

# BOOK CHAPTER OF CHILD

Volume 2, Nomor 1, Oktober 2025



# BOOKCHAPTER OF CHILD

Anggie Diniayuningrum, S.Keb, Bd, M.Keb

Norlaila Sofia, S.Si.T.,M. Keb

Ns. Ni Kadek Sriasih.,S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.An

Brivian Florentis Yustanta, SST., Bdn., M.Kes

Mardiana, S. Kep. Ns., M. Kep



PT Nuansa Fajar Cemerlang

## Book Chapter Child

Nama Jurnal : Book Chapter Of Child  
 Volume & Nomor : Volume 2, Nomor 1, Oktober 2025  
 ISSN : 3063-9638  
 Tahun Terbit : 2025  
 Jumlah halaman : 110 Halaman  
 Ukuran Book Chapter : A4

1. Masalah Gizi Pada Anak
2. Stimulasi Tumbuh Kembang Anak Usia Dini di Rumah Perawatan Paliatif Pada Penderita Hipertensi
3. Teknik Komunikasi dalam Keperawatan Anak: Pendekatan Berdasarkan Tahapan Usia
4. Toilet Training Anak Usia Dini
5. Terapi Komplementer Dalam Keperawatan Anak

*Copy Editor* : Luthfi Kurniawan  
*Proofreader* : Luthfi Kurniawan  
 Penata Isi : Luthfi Kurniawan  
 Desainer Sampul : Luthfi Kurniawan

**Hak Cipta Dilindungi oleh Undang-Undang**

**Copyright © 2025**

**Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang**



Jurnal ini diterbitkan di bawah lisensi **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)**.

Lisensi ini mengizinkan berbagi, menyalin, mendistribusikan karya turunan untuk penggunaan nonkomersial, dengan atribusi yang sesuai dan lisensi yang sama.

Informasi lebih lanjut: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



Diterbitkan oleh:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F, Jl. S. Parman Kav 22-24, Kecamatan Palmerah,  
 Kota Jakarta Barat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 10340

*Email:* [artikeloptimal@gmail.com](mailto:artikeloptimal@gmail.com)

*Website:* [nuansafajarcemerlang.com](http://nuansafajarcemerlang.com)

# DAFTAR ISI

DAFTAR ISI .....	iii
PENGANTAR PENERBIT .....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
PRAKATA.....	vii
<b>BAB I Masalah Gizi Pada Anak.....</b>	<b>1</b>
A. Status Gizi Pada Anak.....	1
B. Stunting .....	4
C. Wasting .....	13
D. Overweight dan Obesitas.....	19
Referensi.....	27
<b>BAB II Stimulasi Tumbuh Kembang Anak Usia Dini di Rumah .....</b>	<b>30</b>
A. Pendahuluan .....	30
B. Konsep Dasar Tumbuh Kembang Anak Usia Dini .....	31
C. Peran Keluarga dalam Stimulasi Tumbuh Kembang .....	34
D. Strategi dan Bentuk Stimulasi di Rumah.....	37
E. Pemantauan dan Evaluasi Tumbuh Kembang Anak.....	43
F. Peran Tenaga Kesehatan dalam Mendukung Stimulasi di Rumah .....	46
G. Inovasi Digital dalam Pemantauan dan Stimulasi Tumbuh Kembang .....	47
H. Kesimpulan/Penutup .....	49
Referensi.....	50
<b>BAB III Teknik Komunikasi dalam Keperawatan Anak: Pendekatan Berdasarkan Tahapan Usia .....</b>	<b>59</b>
A. Konsep Dasar Komunikasi Anak.....	59
B. Komunikasi Umum dalam Keperawatan Anak.....	62
C. Komunikasi Verbal dan Non Verbal.....	64
D. Komunikasi dengan Bayi (0-1 tahun) .....	65
E. Komunikasi dengan Balita (1-3 tahun) .....	67
F. Komunikasi dengan Anak Pra-Sekolah (3-6 tahun).....	68
G. Komunikasi dengan Anak Sekolah (6-12 tahun) .....	69
H. Komunikasi dengan Remaja (12-18 tahun) .....	70
I. Cara Berkomunikasi dengan Orang Tua dalam Keperawatan Anak .....	71
J. Komunikasi lintas budaya dalam Keperawatan Anak .....	72
K. Kesimpulan .....	72

Referensi.....	74
<b>BAB IV Toilet Training Anak Usia Dini .....</b>	<b>76</b>
A. Definisi Toilet Training.....	76
B. Sejarah dan Evoulsi Konsep Toilet Training.....	76
C. Teori Perkembangan yang Mendasari Toilet Training .....	77
D. Tujuan dan Prinsip Toilet Training .....	77
E. Tahapan Toilet Training Pada Anak .....	78
F. Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Toilet Training .....	78
G. Aspek Biologis dalam Toilet Training pada Anak Usia Dini.....	79
H. Aspek Psikologis dalam Toilet Training pada Anak Usia Dini.....	80
I. Aspek Sosial dalam Toilet Training pada Anak Usia Dini.....	81
J. Strategi Pendekatan Toilet Training.....	82
K. Teknik dan Langkah Praktis Toilet Training.....	83
L. Pedoman AAP (American Academy of Pediatrics) Tentang Toilet Training .....	83
M. Peran Orang Tua dan Pengasuh dalam Proses Toilet Training.....	84
N. Media dan Alat Bantu dalam Toilet Training .....	84
O. Waktu Ideal dan Tanda Kesiapan Memulai Toilet Training.....	84
P. Indikator Keberhasilan Toilet Training Pada Anak Usia Dini.....	85
Q. Instrumen Penilaian Toilet Training.....	86
R. Peran Bidan dalam Edukasi Toilet Training.....	87
S. Kesalahan Umum dan Cara Mengatasinya.....	88
T. Penutup.....	88
Referensi.....	90
<b>BAB V Terapi Komplementer Dalam Keperawatan Anak.....</b>	<b>91</b>
A. Definisi Terapi Komplementer .....	91
B. Konsep Terapi Komplementer dalam Keperawatan Anak.....	92
C. Manfaat Terapi Komplementer .....	95
D. Peran Perawat dalam Pemberian Terapi Komplementer pada Anak .....	96
Referensi.....	100

# PENGANTAR PENERBIT

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas terbitnya buku chapter yang berjudul "Hipertensi" ini. Buku ini hadir sebagai kontribusi ilmiah dalam memperkaya khazanah pengetahuan di bidang kesehatan, khususnya mengenai salah satu penyakit tidak menular yang paling banyak dijumpai di masyarakat.

Hipertensi merupakan kondisi kronis yang sering kali tidak bergejala namun dapat menimbulkan komplikasi serius jika tidak ditangani secara tepat. Oleh karena itu, pemahaman yang menyeluruh mengenai faktor risiko, mekanisme, serta strategi deteksi dan penanganannya menjadi sangat penting. Buku ini disusun oleh para ahli dan praktisi di bidangnya, yang menyajikan pembahasan terkini dan relevan bagi kalangan akademisi, mahasiswa, tenaga kesehatan, dan pemangku kebijakan.

PT Nuansa Fajar Cemerlang merasa bangga dapat menjadi bagian dalam penerbitan buku yang bermanfaat ini. Harapan kami, buku "Hipertensi" ini dapat menjadi referensi terpercaya serta mendorong peningkatan mutu layanan kesehatan, khususnya dalam upaya pencegahan dan penatalaksanaan hipertensi di Indonesia. Kami menyampaikan terima kasih kepada para penulis, editor, dan semua pihak yang telah mendukung proses penyusunan dan penerbitan buku ini. Semoga kehadirannya dapat memberikan dampak positif bagi pengembangan ilmu dan praktik di bidang kesehatan.

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas selesainya penyusunan dan penerbitan buku chapter berjudul "Hipertensi" ini. Buku ini disusun sebagai bentuk kontribusi akademik dalam menjawab tantangan nyata di dunia kesehatan, khususnya terkait dengan peningkatan angka kejadian hipertensi yang terus berkembang secara global, termasuk di Indonesia.

Hipertensi merupakan salah satu penyakit tidak menular yang memiliki dampak besar terhadap angka kesakitan dan kematian. Meskipun telah banyak penelitian dan pedoman klinis yang tersedia, kenyataannya masih terdapat kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan. Melalui buku ini, kami berupaya menghadirkan pembahasan yang komprehensif mulai dari aspek epidemiologi, patofisiologi, diagnosis, hingga strategi manajemen dan pencegahan, yang ditulis oleh para akademisi dan praktisi berpengalaman di bidangnya.

Harapan kami, buku ini dapat menjadi referensi yang bermanfaat bagi mahasiswa, tenaga medis, peneliti, serta semua pihak yang memiliki kepedulian terhadap upaya pengendalian hipertensi. Semoga isi dari buku ini dapat memperluas wawasan pembaca dan mendorong penerapan ilmu yang berbasis bukti dalam praktik sehari-hari.

Kami menyampaikan apresiasi dan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada seluruh kontributor yang telah memberikan dedikasi dan keahliannya dalam penyusunan buku ini. Ucapan terima kasih juga kami sampaikan kepada *PT Nuansa Fajar Cemerlang* selaku penerbit yang telah mendukung proses penerbitan buku ini dengan penuh komitmen.

Akhir kata, semoga buku "Hipertensi" ini dapat menjadi salah satu referensi penting dalam literatur kesehatan Indonesia dan memberikan manfaat yang luas bagi dunia medis dan akademik.

# PRAKATA

Puji Syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkatnya maka buku ini dapat tersusun dan ter publikasikan. Apakah anda warga masyarakat, praktisi perawat, praktisi kesehatan, mahasiswa keperawatan maupun bidang kesehatan lainnya ataukah akademisi yang memiliki kepedulian terhadap Hipertensi, buku ini ditulis untuk anda. Tiga Bab dalam buku ini ditulis oleh para akademisi dan peneliti bidang Keperawatan yang akan memberikan informasi terkini berbasis bukti yang berasal dari penelitian penelitian Hipertensi di masyarakat. Informasi yang disajikan berasal dari suatu pemikiran panjang terhadap kekhawatiran terhadap Hipertensi di masyarakat yang sering kali dianggap sebagai penyakit yang normal/biasa terjadi pada warga masyarakat dewasa dan lansia. Padahal stroke dan gagal ginjal yang mengarah kepada kematian merupakan penyakit sekunder yang disebabkan oleh Hipertensi yang tidak terkontrol, sebagai penyebab kematian kelima terbesar di Indonesia Hipertensi sering kali disebut sebagai silent killer / pembunuh dalam diam. Besar harapan kami agar buku ini dapat memberikan gambaran akan pentingnya memelihara kesehatan terutama melakukan tindakan deteksi dini terhadap Hipertensi, pengelolaan Hipertensi terkontrol yang mencegah penderita nya mendapatkan penyakit sekunder seperti Gagal Ginjal. Peningkatan perilaku kesehatan positif yang mengarah kepada pencegahan komplikasi seperti Perawatan Diri (Self Care) dan psikoedukasi dengan pendekatan kelompok sebaya juga akan dijelaskan dalam buku ini sebagai gambaran langkah pencegahan komplikasi Hipertensi.

Semoga informasi dalam buku ini dapat menjadi tambahan referensi bagi perubahan perilaku keseharian, serta bagi pengembangan ilmu keperawatan dan kesehatan pada umumnya. Karena tidak ada gading yang tak retak, demikian pula dalam penyusunan buku ini terdapat banyak ke tidak sempurnaan. Masukan bagi penulis sangat kami harapkan terutama bagi penyempurnaan buku kami selanjutnya. Selamat membaca

# BAB I

## Masalah Gizi Pada Anak

Anggie Diniayuningrum, S.Keb, Bd, M.Keb

### A. Status Gizi Pada Anak

Status gizi pada anak ditentukan berdasarkan perbandingan hasil antropometri (berat badan dan panjang/tinggi badan) terhadap Standar Antropometri Anak. Standar Antropometri Anak berdasarkan Permenkes No. 2 Tahun 2020 dibagi menjadi 4 indeks, meliputi Berat Badan menurut Umur (BB/U), Panjang/Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U), Berta Badan menurut Panjang/Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) dan Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U). Klasifikasi penilaian status gizi berdasarkan indeks antropometri ditentukan sesuai dengan kategori status gizi yang tercantum dalam *WHO Child Growth Standards* untuk anak usia 0-5 tahun dan *WHO Reference 2007* untuk anak usia 5-18 tahun.

#### 1. Indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U)

Indeks BB/U menunjukkan perbandingan berat badan anak terhadap usianya. Indeks ini berfungsi untuk menilai apakah anak tergolong berat badan kurang (*underweight*) atau sangat kurang (*severely underweight*), namun tidak dapat digunakan untuk menentukan apakah anak termasuk gemuk atau sangat gemuk. Penting untuk diketahui bahwa anak dengan nilai BB/U rendah kemungkinan memiliki masalah pertumbuhan, sehingga perlu dilakukan konfirmasi menggunakan indeks BB/PB, BB/TB, atau IMT/U sebelum diberikan intervensi.

Klasifikasi status gizi berdasarkan Indeks BB/U anak usia 0-60 bulan dibagi menjadi 4:

- a. Berat badan sangat kurang (*severely underweight*) dengan  $z\text{-score} < -3\text{ SD}$
- b. Berat badan kurang (*underweight*) dengan  $z\text{-score} -3\text{ SD sd} < -2\text{ SD}$
- c. Berat badan normal dengan  $z\text{-score} -2\text{ SD sd} +1\text{ SD}$
- d. Risiko berat badan lebih dengan  $z\text{-score} < -3\text{ SD}$

#### 2. Indeks Panjang Badan menurut Umur atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U)

Indeks PB/U atau TB/U menunjukkan pertumbuhan panjang atau tinggi badan anak sesuai dengan usianya. Indeks ini digunakan untuk mengidentifikasi anak yang pendek (*stunted*) atau sangat pendek (*severely stunted*) akibat kekurangan gizi jangka panjang atau sering mengalami sakit. Selain itu, indeks ini juga dapat mengenali anak yang memiliki tinggi badan di atas normal (tinggi sekali), yang umumnya disebabkan oleh gangguan endokrin, meskipun kasus tersebut jarang ditemukan di Indonesia.

Klasifikasi status gizi berdasarkan Indeks PB/U atau TB/U anak usia 0-60 bulan dibagi menjadi 4:

- a. Sangat pendek (*severely stunted*) dengan  $z\text{-score} < -3\text{ SD}$
  - b. Pendek (*stunted*) dengan  $z\text{-score} - 3\text{ SD}$  sd  $< -2\text{ SD}$
  - c. Normal dengan  $z\text{-score} -2\text{ SD}$  sd  $+3\text{ SD}$
  - d. Tinggi dengan  $z\text{-score} > +3\text{ SD}$
3. Indeks Berat Badan menurut Panjang Badan/Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB)

Indeks BB/PB atau BB/TB menunjukkan kesesuaian antara berat badan anak dengan panjang atau tinggi badannya. Indeks ini digunakan untuk menilai apakah anak mengalami gizi kurang (*wasted*), gizi buruk (*severely wasted*), atau memiliki risiko gizi lebih (*possible risk of overweight*). Kondisi gizi buruk umumnya disebabkan oleh penyakit serta kekurangan asupan gizi, baik yang terjadi secara akut (baru terjadi) maupun kronis (berlangsung lama).

Klasifikasi status gizi berdasarkan Indeks PB/BB atau TB/BB anak usia 0-60 bulan dibagi menjadi 6:

- a. Gizi buruk (*severely wasted*) dengan  $z\text{-score} < -3\text{ SD}$
  - b. Gizi kurang (*wasted*) dengan  $z\text{-score} - 3\text{ SD}$  sd  $< -2\text{ SD}$
  - c. Gizi baik (normal) dengan  $z\text{-score} > -2\text{ SD}$  sd  $+1\text{ SD}$
  - d. Berisiko gizi lebih (*possible risk of overweight*) dengan  $z\text{-score} + 1\text{ SD}$  sd  $+2\text{ SD}$
  - e. Gizi lebih (*overweight*) dengan  $z\text{-score} > +2\text{ SD}$  sd  $+3\text{ SD}$
  - f. Obesitas (*obese*) dengan  $z\text{-score} > +3\text{ SD}$
4. Indeks Masa Tubuh menurut Umur (IMT/U)

Indeks IMT/U berfungsi untuk menentukan kategori status gizi anak, meliputi gizi buruk, gizi kurang, gizi baik, berisiko gizi lebih, gizi lebih, dan obesitas. Hasil pengukuran pada grafik IMT/U umumnya sejalan dengan grafik BB/PB atau BB/TB, namun IMT/U memiliki sensitivitas yang lebih tinggi dalam mengidentifikasi anak yang berisiko mengalami gizi lebih atau obesitas. Anak dengan nilai IMT/U  $> +1\text{SD}$  dikategorikan berisiko mengalami gizi lebih, sehingga perlu dilakukan tindak lanjut

untuk mencegah terjadinya kelebihan gizi dan obesitas. Indeks IMT/U diklasifikasikan menjadi 2 yaitu Indeks IMT/U anak usia 0-60 bulan dan Indeks IMT/U anak usia 5-18 tahun.

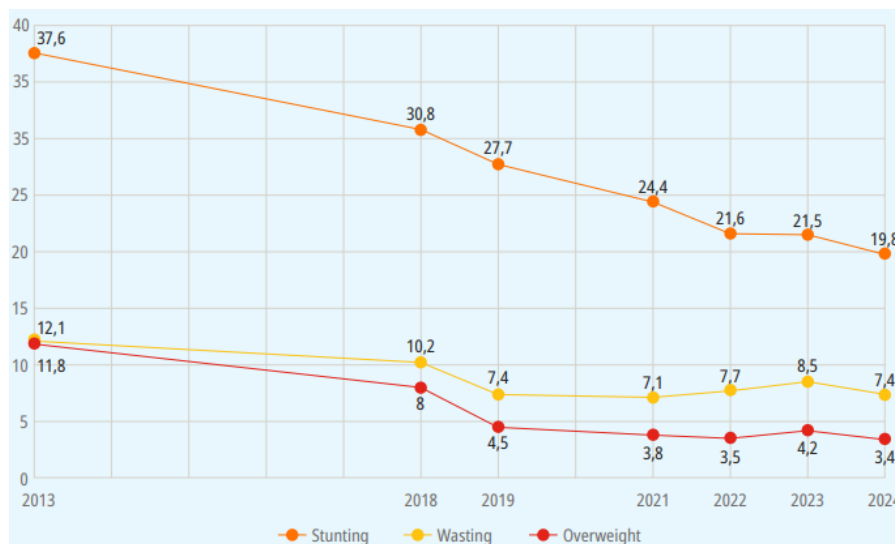
Klasifikasi status gizi berdasarkan Indeks IMT/U anak usia 0-60 bulan dibagi menjadi 6:

- a. Gizi buruk (*severely wasted*) dengan  $z\text{-score} < -3\text{ SD}$
- b. Gizi kurang (*wasted*) dengan  $z\text{-score} - 3\text{ SD}$  sd  $< -2\text{ SD}$
- c. Gizi baik (*normal*) dengan  $z\text{-score} > -2\text{ SD}$  sd  $+1\text{ SD}$
- d. Berisiko gizi lebih (*possible risk of overweight*) dengan  $z\text{-score} + 1\text{ SD}$  sd  $+2\text{ SD}$
- e. Gizi lebih (*overweight*) dengan  $z\text{-score} > +2\text{ SD}$  sd  $+3\text{ SD}$
- f. Obesitas (*obese*) dengan  $z\text{-score} > +3\text{ SD}$

Klasifikasi status gizi berdasarkan Indeks IMT/U anak usia 5-18 tahun dibagi menjadi 5:

- a. Gizi buruk (*severely wasted*) dengan  $z\text{-score} < -3\text{ SD}$
- b. Gizi kurang (*thinness*) dengan  $z\text{-score} - 3\text{ SD}$  sd  $< -2\text{ SD}$
- c. Gizi baik (normal) dengan  $z\text{-score} > -2\text{ SD}$  sd  $+1\text{ SD}$
- d. Gizi lebih (*overweight*) dengan  $z\text{-score} > +2\text{ SD}$  sd  $+3\text{ SD}$
- e. Obesitas (*obese*) dengan  $z\text{-score} > +2\text{ SD}$

Anak-anak dengan risiko berat badan lebih kemungkinan memiliki masalah pertumbuhan, sehingga diperlukan konfirmasi hasil pemeriksaan BB/TB atau IMT/U. Anak-anak dengan hasil indeks PB/U atau TB/U termasuk dalam kategori sangat tinggi umumnya bukan menjadi masalah, namun jika ditemukan adanya masalah endokrin seperti ditemukannya tumor yang memproduksi hormone pertumbuhan berlebih maka perlu dilakukan rujukan ke dokter spesialis anak (Kemenkes RI, 2020).



Sumber: Kemenkes (2025)

Gambar 1.1 Status Gizi Anak Indonesia 2013-2024

## B. Stunting

### 1. Prevalensi

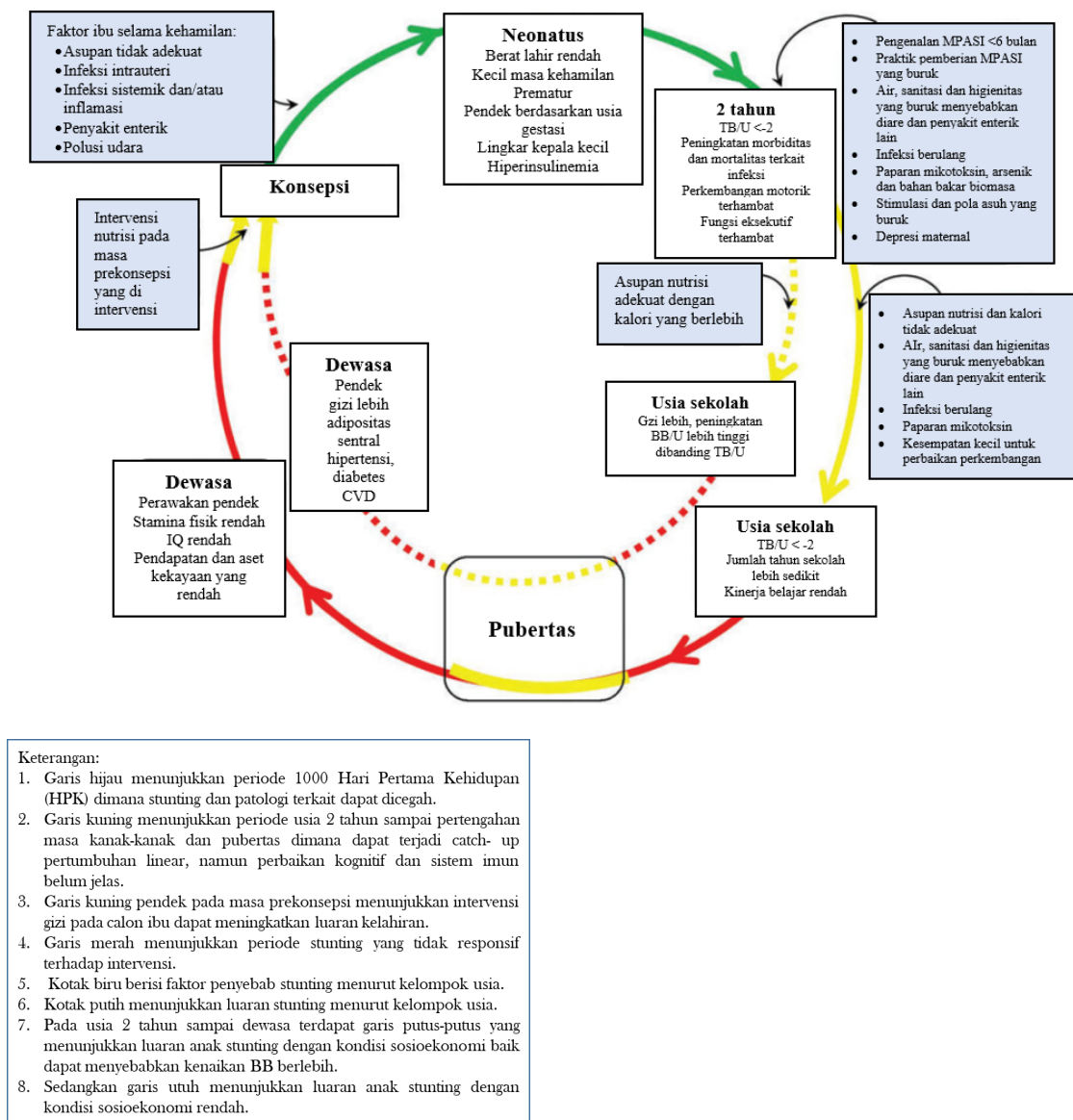
Pada tahun 2016, secara global tercatat 22,9% atau sekitar 154,8 juta anak balita mengalami stunting, yaitu kondisi tinggi badan lebih rendah dari standar usia. Stunting diukur berdasarkan z-score tinggi badan menurut umur yang lebih dari dua standar deviasi di bawah median Standar Pertumbuhan Anak WHO, menunjukkan adanya hambatan dalam pertumbuhan optimal anak. Kondisi ini umumnya terjadi pada 1.000 hari pertama kehidupan, mulai dari masa konsepsi hingga usia dua tahun, dan dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti status sosial ekonomi, asupan gizi, infeksi, status gizi ibu, penyakit menular, kekurangan mikronutrien, serta lingkungan yang kurang mendukung (World Health Organization, 2018)

Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) Tahun 2023, prevalensi stunting di Indonesia tercatat sebesar 21,5%, menunjukkan penurunan signifikan dari 37,6% pada tahun 2013. Hasil ini sejalan dengan temuan Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) Tahun 2024, yang mencatat penurunan lebih lanjut hingga 19,8%. Secara keseluruhan, dalam lima tahun terakhir prevalensi stunting menurun 9,3 poin persentase, dari 30,8% pada tahun 2018 menjadi 21,5% pada tahun 2023, dengan rata-rata penurunan 1,86% per tahun. Jika ditinjau selama satu dekade terakhir, penurunan mencapai 15,7 poin persentase, dari 37,2% pada tahun 2013 menjadi 21,5% pada tahun 2023, menggambarkan kemajuan nyata

dalam upaya penanggulangan stunting di Indonesia. Berdasarkan data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) Tahun 2023, prevalensi stunting diketahui meningkat hampir dua kali lipat pada anak setelah memasuki usia satu tahun. Prevalensi stunting tertinggi ada pada kelompok umur 12 - 47 bulan. Kondisi ini mengindikasikan adanya masalah penting pada periode tersebut, yang menyebabkan terjadinya peningkatan signifikan dalam angka stunting (Kemenkes RI, 2020, 2024).

