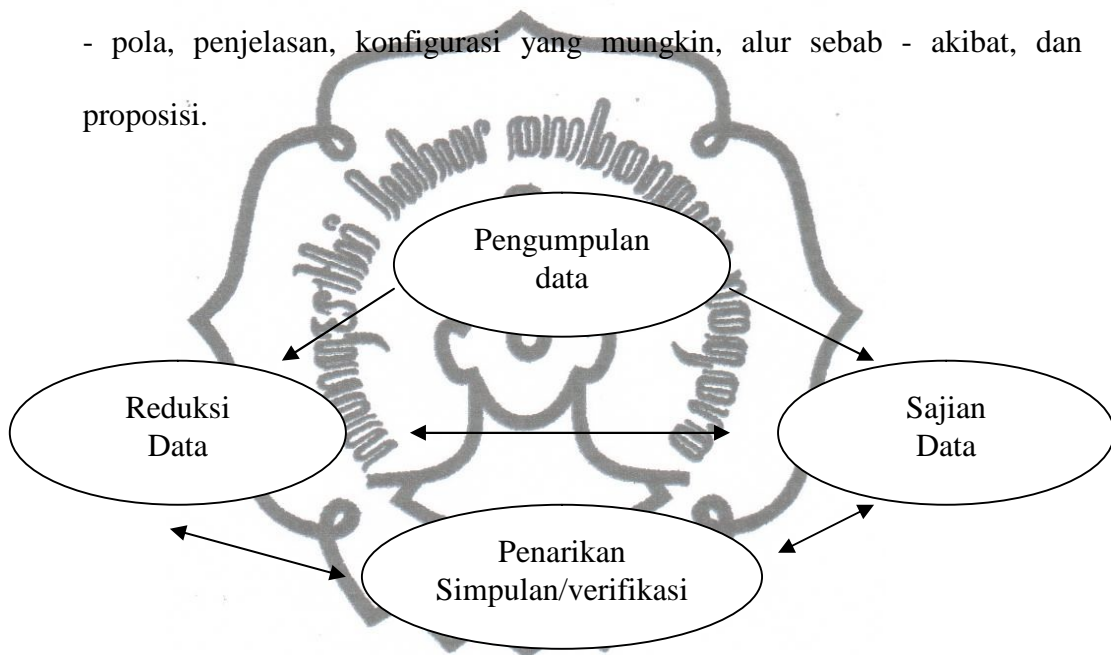
### G. Teknik Analisis

Proses analisis penelitian kualitatif bersifat induktif, dilakukan bersamaan dengan proses pengumpulan data, seperti pengamatan, wawancara, dokumentasi, diskusi kelompok terfokus, dan melakukan beragam teknik refleksi bagi pendalaman dan pemantapan data. Semua data dan informasi yang diperoleh dianalisis. Setiap data yang diperoleh akan dikomparasikan, setiap unit atau kelompoknya untuk melihat keterkaitan sesuai dengan tujuan penelitian. Pemantapan dan pendalaman data, proses yang dilakukan selalu dalam bentuk siklus, sebagai usaha verifikasi. Teknik yang digunakan dalam proses analisis dengan menggunakan model analisis interaktif ( Miles and Huberman, 1984 ). Model analisis ini meliputi reduksi data, sajian data dan penarikan kesimpulan atau verifikasi.

Reduksi data diartikan sebagai proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan dan transformasi data yang muncul dari catatan - catatan lapangan. Reduksi data merupakan bagian dari analisis yang menajamkan, menggolongkan, mengarahkan, membuang, yang tidak perlu dan mengorganisasikan data hingga kesimpulan dan verifikasi.

*commit to user*

Bagian kedua dari analisis adalah penyajian data, yaitu sekumpulan informasi tersusun yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan, yang ditampilkan dalam bentuk teks naratif. Bagian terakhir dari analisis adalah menarik kesimpulan dan verifikasi. Dari permulaan pengumpulan data, peneliti mulai mencari arti benda - benda, pola - pola, penjelasan, konfigurasi yang mungkin, alur sebab - akibat, dan proposisi.



Gambar 2. (Siklus analisis data kualitatif menurut Miles and Huberman)

## H. Prosedur Kegiatan

Kegiatan penelitian ini seltiruhnya direncanakan sebagai berikut

### a. Persiapan

- 1) Mengurus perijinan penelitian pada Dinas Kesehatan Kota Pekalongan
- 2) Berkonsultasi dengan Kepala Dinas Kesehatan Kota Pekalongan berkaitan dengan informan yang berkompeten yang akan memberikan

*commit to user*

informasi berkaitan dengan permasalahan penelitian yang akan dilakukan.

#### b. Pengumpulan Data

- 1) Mengumpulkan data di lokasi studi dengan melakukan wawancara mendalam, observasi dan mencatat dokumen / arsip.
- 2) Melakukan review, pembahasan beragam data yang telah terkumpul dengan melaksanakan refleksinya. Menentukan strategi pengumpulan data data yang dipandang paling tepat, dan menentukan fokus, serta pendalaman dan pemantapan data, pada proses pengumpulan data berikutnya.
- 3) Mengatur data dalam kelompok untuk kepentingan analisis, dengan memperhatikan semua variabel yang terlibat yang tergambar pada kerangka pikir.

#### c. Analisis Data

- 1) Melakukan analisis awal bila unit data sudah cukup lengkap.
- 2) Mengembangkan bentuk sajian data, dengan menyusun koding dan matrik bagi kepentingan analisis lanjut.
- 3) Melakukan analisis tiap variabel dan mengembangkan matrik antar variabel.
- 4) Melakukan verifikasi, pengayaan, dan pendalaman data. Bila dalam persiapan analisis ternyata ditemukan data yang kurang lengkap atau kurang jelas, maka perlu dilakukan pengumpulan data lagi secara lebih

*commit to user*



fokus.

- 5) Melakukan analisis antar kasus dan dikembangkan sajian datanya bagi susunan laporan.
- 6) Merumuskan simpulan akhir sebagai temuan penelitian.
- 7) Merumuskan implikasi kebijakan sebagai bagian dari pengembangan saran dalam laporan akhir penelitian.

### I. Jadwal penelitian

No	Kegiatan	Juli	Agust	Sep	Okto	Nov	Des	Jan	Tgl	
1	Persiapan									Juli - Oktober 201
2	Pengumpulan Data								Nov - Des 2010	
3	Analisis								Jan-11	
4	Penyusunan Laporan								Jan-11	

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Gambaran Latar Penelitian

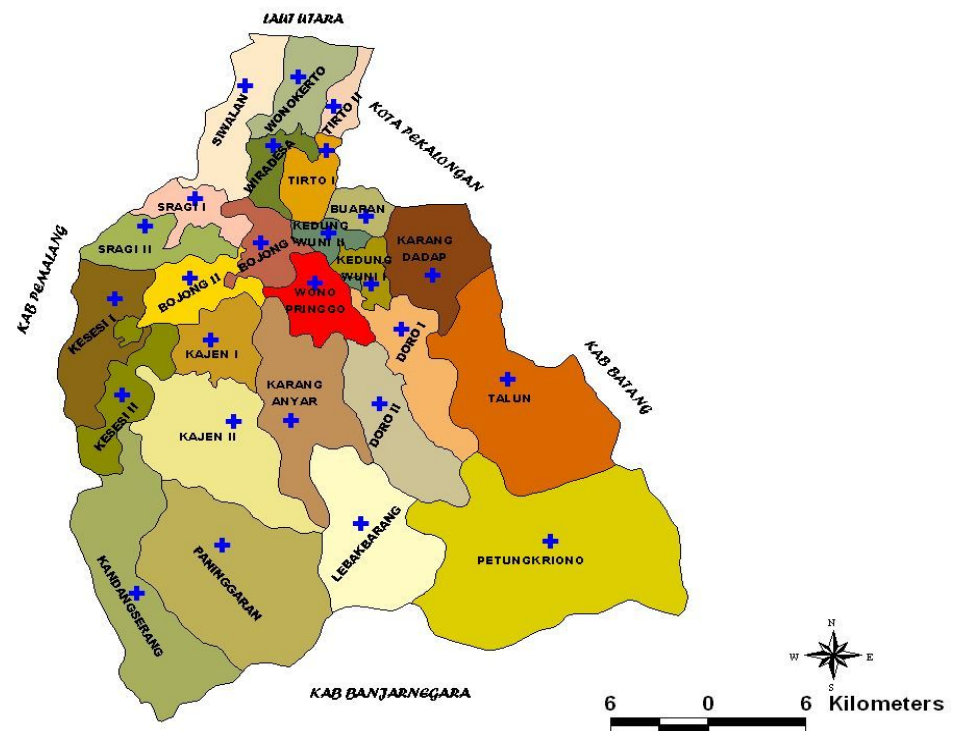
##### 1. Setting Lokasi Penelitian

Kabupaten Pekalongan termasuk wilayah Propinsi Jawa Tengah bagian Utara, tepatnya pada posisi :  $109^{\circ}49^1 - 109^{\circ}78^1$  Bujur Timur, dan  $6^{\circ}83^1 - 7^{\circ}23^1$  Lintang Selatan. Kabupaten Pekalongan memiliki ketinggian 4 dpl sampai dengan 1.294 meter di atas permukaan air laut (DPAL), sedangkan keadaan iklimnya tidak terlalu berbeda dengan rata-rata keadaan iklim di Jawa Tengah. Rata-rata curah hujannya adalah 2,950 mm per tahun.

Batas-batas administratif Kabupaten Pekalongan adalah sebagai berikut sebelah utara Laut Jawa dan Kota Pekalongan, sebelah timur Kabupaten Batang, sebelah selatan Kabupaten Banjarnegara dan Banyumas, sebelah barat Kabupaten Pemalang. Jarak dari Pekalongan ke beberapa kota sekitarnya, yaitu Semarang 105 km, Pemalang 32 km, dan Tegal 65 km.

Jumlah Penduduk Kabupaten Pekalongan pada tahun 2009 (DDA Kabupaten Pekalongan tahun 2009) sebesar 977.711 jiwa. Luas wilayah Kabupaten Pekalongan adalah sekitar  $836,13 \text{ km}^2$  dengan garis pantai sepanjang 9 km, maka rata-rata kepadatan penduduk di Kabupaten Pekalongan adalah sebesar  $1.169 \text{ jiwa/km}^2$ . Terdiri dari 19 Kecamatan yang meliputi 13 kelurahan dan 272 Desa, 6 merupakan desa Pantai dan 279 bukan desa pantai.

Tenaga medis yang berjumlah 127 berkedudukan 60 orang di Puskesmas, 62 di rumah sakit dan 5 orang di Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan keadaan tahun 2009. Sarana pelayanan kesehatan diantaranya rumah sakit umum, puskesmas perawatan, puskesmas non perawatan, puskesmas pembantu, puskesmas keliling, posyandu, polindes, PKD, rumah bersalin, balai pengobatan/klinik, apotik, toko obat, GFK, praktek dokter perorangan, praktek pengobatan tradisional. Jumlah terbesar praktek dokter perorangan 273 sarana, dan gudang farmasi kesehatan sejumlah 1 unit yang menyimpan seluruh pelengkap sarana kesehatan.