Stunting dapat menurunkan daya tahan tubuh dan meningkatkan risiko terjadinya infeksi. Anak yang mengalami stunting juga memiliki risiko lebih tinggi mengalami hipertensi, diabetes, dan obesitas saat dewasa. Selain itu, rata-rata tingkat kecerdasan (IQ) anak stunting diketahui 11 poin lebih rendah dibandingkan anak yang tumbuh dengan normal (Febriani et al., 2020). Anak yang mengalami stunting disertai defisiensi yodium dan zat besi berpotensi mengalami kerusakan otak permanen yang menghambat perkembangan kognitif dan pertumbuhan optimal. Kondisi stunting juga berdampak jangka panjang, seperti tinggi badan yang lebih pendek saat dewasa, kerentanan terhadap penyakit kronis, serta rendahnya capaian pendidikan dan pendapatan dibandingkan anak dengan pertumbuhan normal. Selain itu, kombinasi stunting dan wasting meningkatkan risiko kematian anak, terutama jika kedua kondisi tersebut terjadi secara bersamaan dalam suatu populasi. Mengacu pada lambatnya penurunan prevalensi stunting di sejumlah negara serta dampak negatifnya yang luas, stunting ditetapkan sebagai indikator utama dalam pemantauan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals/SDG*) nomor 2. Berdasarkan Global Nutrition Targets 2025 yang disetujui dalam Sidang Kesehatan Dunia ke-65 tahun 2012, ditargetkan penurunan 40% kasus stunting pada anak di bawah lima tahun (World Health Organization, 2018).

Visi Pemerintah Prabowo-Gibran untuk periode 2025-2029, yaitu “Bersama Indonesia Maju Menuju Indonesia Emas 2045”, diwujudkan melalui delapan misi strategis (Asta Cita), salah satunya berfokus pada penguatan pembangunan sumber daya manusia melalui peningkatan sektor pendidikan, kesehatan, dan kesetaraan gender. Dalam kerangka tersebut, penurunan stunting menjadi salah satu prioritas utama dengan target 14,4% pada tahun 2029 dan 5% pada tahun 2045, sesuai arah RPJMN 2025-2045. Capaian pemerintahan sebelumnya yang menurunkan prevalensi stunting dari 30,8% pada 2018 menjadi 21,5% pada 2023 menjadi fondasi penting bagi keberlanjutan program percepatan penurunan stunting di Indonesia (Sekretariat Wakil Presiden RI, 2024).



Sumber: Kemenkes RI (2022)

Gambar 1.2 Syndrome Stunting

Stunting tidak hanya menggambarkan kondisi tubuh pendek, tetapi merupakan bagian dari sindrom kompleks yang mencerminkan gangguan pertumbuhan linier akibat berbagai faktor biologis dan sosial. Kondisi ini berdampak pada peningkatan risiko kesakitan dan kematian, serta menurunkan kemampuan fisik, perkembangan kognitif, dan potensi ekonomi seseorang. Stunting juga menciptakan siklus antargenerasi, di mana perempuan yang mengalami stunting sejak kecil berisiko melahirkan anak dengan kondisi serupa. Siklus ini berkontribusi pada terjadinya kemiskinan dan penurunan kualitas sumber daya manusia, meskipun masih terdapat peluang untuk melakukan intervensi gizi dan kesehatan

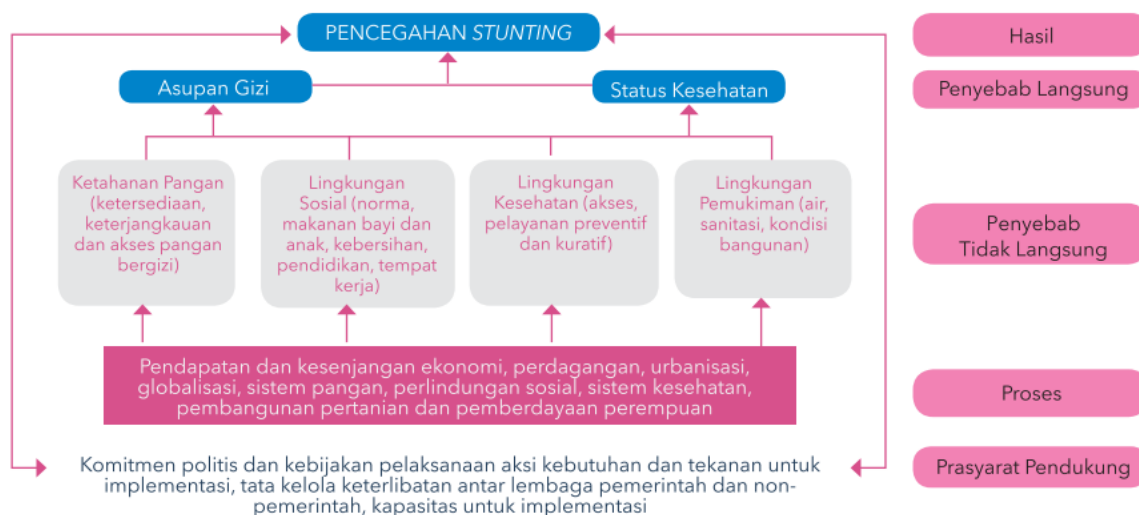
pada periode-periode kritis kehidupan (Kemenkes RI, 2022; Prendergast & Humphrey, 2014).

Siklus sindrom stunting antargenerasi dipengaruhi oleh berbagai faktor biologis, gizi, dan sosial. Faktor-faktor tersebut meliputi aspek genetik, kekurangan asupan nutrisi pada ibu dan anak sepanjang siklus kehidupan, pemberian ASI yang tidak optimal, pola pemberian makanan pendamping yang tidak sesuai, serta paparan penyakit infeksi dan peradangan. Selain itu, keterbatasan sumber daya antar generasi dan kondisi kemiskinan turut memperburuk situasi ini. Gangguan pertumbuhan linear pada awal kehidupan menimbulkan dampak patologis yang luas, termasuk meningkatnya angka kesakitan dan kematian, menurunnya kemampuan fisik dan perkembangan otak, rendahnya produktivitas ekonomi, serta meningkatnya risiko penyakit metabolik pada masa dewasa (Mulyani et al., 2025)

Penegakan diagnosis stunting dilakukan melalui tahapan yang mencakup anamnesis, pemeriksaan fisik, pengukuran antropometrik, serta pemeriksaan penunjang bila diperlukan. Pengukuran antropometri harus dilakukan dengan teknik yang tepat menggunakan alat ukur standar agar hasilnya akurat. Untuk anak berusia di bawah dua tahun, pengukuran panjang badan dilakukan dengan infantometer, sedangkan pada anak berusia dua tahun ke atas digunakan stadiometer untuk mengukur tinggi badan (Kemenkes RI, 2022).

## 2. Faktor Penyebab

Berdasarkan “*The Conceptual Framework of the Determinants of Child Undernutrition*” dan “*The Underlying Drivers of Malnutrition*” penyebab terjadinya stunting didasarkan pada masalah gizi langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung meliputi kurangnya asupan gizi dan penyakit infeksi. Penyebab tidak langsung meliputi ketahanan pangan (akses pangan bergizi), lingkungan sosial (pemberian makanan bayi dan anak, kebersihan, pendidikan, dan tempat kerja), lingkungan kesehatan (akses pelayanan preventif dan kuratif), dan lingkungan pemukiman (akses air bersih, air minum, dan sarana sanitasi) (Sekretariat Wakil Presiden RI, 2019).



**Gambar 1.3** Kerangka Konsep Penyebab dan Pencegahan Stunting Asupan

Sumber: (Sekretariat Wakil Presiden RI, 2019)

Febriani *et al.* (2020) menyatakan terdapat berbagai faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian stunting pada masa bayi, antara lain asupan gizi yang tidak memadai, berat badan lahir rendah (BBLR), tinggi badan orang tua, kondisi ekonomi keluarga, tingkat pendidikan orang tua yang rendah, ayah yang tidak bekerja, pemberian ASI eksklusif yang tidak optimal, serta proses penyapihan yang dilakukan terlalu dini pada masa awal pengenalan makanan pendamping ASI. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kekurangan mikronutrien dan vitamin seperti zat besi, seng, vitamin D, dan kalsium berkontribusi terhadap terjadinya stunting. Selain itu, bayi dengan berat badan lahir rendah dan panjang badan lahir pendek memiliki risiko lebih tinggi mengalami stunting.

Status sosial ekonomi, yang mencakup pendidikan, pendapatan, pekerjaan, dan lingkungan tempat tinggal, berpengaruh signifikan terhadap status gizi anak. Ibu dengan pendidikan dan pendapatan rendah cenderung kurang memiliki akses informasi dan kemampuan menyediakan makanan bergizi, sehingga lebih berisiko memiliki anak stunting. Peningkatan pendidikan dan pengetahuan ibu juga belum cukup untuk menurunkan angka stunting, karena dipengaruhi pula oleh faktor lain seperti pemerataan pendapatan, dukungan pemerintah terhadap layanan sosial, sektor pertanian, cakupan imunisasi, dan akses air bersih. Selain itu, pendapatan rendah dan lingkungan tidak layak meningkatkan risiko stunting akibat ketidakamanan pangan, keterbatasan layanan kesehatan, dan tingginya paparan infeksi (World Health Organization, 2018).

Penelitian yang dilakukan Fadilah dan Romadona (2022) menunjukkan bahwa faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya malnutrisi di Indonesia yaitu pendidikan orangtua,

pengetahuan orangtua, pendapatan keluarga, pola asuh dan asupan makanan. Pendidikan orang tua merupakan faktor penting yang memengaruhi status gizi anak. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi mencerminkan kemampuan berpikir yang lebih baik dalam memahami dan memecahkan berbagai permasalahan, termasuk dalam hal pemenuhan kebutuhan gizi keluarga. Ibu yang berpendidikan tinggi cenderung memiliki pengetahuan yang lebih luas serta kemampuan analisis yang lebih baik, sehingga mampu menerapkan pola asuh dan pemberian makanan yang sesuai bagi anak (Mugianti et al., 2018). Namun demikian, beberapa penelitian menunjukkan bahwa pendidikan formal yang rendah tidak selalu menjadi penghalang dalam memperoleh pengetahuan gizi yang memadai. Melalui pendidikan non-formal seperti kegiatan posyandu, penyuluhan kesehatan, serta akses informasi dari media massa dan media sosial, ibu tetap dapat meningkatkan pemahamannya terhadap gizi anak (Lestari et al., 2014). Dengan demikian, baik pendidikan formal maupun non-formal berperan penting dalam meningkatkan kuantitas dan kualitas pengetahuan individu (Lestari et al., 2014; Mugianti et al., 2018). Semakin tinggi intensitas seseorang dalam menempuh proses pendidikan dan mencari informasi, semakin baik pula pemahamannya terhadap kesehatan dan gizi, yang pada akhirnya akan berdampak positif terhadap status gizi anak (Fadilah & Romadona, 2022).

Pengetahuan merupakan faktor penting yang berperan dalam membentuk perilaku gizi individu dan keluarga. Tingkat pengetahuan seseorang sangat dipengaruhi oleh pendidikan yang ditempuh, baik melalui jalur formal maupun non-formal. Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin luas pula pengetahuan yang dimiliki, termasuk dalam memahami aspek kesehatan dan gizi. Individu dengan pengetahuan yang baik cenderung memiliki kesadaran lebih tinggi terhadap pentingnya gizi seimbang serta mampu mengambil keputusan yang tepat untuk menjaga kesehatan keluarga (Linda Suryani, 2017).

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa pengetahuan gizi yang dimiliki orang tua, khususnya ibu, berpengaruh terhadap status gizi anak. Ibu dengan pemahaman gizi yang baik akan lebih memperhatikan kualitas dan kuantitas makanan sesuai kebutuhan anak, serta berinovasi dalam penyajian makanan agar anak tetap memiliki selera makan yang baik. Namun demikian, pengetahuan yang tinggi tidak selalu menjamin penerapan perilaku gizi yang benar. Penelitian menunjukkan bahwa sebagian ibu memiliki pengetahuan gizi yang memadai, tetapi tidak menerapkannya dalam pengasuhan sehari-hari, sehingga status gizi anak masih rendah (Fadilah & Romadona, 2022)

Oleh karena itu, peningkatan pengetahuan perlu diiringi dengan pembentukan sikap positif dan keterampilan praktis dalam penerapan perilaku gizi sehat. Proses edukasi gizi yang berkelanjutan melalui pendidikan formal, non-formal, maupun penyuluhan masyarakat sangat penting untuk membangun kesadaran dan kemampuan keluarga dalam mewujudkan status gizi yang optimal bagi anak.

Pendapatan berperan penting dalam menentukan kemampuan individu untuk memenuhi kebutuhan pangan dan gizi keluarga. Tingkat pendapatan umumnya dipengaruhi oleh jenis pekerjaan yang dilakukan, sedangkan peluang memperoleh pekerjaan yang layak sangat bergantung pada tingkat pendidikan. Oleh karena itu, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan merupakan komponen utama yang saling berhubungan dalam membentuk status sosial ekonomi seseorang (Notoatmodjo, 2014). Individu dengan status sosial ekonomi rendah cenderung memiliki keterbatasan dalam mengakses dan menyediakan makanan bergizi, sehingga berisiko mengalami masalah gizi. Dengan demikian, upaya peningkatan status gizi masyarakat tidak hanya difokuskan pada edukasi gizi semata, tetapi juga perlu memperhatikan peningkatan pendidikan dan kesejahteraan ekonomi keluarga sebagai faktor pendukung utama. Dengan demikian, tingkat pendapatan keluarga merupakan faktor penentu penting dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak. Peningkatan kesejahteraan ekonomi keluarga perlu menjadi prioritas dalam upaya memperbaiki status gizi anak dan menekan risiko terjadinya masalah gizi di masyarakat (Fadilah & Romadona, 2022).

Meskipun sebagian orang tua dengan pendapatan rendah memiliki pengetahuan gizi yang baik dan berupaya mengatur pengeluaran agar kebutuhan gizi anak tetap terpenuhi, keterbatasan ekonomi sering kali menjadi kendala dalam pemenuhan kebutuhan keluarga secara menyeluruh. Selain pangan bergizi, anak juga membutuhkan dukungan lain seperti pakaian, tempat tinggal yang layak, pendidikan, dan layanan kesehatan, sementara orang tua memiliki tanggungan finansial lain yang tidak kalah penting. Kondisi ini menunjukkan bahwa rendahnya pendapatan keluarga dapat menghambat pemenuhan kebutuhan dasar secara holistik, termasuk gizi, sehingga peningkatan ekonomi keluarga tetap menjadi faktor penting dalam mendukung kesejahteraan dan kesehatan anak (Lestari et al., 2014).

Pola asuh merupakan aspek penting dalam pembentukan perilaku dan kesehatan anak, termasuk dalam pemenuhan kebutuhan gizinya. Kemampuan orang tua dalam menerapkan pola asuh sangat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan dan pendidikan yang dimiliki. Orang tua dengan pengetahuan gizi yang baik cenderung lebih mampu mengatur

pemberian makan anak secara tepat, baik dari segi jenis, jumlah, maupun frekuensi. Penelitian menunjukkan bahwa pola asuh yang kurang baik meningkatkan risiko terjadinya gizi buruk hingga tiga kali lipat dibandingkan dengan pola asuh yang baik (Lestari et al., 2014). Hal ini menunjukkan bahwa perilaku orang tua dalam menyediakan, menyiapkan, dan mengatur makanan bagi anak merupakan bagian penting dari praktik pengasuhan yang berpengaruh langsung terhadap status gizi anak. Dengan demikian, penerapan pola asuh yang tepat dalam pemberian makan perlu diimbangi dengan pengetahuan gizi yang memadai agar anak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal.

Asupan makanan merupakan faktor utama yang berperan langsung terhadap status gizi anak. Anak membutuhkan asupan gizi seimbang, termasuk energi, protein, lemak, karbohidrat, dan serat untuk mendukung pertumbuhan, perkembangan, serta daya tahan tubuh. Kekurangan asupan energi dapat menyebabkan gizi kurang dan stunting, sedangkan kelebihan energi berisiko menimbulkan obesitas. Beberapa kebiasaan makan seperti mengonsumsi camilan tinggi gula dan lemak, serta melewatkan sarapan, turut berkontribusi terhadap ketidakseimbangan gizi anak. Rendahnya kebiasaan membawa bekal ke sekolah menyebabkan anak lebih sering membeli jajanan yang belum tentu aman dan bergizi (Anggiruling et al., 2019). Selain itu, pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan merupakan komponen penting dalam pembentukan status gizi yang optimal bagi anak. WHO merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama dan melanjutkan menyusui hingga usia dua tahun dengan tambahan makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang bergizi, bervariasi, dan sesuai kebutuhan anak. Namun, pada kenyataannya, banyak anak menerima MP-ASI yang tidak sesuai, seperti makanan instan rendah gizi, air yang terkontaminasi, atau penyimpanan yang tidak higienis, sehingga meningkatkan risiko infeksi dan gangguan penyerapan zat gizi. Rendahnya tingkat pendidikan ibu juga sering kali berpengaruh terhadap kurangnya pemahaman mengenai pentingnya ASI dan pola makan seimbang. Oleh karena itu, peran orang tua, terutama ibu, sangat penting dalam mengatur pola konsumsi anak sesuai kebutuhan gizi, baik dari segi jenis, jumlah, maupun keamanan pangan, untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak secara optimal (Mulyani et al., 2025)

Penyakit infeksi memiliki hubungan erat dengan status gizi anak. Anak yang sering mengalami penyakit infeksi, seperti diare dan ISPA, berisiko lebih tinggi mengalami gizi kurang akibat menurunnya nafsu makan dan berkurangnya asupan energi saat sakit. Kondisi lingkungan yang tidak sehat, seperti kurangnya akses air bersih, sanitasi yang buruk,

serta rumah yang berdekatan dengan kandang ternak, turut meningkatkan risiko penularan penyakit. Sebaliknya, kekurangan gizi juga memperlemah daya tahan tubuh anak, sehingga lebih rentan terhadap infeksi. Hubungan timbal balik ini menunjukkan bahwa gizi dan kesehatan saling memengaruhi satu sama lain. Namun, penelitian Lestari (2016) menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif dapat memperkuat sistem imun anak dan menurunkan risiko infeksi, sehingga berperan penting dalam mencegah masalah gizi. Oleh karena itu, intervensi perbaikan gizi perlu disertai dengan peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat serta pencegahan penyakit infeksi untuk mencapai status gizi anak yang optimal (Mentari & Hermansyah, 2019).

### 3. Pencegahan dan Penangan Stunting di Indonesia

Upaya percepatan pencegahan stunting di Indonesia perlu dilakukan melalui pendekatan komprehensif yang menargetkan penyebab langsung maupun tidak langsung. Strategi ini diwujudkan melalui intervensi gizi konvergen, yang mencakup intervensi gizi spesifik untuk mengatasi penyebab langsung stunting dan intervensi gizi sensitif untuk menanggulangi faktor penyebab tidak langsung (Sekretariat Wakil Presiden RI, 2024).

#### a. Intervensi Gizi Spesifik

Intervensi gizi spesifik dilakukan untuk mengatasi penyebab langsung stunting yaitu kurangnya asupan makanan dan gizi serta penyakit infeksi. Intervensi ini dilakukan sektor kesehatan (Sekretariat Wakil Presiden RI, 2024).

Intervensi Gizi Spesifik dibagi menjadi 3 kelompok yaitu:

- Intervensi prioritas merupakan intervensi yang memiliki dampak langsung terhadap pencegahan stunting dan ditujukan untuk menjangkau seluruh kelompok sasaran utama.
- Intervensi pendukung berperan secara tidak langsung dalam pencegahan stunting melalui perbaikan gizi dan kesehatan masyarakat, yang dilaksanakan setelah intervensi prioritas terpenuhi.
- Intervensi prioritas berdasarkan kondisi tertentu ditujukan bagi kelompok sasaran khusus sesuai situasi yang dihadapi, termasuk penanganan gizi pada kondisi darurat atau bencana.

Berdasarkan sasarannya, intervensi gizi spesifik dibagi menjadi 2 yaitu:

- Sasaran Prioritas meliputi ibu hamil, ibu menyusui dan anak usia 0-23 bulan

- Sasaran Penting meliputi remaja putri, wanita usia subur (WUS) dan anak usia 24-29 bulan

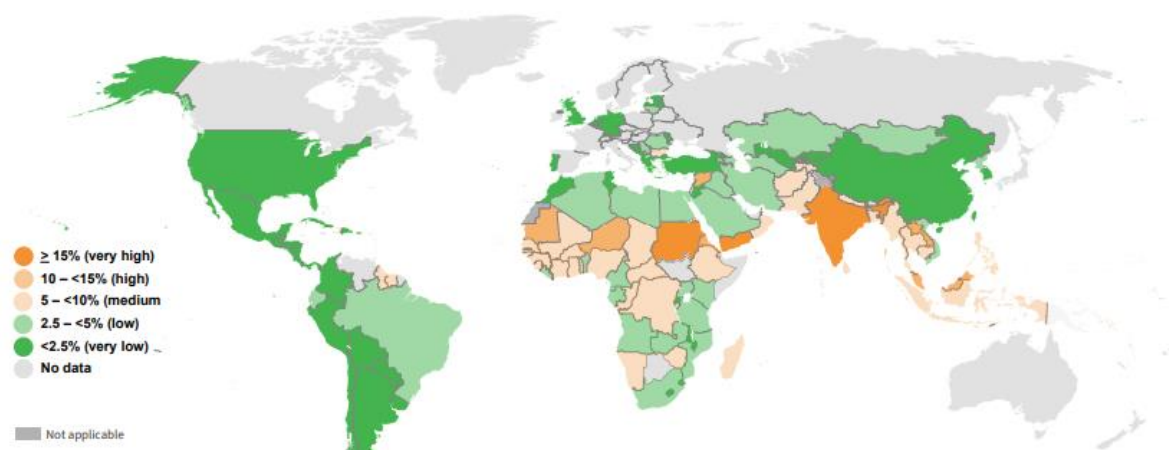
#### b. Intervensi Gizi Sensitif

Intervensi gizi sensitif mencakup empat aspek utama, yaitu: (a) ketahanan pangan melalui peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi serta kesehatan; (b) peningkatan akses terhadap pangan bergizi; (c) penguatan kesadaran, komitmen, dan praktik pengasuhan gizi ibu dan anak; serta (d) peningkatan ketersediaan air bersih, air minum layak, dan fasilitas sanitasi. Sasaran utama intervensi ini adalah keluarga dan masyarakat secara luas guna menciptakan lingkungan yang mendukung status gizi yang lebih baik (Sekretariat Wakil Presiden RI, 2024).

### C. Wasting

#### 1. Prevalensi

Hingga tahun 2024, prevalensi wasting pada anak balita masih cukup tinggi, yaitu sekitar 6,6%, sehingga target global untuk menurunkan kasus tersebut di bawah 5% pada tahun 2025 belum dapat tercapai. Menyadari keterlambatan ini, Sidang Kesehatan Dunia ke-78 bersama WHO memperpanjang target penurunan wasting hingga tahun 2030. Perpanjangan ini dimaksudkan agar berbagai pemangku kepentingan memiliki waktu tambahan untuk memperkuat perhatian, pendanaan, dan implementasi program penanggulangan wasting. Dokumen ini bertujuan menegaskan urgensi permasalahan wasting pada anak serta merumuskan kebijakan dan strategi intervensi yang diperlukan untuk mencapai tujuan global tahun 2030 (WHO & UNICEF, 2025).



Sumber: WHO dan UNICEF (2025)

Gambar 1.4 Prevalensi Kejadian *Wasting* di Dunia

Berdasarkan Gambar 1.1 menunjukkan bahwa Indonesia berada pada 5 - <10% anak yang mengalami *wasting* (zona medium). Data global menunjukkan adanya penurunan moderat pada kasus *wasting* anak balita, dari 7,5% pada tahun 2012 menjadi 6,6% pada tahun 2024. Dari total tersebut, sekitar 12,2 juta anak mengalami *wasting* berat, menandakan bahwa kondisi ini masih menjadi permasalahan serius, terutama di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Meskipun secara keseluruhan dunia belum mencapai target pengurangan *wasting* sesuai rencana global, beberapa negara menunjukkan kemajuan positif dengan berhasil menekan angka prevalensi di wilayah masing-masing. Hal ini menegaskan bahwa keberhasilan pengendalian *wasting* sangat bergantung pada konteks nasional dan efektivitas intervensi yang diterapkan (WHO & UNICEF, 2025).

## 2. Klasifikasi

Penilaian status gizi anak, khususnya dalam mengidentifikasi kasus *wasting* (gizi kurus) pada anak usia 6-59 bulan, menjadi langkah penting dalam pemantauan kesehatan gizi masyarakat. WHO merekomendasikan dua indikator antropometri utama, yaitu berat badan menurut panjang atau tinggi badan (BB/PB atau BB/TB) dan lingkaran lengan atas (LiLA), sebagai alat deteksi dini terhadap kondisi gizi kurang dan gizi buruk. Berikut adalah kategori *wasting* berdasarkan rekomendasi WHO:

- a. **Gizi Kurang (Moderate Wasting).** Anak dikategorikan gizi kurang apabila: Nilai z-score BB/PB atau BB/TB berada antara -2 hingga -3, atau Ukuran LiLA antara 115 mm hingga kurang dari 125 mm. Kategori ini menunjukkan adanya penurunan berat badan yang signifikan, namun belum masuk tahap kritis. Intervensi gizi tepat waktu dapat mencegah perburukan kondisi.
- b. **Gizi Buruk (Severe Wasting).** Kondisi gizi buruk ditandai dengan Nilai z-score BB/PB atau BB/TB kurang dari -3, atau Ukuran LiLA kurang dari 11,5 cm. Anak dalam kategori ini berisiko tinggi mengalami komplikasi medis dan kematian, sehingga memerlukan penanganan segera melalui program pemulihan gizi dan perawatan intensif.
- c. **Global Acute Malnutrition (GAM).** GAM merupakan gabungan antara kasus gizi kurang dan gizi buruk. Indikator ini digunakan untuk menilai status gizi pada tingkat populasi dan menentukan tingkat keparahan masalah gizi di suatu wilayah. Angka GAM yang tinggi mencerminkan situasi darurat gizi yang membutuhkan intervensi cepat dan terkoordinasi.