Gambar 1 Peta Kabupaten Pekalongan

## 2. Hasil Penelitian

Panduan wawancara yang digunakan meliputi bagaimana peranan bidan dalam pelaksanaan SDIDTK, kebijakan pemerintah daerah Kabupaten Pekalongan dalam Pelaksanaan SDIDTK dan hambatan – hambatan dalam pelaksanaan program SDIDTK serta upaya yang telah dilakukan untuk mengatasi kurangnya cakupan program SDIDTK, hasil wawancara dari beberapa informan dapat disajikan sebagai berikut :

- a) Mengenai peranan bidan / personil yang berperan dalam pelaksanaan SDIDTK di Kabupaten Pekalongan hampir semua informan menyatakan bahwa bidan telah melaksanakan perannya dengan baik sudah sesuai dengan tugas pokok fungsi yang telah ditentukan. Meskipun ada seharusnya ada peran dari pihak – pihak lain. Hal ini dapat disimak dari beberapa pendapat informan antara lain I 1 menyatakan :

“Bahwa bidan telah melakukan tugasnya sesuai dengan tupoksinya dengan baik namun ada beberapa kendala antara lain beban kerja bidan yang terlalu banyak menyebabkan keengganan / kurangnya waktu dalam pelaksanaan SDIDTK, hal ini didukung dengan tenaga ( bidan ) yang kurang mencukupi tidak hanya dari segi kuantitas tetapi juga dari kualitas yang harus terpenuhi mengingat prosedur SDIDTK yang cukup rumit sehingga dituntut kemampuan petugas dalam pendeteksian tumbuh kembang balita dan anak usia pra sekolah.” ( CL 1 hal 78 )

I 2 mengatakan : “Bahwa pelaksanaan program stimulasi dan deteksi dini tumbuh kembang balita dan anak usia pra sekolah di Kabupaten Pekalongan sudah dilaksanakan dengan baik, tetapi pelaksanaan di lapangan masih belum optimal. Peran bidan sangat penting karena sampai saat ini pelaksanaan SDIDTK oleh bidan berjalan baik, hanya saja karena tugas bidan sangat banyak sehingga pelaksanaan SDIDTK kurang optimal.” ( CL 2 hal 80 )

Pelaksana program pemerintah tentang SDIDTK tidak hanya bidan walaupun dalam pelaksanaannya bidan sebagai ujung tombak. Dalam hal ini yang dapat berperan mendukung pelaksanaan program tersebut seperti dokter, perawat, guru, kader, masyarakat serta peran serta orang tua. Hal ini disampaikan oleh Informan 3 :

“Sampai saat ini di lapangan SDIDTK seakan – akan menjadi tanggung jawab bidan saja. Sebetulnya semua pihak harus saling mendukung demi terlaksananya program SDIDTK dengan baik, pihak yang harus mendukung antara lain :Satu Orang tua karena orang tua adalah orang yang paling mengetahui kebutuhan anaknya,yang kedua Kader dan tokoh masyarakat karena mereka merupakan orang yang sangat berpengaruh di wilayahnya sehingga memudahkan pelaksanaan SDIDTK, tiga Guru TK lebih mudah mengkoordinir, mendeteksi dan mengarahkan orang tua anak usia pra sekolah dalam upaya pelaksanaan SDIDTK, kemudian Bidan selaku tenaga kesehatan sebagai rujukan pelayanan SDIDTK dan kalau di puskesmas bidan hampir seperti keranjang sampah karena semuanya bidan.” ( CL 3 hal 85 )

Berdasar pernyataan Informan 11 tidak hanya bidan , tenaga kesehatan lain, masyarakat, kader, dan orang tua serta guru akan tetapi menyamakan persepsi mengenai materi yang digunakan untuk pelaksanaan SDIDTK baik yang digunakan guru dari Dikpora ataupun bidan dari Dinas Kesehatan. Informan 11 mengatakan :

“Guru TK memang juga melakukan deteksi tumbuh kembang, namun sejauh ini materi yang di berikan dari institusi berbeda : bidan dari Dinas Kesehatan, guru TK dari Dikpora, sejauh ini saya secara pribadi tidak tahu apakah format yang di pakai sama atau tidak.” ( CL 11 hal 109 )

- b) Kebijakan pemerintah daerah dalam melaksanakan program pemerintah pusat yang mendukung dalam pelaksanaan SDIDTK tumbuh kembang balita dan usia anak pra sekolah antara lain :

Ada beberapa informasi yang di sampaikan oleh Informan berkaitan dengan kebijakan yang di ambil pemerintah daerah dalam melaksanakan program deteksi dini, yaitu dalam pelaksanaannya sesuai dengan juknis / protap Pusat melalui Dinkes provinsi Jawa Tengah. Dan ditentukan skala prioritasnya dalam pelaksanaannya yang lebih urgen guna mendukung program SDIDTK. Hal tersebut terlihat dalam pernyataan Informan 1 dan 2 sebagai berikut :

Informan 1 mengatakan :

“ Pemerintah daerah dalam hal ini adalah melalui Dinas Kesehatan dalam melaksanakan Stimulasi deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang anak melaksanakan sesuai dengan protap / juklak dari Dinas Kesehatan Provinsi dalam hal ini adalah Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Dimana kebijakan dari Provinsi itu juga merupakan pelaksanaan dari kebijakan yang ada di pusat yaitu dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan akan berubah mengikuti kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah pusat.”  
( CL 1 hal 75 )

Informan 2 mengatakan :

“ Tetap melaksanakan sesuai dengan kebijakan dari provinsi antara lain dengan menentukan skala prioritas program mana yang lebih urgen dilaksanakan yang memungkinkan mendukung program SDIDTK.” ( CL 2 hal 81 )

Di lahan ada beberapa kebijakan yang mendukung program SDIDTK antara lain dengan adanya program BKB ( Bina Keluarga Balita ), pelatihan SDIDTK pada bidan dan tenaga kesehatan lain



yang berperan dalam SDIDTK, dan digunakannya KKA ( Kartu Kembang Anak ). Hal ini di ungkapkan oleh Informan 4 :

“ Kebijakan yang mendukung adanya pelatihan SDIDTK, adanya BKB ( Bina Keluarga Balita ), dan Penggunaan KKA ( Kartu Kembang Anak ).” ( CL 4 hal 89 )

Hal senada juga di ungkapkan oleh Informan 3 :

“ Sebenarnya telah dilaksanakan pelatihan SDIDTK bagi bidan yang pelaksanaannya sesuai dengan program dari dinkes kabupaten, namun masih di harapkan kerjasama dengan guru TK, kader kesehatan, tokoh masyarakat untuk melaksanakan program SDIDTK, perlu penjadwalan pelaksanaan SDIDTK di lapangan sehingga kegiatan SDIDTK dapat dilaksanakan secara serempak dan tidak memberatkan atau dor to dor tapi kadang karena sudah terlalu sore bidan tidak sempat.” ( CL 3 hal 85 )

Kebijakan pemerintah daerah dalam hal ini adalah Dinkes Kabupaten lebih bisa menerapkan kerjasama lintas sektoral sehingga tidak hanya bidan saja sebagai pelaksanaannya, akan tetapi ada peran dari pihak lain yang signifikan. Reponden 12 mengungkapkan :

“ Pada dasarnya program SDIDTK di Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan sudah dilaksanakan di tingkat Kabupaten dengan baik, tetapi di tingkat Puskesmas meskipun tidak semua pelaksanaannya belum optimal lebih – lebih untuk lintas sector tidak tampak.” ( CL 12 hal 112 )

- c) Hambatan – hambatan dalam pelaksanaan stimulasi deteksi dini dan stimulasi tumbuh kembang balita dan anak usia prasekolah di Kabupaten Pekalongan. Dari wawancara yang telah dilakukan pada semua informan dapat disajikan sebagai berikut :

Pelaksanaan SDIDTK mengalami hambatan seperti tenaga ( SDM ) masih terbatas dari segi kualitas karena belum semua telah dilatih untuk SDIDTK, sarana prasarana, dan dana masih belum

mencukupi / masih minim dalam pelaksanaannya. Hal ini didasarkan atas pernyataan Informan 1, bahwa:

“ Tenaga yang khususnya dilatih SDIDTK (SDM), walaupun semua desa sudah terdapat bidan desa akan tetapi yang khusus dilatih mengenai SDIDTK baru beberapa, termasuk dokter. Padahal untuk pelaksana bisa juga dokter, walaupun ada baru sebagian kecil yang sudah dilatih. Sehingga implementasi di lapangan belum maksimal, kemudian sarana prasarana terbatas baru beberapa puskesmas yang mempunyai peralatan sederhana untuk peralatan deteksi dini tumbuh kembang anak (dengan mimik wajah ragu – ragu). Dari segi pendanaan tahun 2009 yang di dapatkan dinas kesehatan dari pemda belum mencukupi / masih minim untuk pelaksanaan SDIDTK. Akan tetapi walaupun dari tiga hal, yaitu tenaga, pendanaan, dan sarana prasarana belum maksimal dilakukan integrasi tetap dilaksanakan khususnya pada pendataan nanti bekerjasama dengan PAUD, karena hampir di semua desa sudah ada PAUD / rata – rata satu desa sudah ada satu PAUD dan yang melaksanakan adalah bidan desa bekerjasama dengan kader dan guru PAUD. Pelaksanaan deteksi dini dengan menggunakan buku KIA (sambil menunjukkan buku KIA terbaru) dan format yang digunakan mudah yang pelaksanaannya di ikutkan pada saat ada Posyandu, PAUD sehingga tidak membutuhkan biaya dan juga melibatkan kader. Kemudian di lihat di buku KIA kalau ada gangguan bicara, stimulasi gerak cepat di konsulkan dengan dokter yang ada di puskesmas akan tetapi rumit sehingga perlu waktu khusus untuk melakukan SDIDTK di lain pihak beban kerja yang banyak, hal ini menyebabkan keengganan melaksanakan SDIDTK. “( CL 1 hal 76 )

Hal yang hampir sama juga di ungkapkan oleh Informan berikut ini akan tetapi ada beberapa tambahan lain, yaitu Tenaga / SDM kuantitas mencukupi tetapi secara kualitas belum, bahwa prosedur SDIDTK rumit, beban kerja bidan yang sangat banyak sehingga overload, biaya belum mencukupi, sarana prasarana masih terbatas, format tidak terlalu sulit tetapi hal yang harus di laporkan banyak, dan peran serta masyarakat yang masih kurang. Informan 2 mengungkapkan : *commit to user*