Penilaian status gizi anak di Indonesia telah diatur secara resmi melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar

Antropometri Anak. Standar ini digunakan oleh tenaga kesehatan untuk menentukan kondisi gizi anak berdasarkan indeks Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) dengan menggunakan nilai z-score sebagai acuan (Kemenkes RI, 2020). Pendekatan ini memungkinkan deteksi dini terhadap gangguan gizi, baik kekurangan maupun kelebihan, sehingga dapat dilakukan intervensi secara tepat dan berkesinambungan. Berikut adalah kategori status gizi anak berdasarkan standar tersebut:

- a. Gizi Buruk (*Severely Wasted*) dengan z-score  $< -3$  SD. Kategori ini menunjukkan kondisi kekurangan gizi yang berat. Anak dengan gizi buruk berisiko tinggi mengalami gangguan pertumbuhan, penurunan imunitas, serta komplikasi kesehatan serius.
- b. Gizi Kurang (*Wasted*) dengan z-score antara  $-3$  SD hingga  $< -2$  SD. Menandakan adanya defisit energi dan zat gizi yang cukup signifikan, namun belum mencapai tingkat gizi buruk. Anak pada kategori ini memerlukan pemantauan ketat dan dukungan gizi tambahan.
- c. Gizi Baik (*Normal*) dengan z-score antara  $-2$  SD hingga  $+1$  SD. Menunjukkan status gizi optimal dengan keseimbangan antara asupan dan kebutuhan gizi anak. Kategori ini menjadi indikator keberhasilan program pemantauan tumbuh kembang.
- d. Berisiko Gizi Lebih (*Possible Risk of Overweight*) dengan z-score antara  $> +1$  SD hingga  $+2$  SD. Menandakan potensi awal peningkatan berat badan berlebih. Perlu dilakukan edukasi mengenai pola makan seimbang dan aktivitas fisik yang sesuai usia.
- e. Gizi Lebih (*Overweight*) dengan z-score antara  $> +2$  SD hingga  $+3$  SD. Menunjukkan adanya penumpukan lemak tubuh yang mulai berlebih. Kondisi ini menjadi tahap awal sebelum obesitas dan perlu intervensi gaya hidup sehat.
- f. Obesitas (*Obese*) dengan z-score  $> +3$  SD. Merupakan kondisi penumpukan lemak tubuh yang berlebihan dan berisiko tinggi terhadap berbagai penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, serta gangguan metabolik di usia muda.

### 3. Faktor Penyebab

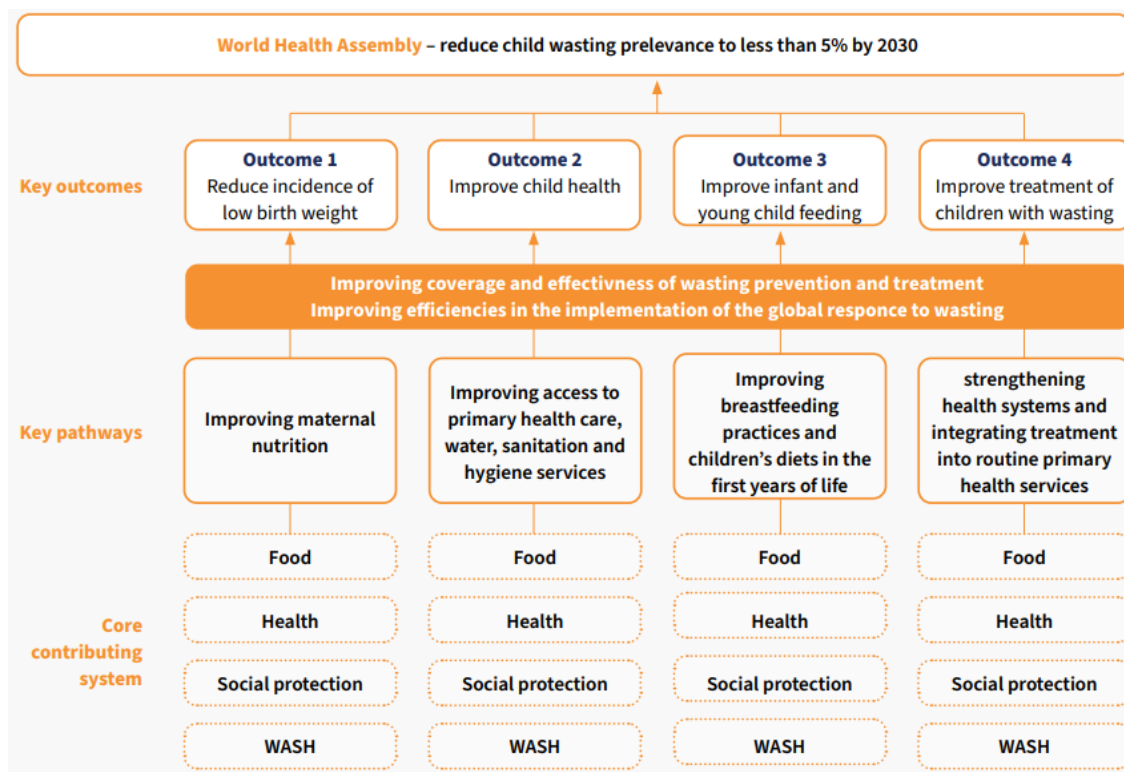
Wasting pada anak merupakan hasil dari interaksi kompleks antara faktor gizi, kesehatan, dan lingkungan. Kondisi ini muncul ketika anak mengalami penurunan berat badan cepat akibat kombinasi infeksi dan asupan gizi yang tidak memadai. Empat determinan utama wasting meliputi: praktik pemberian makan yang kurang tepat, ketahanan pangan yang lemah, keterbatasan akses layanan kesehatan, serta lingkungan yang tidak memenuhi standar sanitasi dan kebersihan (WHO & UNICEF, 2025).



Sumber: Lamid dan Winarto (2020)

**Gambar 1.5** Faktor Determinan terjadinya Wasting pada Balita

Masalah tersebut saling memperkuat satu sama lain—misalnya, pola makan buruk meningkatkan risiko infeksi, sementara penyakit menurunkan nafsu makan dan penyerapan zat gizi. Oleh karena itu, upaya penanggulangan wasting perlu dilakukan secara terpadu, mencakup intervensi gizi, peningkatan layanan kesehatan, penguatan ketahanan pangan, dan perbaikan lingkungan sanitasi. Pencapaian kemajuan signifikan dalam penurunan wasting anak hingga tahun 2030 memerlukan pendekatan yang komprehensif dan berkelanjutan terhadap faktor-faktor penyebabnya. Upaya utama meliputi penguatan sistem pangan yang inklusif dan berkelanjutan agar seluruh masyarakat memiliki akses terhadap pangan bergizi dan aman, serta peningkatan kualitas layanan kesehatan melalui penerapan cakupan kesehatan universal. Selain itu, penerapan intervensi gizi sepanjang siklus kehidupan menjadi kunci dalam memastikan status gizi optimal sejak dini. Di sisi lain, sistem perlindungan sosial yang adaptif harus dikembangkan untuk menjangkau kelompok rentan, sehingga mereka dapat mengakses pangan bergizi dan layanan kesehatan yang memadai. Sinergi dari keempat komponen ini menjadi dasar penting untuk menciptakan dampak jangka panjang dalam pencegahan wasting dan peningkatan kesehatan anak secara global (WHO & UNICEF, 2025).



Sumber: WHO dan UNICEF (2025)

**Gambar 1.6 Global Action Plan Reduce Child Wasting**

Kerangka jalur tindakan dan hasil utama (**Gambar 1.6**) menggambarkan hubungan antara upaya, intervensi, serta kebijakan yang dilakukan dengan hasil yang diharapkan dalam penurunan wasting pada anak. Kerangka ini berfungsi sebagai panduan strategis untuk memastikan bahwa setiap langkah yang diambil berkontribusi langsung terhadap pencapaian target global pengurangan wasting. Secara umum, framework ini mencakup empat luaran (*outcome*) yaitu menurunnya kejadian bayi dengan berat badan lahir rendah, meningkatnya kesehatan anak, membaiknya praktik pemberian makan bayi dan anak usia dini, serta meningkatnya kualitas penatalaksanaan kasus wasting pada anak (WHO & UNICEF, 2025).

Setiap hasil memiliki jalur strategis yang melibatkan berbagai sektor, termasuk kesehatan, pangan, sanitasi dan kebersihan, serta perlindungan sosial. Keberhasilan pelaksanaan kerangka ini menuntut keterlibatan aktif pemerintah dan mitra lintas sektor untuk memperluas akses air bersih, meningkatkan keamanan pangan, memperkuat sistem kesehatan, dan memastikan ketersediaan makanan bergizi dengan harga terjangkau. Kolaborasi antara sektor publik dan swasta juga penting untuk memperkuat rantai pasok dan lingkungan pangan yang sehat.

Selain itu, sistem perlindungan sosial yang adaptif memiliki peran vital dalam mendukung keluarga dengan anak berisiko wasting melalui bantuan tunai atau non-tunai, serta intervensi yang dapat meredam dampak krisis pangan. Semua rekomendasi dalam kerangka GAP dirumuskan melalui telaah menyeluruh terhadap pedoman WHO dan UNICEF, serta konsultasi dengan pakar regional guna memastikan kesesuaian dengan praktik global dan kebutuhan lokal.

#### 4. Pencegahan dan Penanganan

Dalam kerangka pencapaian SDGs, WHO menargetkan penurunan global prevalensi wasting di bawah 5% pada tahun 2025. Target ini diadopsi dalam RPJMN 2019–2024 melalui kebijakan nasional yang menetapkan sasaran prevalensi wasting sebesar 7% di Indonesia pada akhir tahun 2024 (Lamid & Triwinarto, 2020). Upaya tersebut menjadi bagian dari komitmen pemerintah untuk mencapai tujuan pembangunan berkelanjutan di bidang gizi dan kesehatan anak. Strategi utama yang ditempuh adalah intervensi gizi terpadu, dengan fokus pada peningkatan status gizi ibu dan anak sejak 1.000 hari pertama kehidupan (HPK), karena periode ini menjadi fase emas untuk mendukung pertumbuhan fisik, perkembangan kognitif, dan produktivitas di masa depan (Herliana & Douiri, 2017). Gerakan 1000 HPK bukanlah inisiatif institusi maupun pembiayaan baru melainkan meningkatkan efektivitas dari inisiatif yang telah ada yaitu meningkatkan koordinasi termasuk dukungan teknis, advokasi tingkat tinggi, kemitraan inovatif, partisipasi untuk meningkatkan keadaan gizi dan kesehatan masyarakat, dan pembangunan (BAPPENAS, 2023).

Selain wasting, target global WHO juga mencakup penurunan stunting, anemia, dan berat badan lahir rendah, serta peningkatan cakupan ASI eksklusif dan pengendalian overweight pada anak. Pendekatan ini menegaskan bahwa investasi pada gizi tidak hanya berdampak pada kesehatan individu, tetapi juga berkontribusi terhadap pertumbuhan ekonomi dan pembangunan berkelanjutan (Lamid & Triwinarto, 2020).

#### 5. Dampak

Dampak wasting apabila tidak ditanggulangi akan meningkatkan morbiditas, mortalitas, dan menurunkan kecerdasan balita wasting. Penelitian menunjukkan adanya korelasi kuat antara status gizi, khususnya indeks BB/TB, dengan risiko kematian pada anak. Anak yang tergolong dalam kategori wasting berat ( $BB/TB < -3 SD$ ) berpeluang meninggal sembilan kali lebih tinggi dibandingkan anak dengan status gizi normal. Risiko tersebut meningkat secara signifikan apabila kondisi wasting disertai dengan stunting, di mana

kemungkinan kematian mencapai lebih dari dua belas kali lipat dibandingkan anak tanpa masalah gizi. Temuan ini menegaskan bahwa kombinasi wasting dan stunting merupakan kondisi gizi yang sangat berisiko dan memerlukan intervensi segera dan terintegrasi, mencakup perbaikan asupan gizi, peningkatan layanan kesehatan, serta pemantauan pertumbuhan anak secara berkelanjutan (Lamid & Triwinarto, 2020).

## D. Overweight dan Obesitas

### 1. Prevalensi

Obesitas anak telah menjadi salah satu masalah kesehatan kronis yang paling sering ditemukan pada usia dini dan kini menjadi isu kesehatan global. Kondisi ini dipengaruhi oleh kombinasi faktor genetik, biologis, lingkungan, dan sosial ekonomi. Anak yang mengalami obesitas memiliki kecenderungan tinggi untuk tetap obesitas hingga dewasa serta berpotensi mengalami gangguan kesehatan serius di berbagai fase kehidupan. Di Amerika Serikat, prevalensi obesitas anak menunjukkan peningkatan signifikan, yaitu lebih dari tiga kali lipat sejak tahun 1960-an, dengan kecenderungan meningkat seiring bertambahnya usia (Daley & Balasundaram, 2025). Obesitas anak merupakan kondisi kesehatan yang kompleks dengan kecenderungan menetap hingga remaja. Data menunjukkan peningkatan signifikan dalam prevalensinya, di mana proporsi anak usia 6-11 tahun yang mengalami obesitas naik dari sekitar 4% pada tahun 1960-an menjadi lebih dari 15% pada akhir 1990-an. Berdasarkan survei nasional di Amerika Serikat, sekitar satu dari lima anak menderita obesitas, sementara sebagian lainnya memiliki IMT (Indeks Massa Tubuh) di atas normal, yang menandakan peningkatan risiko terhadap berbagai masalah kesehatan di masa depan (Cockrell Skinner et al., 2018).

Di Indonesia, jumlah anak dan remaja berusia 5-19 tahun yang mengalami kelebihan berat badan maupun obesitas meningkat tajam dalam dua dekade terakhir. Data menunjukkan bahwa prevalensi kedua kondisi tersebut naik dari 3,9% pada tahun 1996 menjadi 15,4% pada tahun 2016. Selain itu, hasil survei tahun 2018 mencatat bahwa 10,8% anak usia 5-12 tahun tergolong kelebihan berat badan dan 9,2% termasuk obesitas. Peningkatan ini menggambarkan tren masalah gizi berlebih yang semakin mengkhawatirkan di kalangan anak-anak Indonesia (Balitbangkes RI, 2018). Berdasarkan hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024 menunjukkan bahwa terjadi antara tahun 2013-2024 menunjukkan terjadi penurunan angka *overweight* pada balita yaitu 11,8% menjadi 3,4% (Kementerian Kesehatan, 2025).

## 2. Klasifikasi

Diagnosis gizi lebih dan obesitas pada anak serta remaja dilakukan melalui beberapa tahapan, yaitu (IDAI, 2014):

### 1. Anamnesis

Menggali riwayat kesehatan, pola makan, dan gejala yang berkaitan dengan risiko obesitas.

### 2. Pemeriksaan Fisik

Menilai kondisi umum anak serta tanda-tanda klinis yang berhubungan dengan obesitas.

### 3. Evaluasi Antropometrik

Meliputi pengukuran berat badan, tinggi badan, dan perhitungan Indeks Massa Tubuh (IMT) sesuai usia dan jenis kelamin.

### 4. Pemeriksaan Penunjang

Termasuk analisis asupan makanan, pemeriksaan laboratorium, pencitraan (imaging), ekokardiografi, dan respirometri bila diperlukan.

### 5. Penilaian Komorbiditas

Mengidentifikasi kemungkinan adanya penyakit penyerta akibat obesitas, seperti gangguan metabolik, kardiovaskular, atau pernapasan.

**Tabel 1.1 Karakteristik dan Etiologi Obesitas**

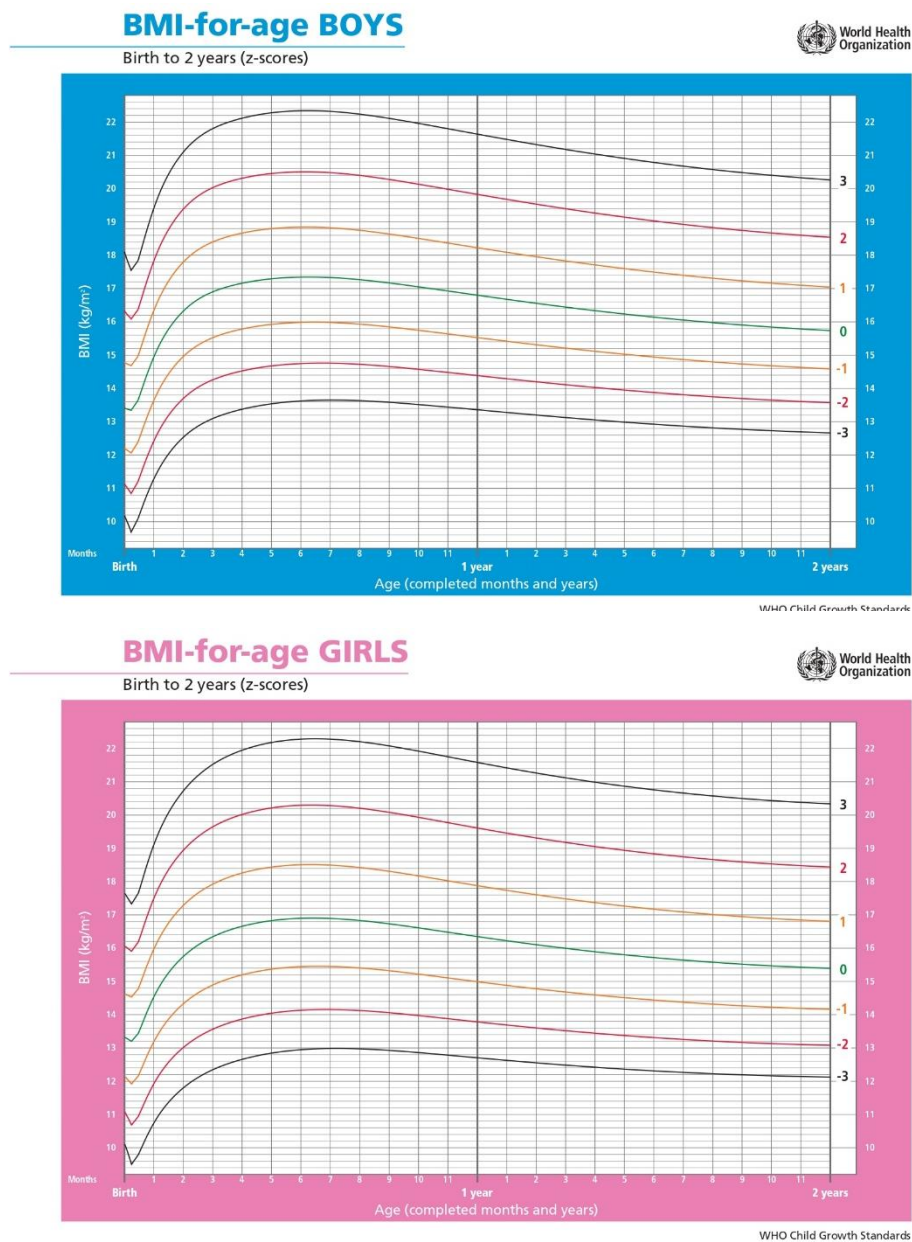
Kriteria	Obesitas idiopatik	Obesitas endogen
Angka Kejadian	>90%	<10%
TB/U	Perawakan tinggi (TB/U > P <sub>50</sub> )	Perawakan pendek
Riwayat Keluarga	Ada	Umunya tidak ada
Kesehatan Mental	Normal	Umunya retardasi mental
Usia tulang	Normal	Terlambat
Pemeriksaan Fisik	Normal	Terdapat Stl pemeriksaan fisik

Sumber: IDAI (2014)

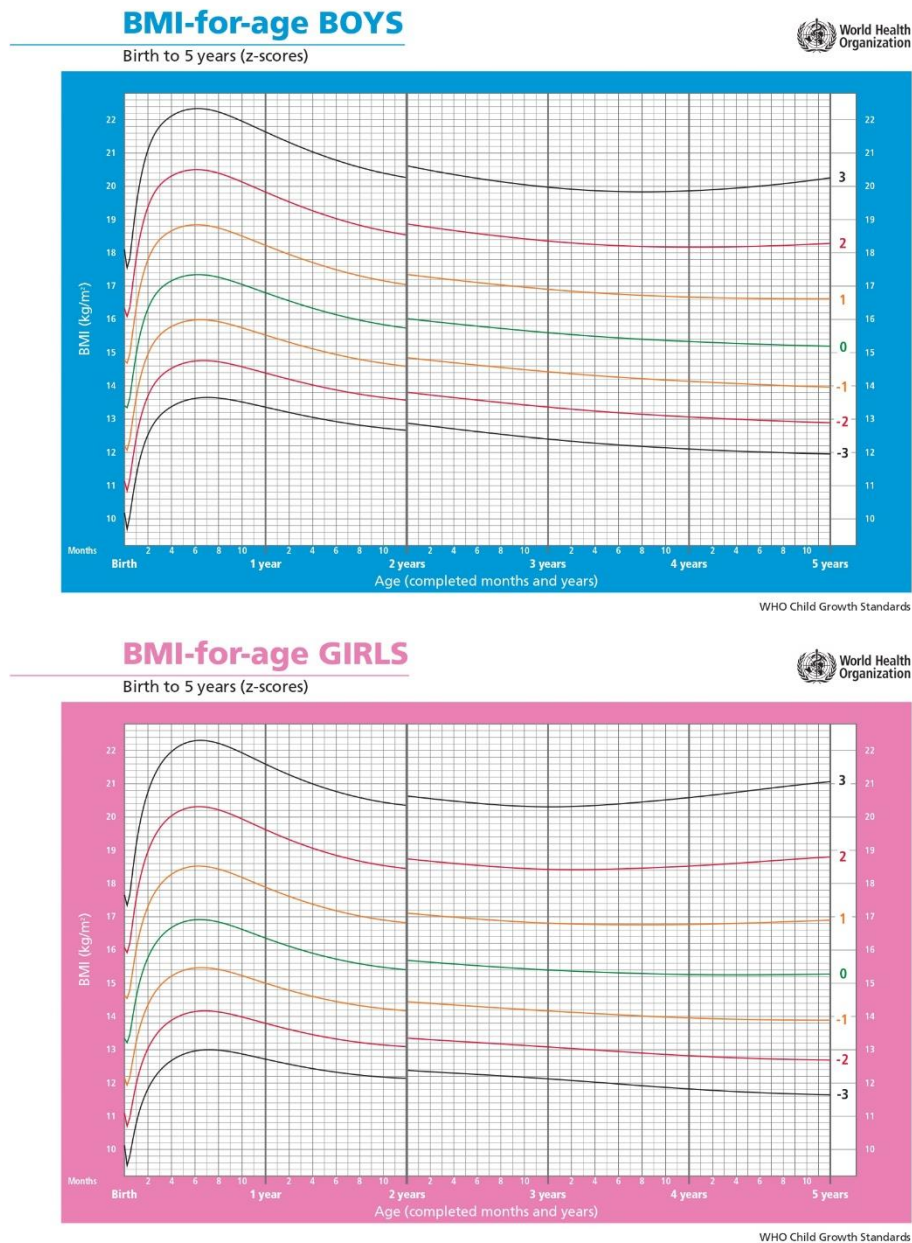
Pada anak berusia dua tahun ke atas, obesitas diidentifikasi apabila nilai Indeks Massa Tubuh (IMT) berada pada atau melebihi persentil ke-95 berdasarkan usia dan jenis kelamin. Dalam praktik medis saat ini, istilah yang digunakan untuk mengklasifikasikan obesitas telah disesuaikan agar lebih netral dan tidak menimbulkan stigma. Oleh karena itu, obesitas

dikategorikan menjadi tiga tingkatan, yaitu kelas 1, kelas 2, dan kelas 3, yang mencerminkan tingkat keparahan kondisi berdasarkan penilaian klinis (Daley & Balasundaram, 2025).

Klasifikasi obesitas ditentukan berdasarkan persentil Indeks Massa Tubuh (IMT) sesuai usia dan jenis kelamin yang diacu dari grafik pertumbuhan standar, seperti yang dikeluarkan oleh Centers for Disease Control and Prevention (CDC) atau World Health Organization (WHO). Anak < 2 tahun dikatakan overweight jika z score > +2 dan obesitas jika z score > +3 (IMT WHO 2006). Anak 2-18 tahun dikatakan overweight jika BMI >P<sub>85</sub>-P<sub>95</sub> dan obesitas jika BMI >P<sub>95</sub>.



**Gambar 1.7 Grafik Indeks Massa Tubuh (IMT) Anak Laki-Laki Dan Perempuan Usia 0-2 Tahun**



**Gambar 1.8 Grafik Indeks Massa Tubuh (IMT) Anak Laki-Laki Dan Perempuan Usia 0-5 Tahun**

### 3. Faktor Penyebab

Kelebihan berat badan dan obesitas pada anak serta remaja dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan, baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Dalam jangka pendek, kondisi ini meningkatkan risiko tekanan darah tinggi, dan gangguan tidur seperti apnea tidur obstruktif. Sementara itu, dalam jangka panjang, obesitas masa kanak-kanak sering berlanjut hingga dewasa dan dikaitkan dengan peningkatan risiko kematian dini hingga tiga kali lipat dibandingkan dengan anak yang memiliki berat badan normal (Lindberg et al., 2020; Oktaviani et al., 2023).