“ Hal – Hal Yang Menyebabkan Hambatan Tersebut Adalah :  
Tenaga / sdm tidak ada masalah atau mencukupi secara kuantitas dan bidan desa yang ada Di Kabupaten Pekalongan sudah D III semua. Akan tetapi secara kualitas meskipun telah dilaksanakan sosialisasi dan pelatihan (walaupun belum semua) harus terpenuhi mengingat prosedur SDIDTK yang cukup rumit sehingga Di tuntutan kemampuan petugas dalam pendeteksian tumbuh kembang pada balita dan apras ( Anak Pra Sekolah ), Di Kabupaten Pekalongan secara kuantitas jumlah bidan yang merupakan ujung tombak pelaksana program telah memenuhi tetapi beban kerja yang overload sehingga menjadi kendala dalam pelaksanaan SDIDTK. Sehingga bidan disebut menteri kesehatan desa ( Dengan Nada Bergurau ) kemudian beban kerja yang terlalu banyak menyebabkan keengganan / kurangnya waktu dalam pelaksanaan SDIDTK, hal ini disebabkan karena hampir semua program yang ada menjadi tanggung jawab bidan selaku penanggungjawab desa, peran serta masyarakat untuk membawa anaknya ke posyandu untuk dilakukan SDIDTK. Jadi tahunya kalau mau ke posyandu cuma mau imunisasi, menimbang, dan mendapat PMT tidak tahu sdidtk kalau perkembangan anaknya di skrining ada kelainan atau tidak. Akan tetapi dapat di jaring melalui PAUD tetapi berbeda kalau dulu mereka datang sendiri ke Puskesmas sekarang bidan / Puskesmas yang harus datang ke PAUD / TK, biaya juga sangat berpengaruh terhadap keberhasilan suatu program, idealnya apabila balita / anak prasekolah yang tidak di bawa ke posyandu bidanlah yang bertanggungjawab mendatangi ke keluarga balita / anak prasekolah tersebut untuk melakukan SDIDTK karena belum adanya anggaran yang di alokasikan secara khusus untuk kegiatan tersebut. Dulu ada 5 tahun ada dari dau dianggarkan setiap posyandu harus ada anggaran khusus untuk SDIDTK lalu sarana penunjang SDIDTK yang masih belum optimal dan formatnya tidak terlalu sulit akan tetapi terlalu banyaknya yang harus di laporkan di lain pihak beban kerja yang banyak.” ( CL 2 hal 80 )

Menurut Informan lain Petugas sendiri belum menyadari betul pentingnya SDIDTK bagi balita dan apras. Kenyataan di lapangan untuk pelaksanaan SDIDTK seakan – akan menjadi tanggung jawab bidan. Tugas bidan yang sangat banyak sehingga untuk melaksanakan SDIDTK kalau ada kesempatan saja. SDIDTK

memerlukan waktu yang relative lama sehingga perlu waktu khusus.

Informan 3 mengungkapkan :

“ Beberapa hal yang menjadi kendala pelaksanaan program adalah petugas sendiri belum menyadari betul pentingnya SDIDTK bagi balita dan apras, kedua kenyataan di lapangan untuk pelaksanaan SDIDTK seakan – akan menjadi tanggung jawab bidan, tugas bidan yang sangat banyak sehingga untuk melaksanakan SDIDTK kalau ada kesempatan saja, dan SDIDTK memerlukan waktu yang relative lama sehingga perlu waktu khusus.” ( CL 3 hal 85 )

Tenaga kesehatan tidak mungkin melaksanakan sendiri karena jumlahnya banyak. Alat yang digunakan kurang memadai masih seadanya / kurang memadai. Administrasi yang terlalu rumit, dan hanya dilaksanakan pada balita yang membutuhkan penanganan.

Informan 4 mengatakan :

“ Tenaga tidak mungkin dilaksanakan sendiri karena jumlahnya banyak, alat yang digunakan kurang memadai masih seadanya / kurang memadai, administrasi yang terlalu rumit, dilaksanakan pada balita yang membutuhkan penanganan.” ( CL 4 hal 89 )

Pernyataan yang hampir senada juga di ungkapkan oleh beberapa Informan pada kendala dalam pelaksanaan program SDIDTK di lapangan adalah Kurangnya tenaga di lapangan ( bidan di desa bekerja sendiri dengan banyak program sehingga tidak bisa mengambil waktu khusus ). Tidak tersedianya dana untuk pelatihan bagi tenaga yang bisa membantu SDIDTK ( kader dan guru TK ). Tidak tersedianya alat bantu SDIDTK yang sesuai standart di masing – masing desa / posyandu.

Informan 11 :

*commit to user*

“ Kurangnya tenaga di lapangan ( bidan di desa bekerja sendiri dengan banyak program sehingga tidak bisa mengambil waktu khusus ), tidak tersedianya dana untuk pelatihan bagi tenaga yang bisa membantu SDIDTK ( kader dan guru TK ), tidak tersedianya alat bantu SDIDTK yang sesuai standart di masing – masing desa / posyandu.” ( CL 11 hal 108 )

Informan 7 :

“ Sudah dilaksanakan tapi belum optimal sehingga belum semua balita terdeteksi, di prioritaskan pada balita yang memerlukan penanganan. Memerlukan waktu khusus. APE terbatas dan administrasi terlalu rumit.” ( CL 7 hal 98 )

- d) Upaya yang telah dilakukan untuk mengatasi kurangnya cakupan SDIDTK balita dan usia pra sekolah antara lain :

Upaya yang telah dilakukan untuk mengatasinya Pada saat rapat pembinaan bidan dilakukan sosialisasi SDIDTK, walaupun tidak ada dana khusus. Sekarang sudah mulai di sosialisasikan kelas ibu balita dan kelas ibu hamil. Bekerjasama dengan PAUD, Posyandu, dan ibu – ibu balita di anjurkan untuk membawa buku KIA bersama – sama dengan kader dan bidan bedah buku. Penganggaran dari pemda untuk pelatihan SDIDTK dan mencukupi alat penunjang untuk SDIDTK. Informan 1 mengungkapkan, bahwa:

“ Pada saat rapat pembinaan bidan dilakukan sosialisasi SDIDTK, walaupun tidak ada dana khusus. Yang baru saja dilaksanakan pada tahun 2010 adalah pembinaan pada 300 bidan desa, memang itu tidak semua bidan desa. Yang pelaksanaannya memakai dana pembinaan desa. Tahun kedepannya di sosialisasikan dan sekarang sudah mulai di sosialisasikan kelas ibu balita dan kelas ibu hamil. Nantinya juga bekerjasama dengan PAUD, Posyandu, dan ibu – ibu balita di anjurkan untuk membawa buku KIA bersama – sama dengan kader dan bidan bedah buku membaca bagaimana perkembangan anak dari usia nol, sampai lima tahun karena ternyata buku KIA setelah di rumah tidak di baca oleh ibu – ibu. Penganggaran dari pemda untuk pelatihan SDIDTK tidak hanya untuk bidan tapi juga untuk dokter. Mencukupi sedikit demi sedikit



dan mencukupi dari tenaga dokter spesialis di rumah sakit sebagai tempat rujukan. Melaksanakan pelatihan untuk bidan , dokter, dan perawat dan mencukupi alat penunjang untuk SDIDTK. “( CL 1 hal 77 )

Dilaksanakan pelatihan sederhana kepada guru TK dan kader kesehatan dengan mengenalkan KKA ( Kartu Kembang Anak ) yang lebih sederhana dari format SDIDTK di harapkan dengan format KKA yang sederhana akan memudahkan kader dan guru TK dalam melakukan deteksi tumbuh kembang pada balita dan usia pra sekolah, selain itu KKA juga dilampirkan pada buku KIA yang sudah diberikan pada ibu hamil diharapkan ibu dan keluarga dapat memberikan stimulasi dan deteksi dini tumbuh kembang anaknya sejak dini sehingga keterlambatan tumbuh kembang anak bisa diminimalisasikan. Informan 3 mengungkapkan :

“ Sudah dilakukan pelatihan sederhana kepada guru TK dan kader kesehatan dengan mengenalkan KKA ( Kartu Kembang Anak ) yang lebih sederhana dari format SDIDTK di harapkan dengan format KKA yang sederhana akan memudahkan kader dan guru TK dalam melakukan deteksi tumbuh kembang pada balita dan usia pra sekolah, selain itu KKA juga dilampirkan pada buku KIA yang sudah diberikan pada ibu hamil diharapkan ibu dan keluarga dapat memberikan stimulasi dan deteksi dini tumbuh kembang anaknya sejak dini sehingga keterlambatan tumbuh kembang anak bisa diminimalisasikan.” ( CL 3 hal 87 )

Sudah dilaksanakan pelatihan SDIDTK untuk tingkat guru TK dan kader dengan alat bantu yang disesuaikan. Walaupun demikian hambatannya tetap ada bahwa SDIDTK adalah tanggung jawab dan tugas bidan jadi mereka kurang melaksanakan dengan optimal. Hal ini diungkapkan informan 12 :



“ Sudah dilaksanakan pelatihan SDIDTK untuk tingkat guru TK dan kader dengan alat bantu yang disesuaikan. Walaupun demikian hambatannya tetap ada bahwa SDIDTK adalah tanggung jawab dan tugas bidan jadi mereka kurang melaksanakan dengan optimal.” ( CL 12 hal 114 )

Dengan dilakukannya sosialisasi dan pelatihan bidan mengenai SDIDTK dan sosialisasi pada masyarakat tentang SDIDTK dan mengubah anggapan bahwa SDIDTK hanya tugas dan tanggungjawab petugas kesehatan. Informan 10 menjelaskan:

“ Dilakukannya sosialisasi dan pelatihan bidan mengenai SDIDTK dan sosialisasi pada masyarakat tentang SDIDTK dan mengubah anggapan bahwa SDIDTK hanya tugas dan tanggungjawab petugas kesehatan.” ( CL 10 hal 107 )

## **B. Temuan Lain**

### **1. Format yang digunakan di lahan**

- a) Selain peran bidan dalam hal ini kader dan tenaga kesehatan serta guru lain juga ikut berperan namun sejauh ini materi yang di berikan antara Dikpora untuk guru dan dari Dinkes untuk bidan tidak sama.

Informan 11 mengungkapkan pernyataannya sebagai berikut :

“ Guru TK memang juga melakukan deteksi tumbuh kembang, namun sejauh ini materi yang di berikan dari institusi berbeda : bidan dari Dinas Kesehatan, guru TK dari Dikpora, sejauh ini saya secara pribadi tidak tahu apakah format yang di pakai sama atau tidak.” ( CL 11 hal 109 )

b) Format yang di pakai di lahan menggunakan KKA ( Kartu Kembang Anak ) karena format yang ada terlalu rumit dan kurang simple meskipun bisa dilakukan.

“ Bisa dilakukan tapi kurang simple, di lahan disiasati memakai Kartu Kembang Anak ( KKA ).

### C. Pembahasan

Setelah melakukan analisis data yang didapatkan dengan model analisis interaktif dapat diketahui bahwa :

#### 1. Personil yang berperan / peranan bidan dalam SDIDTK

Personil yang berperan dalam pelaksanaan SDIDTK adalah bidan sebagai pelaksana utamanya dan sesuai dengan tupoksinya. Hal ini sesuai dengan pendapat Soepardan ( 2007 ) yang mengatakan bahwa bidan dikenal sebagai professional yang bertanggungjawab yang bekerja sebagai mitra perempuan dalam memberikan dukungan yang diperlukan, asuhan dan saran selama kehamilan, periode persalinan dan postpartum, melaksanakan pertolongan persalinan di bawah tanggung jawabnya sendiri, serta memberikan perawatan pada bayi baru lahir dan bayi.

Meskipun sebenarnya tidak hanya bidan saja yang berperan akan tetapi bekerjasama dengan masyarakat serta keluarga. Hal ini sesuai dengan buku Pedoman Pelaksanaan SDIDTK dalam Kemenkes RI ( 2010 ) mengatakan bahwa Kegiatan stimulasi, deteksi dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita yang menyeluruh dan

terkoordinasi diselenggarakan dalam bentuk kemitraan antara keluarga, masyarakat dengan tenaga profesional.

Dalam program pemerintah juga diperlukan kerjasama lintas sektor yaitu dengan rekan sejawat seperti dokter umum, dokter SpA, dan perawat. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Handoko ( 2009 ) bahwa untuk meningkatkan kualitas pelayanan perlu adanya peningkatan kemampuan tenaga medis dalam bidang kesehatan dalam memperhatikan faktor koordinasi dan mampu bekerjasama dengan rekan kerja.

2. Kebijakan pemerintah daerah dalam melaksanakan program pemerintah pusat

Pemerintah daerah dalam hal ini adalah Dinas Kesehatan Kabupaten melaksanakan program SDIDTK sesuai protap / juknis dari pusat melalui provinsi. Kebijakan yang dilaksanakan ini sesuai dengan Peraturan pemerintah Nomor 25 tahun 2000 tentang Kewenangan pemerintah dan kewenangan provinsi sebagai daerah otonom dalam dephut ( 2010 ), menyebutkan bahwa peran pemerintah pusat di era desentralisasi ini lebih banyak bersifat menetapkan kebijakan makro, melakukan standarisasi, supervise, monitoring, evaluasi, pengawasan dan pemberdayaan ke daerah sehingga otonomi dapat berjalan optimal.

Dalam Undang – undang Nomor 32 tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah dalam Mahkamah Agung ( 2004 ) telah menetapkan bidang kesehatan merupakan salah satu urusan wajib yang harus dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota. Penyelenggaraan. Pelaksanaan

program dilaksanakan sesuai dengan program dari provinsi akan tetapi dalam pelaksanaannya dilaksanakan pengembangan sesuai dengan kondisi yang ada dan sesuai skala prioritas yang di hadapi.

3. Dalam pelaksanaan SDIDTK di Kabupaten Pekalongan ada beberapa hambatan – hambatan yang menyebabkan kurangnya cakupan program tersebut.

Hambatan yang dihadapi dalam pelaksanaan SDIDTK yaitu SDM kuantitas mencukupi akan tetapi secara kualitas belum baik. Menurut Simamora ( 2008 ) hasil kerja karyawan yang baik dari segi kualitas maupun kuantitas berdasarkan standar kerja yang telah di tentukan.

Beban kerja bidan di puskesmas yang banyak yaitu melaksanakan 9 tugas dan fungsi pokoknya antara lain: Melaksanakan asuhan kebidanan kepada ibu hamil (*Ante Natal Care*), melakukan asuhan persalinan fisiologis kepada ibu bersalin (*Post Natal Care*), menyelenggarakan pelayanan terhadap bayi baru lahir (kunjungan neanatal), mengupayakan kerjasama kemitraan dengan dukun bersalin di wilayah kerja puskesmas, memberikan edukasi melalui penyuluhan kesehatan reproduksi dan kebidanan, melaksanakan pelayanan Keluarga Berencana (KB) kepada *wanita usia subur* (WUS), melakukan pelacakan dan pelayanan rujukan kepada ibu hamil risiko tinggi (*bumil risti*), mengupayakan diskusi *audit maternal perinatal* (AMP) bila ada kasus kematian ibu dan bayi, dan melaksanakan mekanisme pencatatan dan pelaporan terpadu pelayanan puskesmas.

Tugas dan beban kerja yang banyak tersebut yang menyebabkan pelaksanaan program pemerintah tidak terlaksana dengan baik. Menurut Sugianto dalam Setiawan ( 2007 ) Pekerja yang mempunyai beban kerja yang berlebihan akan menurunkan produktifitas dan kualitas hasil kerja dan ada kemungkinan dalam pelaksanaan pekerjaan tidak tepat waktu, kurang memuaskan dan mengakibatkan kekecewaan dengan hasil yang diharapkan.

Pada pelaksanaannya tidak ada biaya / anggaran secara khusus dari pemerintah. Anggaran di dapat dari DAK untuk keseluruhan kegiatan dinas kesehatan. Dana yang didapatkan dari DAK tersebut dapat untuk membiayai kegiatan yang ada kaitannya dengan SDIDTK yaitu pelatihan untuk bidan, akan tetapi belum semua bidan hanya perwakilan dari setiap puskesmas karena anggaran dana yang terbatas.

Hal tersebut berdasarkan data dari Dinkes Kabupaten Pekalongan ( 2009 ) bahwa anggaran kesehatan di Kabupaten Pekalongan pada tahun 2009 bersumber pada APBD Kabupaten Pekalongan dan APBN. APBD Tahun 2009 mengalokasikan dana Rp.53.091.709.000,00 termasuk Dana Alokasi Khusus Bidang kesehatan. Sedangkan dari APBN yang terdiri dari Dana Alokasi Khusus (DAK) sebesar Rp.7.439.000.000,00 dan dana Jamkesmas sebesar Rp. 4.752.804.000,-

Sarana prasarana / alat yang masih sangat terbatas juga menyebabkan hambatan pelaksanaan program SDIDTK. Menurut Sota ( 2003 ) dalam penelitiannya salah satu faktor pendukung yang tidak

boleh dilupakan dalam pelayanan adalah faktor sarana atau alat dalam pelaksanaan tugas pelayanan. Sarana yang dimaksud di sini adalah segala jenis peralatan, perlengkapan kerja dan fasilitas lain yang berfungsi sebagai alat utama / pembantu dalam pelaksanaan pekerjaan.

Format yang digunakan di lahan masih terlalu banyak dan rumit untuk pelaksanaan program belum praktis. Menurut penelitian tentang kinerja Bidan Desa oleh Syafani ( 2010 ) bahwa format yang praktis dan ringkas dapat mempermudah kerja bidan di lahan.