Salah satu faktor utama penyebab kelebihan berat badan dan obesitas pada anak adalah tingginya paparan terhadap makanan dengan nilai gizi rendah, seperti makanan tinggi kalori namun miskin zat gizi. Kondisi ini diperparah oleh rendahnya tingkat aktivitas fisik anak, sehingga asupan energi yang berlebih tidak seimbang dengan pengeluarannya. Ketidakseimbangan antara pola makan dan aktivitas tersebut berkontribusi pada peningkatan risiko anak mengalami kelebihan berat badan maupun obesitas (Oktaviani et al., 2023).

Faktor keluarga berperan penting dalam terjadinya kelebihan berat badan dan obesitas pada anak. Salah satu faktor yang berpengaruh adalah kondisi berat badan orang tua, khususnya ayah, serta persepsi orang tua terhadap pola makan anak mereka. Hasil penelitian menunjukkan bahwa anak yang memiliki ayah dengan kelebihan berat badan atau obesitas memiliki risiko dua hingga empat kali lebih tinggi untuk mengalami kondisi serupa dibandingkan anak dengan ayah yang memiliki berat badan normal (Lee et al., 2022; Oktaviani et al., 2023). Namun terjadi sebaliknya, tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara kelebihan berat badan/obesitas ibu dan anak. Hal ini dapat dikarenakan ibu cenderung lebih protektif (Setiawan et al., 2022), Pola asuh otoritatif dinilai lebih efektif dalam mencegah peningkatan Indeks Massa Tubuh (IMT) anak dibandingkan dengan pola asuh permisif. Di Indonesia, banyak ayah yang menerapkan gaya pengasuhan permisif dengan cenderung memanjakan anak melalui pemenuhan semua keinginannya. Pola ini dapat meningkatkan peluang anak meniru kebiasaan dan perilaku ayah yang berisiko terhadap obesitas. Dalam konteks budaya Jawa, ayah juga berperan penting sebagai figur teladan bagi anak-anaknya, sehingga perilaku dan gaya hidup ayah sangat berpengaruh terhadap pembentukan kebiasaan anak terkait pola makan dan aktivitas fisik (Oktaviani et al., 2023).

Penelitian menunjukkan bahwa anak-anak yang tinggal di wilayah perkotaan memiliki risiko sekitar 1,36 kali lebih tinggi untuk mengalami kelebihan berat badan atau obesitas dibandingkan dengan anak-anak di pedesaan (Oktaviani et al., 2023). Lingkungan perkotaan sering dikategorikan sebagai lingkungan obesogenik karena tingginya ketersediaan makanan tidak sehat dan rendahnya aktivitas fisik (Nurwanti et al., 2019). Data dari Survei Kesehatan Nasional Indonesia juga menunjukkan bahwa penduduk kota cenderung memiliki gaya hidup yang lebih tidak banyak bergerak (*sedentary*) dibandingkan dengan mereka yang tinggal di daerah pedesaan, yang turut berkontribusi terhadap meningkatnya risiko obesitas (Balitbangkes RI, 2018).

#### 4. Pencegahan dan Penanganan

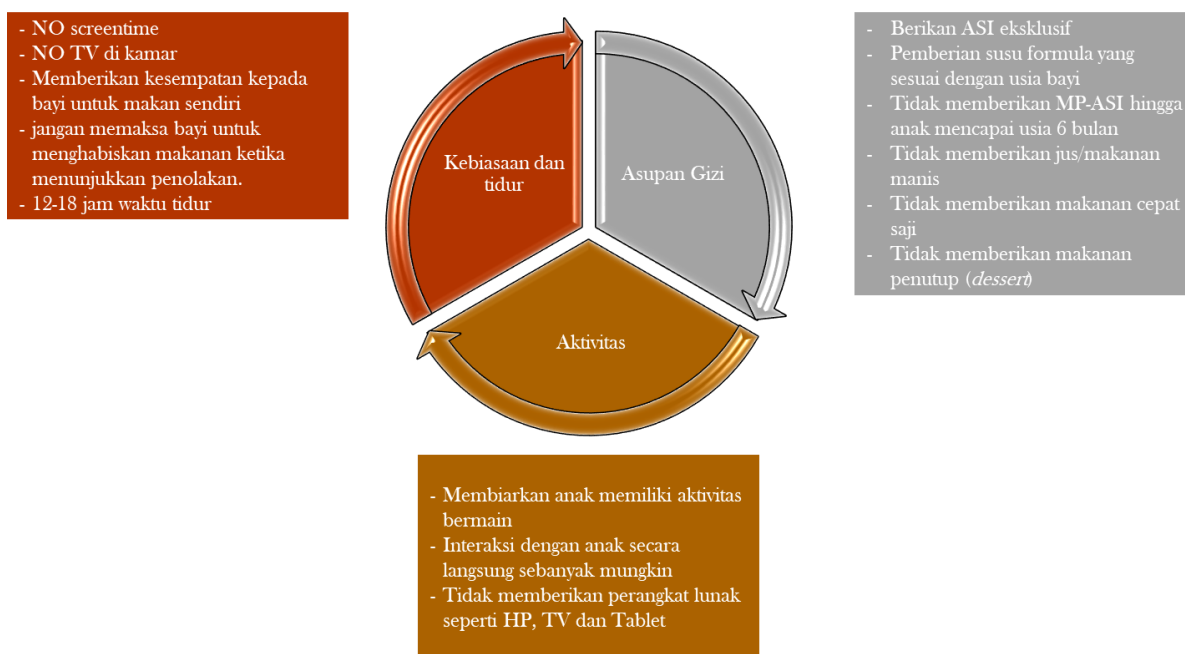
Anak dengan obesitas yang menunjukkan perlambatan pertumbuhan, gejala gangguan tiroid (hipo atau hipertiroidisme), tanda-tanda diabetes, tekanan darah tinggi yang menetap, pertumbuhan rambut berlebih (hirsutisme), riwayat keluarga dengan penyakit kardiovaskular dini, mendengkur saat tidur, atau mengantuk di siang hari memerlukan pemeriksaan medis lanjutan. Selain itu, obesitas juga dapat menimbulkan berbagai komplikasi lain yang perlu dievaluasi lebih lanjut, termasuk kondisi penyerta yang berkaitan dengan gangguan metabolik dan kardiovaskular (Cuda & Censani, 2019).

Upaya pencegahan obesitas pada anak perlu dilakukan secara menyeluruh melalui berbagai **tindakan gizi spesifik** yang menargetkan kebiasaan konsumsi, regulasi pangan, serta peningkatan sistem layanan kesehatan. Berdasarkan hasil analisis UNICEF (2023) terhadap Lanskap Kelebihan Berat Badan dan Obesitas di Indonesia kebijakan ini tidak hanya bertujuan untuk menurunkan angka obesitas, tetapi juga menciptakan lingkungan yang mendukung perilaku makan sehat sejak usia dini. Berikut langkah-langkah utama yang dapat dilakukan:

- a. Penerapan Cukai pada Minuman Manis. Penenaan cukai terhadap minuman berpemanis gula bertujuan untuk menekan konsumsi berlebih serta mendorong produsen melakukan reformulasi produk agar lebih sehat. Kebijakan ini terbukti efektif menurunkan asupan gula di kalangan anak-anak dan remaja.
- b. Pengawasan Pemasaran Makanan Tidak Sehat. Pemerintah perlu memperkuat pengawasan terhadap pemasaran makanan dan minuman tinggi gula, garam, dan lemak (GGL), terutama di lingkungan sekolah dan tempat penjualan makanan anak. Kerja sama dengan sektor digital, termasuk platform media sosial, penting dilakukan untuk membatasi iklan produk tidak sehat kepada anak-anak.
- c. Penerapan Label Gizi yang Jelas dan Informatif. Peningkatan sistem *Front-of-Pack Nutrition Labelling* (FOPNL) atau label gizi pada kemasan dapat membantu masyarakat membuat pilihan makanan yang lebih sehat. Sistem ini dapat diperkuat dengan mewajibkan penggunaan label peringatan seperti logo peringatan kesehatan atau label “*traffic light*”, yang menandai kadar gula, garam, dan lemak pada produk.
- d. Penguatan Program Pencegahan dan Konseling Gizi. Program pencegahan kelebihan berat badan perlu dioptimalkan dengan meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan dalam memberikan edukasi dan konseling gizi. Pendekatan ini penting untuk membantu keluarga memahami pola makan sehat dan menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari anak.

- e. Penguatan Sistem Data dan Pemantauan. Sistem data kesehatan harus diperkuat untuk mendukung kegiatan skrining dan rujukan dini bagi anak yang berisiko mengalami obesitas. Selain itu, pemantauan dan evaluasi program gizi perlu dilakukan secara berkelanjutan untuk menilai efektivitas kebijakan dan memastikan hasil yang berkelanjutan bagi kesehatan anak.

Pendekatan terpadu melalui kebijakan cukai, edukasi gizi, pelabelan pangan, dan pengawasan pemasaran menjadi kunci utama dalam mencegah obesitas pada anak. Dukungan lintas sektor antara pemerintah, tenaga kesehatan, sekolah, dan masyarakat sangat dibutuhkan untuk menciptakan generasi yang lebih sehat dan produktif di masa depan.



Sumber: Cuda dan Censani (2019)

**Gambar 1.9** Manajemen Penanganan Obesitas Pada Anak Usia 0-2 tahun

Penatalaksanaan obesitas pada anak harus disesuaikan dengan tahap usia. Pada enam bulan pertama kehidupan, pemberian ASI eksklusif merupakan sumber nutrisi terbaik, sementara makanan pendamping sebaiknya mulai diberikan setelah bayi berusia enam bulan. Pengenalan makanan pendamping yang terlalu dini dikaitkan dengan peningkatan indeks massa tubuh (IMT) pada masa kanak-kanak dan remaja. Bayi dengan obesitas tidak disarankan mengonsumsi minuman manis, makanan cepat saji, atau makanan penutup tinggi gula. Pemberian susu formula harus disesuaikan dengan usia bayi, dan jus tidak dianjurkan diberikan melalui botol. Selain itu, bayi sebaiknya tidak terpapar layar televisi atau gawai hingga usia dua tahun. Bayi normal memerlukan waktu tidur antara 12 hingga 18 jam per hari. Aktivitas fisik

juga penting; bayi perlu diberikan kesempatan untuk bergerak bebas di lantai atau dalam tempat bermain, serta mendapatkan interaksi langsung yang optimal dengan orang tua untuk mendukung perkembangan fisik dan emosionalnya (Cuda & Censani, 2019).

Penatalaksanaan obesitas pada anak usia 2–4 tahun perlu memperhatikan pola makan, perilaku, dan lingkungan keluarga. Anak dianjurkan makan tiga kali sehari disertai satu hingga dua camilan sehat dengan porsi sesuai usia, tanpa konsumsi minuman manis atau makanan cepat saji. Orang tua berperan penting sebagai teladan dalam menerapkan kebiasaan makan sehat dan memberikan pujian ketika anak mencoba makanan baru. Pola tidur yang teratur juga harus dijaga, dan mendengkur yang disebabkan oleh pembesaran tonsil perlu mendapat evaluasi medis. Penggunaan layar digital sebaiknya dihindari pada usia di bawah dua tahun dan dibatasi pada usia 2–4 tahun karena durasi layar berlebih berkaitan dengan peningkatan risiko obesitas. Selain itu, penerapan perilaku makan yang baik di rumah—seperti makan di meja bersama keluarga, tanpa distraksi media, dan tanpa menjadikan makanan sebagai bentuk hadiah—dapat membantu menciptakan lingkungan makan yang positif dan mendukung pengendalian berat badan anak (Cuda & Censani, 2019).

## Referensi

- Anggiruling, D. O., Ekayanti, I., & Khomsan, A. (2019). *Analisis faktor pemilihan jajanan, kontribusi gizi dan status gizi siswa sekolah dasar*.
- Balitbangkes RI. (2018). Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf. In *Lembaga Penerbit Balitbangkes* (p. hal 156).
- BAPPENAS. (2023). *Penduduk Berkualitas Menuju Indonesia Emas*. 1-74.
- Cockrell Skinner, A., Ravanbakht, S. N., Skelton, J. A., Perrin, E. M., Armstrong, S. C., & Skinner, C. (2018). Prevalence of Obesity and Severe Obesity in US Children. *Pediatrics*, *141*(3), 1-18. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-4078>.Skinner
- Cuda, S. E., & Censani, M. (2019). Pediatric obesity algorithm: A practical approach to obesity diagnosis and management. *Frontiers in Pediatrics*, *6*(JAN). <https://doi.org/10.3389/fped.2018.00431>
- Daley, S., & Balasundaram, P. (2025). *Obesity in Pediatric Patients*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570626/>
- Fadilah, C., & Romadona, N. F. (2022). "The Causes of Malnutrition in Indonesia A Literature Study." *Proceedings of the 6th International Conference of Early Childhood Education (ICECE-6 2021)*, *668*, 153-159. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.220602.032>
- Febriani, A. D. B., Daud, D., Rauf, S., Nawing, H. D., Ganda, I. J., Salekede, S. B., Angriani, H., Maddeppungeng, M., Juliaty, A., Alasiry, E., Artaty, R. D., Lawang, S. A., Ridha, N. R., Laompo, A., Rahimi, R., Aras, J., & Sarmila, B. (2020). Risk factors and nutritional profiles associated with stunting in children Faktor risiko dan profil gizi yang berhubungan dengan stunting pada anak. *Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*, *23*(5), 457-463.
- Herliana, P., & Douiri, A. (2017). Determinants of immunisation coverage of children aged 12-59 months in Indonesia: A cross-sectional study. *BMJ Open*, *7*(12), 1-14. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015790>
- IDAI. (2014). Diagnosis, Tata Laksana dan Pencegahan Obesitas pada Anak dan Remaja. *Ikatan Dokter Anak Indonesia*, *10*.
- Kemenkes RI. (2020). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 Tentang Standar Antropometri Anak* (Vol. 2507, Issue February).
- Kemenkes RI. (2022). *Kemenkes RI no HK.01.07/MENKES/1928/2022 Tentang Pedoman*

*Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Stunting*. 1-52.

- Kemendes RI. (2024). SSGI 2024 Survey Status Gizi Indonesia dalam Angka. In *Kemendes RI. Kementerian Kesehatan*. (2025). Survey Status Gizi (SSGI) 2024: Kemajuan berkelanjutan dalam Mengatasi Malnutrisi Anak. *Unicef*, 1.
- Lamid, A., & Triwinarto, A. (2020). *Bunga Rampai Wasting Bencana Bagi Sumber Daya Manusia: Tantangan Indonesia Maju Tahun 2045*. [http://repository.bkpk.kemkes.go.id/3927/1/Bunga Rampai Wasting Bencana.pdf](http://repository.bkpk.kemkes.go.id/3927/1/Bunga_Rampai_Wasting_Bencana.pdf)
- Lee, J. S., Jin, M. H., & Lee, H. J. (2022). Global relationship between parent and child obesity: a systematic review and meta-analysis. *Clinical and Experimental Pediatrics*, *65*(1), 35-46. <https://doi.org/10.3345/cep.2020.01620>
- Lestari, W., Margawati, A., & Rahfiludin, Z. (2014). Risk factors for stunting in children aged 6-24 months in the sub-district of Penanggalan, Subulussalam, Aceh Province. *Jurnal Gizi Indonesia (The Indonesian Journal of Nutrition)*, *3*(1), 37-45. <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jgi/article/view/8752/7081>
- Linda Suryani. (2017). Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Payung Sekaki Pekanbaru . *JOMIS (Journal Of Midwifery Science)*, *1*(2), 47-53.
- Lindberg, L., Danielsson, P., Persson, M., Marcus, C., & Hagman, E. (2020). Association of childhood obesity with risk of early all-cause and cause-specific mortality: A swedish prospective cohort study. *PLoS Medicine*, *17*(3), 1-14. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1003078>
- Mentari, S., & Hermansyah, A. (2019). Faktor-faktor yang berhubungan dengan status stunting anak usia 24-59 bulan di wilayah kerja UPK puskesmas Siantan Hulu. *Pontianak Nutrition Journal (PNJ)*, *1*(1), 1-5.
- Mugianti, S., Mulyadi, A., Anam, A. K., & Najah, Z. L. (2018). Faktor Penyebab Anak Stunting Usia 25-60 Bulan di Kecamatan Sukorejo Kota Blitar. *Jurnal Ners Dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*, *5*(3), 268-278. <https://doi.org/10.26699/jnk.v5i3.art.p268-278>
- Mulyani, A. T., Khairinisa, M. A., Khatib, A., & Chaerunisaa, A. Y. (2025). Understanding Stunting: Impact, Causes, and Strategy to Accelerate Stunting Reduction—A Narrative Review. *Nutrients*, *17*(9). <https://doi.org/10.3390/nu17091493>
- Notoatmodjo, S. (2014). *Behavioral Health Science*. Rineka Cita.

- Nurwanti, E., Hadi, H., Chang, J. S., Chao, J. C. J., Paramashanti, B. A., Gittelsohn, J., & Bai, C. H. (2019). Rural-urban differences in dietary behavior and obesity: Results of the riskedas study in 10-18-year-old Indonesian children and adolescents. *Nutrients*, *11*(11), 1-14. <https://doi.org/10.3390/nu11112813>
- Oktaviani, S., Mizutani, M., Nishide, R., & Tanimura, S. (2023). Factors associated with overweight/obesity of children aged 6-12 years in Indonesia. *BMC Pediatrics*, *23*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04321-6>
- Prendergast, A. J., & Humphrey, J. H. (2014). The stunting syndrome in developing countries. *Paediatrics and International Child Health*, *34*(4), 250-265. <https://doi.org/10.1179/2046905514Y.00000000158>
- Sekretariat Wakil Presiden RI. (2019). Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting) Periode 2018-2024. In *Sekretariat Wakil Presiden RI*. [http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Educacao\\_PereiraAS\\_1.pdf](http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Educacao_PereiraAS_1.pdf)[http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs\\_00\\_11/rbcs11\\_01.htm](http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_11/rbcs11_01.htm)[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7845/1/td\\_2306.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7845/1/td_2306.pdf)<https://direitoufma2010.files.wordpress.com/2010/10/>
- Sekretariat Wakil Presiden RI. (2024). Kebijakan dan Strategi Percepatan Penurunan Stunting 2025-2029. *Sekretariat Wakil Presiden*, *1*.
- Setiawan, J. L., Widhigdo, J. C., Teonata, A., Indriati, L., & Engel, M. M. (2022). Understanding the Issues of Coparenting in Indonesia. *Journal of Educational, Health and Community Psychology*, *11*(3), 588. <https://doi.org/10.12928/jehcp.v11i3.24574>
- Unicef. (2023). ANALISIS LANSKAP KELEBIHAN BERAT BADAN DAN OBESITAS DI INDONESIA Ringkasan Untuk Pemangku Kebijakan. *Unicef*, *6*. [https://www.unicef.org/indonesia/media/16691/file/Ringkasan\\_untuk\\_Pemangku\\_Kebijakan.pdf](https://www.unicef.org/indonesia/media/16691/file/Ringkasan_untuk_Pemangku_Kebijakan.pdf)
- WHO, & UNICEF. (2025). *Global Nutrition Targets 2030: Child Wasting Brief* (Vol. 2034, Issue 4). <https://doi.org/https://doi.org/10.2471/B09520>
- World Health Organization. (2018). *Reducing Stunting in Children: Equity Considerations for Achieving the Global Nutrition Targets 2025*. WHO Library Cataloguing in Publication Data.

## BAB II

# Stimulasi Tumbuh Kembang Anak Usia Dini di Rumah

Norlaila Sofia, S.Si.T.,M. Keb

### A. Pendahuluan

Tumbuh kembang anak ditentukan secara optimal pada periode 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu masa emas yang berperan penting dalam membentuk kualitas fisik, mental, dan intelektual anak di masa depan (Adebiyi et al., 2021; da Cunha et al., 2015; Gabrielli et al., 2025; Goldschmidt et al., 2021). Pada masa ini, otak anak berkembang dengan sangat cepat hingga mencapai sekitar 80% kapasitas otak orang dewasa pada usia 3 tahun (Eisen & Kiernan, 2025; Mulcaire-Jones & Scanlon, 2022; “Scientific Evidence for Brain Development and Nutrition in the First 1000 Days of Life,” 2023). Proses pembentukan sel-sel saraf dan hubungan antar neuron (sinaps) dipengaruhi oleh berbagai faktor, di antaranya nutrisi, kesehatan, stimulasi, dan kasih sayang dari lingkungan terdekat anak, yaitu keluarga (Kirana et al., 2024). Oleh karena itu, keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam menciptakan lingkungan yang kaya stimulasi agar potensi anak dapat berkembang secara optimal (Sofia & Zubaidah, 2025).

Tumbuh kembang anak yang optimal tidak terjadi secara otomatis, tetapi merupakan hasil dari interaksi yang kompleks antara faktor genetik dan lingkungan. Keluarga, khususnya orang tua, merupakan agen utama yang mampu memberikan pengalaman awal yang bermakna bagi anak. Melalui interaksi sederhana seperti berbicara, memeluk, bermain, dan memberi respons terhadap kebutuhan anak, orang tua sebenarnya sedang memberikan stimulasi dini yang berpengaruh besar terhadap perkembangan otak dan kepribadian anak (Sofia & Zubaidah, 2025).

Namun, kenyataannya masih banyak keluarga yang belum memahami pentingnya stimulasi dini di rumah. Sebagian besar orang tua menganggap stimulasi hanya dapat

diberikan di lembaga pendidikan formal seperti PAUD, padahal proses stimulasi yang paling efektif justru terjadi melalui aktivitas sehari-hari bersama anak di lingkungan rumah. Survei Kementerian Kesehatan (2022) menunjukkan bahwa hanya sekitar 60% keluarga di Indonesia yang melakukan stimulasi perkembangan anak secara rutin di rumah, dan masih banyak yang belum memanfaatkan buku KIA atau layanan SDIDTK (Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak).

Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan pengetahuan dan praktik di tingkat keluarga, sehingga diperlukan upaya untuk meningkatkan pemahaman tentang pentingnya stimulasi yang terencana, menyenangkan, dan sesuai dengan usia anak. Melalui kegiatan sederhana seperti bercerita, bernyanyi, atau bermain bersama, keluarga dapat menumbuhkan rasa percaya diri, kemampuan bahasa, serta keterampilan sosial anak. Stimulasi bukan hanya kegiatan belajar, tetapi merupakan proses membangun hubungan emosional positif antara anak dan orang tua yang berdampak jangka panjang terhadap kesehatan mental anak.

Buku bab ini bertujuan untuk memberikan pemahaman mengenai konsep dasar tumbuh kembang anak usia dini, peran keluarga dalam stimulasi, serta strategi penerapan stimulasi di rumah yang dapat dilakukan dengan cara sederhana, murah, dan menyenangkan. Selain itu, dibahas pula mengenai pemantauan perkembangan anak, tantangan dalam pelaksanaannya, serta dukungan tenaga kesehatan dalam membantu keluarga mengoptimalkan tumbuh kembang anak. Dengan meningkatnya kesadaran dan keterampilan keluarga dalam memberikan stimulasi yang tepat, diharapkan anak-anak Indonesia dapat tumbuh menjadi generasi yang sehat, cerdas, kreatif, dan berkarakter sesuai dengan visi pembangunan kesehatan nasional dalam mewujudkan sumber daya manusia unggul di masa depan.

## **B. Konsep Dasar Tumbuh Kembang Anak Usia Dini**

Istilah tumbuh kembang mencakup dua proses yang saling berkaitan, yaitu pertumbuhan (growth) dan perkembangan (development). Pertumbuhan adalah peningkatan ukuran dan jumlah sel tubuh yang bersifat kuantitatif, seperti penambahan berat badan, tinggi badan, dan lingkaran kepala (de Onis, 2017; Gandini et al., 2024; Nasirian & Tarvij-Eslami, 2006). Perkembangan adalah proses pematangan fungsi organ tubuh dan kemampuan anak yang bersifat kualitatif, seperti kemampuan berjalan, berbicara, berpikir, dan berinteraksi sosial (Gandini et al., 2024; Nasirian & Tarvij-Eslami, 2006).

Pertumbuhan dan perkembangan terjadi secara simultan dan saling memengaruhi. Perkembangan anak berlangsung secara bertahap dan berurutan, dari yang sederhana menuju yang kompleks, dengan kecepatan yang berbeda pada setiap anak. Oleh karena itu, setiap anak bersifat unik dan tidak dapat dibandingkan secara langsung antara satu dengan yang lain. Tumbuh kembang anak mencakup dua aspek utama: pertumbuhan (proses peningkatan ukuran fisik dan struktur tubuh) serta perkembangan (peningkatan kemampuan fungsi tubuh dan psikis secara bertahap). Menurut WHO (2020), tumbuh kembang dipengaruhi oleh faktor genetik, lingkungan, nutrisi, stimulasi, dan kasih sayang. Faktor lingkungan keluarga memiliki peranan dominan karena menjadi tempat pertama anak berinteraksi dan menerima pengalaman.

Stimulasi yang diberikan harus bersifat menyenangkan, sesuai usia, dan dilakukan secara konsisten. Kegiatan sederhana seperti berbicara, bernyanyi, atau bermain bersama merupakan bentuk stimulasi efektif yang mendukung pembentukan koneksi saraf otak. Prinsipnya, anak belajar paling baik melalui bermain yang bermakna (*learning through play*).

### 1. Aspek-aspek Perkembangan Anak

Aspek utama perkembangan anak usia dini mencakup beberapa hal sebagai berikut: (Kemenkes.RI, 2022)

- a. Motorik kasar, yaitu kemampuan menggunakan otot-otot besar seperti berjalan, berlari, melompat, dan menendang.
- b. Motorik halus, yaitu kemampuan menggerakkan otot-otot kecil seperti memegang pensil, menyusun balok, dan mengancingkan baju.
- c. Bahasa, mencakup kemampuan memahami dan mengungkapkan bahasa lisan maupun nonverbal.
- d. Kognitif, yaitu kemampuan berpikir, memecahkan masalah, dan mengenal konsep dasar (warna, bentuk, angka).
- e. Sosial-emosional, yaitu kemampuan berinteraksi, mengendalikan emosi, dan membangun hubungan dengan orang lain.
- f. Moral dan spiritual, yaitu pemahaman tentang nilai-nilai baik, empati, dan rasa tanggung jawab.

Setiap aspek perkembangan ini saling berhubungan dan dapat distimulasi melalui kegiatan bermain yang menyenangkan dan sesuai usia anak.

## **2. Prinsip-prinsip Stimulasi Perkembangan**

Stimulasi tumbuh kembang merupakan upaya memberikan rangsangan secara terus-menerus dan terarah agar anak memperoleh pengalaman baru yang menumbuhkan kemampuannya secara optimal (Sofia & Zubaidah, 2025). Prinsip-prinsip stimulasi yang baik antara lain: sesuai usia dan tahap perkembangan anak: (kegiatan harus disesuaikan dengan kemampuan anak), konsisten dan berulang (stimulasi perlu dilakukan setiap hari agar terbentuk kebiasaan), menyenangkan dan tanpa paksaan (anak belajar terbaik melalui permainan), mengutamakan hubungan emosional positif: dukungan, pujian, dan kasih sayang memperkuat motivasi belajar anak, serta menggunakan alat sederhana dan aman (stimulasi tidak harus mahal; benda di sekitar rumah dapat dimanfaatkan).

Contohnya, anak usia 1-2 tahun dapat distimulasi melalui kegiatan sederhana seperti menyebut nama benda, memasukkan balok ke dalam wadah, atau menirukan suara binatang. Aktivitas semacam ini tidak hanya mengembangkan aspek kognitif dan bahasa, tetapi juga memperkuat interaksi antara anak dan orang tua.

## **3. Faktor yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang Anak**

Perkembangan anak dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berinteraksi, meliputi:

- a. Faktor genetik, menentukan potensi dasar anak seperti tinggi badan dan kemampuan bawaan (Da Rocha Neves et al., 2016a; Sania et al., 2019; Santos et al., 2024).
- b. Faktor lingkungan, meliputi pola asuh, stimulasi, dan dukungan social (Da Rocha Neves et al., 2016b).
- c. Nutrisi, sangat berpengaruh pada pertumbuhan otak dan fisik.
- d. Status kesehatan, seperti penyakit kronis atau infeksi yang dapat menghambat perkembangan (Osher et al., 2020; Sania et al., 2019; Santos et al., 2024).
- e. Kasih sayang dan kelekatan emosional (bonding), memengaruhi pembentukan kepercayaan diri dan rasa aman anak (Hardiansyah et al., 2025; Preib et al., 2025; Seror, 2022).

Lingkungan rumah yang penuh kasih, aman, dan mendukung eksplorasi akan menjadi dasar pembelajaran yang kuat bagi anak. Sebaliknya, lingkungan yang kurang stimulatif atau

penuh tekanan dapat menyebabkan keterlambatan perkembangan, bahkan gangguan perilaku di kemudian hari.

#### 4. Indikator Perkembangan Anak Berdasarkan Usia

Sebagai panduan, berikut contoh sederhana indikator perkembangan anak usia dini (Kemenkes.RI, 2022):

Usia	Motorik Kasar	Bahasa	Sosial-Emosional
0-6 bulan	Mengangkat kepala, tengkurap	Mengoceh, merespons suara	Tersenyum sosial, mengenali wajah ibu
7-12 bulan	Duduk, merangkak, berdiri	Mengucapkan kata "mama", "papa"	Menunjukkan rasa senang atau takut
1-2 tahun	Berjalan sendiri, menendang bola	Mengucapkan 2-3 kata sederhana	Bermain seajar dengan teman
3-4 tahun	Melompat, naik tangga	Menceritakan hal sederhana	Bermain peran, menunjukkan empati
5 tahun	Berlari dan berhenti seimbang	Menggunakan kalimat lengkap	Menunjukkan kemandirian sederhana

Indikator tersebut membantu keluarga mengenali kemampuan anak dan memberikan stimulasi yang sesuai.

Pemahaman terhadap konsep dasar tumbuh kembang menjadi fondasi bagi keluarga dalam memberikan stimulasi yang tepat. Dengan mengetahui tahapan dan karakteristik perkembangan anak, orang tua dapat merancang kegiatan sederhana yang tidak hanya menghibur tetapi juga mendukung pembentukan kemampuan kognitif, sosial, dan emosional anak sejak dini. Selanjutnya, pembahasan akan diarahkan pada peran keluarga dan strategi stimulasi di rumah yang dapat diterapkan secara praktis dalam kehidupan sehari-hari.

### C. Peran Keluarga dalam Stimulasi Tumbuh Kembang

Keluarga merupakan lingkungan pertama dan utama bagi seorang anak untuk belajar, tumbuh, dan berkembang. Sejak bayi lahir hingga memasuki usia sekolah, anak menghabiskan sebagian besar waktunya di rumah bersama keluarga. Dalam lingkungan inilah anak memperoleh pengalaman pertama mengenai kasih sayang, komunikasi, nilai, dan perilaku sosial. Oleh karena itu, keluarga memiliki peran sentral dalam memberikan stimulasi yang mendukung perkembangan anak secara menyeluruh baik fisik, kognitif, sosial, maupun emosional. Peran keluarga dalam stimulasi tumbuh kembang bukan hanya sebatas memenuhi kebutuhan dasar anak seperti makan, minum, dan tidur, tetapi juga meliputi pemberian kasih sayang, perhatian, dorongan eksplorasi, serta pengajaran nilai-nilai

kehidupan melalui interaksi sehari-hari. Stimulasi yang diberikan oleh keluarga akan menjadi pondasi kuat bagi pembentukan kepribadian, kecerdasan, dan kemampuan sosial anak di masa depan (Sofia et al., 2025; Sofia & Zubaidah, 2025).

### **1. Keluarga sebagai Lingkungan Edukasi Pertama**

Orang tua adalah pendidik pertama dan utama bagi anak. Sejak dalam kandungan, anak sudah mulai menerima rangsangan dari lingkungan, seperti suara ibu, sentuhan, dan respons emosional keluarga. Setelah lahir, hubungan interaktif yang penuh kasih sayang antara orang tua dan anak akan membantu membangun ikatan emosional (bonding) yang menjadi dasar bagi perkembangan kepercayaan diri dan rasa aman anak. Penelitian menunjukkan bahwa anak yang tumbuh dalam keluarga dengan interaksi positif seperti sering diajak berbicara, bermain, dan mendapat pujian memiliki kemampuan bahasa dan sosial yang lebih baik dibandingkan anak yang jarang berinteraksi dengan orang tua. Dengan demikian, Keluarga adalah suatu sistem hubungan dinamis dimana sifat dan strategi coping setiap anggota mempengaruhi lingkungan keluarga secara keseluruhan dan perkembangan anak. Lingkungan keluarga mengajarkan nilai-nilai seperti kesabaran, kasih sayang, dan kepatuhan dapat membentuk landasan yang kuat bagi pengembangan karakter anak (Alazemi et al., 2024).

### **2. Peran Orang Tua dalam Stimulasi**

Peran orang tua dalam memberikan stimulasi sangat luas dan dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

#### **a. Peran Ibu**

Ibu biasanya menjadi figur utama yang paling sering berinteraksi dengan anak, terutama pada tahun-tahun pertama kehidupan. Ibu berperan penting dalam memberikan stimulasi sensorik dan emosional, seperti sentuhan lembut, pelukan, pijat bayi, dan komunikasi verbal, pemberian ASI dan nutrisi optimal, yang menjadi dasar perkembangan otak, responsivitas terhadap kebutuhan anak, seperti segera menenangkan saat anak menangis, yang membentuk rasa aman dan kelekatan emosional (Boyce et al., 2015; Preiß et al., 2025; Rahkonen et al., 2014).

Stimulasi yang diberikan oleh ibu tidak harus dilakukan dalam bentuk kegiatan formal. Aktivitas sederhana seperti berbicara saat memandikan anak atau bernyanyi saat menidurkan bayi merupakan bentuk stimulasi yang efektif.

#### **b. Peran Ayah**

Peran ayah tidak kalah penting dalam mendukung perkembangan anak. Keterlibatan ayah dalam pengasuhan berdampak positif pada kemandirian, rasa percaya diri, dan

kemampuan sosial anak (Stephiana & Dewa Gede Karma Wisana, 2019). Ayah dapat memberikan stimulasi melalui kegiatan bermain bersama, mendongeng, atau melakukan aktivitas eksploratif di luar rumah. Kehadiran ayah yang aktif juga mengajarkan anak mengenai peran gender, disiplin, dan tanggung jawab.

c. **Peran Anggota Keluarga Lain**

Kakek, nenek, atau saudara kandung juga dapat berperan dalam memberikan stimulasi melalui interaksi sosial dan kegiatan bersama. Keterlibatan anggota keluarga dalam kegiatan seperti bermain dan belajar dapat memberikan kontribusi yang signifikan terhadap perkembangan psikomotorik dan sosial-emosional anak (Aini et al., 2020; del Milagro Segura Velásquez et al., 2022). Di Indonesia yang cenderung kolektif, keberadaan keluarga besar menjadi potensi besar dalam mendukung tumbuh kembang anak. Sehingga penting bagi seluruh anggota keluarga untuk memahami prinsip stimulasi yang tepat, agar tidak terjadi pola asuh yang tidak konsisten atau bertentangan.

### **3. Pola Asuh dan Pengaruhnya terhadap Stimulasi**

Pola asuh keluarga merupakan faktor yang sangat memengaruhi keberhasilan stimulasi perkembangan anak. Terdapat tiga jenis pola asuh orang tua terhadap anak, yaitu: (Esmali Kooraneh & Amirsardari, 2015; Fadlillah & Fauziah, 2022; Khanum et al., 2023):

a. **Otoritatif (authoritative):** Orang tua bersikap tegas namun penuh kasih sayang, memberikan kebebasan dengan batasan yang jelas. Pola ini paling mendukung perkembangan anak. Gaya pengasuhan ini, yang menggabungkan responsivitas dan tuntutan yang tinggi, sangat bermanfaat bagi perkembangan anak. Pola asuh ini menumbuhkan regulasi emosi, keterikatan, dan keterampilan memecahkan masalah (Dosman et al., 2019; McClelland et al., 2013).

b. **Otoriter (authoritarian):** Orang tua menuntut kepatuhan tinggi tanpa memberikan kesempatan anak berpendapat; dapat menghambat kreativitas dan kemandirian anak

c. **Permisif (permissive):** Orang tua terlalu membiarkan anak tanpa batasan, sehingga anak cenderung kurang disiplin

Pola asuh otoritatif dinilai paling ideal karena memberikan keseimbangan antara disiplin, kasih sayang, dan komunikasi terbuka, sehingga menciptakan lingkungan yang aman dan mendukung stimulasi optimal.

### **4. Komunikasi Positif dalam Keluarga**

Komunikasi merupakan kunci utama dalam memberikan stimulasi yang efektif. Anak belajar memahami dunia melalui bahasa dan interaksi sosial. Oleh karena itu, orang tua perlu membangun komunikasi positif, antara lain dengan: menatap mata anak saat

berbicara, menggunakan bahasa sederhana dan ekspresi lembut, mendengarkan dengan sabar dan memberikan respons yang sesuai. memberikan pujian atas usaha, bukan hanya hasil.

Komunikasi positif meningkatkan rasa percaya diri anak dan memperkuat hubungan emosional antara anak dan orang tua. Saat anak merasa didengar dan dihargai, ia akan lebih mudah belajar, bereksplorasi, dan mengekspresikan diri (Don et al., 2025; Kiseleva & Slotina, 2020; Spytka, 2024).

### **5. Lingkungan Rumah yang Mendukung Stimulasi**

Lingkungan rumah berperan besar dalam menentukan keberhasilan stimulasi tumbuh kembang. Rumah yang aman, bersih, penuh kasih sayang, dan bebas kekerasan akan membuat anak nyaman untuk belajar dan bermain (Sofia & Zubaidah, 2025). Beberapa langkah yang dapat dilakukan keluarga antara lain: menyediakan ruang khusus untuk bermain anak, meskipun sederhana, menggunakan alat permainan edukatif dari bahan yang aman (bisa dibuat dari barang bekas), mengatur waktu khusus untuk bermain dan berinteraksi bersama anak setiap hari, menghindari paparan media digital berlebihan tanpa pendampingan.

Kegiatan stimulasi tidak memerlukan biaya besar. Misalnya, anak dapat belajar mengenal bentuk dan warna dari alat rumah tangga, seperti sendok, piring plastik, atau kain berwarna. Kuncinya adalah kreativitas dan konsistensi orang tua dalam melibatkan anak secara aktif.

Peran keluarga dalam stimulasi tumbuh kembang anak usia dini bersifat fundamental dan tak tergantikan. Melalui kasih sayang, komunikasi positif, dan keterlibatan aktif, keluarga dapat menciptakan lingkungan yang mendukung perkembangan fisik, kognitif, sosial, dan emosional anak

## **D. Strategi dan Bentuk Stimulasi di Rumah**

Stimulasi dapat dilakukan melalui kegiatan sehari-hari di rumah tanpa memerlukan alat khusus. Aktivitas seperti menyanyi, bercerita, bermain peran, menggambar, atau membantu pekerjaan rumah tangga sederhana dapat menstimulasi aspek motorik, kognitif, dan sosial anak. Prinsip utama stimulasi adalah konsistensi, kesenangan, dan keterlibatan langsung orang tua. Contoh kegiatan stimulasi sesuai usia mencakup latihan motorik kasar (berjalan, melompat), motorik halus (meronce, menggambar), bahasa (bercerita, membaca buku), dan

sosial-emosional (bermain kelompok, menolong orang lain). (Cankaya et al., 2023; Parker et al., 2022).1. **Keluarga sebagai Lingkungan Edukasi Pertama**

### 1. Prinsip Stimulasi Tumbuh Kembang di Rumah

Agar stimulasi di rumah berjalan efektif, terdapat beberapa prinsip dasar yang perlu diperhatikan oleh orang tua: (Sofia & Zubaidah, 2025)

#### a. Sesuai dengan usia dan tahap perkembangan anak

Setiap anak memiliki tahapan perkembangan berbeda. Stimulasi harus disesuaikan agar tidak terlalu sulit maupun terlalu mudah.

#### b. Dilakukan secara rutin dan konsisten

Stimulasi sebaiknya menjadi bagian dari rutinitas harian keluarga, bukan kegiatan insidental.

#### c. Dilakukan dengan cara yang menyenangkan

Anak belajar paling baik saat ia merasa senang, aman, dan diterima. Hindari paksaan atau hukuman.

#### d. Melibatkan kasih sayang dan interaksi langsung

Sentuhan, senyuman, dan pujian adalah bagian dari stimulasi emosional yang sangat penting.

#### e. Menggunakan alat sederhana dan aman

Benda di rumah seperti botol plastik, kain warna-warni, sendok, atau kotak dapat menjadi alat permainan edukatif.

### 2. Lingkungan Rumah sebagai Tempat Stimulasi

Rumah adalah tempat terbaik bagi anak untuk belajar karena memberikan rasa aman, kebebasan bereksplorasi, dan dukungan emosional yang sangat dibutuhkan dalam proses tumbuh kembang dan pembelajaran anak. Kualitas interaksi dan stimulasi di rumah lebih berpengaruh pada prestasi dan motivasi belajar anak dibanding status sosial ekonomi (Li et al., 2023; Mehta, 2024; Wirth et al., 2022). Rumah yang menyediakan ruang aman dan kesempatan eksplorasi mendorong anak lebih aktif, kreatif, dan percaya diri dalam belajar. Untuk melakukan stimulasi di rumah, keluarga dapat menyiapkan sudut bermain aman, dengan alas lembut dan mainan sesuai usia, waktu bermain bersama, minimal 30 menit per hari tanpa gangguan televisi atau gawai dan rutinitas harian edukatif, misalnya bercerita sebelum tidur, menyanyi sambil mandi, atau membantu orang tua menyiapkan makanan.

Interaksi sederhana yang dilakukan dengan perhatian dan kasih sayang jauh lebih bermakna daripada aktivitas pasif seperti menonton televisi (Mertens & Colunga, 2022).

### 3. Jenis Stimulasi Berdasarkan Aspek Perkembangan

Kegiatan stimulasi di rumah dapat dikategorikan sesuai aspek perkembangan anak, meliputi:

a. Stimulasi Motorik Kasar

Bertujuan melatih otot besar seperti berjalan, berlari, melompat. Contoh kegiatan: merangkak melewati bantal, berjalan di atas garis, menendang bola, menari bersama music, senam dan olahraga (Badriyah et al., 2020; Ushtelenca et al., 2024).



Gambar 5.1 Perkembangan Motorik Kasar Anak

b. Stimulasi Motorik Halus

Bertujuan mengasah koordinasi tangan dan mata serta ketangkasan. Hal ini dapat dilakukan pada aktivitas yang melibatkan meremas, menggenggam, dan membentuk ketangkasan. Contoh kegiatan: menyusun balok, menggambar, membuka-tutup botol, meronce sedotan, bermain playdough (Rukmini et al., 2022).



Gambar 5.1 Perkembangan Motorik Halus Anak

c. Stimulasi Bahasa

Bertujuan memperkaya kosakata dan kemampuan komunikasi, mencakup aktivitas yang membutuhkan komunikasi, seperti permainan peran dan bercerita. Aktivitas ini memberikan kesempatan bagi anak-anak untuk melatih keterampilan berbahasa ekspresif dan reseptif. Contoh kegiatan: berbicara sambil beraktivitas, bercerita, menyanyi lagu anak, membaca buku bergambar (Pierucci et al., 2015).



Gambar 5.3 Perkembangan Bahasa Anak

d. Stimulasi Kognitif

Melatih kemampuan berpikir dan pemecahan masalah dapat merangsang perkembangan kognitif yaitu dengan menerapkan pendekatan pembelajaran berbasis proyek dalam pendidikan anak usia dini. Strategi ini mendorong anak untuk bereksplorasi, bertanya, dan memecahkan masalah dengan cara melibatkan anak dalam aktivitas yang mendorong kreativitas motorik, seperti permainan imajinatif dan aktivitas fisik. Contoh kegiatan: mengenal warna dan bentuk, menyusun puzzle, bermain playdough, menghitung benda, mengelompokkan ukuran (Badriyah et al., 2020; Merida-Serrano et al., 2018).



Gambar 5.4 Perkembangan Kognitif Anak

e. Stimulasi Sosial-Emosional

Menumbuhkan empati, kemandirian, dan kerja sama dengan cara melibatkan anak dalam aktivitas yang membutuhkan kerjasama, seperti olahraga bersama dan permainan kelompok, hal ini dapat mengajarkan anak-anak cara berinteraksi, berbagi, dan bekerja sama. Contoh kegiatan: bermain bersama saudara, membantu membereskan mainan, memberi salam, berbagi makanan, mengerjakan pekerjaan rumah bersama (Rombot, 2017).



Gambar 5.5 Perkembangan Sosial-Emosional Anak

#### 4. Contoh Kegiatan Stimulasi di Rumah Berdasarkan Usia Anak

Sebagai upaya untuk mendukung optimalisasi tumbuh kembang anak, stimulasi perlu diberikan secara rutin dan sesuai dengan tahapan usianya. Stimulasi dapat dilakukan oleh orang tua atau anggota keluarga di rumah melalui berbagai kegiatan sederhana yang menyenangkan dan bermakna. Tabel berikut menyajikan contoh kegiatan stimulasi di rumah berdasarkan usia anak, meliputi aspek perkembangan motorik, bahasa, kognitif, sosial-emosional, dan moral beserta alat atau media sederhana yang dapat digunakan.

Usia Anak	Aspek Perkembangan	Contoh Kegiatan di Rumah	Alat/Media Sederhana
0-6 bulan	Motorik kasar	Membaringkan bayi tengkurap untuk melatih leher	Alas lembut
	Bahasa	Berbicara dengan suara lembut, menirukan ocehan	Suara ibu/ayah
	Sosial-emosional	Kontak mata dan senyum	Kasih sayang orang tua
7-12 bulan	Motorik halus	Mengambil mainan kecil dengan jari	Mainan warna-warni
	Bahasa	Menyebut nama benda di sekitar bayi	Benda sekitar
	Sosial-emosional	Bermain cilukba	Tangan/orang tua
1-2 tahun	Motorik kasar	Berjalan, menarik mainan	Tali dan mobil-mobilan
	Bahasa	Menyebutkan nama anggota tubuh	Boneka
	Kognitif	Mengelompokkan benda besar dan kecil	Mainan rumah tangga
3-4 tahun	Motorik halus	Meronce, menggambar sederhana	Sedotan, pensil warna
	Bahasa	Membaca buku bergambar, bercerita	Buku anak
	Sosial-emosional	Bermain peran (dokter-dokteran, masak-masakan)	Alat mainan rumah tangga

5 tahun	Kognitif	Mengenal angka dan huruf, bermain tebak gambar	Kartu huruf
	Sosial-emosional	Bermain kelompok, membantu orang tua	Aktivitas rumah tangga
	Moral	Belajar sopan santun dan berbagi	Teladan orang tua

Tabel di atas dapat digunakan keluarga sebagai panduan praktis dalam memberikan stimulasi yang sesuai usia anak. Orang tua dapat memilih kegiatan yang mudah dilakukan sesuai waktu dan kondisi rumah. Selain permainan terstruktur, banyak aktivitas rumah tangga yang bisa menjadi sarana stimulasi bila dilakukan bersama anak, misalnya:

- Saat makan: mengajak anak menyebut nama makanan dan warna.
- Saat mandi: mengenalkan bagian tubuh sambil bernyanyi.
- Saat mencuci tangan: mengajarkan kebersihan dan kebiasaan sehat.
- Sebelum tidur: bercerita atau berdoa bersama.

Kegiatan seperti ini tidak hanya merangsang perkembangan bahasa dan kognitif, tetapi juga memperkuat kedekatan emosional antara anak dan orang tua.

### 5. Pemanfaatan Media Digital secara Bijak

Di era digital saat ini, paparan terhadap gawai dan media elektronik pada anak hampir tidak dapat dihindari. Sejak usia dini, anak telah berinteraksi dengan berbagai bentuk media digital yang dapat memberikan pengaruh positif maupun negatif terhadap tumbuh kembangnya. Oleh karena itu, penggunaan media digital perlu diatur dan selalu disertai pendampingan aktif dari orang tua. Media digital dapat dimanfaatkan secara positif, misalnya melalui video edukatif singkat, lagu anak-anak, atau aplikasi interaktif yang mendukung proses belajar. Namun, durasi penggunaannya harus dibatasi maksimal satu jam per hari untuk anak usia prasekolah sebagaimana direkomendasikan oleh WHO (2020). Penting bagi orang tua untuk menyeimbangkan aktivitas layar dengan interaksi nyata, seperti bermain fisik, membaca buku bersama, dan beraktivitas sosial agar perkembangan anak tetap optimal (Popovska Nalevska & Popovski, 2023).

Penggunaan media digital yang terarah, terpantau, dan disertai keterlibatan orang tua seperti memilih konten edukatif, menetapkan batas waktu, dan menonton bersama (co-viewing) dapat mengurangi risiko dampak negatif serta memberikan manfaat pada aspek kognitif dan literasi anak. Sebaliknya, paparan berlebihan, terutama pada anak di bawah usia dua tahun, berisiko menimbulkan keterlambatan bahasa, gangguan regulasi emosi, masalah sosial, serta penurunan fungsi kognitif (Bozzola et al., 2018; Malincheva & Shtereva, 2025).

Oleh karena itu, peran orang tua sangat penting dalam mengawasi, berdiskusi tentang konten yang ditonton, serta menerapkan aturan penggunaan gawai yang konsisten. Pendampingan yang penuh kesadaran ini tidak hanya mencegah dampak buruk media digital, tetapi juga membantu anak membangun kebiasaan digital yang sehat dan kemampuan berpikir kritis sejak dini.

## 6. Kunci Keberhasilan Stimulasi di Rumah

Bukti kuat menunjukkan bahwa keberhasilan stimulasi tumbuh kembang anak di rumah tidak bergantung pada banyaknya alat permainan, melainkan pada kualitas interaksi antara anak dan keluarga (Ballard, 2017; Dauch et al., 2018; Venker & Johnson, 2022). Beberapa faktor penting keberhasilan antara lain: adanya keterlibatan aktif orang tua setiap hari, konsistensi dan kesabaran dalam memberikan stimulasi, kreativitas keluarga dalam memanfaatkan sumber daya sekitar, Kehangatan emosional dalam setiap aktivitas bersama anak, stimulasi yang dilakukan dengan penuh cinta akan meninggalkan jejak positif dalam pembentukan karakter dan kemampuan anak seumur hidup.

Stimulasi di rumah merupakan langkah sederhana namun berdampak besar bagi perkembangan anak usia dini. Melalui aktivitas bermain, berbicara, bernyanyi, dan berinteraksi sehari-hari, keluarga dapat menstimulasi seluruh aspek perkembangan anak secara menyeluruh. Kegiatan tidak harus mahal atau rumit yang terpenting adalah adanya interaksi hangat, konsistensi, dan perhatian dari orang tua.

## E. Pemantauan dan Evaluasi Tumbuh Kembang Anak

Pemantauan tumbuh kembang perlu dilakukan secara berkala oleh keluarga dengan bimbingan tenaga kesehatan. KPSP dan Buku KIA merupakan alat sederhana untuk menilai perkembangan anak sesuai usia. Keterlibatan orang tua dalam mencatat hasil pertumbuhan (BB, TB, LK) dan pengamatan perilaku anak sangat penting untuk mendeteksi dini keterlambatan perkembangan (Kemenkes.RI, 2022).