4. Berbagai macam upaya telah dilakukan oleh pemerintah daerah dalam hal ini adalah Dinas Kesehatan untuk mengatasi kurangnya cakupan SDIDTK.

Pada pelaksanaan program tersebut dengan mengupayakan adanya sosialisasi dan pelatihan baik untuk tenaga kesehatannya maupun kader. Menurut Handoko ( 2009 ) dalam penelitiannya menyatakan bahwa untuk meningkatkan kualitas pelayanan adalah melalui peningkatan keahlian tenaga medis.

Kerjasama berbagai pihak baik tenaga kesehatan, kader, guru, masyarakat. Hal ini sesuai dengan Kemenkes RI ( 2010 ) yaitu kegiatan SDIDTK yang menyeluruh dan terkoordinasi diselenggarakan dalam bentuk kemitraan antara keluarga, masyarakat ( kader, tokoh masyarakat ) dengan tenaga profesional ( tenaga kesehatan, pendidikan, sosial ) akan meningkatkan kualitas tumbuh kembang.



Dalam pelaksanaan program pemerintah tersebut terdapat peranan kader. Yang dalam pelaksanaannya telah di upayakan untuk mendapatkan insentif bagi kader, walaupun tidak ada anggaran secara khusus dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan. Dana insentif tersebut di dapatkan dari swadaya masing – masing puskesmas. Sehingga insentif bagi kader ini dari segi nominal memang tidak banyak hanya sebagai pengganti transport saja. Dan tidak di pungkiri lagi bahwa kader banyak membantu bidan dalam melaksanakan tugas dan programnya. Sehingga insentif ini diberikan sebagai penghargaan bagi kader, walupun belum bisa dikatakan cukup.

Menurut Gibson ( 1995 ) Jika karyawan melihat bahwa kerja keras dan kinerja yang unggul dan diberikan imbalan oleh organisasi, mereka mengharapkan hubungan seperti itu akan terus berlanjut di masa depan, oleh karena itu mereka akan menentukan tingkat kinerja yang lebih tingi dan mengharapkan tingkat kompensasi yang tinggi pula.

Format yang ada yaitu Kuesioner Pra Skrinning Perkembangan ( KPSP ), Tes Daya Lihat ( TDL ), dan Tes Daya dengar ( TDD ) mudah di pahami akan tetapi dalam pelaksanaannya masih terlau rumit dan menyita waktu yang banyak, di lahan disiasati memakai Kartu Kembang Anak ( KKA ). Kemenkes RI ( 2010 ) menyatakan Pembinaan tumbuh kembang anak memerlukan perangkat instrument untuk stimulasi, deteksi dan intrevensi dini penyimpangan tumbuh kembang termasuk format rujukan kasus dan pencatatan, – pelaporan kegiatan. Pelbagai metoda

stimulasi dan deteksi dini telah banyak di kembangkan oleh para ahli dan lintas sektor terkait.



## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN IMPLIKASI**

#### **A. Kesimpulan**

1. Bidan merupakan pelaksana utama dalam pelaksanaan SDIDTK pada kebijakan pemerintah daerah Kabupaten Pekalongan.
2. Pemerintah daerah Kabupaten Pekalongan melaksanakan sesuai program dari pusat dengan pengembangannya yaitu menyelenggarakan pelatihan – pelatihan dan menyediakan APE untuk menunjang program.
3. Besarnya jumlah sasaran, beban kerja pada bidan, format yang belum praktis, tidak ada anggaran secara khusus, belum ada kerjasama lintas sektor merupakan hambatan dalam pelaksanaan program.
4. Upaya untuk menunjang program yaitu dengan mengadakan pelatihan, mengoptimalkan peran kader, memaksimalkan Sbuku KIA dan mengenalkan KKA ( Kartu Kembang Anak ) yang lebih sederhana kepada kader dan guru.

#### **B. Implikasi dan Rekomendasi**

Dengan memperhatikan hasil tersebut maka masalah tersebut dapat berimplikasi pada beberapa aspek bila tidak ditangani oleh pihak – pihak tertentu, oleh sebab itu perlu diuraikan implikasi dan rekomendasi, yaitu :

##### **1. Implikasi**

- a. Pelaksanaan stimulasi deteksi dini tumbuh kembang anak sebagai langkah awal akan memberikan kontribusi positif yaitu dapat meminimalisasikan angka keterlambatan perkembangan balita dan

*commit to user*

anak usia pra sekolah dan menurunkan angka ketidaksesuaian pertumbuhan anak di bandingkan dengan usianya.

- b. Peran bidan, dengan kesadaran seluruh pihak yang terkait dapat mengurangi beban kerja bidan sehingga dapat memberikan pelayanan lebih berkualitas sesuai dengan tupoksinya.
- c. Pembuat kebijakan, dengan hasil penelitian ini dapat dijadikan suatu evaluasi. Sebagai tindak lanjut dapat dilakukan kerjasama lintas sektoral dengan menyamakan persepsi dan pembagian wewenang yang jelas sehingga strategi pencapaian program dapat dilaksanakan dengan lebih efektif dan efisien.

## 2. Rekomendasi

- a. Untuk pemerintah dapat meningkatkan sarana prasarana, melakukan evaluasi keefektifan strategi, memberikan bekal pengetahuan pada pihak – pihak lain yang berperan, dan memberikan penghargaan yang sesuai dengan tugas yang dilaksanakan oleh petugas.
- b. Untuk orang tua, masyarakat, kader, dan tokoh masyarakat. Lebih berperan aktif dalam setiap kegiatan / program pemerintah.
- c. Bidan selaku penanggungjawab program mampu memberdayakan fungsi kader kesehatan dalam program posyandu dan bina keluarga balita.