### 1. Pentingnya Pemantauan Tumbuh Kembang

Pemantauan tumbuh kembang bukan hanya tugas tenaga kesehatan, tetapi merupakan tanggung jawab bersama antara keluarga dan petugas kesehatan. Melalui pemantauan yang teratur, orang tua dapat mengetahui apakah anaknya tumbuh sesuai dengan grafik pertumbuhan dan mencapai tonggak perkembangan yang diharapkan. Tujuan utama pemantauan tumbuh kembang adalah: (Kemenkes.RI, 2022)

- a. Menilai kemajuan pertumbuhan fisik anak (berat badan, tinggi badan, dan lingkar kepala).
- b. Menilai pencapaian aspek perkembangan (motorik, bahasa, sosial, dan kognitif).
- c. Mendeteksi secara dini adanya gangguan atau keterlambatan perkembangan.

- d. Memberikan edukasi kepada keluarga tentang upaya stimulasi dan perawatan anak di rumah.
- e. Merencanakan intervensi atau rujukan bila ditemukan penyimpangan perkembangan.

## 2. Pemantauan Pertumbuhan Fisik

Pemantauan pertumbuhan fisik dilakukan dengan cara sederhana dan rutin di Posyandu, Puskesmas, atau rumah. Indikator yang digunakan antara lain: Berat badan menurut umur (BB/U), Tinggi badan menurut umur (TB/U), Berat badan menurut tinggi badan (BB/TB), Lingkar kepala (LK). Semua hasil dicatat dalam Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Jika hasil pengukuran berada di bawah garis merah (BB/U) atau menunjukkan penurunan berulang, hal tersebut menjadi tanda peringatan (*red flag*) bahwa perlu evaluasi lebih lanjut (Kemenkes.RI, 2022; Sofia et al., 2025; Sofia & Zubaidah, 2025).

## 3. Pemantauan Perkembangan Anak

Pemantauan perkembangan dilakukan untuk mengetahui apakah anak telah mencapai kemampuan sesuai tahapan usianya. Kementerian Kesehatan RI telah mengembangkan alat sederhana yang dikenal dengan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP). KPSP digunakan untuk menilai empat aspek utama perkembangan anak: Motorik kasar, Motorik halus, Bahasa, dan Sosial pribadi. KPSP terdiri dari 9-10 pertanyaan sederhana sesuai kelompok usia (mulai 3 bulan hingga 72 bulan). Orang tua dapat menjawab dengan “Ya”, “Tidak”, atau “Belum”, sesuai kemampuan anak yang diamati. Hasil penilaian dibedakan menjadi tiga kategori: Sesuai (S): perkembangan normal, Meragukan (M): perlu stimulasi tambahan dan pemantauan ulang, Penyimpangan (P): perlu dirujuk untuk pemeriksaan lanjutan oleh tenaga profesional. Contoh pertanyaan KPSP untuk anak usia 12 bulan: apakah anak dapat berdiri sendiri tanpa berpegangan?, apakah anak dapat memungut benda kecil menggunakan ibu jari dan telunjuk?, apakah anak bereaksi saat dipanggil namanya? (Kemenkes.RI, 2022).

## 4. Pemantauan Melalui Observasi Sehari-hari

Selain menggunakan KPSP, orang tua dapat melakukan pemantauan sederhana dengan mengamati perilaku dan kemampuan anak dalam kegiatan sehari-hari. Misalnya:

- Apakah anak mampu mengikuti instruksi sederhana?
- Apakah anak mulai menggunakan dua kata dalam satu kalimat?
- Apakah anak menunjukkan ekspresi senang, takut, atau marah dengan jelas?
- Apakah anak mampu bermain bersama teman sebaya?

Observasi ini penting karena orang tua adalah pihak yang paling sering berinteraksi dengan anak dan dapat mengenali perubahan kecil yang mungkin tidak tampak dalam pemeriksaan klinik singkat.

## 5. Deteksi Dini Keterlambatan Perkembangan

Keterlambatan perkembangan dapat terjadi pada satu atau lebih aspek perkembangan, seperti motorik, bahasa, atau sosial. Beberapa tanda peringatan dini (*red flag*) yang perlu diperhatikan keluarga antara lain:

Usia	Tanda Keterlambatan yang Perlu Diwaspadai
6 bulan	Tidak bisa menegakkan kepala, tidak merespons suara
9 bulan	Tidak dapat duduk tanpa bantuan, tidak mengenali orang tua
12 bulan	Tidak mengucapkan satu kata pun, tidak merangkak
18 bulan	Tidak berjalan, tidak meniru suara atau gerakan
2 tahun	Tidak dapat menyusun dua kata, tidak menunjukkan minat bermain
3 tahun	Tidak bisa mengikuti perintah sederhana, kontak mata kurang
5 tahun	Tidak mampu berpakaian sendiri, belum mengenal warna/angka dasar

Apabila tanda-tanda tersebut ditemukan, orang tua disarankan untuk berkonsultasi dengan tenaga kesehatan (bidan, perawat anak, atau dokter anak) untuk pemeriksaan lebih lanjut (Kemenkes.RI, 2022).

## 6. Peran Tenaga Kesehatan dalam Pemantauan dan Evaluasi

Tenaga kesehatan berperan penting dalam mendampingi keluarga melakukan pemantauan dan memberikan intervensi serta edukasi tentang stimulasi (Gutson et al., 2017; Moran & Sheppard, 2023). Peran tersebut meliputi:

- a. Edukasi kepada keluarga tentang pentingnya stimulasi dan pemantauan rutin.
- b. Pelaksanaan skrining perkembangan menggunakan KPSP di Posyandu atau Puskesmas.
- c. Pencatatan hasil pemantauan dalam Buku KIA atau formulir SDIDTK.
- d. Konseling dan rujukan bila ditemukan keterlambatan perkembangan.
- e. Pendampingan kader dan masyarakat dalam kegiatan kelas ibu balita atau posyandu.

Dengan dukungan tenaga kesehatan, keluarga tidak hanya menjadi penerima layanan, tetapi juga menjadi mitra aktif dalam memantau dan menstimulasi tumbuh kembang anak di rumah (Trute & Hiebert-Murphy, 2013).

## 7. Evaluasi Efektivitas Stimulasi

Evaluasi dilakukan untuk mengetahui apakah stimulasi yang diberikan keluarga memberikan hasil yang diharapkan. Evaluasi dapat dilakukan melalui perbandingan hasil KPSP sebelum dan sesudah stimulasi, observasi perubahan perilaku anak, misalnya lebih aktif, komunikatif, atau mandiri, umpan balik dari orang tua, mengenai kemudahan pelaksanaan stimulasi di rumah.

Evaluasi yang baik membantu keluarga menyesuaikan jenis stimulasi dan memastikan bahwa kegiatan yang dilakukan tetap menyenangkan bagi anak.

Pemantauan dan evaluasi tumbuh kembang anak merupakan langkah krusial untuk memastikan setiap anak memperoleh kesempatan tumbuh dan berkembang secara optimal. Keluarga berperan sebagai pengamat utama, sementara tenaga kesehatan menjadi pendamping profesional dalam proses ini.

Melalui alat seperti KPSP dan Buku KIA, setiap orang tua dapat memantau sendiri kemajuan anaknya dan segera mengambil tindakan bila ditemukan penyimpangan. Deteksi dan intervensi dini terbukti mampu mencegah gangguan perkembangan yang lebih serius di masa depan.

## **F. Peran Tenaga Kesehatan dalam Mendukung Stimulasi di Rumah**

Keberhasilan stimulasi tumbuh kembang anak usia dini tidak hanya bergantung pada peran keluarga, tetapi juga pada dukungan dari tenaga kesehatan. Bidan, perawat anak, dan tenaga kesehatan lainnya memiliki posisi strategis dalam memberikan edukasi, pendampingan, serta pemantauan terhadap tumbuh kembang anak, terutama pada periode 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) (Gutson et al., 2017; Moran & Sheppard, 2023; Trute & Hiebert-Murphy, 2013). Tenaga kesehatan berfungsi sebagai pendidik, fasilitator, dan mitra keluarga, memastikan bahwa setiap anak mendapatkan kesempatan tumbuh dan berkembang secara optimal sesuai potensi yang dimilikinya.

### **1. Peran Tenaga Kesehatan sebagai Edukator**

Salah satu tugas utama tenaga kesehatan adalah memberikan edukasi dan penyuluhan kepada keluarga mengenai pentingnya stimulasi dini (Heidarabady et al., 2025; Keatinge et al., 2007; Marinus et al., 2022). Banyak orang tua yang belum memahami bahwa perkembangan anak tidak hanya dipengaruhi oleh faktor genetik dan nutrisi, tetapi juga oleh pengalaman interaksi dan rangsangan dari lingkungan sekitar. Peran edukator dapat diwujudkan melalui:

- a. Kelas ibu hamil dan ibu balita, yang menyampaikan materi tentang pentingnya stimulasi sejak bayi baru lahir.
- b. Penyuluhan di posyandu, dengan demonstrasi kegiatan stimulasi sederhana sesuai usia anak.
- c. Konseling individu bagi orang tua yang memiliki anak dengan keterlambatan perkembangan.
- d. Edukasi visual dan digital, seperti leaflet, poster, atau video edukatif pendek tentang stimulasi di rumah.

Dengan edukasi yang berkelanjutan dan berbasis kebutuhan masyarakat, tenaga kesehatan membantu keluarga memiliki pengetahuan dan keterampilan praktis dalam menstimulasi anak dengan cara yang aman dan menyenangkan.

### **2. Peran Tenaga Kesehatan sebagai Fasilitator**

Selain memberikan edukasi, tenaga kesehatan juga berperan sebagai fasilitator kegiatan tumbuh kembang anak di tingkat komunitas (Garvis et al., 2016; Hawthorne, 2009). Peran ini meliputi:

- a. Menginisiasi kegiatan SDIDTK (Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak) di Posyandu dan Puskesmas.
- b. Mendorong keterlibatan kader dan masyarakat dalam kegiatan stimulasi kelompok.
- c. Menjalin kerja sama dengan PAUD atau TK, untuk sinkronisasi kegiatan stimulasi dan deteksi perkembangan.
- d. Membentuk kelompok bermain keluarga, di mana orang tua dapat belajar dan berbagi pengalaman memberikan stimulasi di rumah.

Sebagai fasilitator, tenaga kesehatan menjadi penggerak utama dalam menciptakan lingkungan sosial yang mendukung perkembangan anak secara menyeluruh, baik fisik, mental, maupun sosial.

### **3. Peran Tenaga Kesehatan dalam Deteksi dan Intervensi Dini**

Tenaga kesehatan memiliki tanggung jawab penting dalam deteksi dini gangguan perkembangan anak (Lipkin et al., 2020; Tamburlini & Ertem, 2019). Melalui kegiatan rutin di posyandu atau kunjungan rumah, mereka dapat menggunakan berbagai alat skrining seperti: Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP), Tes Daya Lihat (TDL), Tes Daya Dengar (TDD) dan Penilaian status gizi dan pertumbuhan (BB/TB, BB/U, LK). Jika ditemukan keterlambatan atau penyimpangan, tenaga kesehatan wajib memberikan edukasi stimulasi tambahan di rumah, pemantauan ulang dalam 1-3 bulan, rujukan ke fasilitas kesehatan lanjutan (dokter anak, fisioterapis, psikolog, atau klinik tumbuh kembang) (Kemenkes.RI, 2022).

Peran ini sangat krusial karena semakin cepat gangguan terdeteksi, semakin besar peluang keberhasilan intervensi.

### **4. Kolaborasi Tenaga Kesehatan dengan Kader dan Masyarakat**

Kader Posyandu, atau tenaga kesehatan masyarakat (PKMS), memang merupakan garda terdepan dalam memantau tumbuh kembang anak di masyarakat. Peran mereka krusial dalam mempromosikan kesehatan ibu dan anak, mendorong pemanfaatan layanan Posyandu, dan menyebarkan informasi Kesehatan (Haines et al., 2007; Suprobo et al., 2023). Untuk memaksimalkan efektivitasnya, penting bagi para tenaga kesehatan untuk menjalin kemitraan yang kuat dengan para kader ini, hal bisa dilakukan misalnya dengan memberikan pelatihan kader posyandu tentang cara melakukan SDIDTK, melakukan supervisi dan bimbingan teknis secara berkala, memberikan materi edukatif untuk disampaikan kepada keluarga di lingkungan mereka (Gopalakrishnan et al., 2021; Mahajani et al., 2018).

Selain kader, kolaborasi dengan tokoh masyarakat, lembaga keagamaan, dan lembaga pendidikan anak usia dini (PAUD) juga penting dalam membangun kesadaran kolektif. Upaya promotif dan preventif akan lebih berhasil jika menjadi gerakan sosial bersama yang melibatkan berbagai pihak.

### **5. Peran Tenaga Kesehatan dalam Pemberdayaan Keluarga**

Pemberdayaan keluarga merupakan inti dari pelayanan kesehatan berbasis komunitas. Dalam konteks tumbuh kembang anak, pemberdayaan berarti membantu keluarga dalam hal mengenal potensi dan kebutuhan unik anak, mengetahui cara memberikan stimulasi yang tepat sesuai usia, mampu melakukan pemantauan tumbuh kembang secara mandiri serta memiliki akses terhadap layanan kesehatan dan rujukan bila diperlukan (Bizzoca et al., 2020; Hong & Rios, 2025). Pendekatan yang digunakan tenaga kesehatan hendaknya bersifat empatik, partisipatif, dan menghargai nilai budaya setempat. Dengan demikian, keluarga tidak hanya menjadi penerima informasi, tetapi juga aktor utama dalam memastikan keberhasilan tumbuh kembang anak.

## **G. Inovasi Digital dalam Pemantauan dan Stimulasi Tumbuh**

### **Kembang**

Kemajuan teknologi digital memberikan peluang besar dalam mendukung pelaksanaan pemantauan dan stimulasi tumbuh kembang anak. Salah satu inovasi yang dikembangkan

untuk tujuan ini adalah “Si Bintang” (Sistem Informasi Barcode Interaktif Tumbuh Kembang) untuk mendukung pemantauan tumbuh kembang dan stimulasi anak, yang merupakan hasil kolaborasi antara Ahli Pemrograman, tenaga Kesehatan, dan Dosen Jurusan Kebidanan di lingkungan Poltekkes Kemenkes Banjarmasin. Aplikasi ini dirancang untuk membantu keluarga dan tenaga kesehatan dalam mencatat, memantau, dan mengevaluasi perkembangan anak secara digital dan real-time. Si Bintang berfungsi sebagai media integrasi antara edukasi, pencatatan tumbuh kembang, dan sistem pelaporan yang dapat diakses oleh orang tua maupun petugas kesehatan di puskesmas. Beberapa fitur utama *Si Bintang* antara lain:

1. Pencatatan pertumbuhan anak (berat badan, tinggi badan, Lingkar Lengan Atas/LILA, lingkar kepala/LK) dengan grafik otomatis berbasis standar WHO di dalam Kalkulator Pertumbuhan.
2. Pemantauan perkembangan anak menggunakan indikator KPSP digital yang dapat diisi langsung oleh orang tua, di dalam skrining perkembangan.
3. Video Edukasi stimulasi perkembangan sesuai usia anak, berupa panduan kegiatan sederhana di rumah, yang akan muncul setelah mendapatkan hasil pengisian kuesioner perkembangan, serta pengingat (reminder) untuk jadwal posyandu berikutnya.
4. Catatan Kesehatan anak yang memuat: Imunisasi, Vitamin A, Riwayat sakit serta Riwayat ASI eksklusif.
5. Ruang pintar yang menjadi sarana edukasi selain menyajikan video-video stimulasi perkembangan anak juga video edukasi kesehatan lainnya misalnya tentang imunisasi, PHBS, gizi bayi dll. Selain itu, di ruang pintar ini juga menyajikan info terkini tentang Kesehatan.
6. Terintegrasi dengan pencatatan dan databas epetugas kesehatan di wilayah kerja Puskesmas.



*Gambar 5.6 Tampilan Awal (Login Page) dan Beranda SI BINTANG*

Penggunaan aplikasi ini diharapkan mampu menjembatani kesenjangan antara keluarga dan fasilitas pelayanan Kesehatan dengan mudah. Selain itu, “Si Bintang” juga mendukung konsep pemberdayaan keluarga digital (*digital family empowerment*) di mana orang tua tidak hanya menjadi penerima informasi, tetapi juga pengguna aktif yang berpartisipasi dalam pemantauan tumbuh kembang anak. Melalui implementasi “Si Bintang”, diharapkan

pemantauan dan stimulasi tumbuh kembang dapat dilakukan secara lebih sistematis, terukur, dan berkelanjutan, serta membantu tenaga kesehatan dalam proses deteksi dini dan tindak lanjut intervensi. Inovasi ini menjadi langkah nyata menuju transformasi layanan kesehatan anak yang berbasis teknologi dan partisipasi masyarakat.

## H. Kesimpulan/Penutup

Stimulasi tumbuh kembang anak usia dini merupakan fondasi utama dalam membentuk generasi yang sehat, cerdas, dan berkarakter. Periode 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) adalah masa emas yang sangat menentukan kualitas perkembangan anak di masa depan. Pada periode ini, otak anak berkembang pesat dan sangat peka terhadap pengaruh lingkungan, sehingga setiap bentuk stimulasi baik berupa kasih sayang, komunikasi, maupun kegiatan bermain memiliki dampak besar terhadap perkembangan fisik, kognitif, sosial, dan emosional anak.

Keluarga, terutama orang tua, memiliki peran yang paling penting dalam memberikan stimulasi sejak dini. Aktivitas sederhana di rumah seperti berbicara, bernyanyi, bercerita, atau bermain bersama anak merupakan bentuk stimulasi yang efektif, murah, dan bermakna. Dengan memahami prinsip dasar tumbuh kembang, orang tua dapat menjadi fasilitator utama yang membantu anak mengasah seluruh potensinya.

Tenaga kesehatan, khususnya bidan dan perawat anak, berperan sebagai pendamping profesional dalam proses ini. Mereka berfungsi sebagai edukator, fasilitator, dan detektor dini, yang memberikan bimbingan, melakukan pemantauan, serta melakukan intervensi jika ditemukan keterlambatan perkembangan. Kolaborasi antara keluarga, tenaga kesehatan, dan kader menjadi kunci keberhasilan program stimulasi dan deteksi dini tumbuh kembang anak.

Pemantauan yang teratur menggunakan alat seperti Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP), pengisian Buku KIA, serta edukasi berkelanjutan di Posyandu merupakan langkah preventif yang penting untuk mendeteksi gangguan perkembangan lebih awal. Tantangan dalam pelaksanaan stimulasi di rumah seperti keterbatasan waktu, alat, dan pengetahuan dapat diatasi dengan pendekatan kreatif, edukasi berkelanjutan, serta pemanfaatan teknologi digital.

Salah satu contoh nyata inovasi dalam hal ini adalah Si Bintang (Barcode Interaktif Tumbuh Kembang) untuk mendukung pemantauan tumbuh kembang anak yang dikembangkan oleh tim Poltekkes Kemenkes Banjarmasin. Aplikasi ini menjadi bentuk nyata transformasi pelayanan kesehatan berbasis digital yang memungkinkan keluarga dan tenaga kesehatan melakukan pemantauan tumbuh kembang anak secara terpadu, terukur, dan berkelanjutan. Kehadiran Si Bintang memperkuat kolaborasi antara teknologi, keluarga, dan sistem kesehatan dalam upaya mewujudkan generasi emas Indonesia.

Dengan demikian, stimulasi tumbuh kembang bukan hanya kegiatan teknis, melainkan investasi jangka panjang untuk masa depan bangsa. Anak yang tumbuh dengan stimulasi optimal akan memiliki fondasi kuat untuk menjadi manusia yang sehat secara fisik, cerdas secara intelektual, stabil secara emosional, dan tangguh secara sosial.

## Referensi

- Adebiyi, B. O., Goldschmidt, T., Benjamin, F., Sonn, I. K., & Roman, N. V. (2021). Exploring the perspectives of south african parents and primary caregivers living in low-income communities on what children need to thrive within the first 1000 days of life. *Children*, 8(6). <https://doi.org/10.3390/children8060483>
- Aini, F. N., Rahmawati, R., & Fitria, N. (2020). Description of parents knowledge about smooth fine motor ability in Pos Paud Mawar Merah, Kedaung, Sawangan, Depok. *ACM International Conference Proceeding Series*. <https://doi.org/10.1145/3452144.3452288>
- Alazemi, M. S. G. O., Abdullah, M. F. R., Azwar, & Usman, A. H. (2024). The Role of the Family in Child Education and National Development: The Example of Ibrāhīm's Family in the Quran. *Pakistan Journal of Life and Social Sciences*, 22(2), 3420–3436. <https://doi.org/10.57239/PJLSS-2024-22.2.00251>
- Badriyah, A. U., Ristyadewi, F., & Fitria, N. (2020). Gross motor ability in early childhood through motion and song activities. *ACM International Conference Proceeding Series*. <https://doi.org/10.1145/3452144.3452169>
- Ballard, J. (2017). Use of Play in Parenting and Family Groups. *Social Work with Groups*, 40(4), 296–307. <https://doi.org/10.1080/01609513.2016.1185991>
- Bizzoca, C., Destrebecq, A., & Terzoni, S. (2020). Empowerment of Informal Caregivers in Mental Health in Childhood: Validation of the Italian - Family Empowerment Scale (I-FES). *Rivista Di Psichiatria*, 55(4), 227–235. <https://doi.org/10.1708/3417.33999>
- Boyce, L. K., Cook, G. A., Simonsmeier, V., & Hendershot, S. M. (2015). Academic outcomes of very low birth weight infants: The influence of mother-child relationships. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 156–166. <https://doi.org/10.1002/imhj.21495>
- Bozzola, E., Spina, G., Ruggiero, M., Memo, L., Agostiniani, R., Bozzola, M., Corsello, G., & Villani, A. (2018). Media devices in pre-school children: The recommendations of the Italian pediatric society. *Italian Journal of Pediatrics*, 44(1). <https://doi.org/10.1186/s13052-018-0508-7>
- Cankaya, O., Rohatyn-Martin, N., Leach, J., Taylor, K., & Bulut, O. (2023). Preschool Children's Loose Parts Play and the Relationship to Cognitive Development: A Review

- of the Literature. *Journal of Intelligence*, 11(8).  
<https://doi.org/10.3390/jintelligence11080151>
- da Cunha, A. J. L. A., Leite, Á. J. M., & de Almeida, I. S. (2015). The pediatrician's role in the first thousand days of the child: The pursuit of healthy nutrition and development. *Jornal de Pediatria*, 91(6), S44-S51. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2015.07.002>
- Da Rocha Neves, K., De Souza Morais, R. L., Teixeira, R. A., & Pinto, P. A. F. (2016a). Growth and development and their environmental and biological determinants. *Jornal de Pediatria*, 92(3), 241-250. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2015.08.007>
- Da Rocha Neves, K., De Souza Morais, R. L., Teixeira, R. A., & Pinto, P. A. F. (2016b). Growth and development and their environmental and biological determinants. *Jornal de Pediatria*, 92(3), 241-250. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2015.08.007>
- Dauch, C., Imwalle, M., Ocasio, B., & Metz, A. E. (2018). The influence of the number of toys in the environment on toddlers' play. *Infant Behavior and Development*, 50, 78-87. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.11.005>
- de Onis, M. (2017). Child Growth and Development. In *Nutrition and Health (United Kingdom): Vol. Part F3927* (pp. 119-141). [https://doi.org/10.1007/978-3-319-43739-2\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-319-43739-2_6)
- del Milagro Segura Velásquez, P., Manchay, R. J. D., Ramírez, A. S. V., Cruz, L. D. R., Gutierrez, S. C. H., & Muñoz, S. T. (2022). Family participation in the psychomotor stimulation of older infants in an marginal urban area. *Cultura de Los Cuidados*, 26(62), 206-224. <https://doi.org/10.14198/cuid.2022.62.15>
- Don, B. P., Simpson, J. A., Fredrickson, B. L., & Algoe, S. B. (2025). Interparental Positivity Spillover Theory: How Parents' Positive Relational Interactions Influence Children. *Perspectives on Psychological Science*, 20(4), 639-668. <https://doi.org/10.1177/17456916231220626>
- Dosman, C. F., Andrews, D., Gallagher, S., & Goulden, K. J. (2019). Anticipatory guidance for behaviour concerns: School age children. *Paediatrics and Child Health (Canada)*, 24(2), E78-E87. <https://doi.org/10.1093/pch/pxy080>
- Eisen, A., & Kiernan, M. C. (2025). The Neonatal Microbiome: Implications for Amyotrophic Lateral Sclerosis and Other Neurodegenerations. *Brain Sciences*, 15(2). <https://doi.org/10.3390/brainsci15020195>

- Esmali Kooraneh, A., & Amirsardari, L. (2015). Predicting Early Maladaptive Schemas Using Baumrind's Parenting Styles. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, *9*(2), 1-9. <https://doi.org/10.17795/ijpbs952>
- Fadlillah, M., & Fauziah, S. (2022). Analysis of Diana Baumrind's Parenting Style on Early Childhood Development. *AL-ISHLAH: Jurnal Pendidikan*, *14*(2), 2127-2134. <https://doi.org/10.35445/alishlah.v14i2.487>
- Gabrielli, S., Ibarra, O. M., & Forti, S. (2025). A Holistic Digital Health Framework to Support Health Prevention Strategies in the First 1000 Days. *JMIR Pediatrics and Parenting*, *8*. <https://doi.org/10.2196/55235>
- Gandini, A. L. A., Ummu Salmah, A., Arsunan Arsin, A., & Mallongi, A. (2024). The Role of Parents in Monitoring the Growth and Development of Toddlers: A Systematic Review. *Pharmacognosy Journal*, *16*(3), 682-686. <https://doi.org/10.5530/pj.2024.16.114>
- Garvis, S., Kirkby, J., McMahon, K., & Meyer, C. (2016). Collaboration is key: The actual experience of disciplines working together in child care. *Nursing and Health Sciences*, *18*(1), 44-51. <https://doi.org/10.1111/nhs.12226>
- Goldschmidt, T., Adebiyi, B. O., & Roman, N. V. (2021). Developing a logic model of change for the determinants of parental nurturance in the first 1000 days: A mixed-method study protocol. *PLoS ONE*, *16*(10 October). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258764>
- Gopalakrishnan, L., Diamond-Smith, N., Avula, R., Menon, P., Fernald, L., Walker, D., & Patil, S. (2021). Association between supportive supervision and performance of community health workers in India: a longitudinal multi-level analysis. *Human Resources for Health*, *19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00689-7>
- Gutson, K., San Román, N. C., Crea, V., Enseñat, V., Grosskopf, B., Lejarraga, C., Pasarin, S., Regatky, N., Vericat, A., & Videla, V. (2017). Guide for monitoring children's development in pediatric practice. *Archivos Argentinos de Pediatría*, *115*(3), S53-S62. <https://doi.org/10.5546/aap.2017.s53>
- Haines, A., Sanders, D., Lehmann, U., Rowe, A. K., Lawn, J. E., Jan, S., Walker, D. G., & Bhutta, Z. (2007). Achieving child survival goals: potential contribution of community

health workers. *Lancet*, 369(9579), 2121–2131. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60325-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60325-0)

Hardiansyah, I., Warreyn, P., Ronald, A., Taylor, M. J., & Falck-Ytter, T. (2025). Parent-child interaction at age 5 months: genetic and environmental contributions and associations with later socio-communicative development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 66(3), 279–288. <https://doi.org/10.1111/jcpp.14055>

Hawthorne, J. (2009). Promoting development of the early parent–infant relationship using the neonatal behavioural assessment scale. In *Keeping The Baby in Mind: Infant Mental Health in Practice* (pp. 39–51). <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84858651875&partnerID=40&md5=3e9be13d61985649c67915d17226f814>

Heidarabady, S., Gharehgoz, A. B., Baraheni, N., Charafeddine, L., Profeta, M., & Shariat, M. (2025). Adaptation and Implementation of “Care for Child Development” (CCD) Intervention in the Health System in Iran: A Protocol Study. *Acta Medica Iranica*, 63(1), 50–59. <https://doi.org/10.18502/acta.v63i1.18594>

Hong, H., & Rios, K. (2025). Unpacking Key Dimensions of Family Empowerment Among Latinx Parents of Children with Intellectual and Developmental Disabilities Using Exploratory Graph Analysis: Preliminary Research. *Psychiatry International*, 6(3). <https://doi.org/10.3390/psychiatryint6030096>

Keatinge, D., Fowler, C., & Briggs, C. (2007). Evaluating the Family Partnership Model (FPM) program and implementation in practice in New South Wales, Australia. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(2), 28–35. <https://doi.org/10.37464/2008.252.1849>

Kemenkes.RI. (2022). *Pedoman Pelaksanaan SDIDTKA di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*. Kementerian Kesehatan RI.

Khanum, S., Mushtaq, R., Kamal, M. D., Nishtar, Z., & Lodhi, K. (2023). The Influence of Parenting Styles on Child Development. *Journal of Policy Research*, 9(2), 808–816. <https://doi.org/10.61506/02.00022>

Kirana, R., Pratiwi, N., Pahrudin, M., As, Z. A., Zubaidah, T., Isnawati, Juada, Arifin, Mahdalena, Rizani, K., Sofia, N., Daiyah, I., Zainab, Andrestian, M. D., Ma’sodah, S.,

- Dewi, Z., H Ariati, N. W., Nurlailah, Rifqoh, ... Utami, N. K. (2024). *Melangkah Menuju Kesejahteraan Holistik (Panduan Lengkap Kesehatan Otak)*. PT Literasi Nusantara Abadi Group. [https://www.neliti.com/id/publications/218225/kemajuan-teknologi-informasi-dan-komunikasi-dalam-industri-media-di-indonesia%0Ahttp://leip.or.id/wp-content/uploads/2015/10/Della-Liza\\_Demokrasi-Deliberatif-dalam-Proses-Pembentukan-Undang-Undang-di-Indonesia](https://www.neliti.com/id/publications/218225/kemajuan-teknologi-informasi-dan-komunikasi-dalam-industri-media-di-indonesia%0Ahttp://leip.or.id/wp-content/uploads/2015/10/Della-Liza_Demokrasi-Deliberatif-dalam-Proses-Pembentukan-Undang-Undang-di-Indonesia)
- Kiseleva, N. S., & Slotina, T. V. (2020). Child-parent relationships and components of social confidence in primary school children. *Comprehensive Child Studies, 2*(2), 80–89. <https://doi.org/10.33910/2687-0223-2020-2-2-80-89>
- Li, S., Tang, Y., & Zheng, Y. (2023). How the home learning environment contributes to children's social-emotional competence: A moderated mediation model. *Frontiers in Psychology, 14*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1065978>
- Lipkin, P. H., Macias, M. M., Hyman, S. L., Levy, S. E., Spooner, S. A., Rodgers, B., Kuo, D. Z., Apkon, S., Davidson, L. F., Ellerbeck, K. A., Foster, J. E. A., Noritz, G. H., O'Connor Leppert, M., Saunders, B. S., Stille, C., Yin, L., Brei, T., Davis, B. E., Myers, S. M., ... High, P. C. (2020). Promoting optimal development: Identifying infants and young children with developmental disorders through developmental surveillance and screening. *Pediatrics, 145*(1). <https://doi.org/10.1542/PEDS.2019-3449>
- Mahajani, A. A., Prabhugate, A. S., Tiwari, P., Sohoni, S., Phatak, A. G., Morgaonkar, V. A., & Nimbalkar, S. M. (2018). "Self-development matters" - Perception of Sakhis (CHWs) assessing self-development outcomes of their participation in the HBNC Program. *BMC Women's Health, 18*(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0536-x>
- Malincheva, N., & Shtereva, K. (2025). the Impact of Digital Devices on Language Development in Early Childhood – a Systematic Review. *Ezиков Svyat, 23*(2), 34–46. <https://doi.org/10.37708/ezs.swu.bg.v23i2.3>
- Marinus, M. W. L. C., Amorim da Silva, L., de Santana, J. C., Soares, A. K. F., & Barros, M. D. S. (2022). Knowledge and Practices of Professionals of The Family Health Strategy on Promoting Child Development. *New Trends in Qualitative Research, 13*. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e640>
- McClelland, E., Billups, J., Golding, S., & McKinney, C. (2013). Parenting practices: The good, the bad, and what to do about it. In *Parenting: Challenges, Practices and Cultural*

- Influences* (pp. 165–176). <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84892008467&partnerID=40&md5=9ebe7652a5ccd0ad154cd876244e759c>
- Mehta, D. A. M. (2024). Impact of Home Environment on Academic Achievement of Class 9th Students. *International Journal of Current Research and Techniques*, 14(4), 50221–50227. <https://doi.org/10.61359/2024050024>
- Merida-Serrano, R., De Los Angeles Olivares-Garcia, M., & Gonzalez-Alfaya, M. E. (2018). Discovering the world through the body in the childhood. The importance of materials in the child psychomotricity. *Retos*, 34, 329–336. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85060037849&partnerID=40&md5=cfc6b33ea40b919056e24f8506c1dc99>
- Mertens, A., & Colunga, E. (2022). How Different Artifacts Elicit Different Caregiver-Child Interactions: An Examination of Book Sharing and Puzzle Play. *ACM International Conference Proceeding Series*, 587–592. <https://doi.org/10.1145/3527927.3535219>
- Moran, K. K., & Sheppard, M. E. (2023). Finding Common Ground: Medical Professionals and Special Education Providers Supporting Young Children and Families. *Topics in Early Childhood Special Education*, 42(4), 370–382. <https://doi.org/10.1177/02711214221115655>
- Mulcaire-Jones, G., & Scanlon, R. (2022). The First Thousand Days of Life. *Issues in Law & Medicine*, 37(2), 249–256. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85146192950&partnerID=40&md5=d3e84f42576fd0405a082b967b24c737>
- Nasirian, H., & Tarvij-Eslami, S. (2006). Physical growth standards in six- to twelve-year-old children in Mashhad, Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 9(1), 58–60. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-31144432247&partnerID=40&md5=89376957151b19651608273220192e31>
- Osher, D., Cantor, P., Berg, J., Steyer, L., & Rose, T. (2020). Drivers of human development: How relationships and context shape learning and development1. *Applied Developmental Science*, 24(1), 6–36. <https://doi.org/10.1080/10888691.2017.1398650>
- Parker, R., Thomsen, B. S., & Berry, A. (2022). Learning Through Play at School – A Framework for Policy and Practice. *Frontiers in Education*, 7. <https://doi.org/10.3389/feduc.2022.751801>

- Pierucci, J. M., Barber, A. B., Gilpin, A. T., Crisler, M. E., & Klinger, L. G. (2015). Play assessments and developmental skills in young children with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, *30*(1), 35-43. <https://doi.org/10.1177/1088357614539837>
- Popovska Nalevska, G., & Popovski, F. (2023). Parental attitudes and mediation in children's use of digital media. *International Journal of Research Studies in Education*, *12*(7). <https://doi.org/10.5861/ijrse.2023.57>
- Preib, J., Lang, A., Hauser, T., Angerer, M., Schernhardt, P., & Schabus, M. (2025). Maternal characteristics and their relation to early mother-child interaction and cognitive development in toddlers. *PLoS ONE*, *20*(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301876>
- Preiß, J., Lang, A., Hauser, T., Angerer, M., Schernhardt, P., & Schabus, M. (2025). Maternal characteristics and their relation to early mother-child interaction and cognitive development in toddlers. *PLoS ONE*, *20*(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301876>
- Rahkonen, P., Heinonen, K., Pesonen, A. K., Lano, A., Autti, T., Puosi, R., Huhtala, E., Andersson, S., Metsäranta, M., & Räikkönen, K. (2014). Mother-child interaction is associated with neurocognitive outcome in extremely low gestational age children. *Scandinavian Journal of Psychology*, *55*(4), 311-318. <https://doi.org/10.1111/sjop.12133>
- Rombot, O. (2017). The application of traditional games to develop social and gross motor skills in 6-7 year-old children. *Proceedings - 2017 International Symposium on Educational Technology, ISET 2017*, 116-120. <https://doi.org/10.1109/ISET.2017.35>
- Rukmini, Mustaji, & Mariono, A. (2022). Effectiveness of a Playdough Game in Stimulating Fine Motor Skills and Cognitive Skill: Early Childhood Education. *International Journal of Early Childhood Learning*, *29*(1), 1-12. <https://doi.org/10.18848/2327-7939/CGP/v29i01/1-12>
- Sania, A., Sudfeld, C. R., Danaei, G., Fink, G., McCoy, D. C., Zhu, Z., Fawzi, M. C. S., Akman, M., Arifeen, S. E., Barros, A. J. D., Bellinger, D., Black, M. M., Bogale, A., Braun, J. M., Van Den Broek, N., Carrara, V., Duazo, P., Duggan, C., Fernald, L. C. H., ... Fawzi, W. (2019). Early life risk factors of motor, cognitive and language

development: A pooled analysis of studies from low/middle-income countries. *BMJ Open*, 9(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026449>

Santos, J. A. T., Ayupe, K. M. A., Camargos, A. C. R., Medeiros, N. L., & Gutierrez Filho, P. J. B. (2024). Moderating effect of social risk on the relationship 1 between biological risk and child development. *Ciencia e Saude Coletiva*, 29(8). <https://doi.org/10.1590/1413-81232024298.18432022>

Scientific Evidence for Brain Development and Nutrition in the First 1000 Days of Life. (2023). *Journal of Chinese Institute of Food Science and Technology*, 23(10), 403-419. <https://doi.org/10.16429/j.1009-7848.2023.10.039>

Seror, A. (2022). Child Development in Parent-Child Interactions. *Journal of Political Economy*, 130(9), 2462-2499. <https://doi.org/10.1086/720398>

Sofia, N., & Zubaidah, T. (2025). *Masa Emas Otak Anak (Rumah, Bidan, dan Bukti Ilmiah untuk Generasi Cerdas)*. PT Literasi Nusantara Abadi Group.

Sofia, N., Zubaidah, T., & Rusmilawaty. (2025). Kesehatan Otak pada Anak Usia 24-36 Bulan: Peran Kualitas Hunian dan Kebidanan Berbasis Bukti. *Skala Kesehatan*, 16(2), 63-74.

Spytska, L. (2024). The impact of harmonious parent-child relationships on the development of psychological well-being and personality resilience: a qualitative study in healthcare professionals. *Interacciones*, e427. <https://doi.org/10.24016/2024.v10.427>

Stephiana, O., & Dewa Gede Karma Wisana, I. (2019). The mother's role in child development: The effect of maternal employment on cognitive development. *Pertanika Journal of Social Sciences and Humanities*, 27(4), 2571-2583. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85076823260&partnerID=40&md5=af19f7b128d9af51b50a8a108420e89c>

Suprobo, N. R., Dewi, N. K., Kusumasari, H. A. R., Gita, V. M., Pratama, W., & Novembriani, R. P. (2023). JOB PERFORMANCE AND JOB SATISFACTION OF INTEGRATED HEALTH SERVICE POST (POSYANDU) COMMUNITY HEALTH WORKERS IN SUMBERSEKAR VILLAGE, INDONESIA. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 54, 362-378. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85205350838&partnerID=40&md5=ca4a56313d6df2a69d87370d76034790>

- Tamburlini, G., & Ertem, I. (2019). Guide for monitoring child development: An essential tool for paediatric primary care. *Medico e Bambino*, 38(2), 91-96. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85063677046&partnerID=40&md5=76ee0a9aa77046f2df4c97dacf9f2fb8>
- Trute, B., & Hiebert-Murphy, D. (2013). Partnering with parents: Family-centred practice in children's services. In *Partnering with Parents: Family-Centred Practice in Children's Services*. <https://doi.org/10.3109/13668250.2014.925611>
- Ushtelenca, K., Pano, G., Lile, A., & Kushta, E. (2024). Impact of Physical Education Classes on Gross Motor Skills in Elementary School Children. *International Journal of Human Movement and Sports Sciences*, 12(3), 531-537. <https://doi.org/10.13189/saj.2024.120309>
- Venker, C. E., & Johnson, J. R. (2022). Electronic Toys Decrease the Quantity and Lexical Diversity of Spoken Language Produced by Children With Autism Spectrum Disorder and Age-Matched Children With Typical Development. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.929589>
- Wirth, A., Ehmig, S. C., & Niklas, F. (2022). The role of the Home Literacy Environment for children's linguistic and socioemotional competencies development in the early years. *Social Development*, 31(2), 372-387. <https://doi.org/10.1111/sode.12550>

## BAB III

# Teknik Komunikasi dalam Keperawatan Anak: Pendekatan Berdasarkan Tahapan Usia

Ns. Ni Kadek Sriasih.,S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.An

### A. Konsep Dasar Komunikasi Anak

#### Pentingnya Komunikasi dalam Keperawatan Anak

Komunikasi merupakan unsur penting dalam asuhan keperawatan anak yang efektif karena berfungsi sebagai penghubung antara perawat, anak, dan keluarga. Lebih dari sekedar menyampaikan informasi, komunikasi membantu membangun hubungan terapeutik yang mendukung kesejahteraan fisik maupun emosional anak. Komunikasi yang baik dapat menurunkan kecemasan anak dan orang tua, memperkuat kepatuhan terhadap perawatan, serta mempercepat proses penyembuhan (Osei Appiah et al.,2022).

Di Indonesia, praktik komunikasi keperawatan anak masih menghadapi tantangan yang signifikan. Kendala yang dihadapi perawat termasuk bahasa medis yang sulit dipahami anak, keterbatasan keterampilan komunikasi terapeutik, dan tekanan dari beban kerja yang tinggi. Selain itu, pengembangan keterampilan komunikasi terapeutik di kalangan perawat menunjukkan dampak positif terhadap kualitas perawatan. Berdasarkan penelitian Kudubes et al. (2023), pengalaman merawat anak, minat dalam permainan terapeutik, dan persepsi kemampuan berkomunikasi dengan anak memengaruhi keterampilan mahasiswa keperawatan anak. Hal ini menekankan perlunya pendidikan dan pelatihan yang berfokus pada pengembangan keterampilan komunikasi dalam konteks pediatrik.

Lebih jauh, komunikasi yang efektif dapat meningkatkan kepercayaan anak terhadap perawat. Chong et al. (2025) mengungkapkan bahwa keterampilan komunikasi klinis perawat memiliki pengaruh langsung terhadap kepercayaan anak, dengan kecerdasan

emosional sebagai faktor mediasi. Perawat yang menguasai komunikasi dan memiliki kecerdasan emosional tinggi mampu membangun hubungan yang lebih kuat dengan anak, sehingga mendukung kualitas perawatan. Dengan demikian, komunikasi dalam keperawatan anak bukan sekadar keterampilan teknis, tetapi juga seni membangun hubungan yang mendukung pemulihan pasien.

### **Tujuan Komunikasi Efektif dalam Praktik Keperawatan**

Komunikasi efektif bertujuan mendukung proses penyembuhan sekaligus menjaga kesejahteraan anak. Menurut Potter dan Perry (2012), komunikasi yang efektif membangun hubungan terapeutik yang saling percaya antara perawat, anak, dan keluarga, sehingga menciptakan lingkungan kondusif bagi pasien. Selain itu, komunikasi bertujuan mengurangi kecemasan dan ketakutan anak serta keluarga selama prosedur medis, dengan menggunakan bahasa yang sesuai usia dan pendekatan empatik agar anak lebih nyaman dan kooperatif. Komunikasi yang jelas juga bermanfaat meningkatkan pemahaman anak dan keluarga mengenai kondisi medis dan rencana perawatan. Penyampaian informasi yang terbuka memungkinkan keluarga membuat keputusan yang informatif dan mendukung proses penyembuhan anak. Dengan demikian, komunikasi efektif berfungsi tidak hanya untuk menyampaikan informasi, tetapi juga membangun hubungan yang mendukung, mengurangi kecemasan, dan meningkatkan pemahaman, sehingga berkontribusi pada kesejahteraan dan pemulihan anak.

### **Dampak Komunikasi yang Tepat terhadap Hasil Keperawatan**

Komunikasi yang tepat berdampak langsung pada hasil keperawatan. Weng et al. (2024) menunjukkan bahwa komunikasi yang baik antara perawat dan anak meningkatkan kepuasan keluarga terhadap pelayanan, menegaskan bahwa persepsi anak dan keluarga terhadap kualitas perawatan sangat dipengaruhi oleh komunikasi. Selain itu, komunikasi yang efektif mendukung keselamatan pasien. Wieke Noviyanti, Ahsan, & Sudartya (2021) menemukan bahwa kepuasan komunikasi perawat berkorelasi dengan budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Semakin tinggi kepuasan komunikasi, semakin baik penerapan budaya keselamatan, yang mengurangi insiden yang tidak diinginkan dan meningkatkan kualitas perawatan. Komunikasi yang tepat juga memperkuat kepercayaan pasien terhadap perawat. Chong et al. (2025) menekankan bahwa keterampilan komunikasi klinis perawat memengaruhi kepercayaan anak secara langsung, dengan kecerdasan emosional sebagai

faktor mediasi. Kepercayaan ini mendorong keterlibatan aktif anak dalam perawatan dan mempercepat pemulihan. Oleh karena itu, keterampilan komunikasi yang efektif menjadi kunci untuk hasil keperawatan yang optimal.

### **Prinsip Komunikasi Terapeutik dan Edukatif pada Anak**

Komunikasi terapeutik dan edukatif merupakan fondasi dalam perawatan anak yang efektif karena membangun hubungan saling percaya antara perawat, anak, dan keluarga, yang meningkatkan kualitas perawatan dan hasil kesehatan pasien.

#### **1. Komunikasi Terapeutik**

Komunikasi terapeutik menekankan teknik yang memenuhi kebutuhan emosional dan psikologis pasien. Potter dan Perry (2012) menjelaskan bahwa teknik ini meliputi mendengarkan secara aktif, memberikan umpan balik konstruktif, serta menunjukkan empati. Dalam konteks perawatan anak, komunikasi terapeutik disesuaikan dengan usia dan perkembangan anak, serta menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman. Bell et al. (2016) menyoroti pentingnya membangun hubungan saling percaya melalui komunikasi jujur dan terbuka, yang dapat mengurangi kecemasan anak dan mendukung kerjasama selama perawatan. Pada anak yang tampak pemalu atau ragu, perawat dianjurkan untuk memulai komunikasi melalui orang tua terlebih dahulu, sehingga anak memiliki kesempatan untuk menyesuaikan diri dan merasa nyaman. Penggunaan kalimat yang jelas, spesifik, serta disampaikan secara perlahan dengan intonasi suara yang tenang namun meyakinkan akan membantu meningkatkan pemahaman anak. Posisi tubuh perawat juga perlu disesuaikan dengan tinggi badan anak, seperti berkomunikasi pada level pandang mata anak agar terjalin hubungan yang lebih setara dan tidak mengancam (Kyle & Charman, 2012).



Keterangan:

Sumber: (Kyle & Charman, 2012).

**Gambar 1.1** Duduk sejajar dan memberi waktu anak berbicara meningkatkan komunikasi terapeutik

## 2. Komunikasi Edukatif

Komunikasi edukatif bertujuan menyampaikan informasi yang jelas dan mudah dipahami mengenai kondisi medis, prosedur, dan langkah perawatan. Davison et al. (2023) menyatakan bahwa komunikasi edukatif yang efektif menggunakan bahasa yang sesuai tingkat pemahaman anak dan disampaikan secara sistematis. Selain itu, melibatkan anak dan keluarga dalam pengambilan keputusan sesuai prinsip *family-centered communication* meningkatkan rasa kontrol dan kepuasan terhadap perawatan.

## B. Komunikasi Umum dalam Keperawatan Anak

### Teknik Mendengarkan Aktif dalam Keperawatan Anak

Mendengarkan aktif adalah keterampilan inti dalam komunikasi pediatrik yang memungkinkan perawat memahami kebutuhan emosional dan fisik anak secara menyeluruh. Keterampilan ini meliputi fokus penuh pada pasien, mengamati bahasa tubuh, menanggapi dengan reflektif, dan memberikan umpan balik yang menegaskan bahwa perasaan dan pesan anak dipahami. Dalam praktik keperawatan anak, mendengarkan aktif juga berarti menyesuaikan cara komunikasi dengan usia dan tahap perkembangan anak. Misalnya, anak prasekolah mungkin membutuhkan pertanyaan sederhana dan visualisasi, sementara anak usia sekolah dapat diajak berdialog lebih verbal dan terstruktur.

Selain itu, mendengarkan aktif tidak hanya terbatas pada anak tetapi juga keluarga. Perawat perlu menanggapi kekhawatiran orang tua secara empatik, menciptakan ruang aman bagi mereka untuk mengekspresikan kecemasan atau pertanyaan mengenai perawatan anak (MacKay et al., 2024). Dengan demikian, mendengarkan aktif mendukung hubungan saling percaya dan menjadi fondasi untuk perawatan yang efektif dan ramah anak.

### Etika Komunikasi dengan Anak dan Keluarga

Etika komunikasi dalam keperawatan anak berfokus pada prinsip menghormati, jujur, dan sensitif terhadap kebutuhan emosional serta budaya anak dan keluarga. Perawat harus

memberikan informasi yang sesuai usia, jujur, dan tidak menimbulkan ketakutan, sambil tetap menghormati hak anak untuk berpartisipasi dalam keputusan terkait perawatannya (Noorulhuda et al., 2023). Dalam praktik keperawatan anak, komunikasi etis juga mencakup menjaga kerahasiaan informasi medis sambil memastikan orang tua tetap mendapat informasi penting yang dibutuhkan untuk mendukung perawatan anak (Bell et al., 2016). Menghargai perbedaan budaya dan nilai keluarga merupakan prinsip penting, karena persepsi dan reaksi terhadap prosedur medis dapat berbeda antar keluarga. Perawat yang peka terhadap hal ini dapat meningkatkan kepuasan, rasa aman, dan keterlibatan keluarga dalam proses perawatan.

### **Strategi Membangun Hubungan Positif dengan Pasien Anak**

Membangun hubungan positif adalah strategi krusial dalam asuhan keperawatan anak yang mendukung keterlibatan anak dan keluarganya dalam perawatan. Hubungan positif tercipta melalui pendekatan ramah, penggunaan bahasa yang sesuai usia, serta menciptakan lingkungan perawatan yang nyaman dan aman (Williams et al., 2019). Teknik seperti bermain peran, permainan terapeutik, atau alat bantu visual dapat membantu anak mengekspresikan perasaan dan memahami prosedur medis yang akan dijalani (Davison et al., 2023).

Strategi lain yang efektif adalah melibatkan orang tua dalam komunikasi dan pengambilan keputusan, sesuai prinsip *family-centered care*. Keterlibatan ini tidak hanya memberikan dukungan emosional kepada anak tetapi juga memperkuat rasa kontrol keluarga terhadap perawatan (Williams et al., 2019). Hubungan yang positif antara perawat, anak, dan keluarga meningkatkan kepatuhan anak terhadap perawatan, menurunkan kecemasan, dan pada akhirnya berkontribusi pada hasil kesehatan yang lebih baik.

### **Prinsip Dasar Komunikasi dengan Anak**

Prinsip-prinsip dasar yang perlu diperhatikan dalam berkomunikasi dengan anak dan remaja dalam pemberian asuhan keperawatan anak (Kyle & Charman, 2012) yaitu:

1. Memperkenalkan diri terlebih dahulu dan menjelaskan peran profesional yang dilakukan.
2. Menempatkan posisi tubuh sejajar dengan tinggi anak untuk menciptakan kedekatan psikologis.
3. Mengizinkan anak tetap berada dekat dengan orang tua bila diperlukan agar merasa aman dan nyaman.
4. Menunjukkan ekspresi ramah melalui senyuman dan kontak mata, sesuai dengan norma budaya keluarga.
5. Mengarahkan pertanyaan dan penjelasan secara langsung kepada anak.
6. Mendengarkan dengan penuh perhatian dan memberikan waktu bagi anak untuk merespons.

7. Menggunakan istilah yang familiar bagi anak dan keluarga, terutama terkait bagian tubuh atau prosedur medis.
8. Berbicara dengan nada suara yang tenang, jelas, tidak terburu-buru, dan meyakinkan.
9. Menggunakan kalimat yang bersifat positif dibandingkan larangan atau pernyataan negatif.
10. Memberi ruang bagi anak untuk mengungkapkan perasaan serta mengajukan pertanyaan.
11. Memperhatikan pesan nonverbal anak seperti ekspresi wajah, bahasa tubuh, dan nada suara.
12. Meminta izin sebelum mendekati atau menyentuh anak agar tidak tampak mengancam atau menimbulkan kecemasan.

Anak akan merasa dihargai dan berdaya ketika tenaga kesehatan berbicara langsung kepada mereka. Oleh karena itu, anak perlu dilibatkan dalam percakapan dan tidak dibicarakan seolah-olah mereka tidak hadir. Anak juga umumnya ingin mendapatkan informasi yang menenangkan terkait kondisi kesehatannya serta kesempatan untuk menyampaikan pendapat. Agar komunikasi efektif, perawat perlu memahami karakteristik perkembangan setiap tahap usia anak dan menerapkan teknik komunikasi yang sesuai dengan tingkat perkembangan (Kyle & Charman, 2012).

## C. Komunikasi Verbal dan Non Verbal

### 1. Komunikasi Verbal

Komunikasi yang menggunakan kata-kata, baik secara lisan maupun tulisan, dikenal sebagai komunikasi verbal. Dalam praktik sehari-hari, perawat sangat bergantung pada komunikasi verbal ketika berinteraksi dengan anak maupun keluarganya. Kemampuan berkomunikasi secara verbal secara efektif sangat diperlukan saat melakukan pengkajian keperawatan serta menyampaikan edukasi kesehatan kepada anak dan orang tuanya. Beberapa prinsip dasar komunikasi verbal yang efektif antara lain:

- a. Mengajukan pertanyaan terbuka agar anak atau orang tua memiliki kesempatan memberikan jawaban yang lebih luas dan mendetail.
- b. Mengarahkan kembali pembicaraan bila mulai menyimpang dari fokus utama.
- c. Menggunakan teknik refleksi untuk membantu memperjelas perasaan atau maksud orang tua.
- d. Mengulang kembali isi pernyataan anak atau orang tua (parafrase) sebagai bentuk empati.
- e. Mengakui serta menghargai emosi yang ditunjukkan oleh lawan bicara.
- f. Menunjukkan kemampuan mendengarkan aktif dengan menggunakan istilah atau kata-kata yang sama seperti yang digunakan anak atau keluarganya.

Penting untuk diingat bahwa sebagian besar orang tua tidak memiliki pemahaman medis, sehingga penggunaan istilah kedokteran harus dihindari. Singkatan medis atau istilah teknis yang umum digunakan tenaga kesehatan sering kali terdengar membingungkan atau bahkan menakutkan bagi anak dan keluarganya. Jika penggunaan istilah medis tidak bisa dihindari, jelaskan artinya menggunakan bahasa sederhana yang sesuai dengan tingkat perkembangan anak (Kyle & Charman, 2012).

## 2. Komunikasi NonVerbal

Komunikasi nonverbal merupakan bentuk komunikasi yang disampaikan melalui bahasa tubuh. Bentuk komunikasi ini mencakup sikap perhatian terhadap orang lain serta kemampuan mendengarkan secara aktif. Sejak awal interaksi, perawat harus memperhatikan pesan verbal yang disampaikan oleh lawan bicara. Ketika anak dan orang tua merasa dihargai dan didengarkan, hubungan saling percaya akan terbentuk. Beberapa prinsip penting dalam komunikasi nonverbal antara lain:

- a. Menunjukkan sikap santai dengan postur tubuh terbuka tanpa menyilangkan tangan.
- b. Duduk berhadapan dengan keluarga sambil sedikit mencondongkan badan ke depan.
- c. Menjaga kontak mata yang wajar.
- d. Menganggukkan kepala sebagai tanda perhatian dan keterlibatan.
- e. Mengamati bahasa tubuh, kontak mata, serta ekspresi wajah anak dan orang tua.

Mendengarkan secara aktif merupakan komponen penting dalam komunikasi. Dengan memberikan perhatian penuh, perawat dapat menemukan kecemasan atau masalah yang mungkin tidak terungkap melalui pertanyaan langsung. Mendengarkan dengan sungguh-sungguh menjadi cara efektif membangun hubungan baik, sedangkan kegagalan untuk mendengar dapat menyebabkan informasi penting terabaikan dan membuat keluarga enggan melanjutkan komunikasi. Selain itu, perawat harus mampu menilai apakah pesan yang disampaikan secara verbal sejalan dengan pesan nonverbal yang tampak (Kyle & Charman, 2012).

## D. Komunikasi dengan Bayi (0-1 tahun)

Pada usia 0-1 tahun, bayi mulai mengembangkan kemampuan dasar untuk berkomunikasi melalui ekspresi wajah, gerakan tubuh, suara, serta kontak mata. Tahap perkembangan pertama

menurut Erikson, yaitu *trust vs. mistrust*, menekankan pentingnya responsifitas pengasuh terhadap kebutuhan bayi untuk membangun rasa aman dan kepercayaan dasar (Altundag, 2024). Interaksi yang hangat dan penuh perhatian akan membantu bayi merasa terlindungi dan memupuk ikatan emosional yang sehat.

Bayi memanfaatkan berbagai saluran komunikasi, termasuk sentuhan, pendengaran, dan penglihatan. Cara berinteraksi yang efektif meliputi membelai, menggendong, mengayun, serta berbicara atau bernyanyi dengan nada lembut. Permainan sederhana juga dapat digunakan untuk bayi yang lebih besar, sementara teknik persuasi yang menyenangkan berguna untuk mengalihkan perhatian bayi pada saat prosedur atau stimulasi tertentu. Penting bagi perawat untuk memantau tanda-tanda overstimulasi, seperti bayi menguap, berpaling, mengurangi kontak mata, atau menunjukkan iritabilitas, agar respons yang diberikan tetap sesuai dan bayi tidak terganggu (Petty, Whiting, & Harding, 2025).

Pada tahap ini, komunikasi non-verbal merupakan strategi utama, seperti sentuhan, senyuman, mendekap, dan menggendong. Fenomena *stranger anxiety* pada bayi membuat peran orang tua sebagai fasilitator atau pihak ketiga menjadi sangat penting dalam proses interaksi. Pengenalan kata-kata sederhana biasanya muncul pada *late infancy*, misalnya “ba-ba”, “da-da”, dan “ma-ma”, menandai awal kemampuan bayi untuk merespons bahasa secara verbal (Harding, Crossley, Whiting, & Petty, 2021). Pendekatan komunikasi multimodal sangat dianjurkan, dengan memanfaatkan kombinasi antara isyarat non-verbal dan verbal sesuai perkembangan bayi. Bayi menafsirkan ekspresi wajah, intonasi suara, dan gerakan tubuh pengasuh, sehingga perawat perlu menciptakan lingkungan yang menenangkan dan aman untuk mendukung interaksi (Harding et al., 2021).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa interaksi awal antara bayi dan orang dewasa berperan penting dalam perkembangan bahasa dan sosial. Salo, et al. (2022) melaporkan bahwa bayi yang sering dilibatkan dalam percakapan dengan orang dewasa memiliki kemampuan bahasa ekspresif lebih baik pada usia 18 bulan. Selain itu, Petty et al. (2025) menemukan bahwa perawat neonatal yang terlatih dalam komunikasi awal meningkatkan interaksi positif antara bayi prematur dan orang tua, mendukung perkembangan sosial-emosional bayi.

Dalam praktik klinis, strategi komunikasi yang efektif dengan bayi mencakup:

- 1) Sentuhan dan pelukan: Menggendong, mengayun, atau membelai bayi untuk memberikan rasa aman.
- 2) Suara lembut dan ritmis: Menggunakan nada tenang saat berbicara atau bernyanyi untuk menenangkan bayi dan memperkuat ikatan emosional.
- 3) Kontak mata dan ekspresi wajah positif: Membantu bayi merasa diperhatikan dan aman.

- 4) Permainan dan interaksi menyenangkan: Memberikan stimulasi untuk bayi yang lebih besar agar tetap kooperatif.
- 5) Melibatkan orang tua: Mengajarkan mereka teknik komunikasi ekspresif, termasuk berbicara, bernyanyi, dan menggunakan bahasa tubuh, serta memposisikan orang tua sebagai fasilitator saat bayi mengalami stranger anxiety.

## E. Komunikasi dengan Balita (1-3 tahun)

Pada usia 1-3 tahun, balita berada pada tahap perkembangan tahap awal anak-anak (early childhood), yang ditandai dengan peningkatan kemampuan bahasa, mobilitas, dan kemandirian. Menurut teori perkembangan Piaget, balita berada pada tahap preoperasional, di mana pemikiran simbolik mulai berkembang, tetapi kemampuan logika masih terbatas (Santrock, 2021). Pada tahap ini, anak belajar mengekspresikan kebutuhan, keinginan, dan emosi melalui kata-kata, gestur, serta permainan simbolik.

Balita berkomunikasi menggunakan kombinasi verbal sederhana dan non-verbal, seperti menunjuk, meniru, dan ekspresi wajah. Perawat perlu menyesuaikan pendekatan komunikasi dengan tingkat pemahaman anak, menggunakan kalimat singkat, kosa kata sederhana, serta bahasa tubuh yang ekspresif. Teknik pengalihan perhatian (distraction) juga sangat efektif, misalnya melalui mainan atau lagu, terutama saat prosedur medis yang menimbulkan ketidaknyamanan (Desai & Pandya, 2013).

Pada tahap ini, anak mulai menunjukkan kemandirian, tetapi sering kali mengalami kecemasan perpisahan (separation anxiety) ketika berada jauh dari orang tua. Oleh karena itu, peran orang tua sebagai pendukung atau fasilitator komunikasi tetap penting. Perawat dapat mengajak orang tua untuk tetap hadir selama prosedur atau memberikan penguatan positif saat anak bekerja sama (Seniwati et al., 2023).

Beberapa strategi komunikasi efektif dengan balita meliputi:

- 1) Bahasa sederhana dan singkat: Menggunakan kalimat yang mudah dipahami, contoh: "Sekarang kita akan periksa tanganmu, ya."
- 2) Penggunaan alat bantu visual: Gambar, boneka, atau mainan dapat membantu menjelaskan prosedur.
- 3) Permainan simbolik: Menggunakan boneka atau mainan untuk meniru prosedur agar anak memahami proses.
- 4) Umpan balik positif dan pujian: Memberikan reinforcement ketika anak kooperatif.
- 5) Mengamati ekspresi non-verbal: Memperhatikan tanda-tanda takut, marah, atau kelelahan sehingga komunikasi tetap sesuai dengan kondisi anak.



Keterangan:

Sumber: (Kyle & Charman, 2012).

**Gambar 1.2** Penggunaan alat bantu visual

Penelitian menunjukkan bahwa strategi komunikasi yang responsif dan berbasis bermain meningkatkan keterlibatan balita dalam proses perawatan serta menurunkan tingkat kecemasan. Misalnya, studi oleh Abdi et al. (2025) menemukan bahwa penggunaan permainan terapeutik selama prosedur medis signifikan menurunkan ketakutan balita dan meningkatkan kepatuhan terhadap perawatan. Penelitian lain oleh Bell et al. (2016) menunjukkan bahwa keterlibatan orang tua dalam komunikasi dengan balita selama perawatan meningkatkan rasa aman dan kepercayaan anak terhadap perawat.

## **F. Komunikasi dengan Anak Pra-Sekolah (3-6 tahun)**

Anak pra-sekolah, yaitu usia 3-6 tahun, berada pada tahap perkembangan praoperasional menurut teori Piaget, di mana kemampuan simbolik berkembang pesat, tetapi logika masih terbatas. Pada tahap ini, anak mulai mampu memahami konsep sederhana, mengekspresikan perasaan, serta menggunakan bahasa untuk berkomunikasi dengan orang lain (Santrock, 2021). Komunikasi dengan anak pra-sekolah memerlukan pendekatan kreatif, interaktif, dan berbasis permainan. Anak pada usia ini sangat responsif terhadap cerita, gambar, boneka, dan permainan simbolik, yang dapat digunakan untuk menjelaskan prosedur medis atau membimbing perilaku selama perawatan. Selain itu, penggunaan bahasa sederhana dan kalimat singkat penting agar anak dapat memahami pesan yang disampaikan (Abdi et al., 2025).

Perawat harus memperhatikan aspek emosional dan psikologis, karena anak pra-sekolah sering mengalami kecemasan terkait prosedur medis, takut akan rasa sakit, atau cemas terhadap lingkungan baru. Strategi yang efektif termasuk:

- 1) Pendekatan berbasis bermain: Menggunakan boneka, mainan, atau permainan peran untuk menjelaskan prosedur medis.

- 2) Bahasa sederhana dan jelas: Menggunakan kalimat singkat, misalnya “Kita akan membersihkan luka sebentar, ya.”
- 3) Pujian dan reinforcement positif: Memberikan pujian setiap kali anak kooperatif, yang meningkatkan motivasi dan rasa percaya diri.
- 4) Visual aids dan ilustrasi: Gambar atau kartu visual untuk membantu anak memahami prosedur atau tindakan medis.
- 5) Keterlibatan orang tua: Memperkuat rasa aman anak dan membantu komunikasi saat anak merasa takut atau cemas.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa penggunaan pendekatan berbasis permainan dan keterlibatan orang tua dapat menurunkan tingkat kecemasan anak pra-sekolah secara signifikan. Misalnya, studi oleh Abdi et al. (2025) menunjukkan bahwa permainan terapeutik selama prosedur perawatan menurunkan kecemasan dan meningkatkan kepatuhan anak. Selain itu, perawat perlu memanfaatkan teknik komunikasi verbal dan non-verbal secara bersamaan, seperti ekspresi wajah yang ramah, intonasi suara yang lembut, gestur tangan yang menenangkan, serta penggunaan cerita atau metafora sederhana. Strategi ini membantu anak memahami pesan, mengekspresikan perasaan, dan berpartisipasi secara aktif dalam perawatan (Desai & Pandya, 2013).

## G. Komunikasi dengan Anak Sekolah (6–12 tahun)

Anak usia sekolah (6–12 tahun) berada pada tahap perkembangan *middle childhood*, yang ditandai dengan peningkatan kemampuan kognitif, sosial, dan bahasa. Menurut teori Piaget, anak berada pada tahap konkret operasional, di mana kemampuan berpikir logis terhadap objek dan kejadian nyata mulai berkembang, meskipun masih terbatas pada hal-hal konkret (Santrock, 2021). Pada usia ini, anak mampu memahami instruksi lebih kompleks, mengekspresikan pikiran dan perasaan, serta terlibat dalam percakapan dua arah yang lebih bermakna.

Dalam konteks keperawatan, komunikasi dengan anak sekolah harus memadukan pendekatan verbal dan non-verbal yang jelas, konsisten, dan bersifat partisipatif. Anak pada tahap ini menghargai penjelasan yang logis dan dapat mengajukan pertanyaan, sehingga perawat perlu menyediakan informasi yang cukup dan sesuai tingkat pemahaman anak. Perawat dapat melakukan strategi komunikasi yang efektif meliputi:

- 1) Memberikan informasi yang jelas dan logis: Menjelaskan prosedur medis dengan bahasa sederhana, contoh: “Kita akan mengambil darah sebentar, ini akan terasa sedikit sakit, tapi cepat selesai.”

- 2) Melibatkan anak dalam proses pengambilan keputusan: Memberikan pilihan terbatas yang aman, misalnya memilih tangan untuk pengambilan sampel darah.
- 3) Pendekatan interaktif: Menggunakan alat bantu visual, diagram, atau simulasi untuk menjelaskan prosedur.
- 4) Umpan balik positif: Memberikan pujian ketika anak bekerja sama untuk meningkatkan motivasi.
- 5) Pengelolaan emosi: Mengakui perasaan anak, misalnya “Aku tahu kamu merasa takut, tapi kita akan melakukannya bersama.”

Penelitian menunjukkan bahwa keterlibatan anak secara aktif dalam komunikasi medis meningkatkan kepatuhan terhadap perawatan dan menurunkan tingkat kecemasan. Studi oleh Bell et al. (2016) menemukan bahwa anak yang diberi kesempatan bertanya dan memilih dalam prosedur medis menunjukkan tingkat rasa percaya diri dan kooperasi lebih tinggi. Selain itu, penelitian oleh Abdi et al. (2025) menekankan pentingnya penggunaan media visual dan permainan edukatif untuk menjelaskan tindakan medis pada anak sekolah, yang terbukti menurunkan ketakutan dan meningkatkan pemahaman anak terhadap perawatan. Perawat juga harus memperhatikan perkembangan sosial dan emosional anak. Anak sekolah mulai menilai interaksi berdasarkan keadilan, kejujuran, dan konsistensi. Oleh karena itu, komunikasi yang jujur, ramah, dan menghargai pendapat anak akan membantu membangun hubungan saling percaya, meningkatkan keterlibatan anak, serta mendukung keberhasilan intervensi keperawatan (Seniwati et al., 2023).

## **H. Komunikasi dengan Remaja (12-18 tahun)**

Remaja Adalah anak yang berusia 12-18 tahun, berada pada tahap perkembangan *adolescence*, di mana kemampuan kognitif, emosional, dan sosial berkembang pesat. Menurut Piaget, mereka berada pada tahap operasional formal, di mana berpikir abstrak, reflektif, dan kemampuan analisis berkembang, memungkinkan remaja memahami konsekuensi tindakan, membuat keputusan, dan membahas isu kompleks (Santrock, 2021). Pada tahap ini, komunikasi membutuhkan pendekatan yang menghargai otonomi, privasi, dan identitas diri remaja.

Komunikasi efektif dengan remaja harus berbasis respek, empati, dan partisipatif. Remaja cenderung lebih kooperatif jika merasa didengarkan dan dihargai pendapatnya. Perawat harus menggunakan bahasa yang jelas, tidak menggurui, serta menyesuaikan

tingkat informasi dengan kebutuhan dan minat remaja. Strategi komunikasi yang efektif meliputi:

- 1) Pendekatan kolaboratif: Melibatkan remaja dalam pengambilan keputusan terkait perawatan dan tindakan medis.
- 2) Pemberian informasi secara jujur dan transparan: Menjelaskan prosedur, risiko, dan manfaat secara terbuka untuk membangun kepercayaan.
- 3) Pendekatan empatik: Mendengarkan keluhan, perasaan, dan pertanyaan remaja dengan penuh perhatian.
- 4) Penggunaan media yang relevan: Memanfaatkan visual, video, atau teknologi komunikasi yang familiar bagi remaja untuk menjelaskan informasi medis.
- 5) Penghargaan terhadap privasi: Memberikan ruang pribadi saat pemeriksaan dan menghormati batasan remaja dalam interaksi.

## **I. Cara Berkomunikasi dengan Orang Tua dalam Keperawatan**

### **Anak**

Dalam menjalin komunikasi dengan orang tua, perawat perlu menjaga keterbukaan dan kejujuran karena orang tua merupakan mitra utama dalam proses perawatan anak. Orang tua berhak memperoleh informasi yang jelas dan akurat sehingga mereka merasa dihargai sebagai bagian dari tim kesehatan. Perawat sebaiknya memberikan kesempatan kepada orang tua untuk menyampaikan kekhawatiran, bertanya, dan berdiskusi terkait kondisi anak. Penjelasan mengenai prosedur tindakan dan penggunaan alat kesehatan harus disampaikan secara sederhana dan mudah dipahami, termasuk penjelasan mengenai dampak jangka pendek maupun jangka panjang dari terapi yang diberikan (Kyle & Charman, 2012).

Selain itu, orang tua perlu mendapatkan gambaran mengenai pengalaman yang mungkin akan dialami anak selama prosedur, baik dari segi sensasi fisik maupun respons emosionalnya. Perawat dianjurkan melibatkan orang tua dalam perawatan anak sesuai kemampuan dan kebijakan rumah sakit karena keterlibatan tersebut memberikan rasa kontrol dan meningkatkan kepercayaan diri orang tua. Menggali persepsi orang tua mengenai perkembangan anak selama perawatan juga penting untuk meningkatkan efektivitas komunikasi dua arah. Dukungan emosional berupa penguatan positif,

bimbingan, dan reassurance perlu diberikan agar orang tua tetap merasa optimis dan termotivasi dalam mendampingi proses penyembuhan anak (Kyle & Charman, 2012).

## **J. Komunikasi lintas budaya dalam Keperawatan Anak**

Latar belakang budaya menjadi hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan komunikasi dalam keperawatan anak (Kyle & Charman, 2012). Kemampuan berkomunikasi secara efektif dalam konteks budaya yang beragam merupakan bagian penting dalam praktik keperawatan anak. Pemahaman terhadap latar belakang budaya anak dan keluarganya membantu perawat membangun hubungan terapeutik yang saling menghormati serta meningkatkan keberhasilan edukasi kesehatan. Budaya, agama, dan spiritualitas sering kali memengaruhi pola komunikasi, nilai kesehatan, dan pandangan keluarga terhadap penyakit serta pengobatan, sehingga harus menjadi pertimbangan dalam setiap proses interaksi klinis.

Untuk memberikan pelayanan yang sensitif terhadap budaya, perawat tidak cukup hanya mempelajari karakteristik budaya secara umum, tetapi juga perlu melakukan pengkajian secara individual terhadap keyakinan, nilai, dan kebiasaan setiap keluarga. Pengkajian budaya dapat dilakukan melalui komunikasi terbuka, pertanyaan klarifikasi, dan mendengarkan secara empatik tanpa memberikan penilaian. Perawat perlu mengetahui bahasa yang digunakan di rumah, preferensi komunikasi keluarga, dan aturan budaya terkait kontak fisik atau pandangan mata selama interaksi.

Menunjukkan sikap menghargai keragaman budaya sangat penting dalam membangun kepercayaan. Pendekatan yang penuh empati, tidak menghakimi, dan menghormati perbedaan nilai akan membantu perawat memberikan asuhan yang lebih bermakna serta sesuai dengan kebutuhan keluarga. Dengan demikian, kompetensi komunikasi lintas budaya menjadi landasan penting dalam memberikan pelayanan keperawatan pediatrik yang holistik, humanis, dan berorientasi keluarga.

## **K. Kesimpulan**

Komunikasi merupakan inti dalam praktik keperawatan anak karena bukan hanya sekadar pertukaran informasi, melainkan juga sarana membangun hubungan emosional dan terapeutik antara perawat, anak, dan keluarganya. Interaksi yang efektif memungkinkan perawat memahami kebutuhan fisik dan psikologis anak secara komprehensif, sehingga pengkajian lebih akurat, intervensi keperawatan lebih tepat sasaran, dan mutu asuhan meningkat. Dalam konteks

pediatrik, komunikasi harus memperhatikan tahap perkembangan anak, kemampuan bahasa, kondisi emosional, serta pengalaman hospitalisasi yang sering kali memicu kecemasan atau resistensi terhadap perawatan.

Selain itu, komunikasi pada anak tidak dapat dipisahkan dari keterlibatan keluarga karena orang tua merupakan sumber dukungan emosional utama bagi anak. Pendekatan family-centered care menekankan bahwa perawatan harus menghormati peran keluarga sebagai mitra dalam pengambilan keputusan. Penerapan komunikasi terapeutik seperti mendengarkan aktif, empati, validasi perasaan, dan bahasa sederhana terbukti meningkatkan kenyamanan anak, mempercepat adaptasi terhadap lingkungan rumah sakit, dan memperkuat kepercayaan terhadap tenaga kesehatan.

Namun, proses komunikasi sering menghadapi kendala seperti keterbatasan kemampuan verbal anak, perbedaan budaya, kecemasan akibat prosedur medis, hingga kurangnya keterampilan komunikasi tenaga kesehatan. Dengan demikian, komunikasi yang efektif dalam keperawatan pediatrik memerlukan strategi khusus, kreativitas, dan sensitivitas interpersonal. Keberhasilan komunikasi tidak hanya meningkatkan keselamatan pasien (patient safety) tetapi juga berdampak langsung pada kepatuhan terapi dan kualitas hidup anak selama dirawat.

## Referensi

- Abdi, F., Karamoozian, A., Lotfilou, M., Gholami, F., Shaterian, N., Niasar, A. A., Aghapour, E., & Jandaghian-Bidgoli, M. (2025). Effect of play therapy and storytelling on the anxiety level of hospitalized children: a randomized controlled trial. *BMC complementary medicine and therapies*, 25(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12906-025-04767-4>
- Altundag, S. (2024). The use of Erikson's psychosocial theory in nursing care for infants. *International Journal of Caring Sciences*, 17(1), 375-377. <https://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/36.calbayram.pdf>
- Ann Marie Paraszczuk;Veronica D. Feeg;Cecily L. Betz;Jennifer Emilie Mannino;. (2021). Psychometric Testing of Family Centered Care (FCC) Instrument: A Mixed Methods Analysis of Pediatric Nurses and Their Workplace Perceptions of FCC . *Journal of Pediatric Nursing*, 0, -. doi:10.1016/j.pedn.2021.03.015
- Bell, J., & Condren, M. (2016). Communication Strategies for Empowering and Protecting Children. *The journal of pediatric pharmacology and therapeutics : JPPT : the official journal of PPAG*, 21(2), 176-184. <https://doi.org/10.5863/1551-6776-21.2.176>
- Chong, Q., Zhan, Z., Peng, M., & Li, X. (2025). The Relationship Between Clinical Communication Skills of Pediatric Nurses and Children's Trust in Nurses: The Mediating Role of Emotional Intelligence. *Nursing: Research and Reviews*.
- Davison, G., Conn, R., Kelly, M. A., Thompson, A., & Dornan, T. (2023). Fifteen-minute consultation: Guide to communicating with children and young people. *Archives of disease in childhood. Education and practice edition*, 108(2), 91-95. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2021-323302>
- Desai, P. P., & Pandya, S. V. (2013). Communicating with children in healthcare settings. *Indian journal of pediatrics*, 80(12), 1028-1033. <https://doi.org/10.1007/s12098-013-0969-z>
- Harding, C., Crossley, S. L., Whiting, L., & Petty, J. (2021). A linguistic approach to supporting infant language and communication development. *Journal of Neonatal Nursing*, 27(5), 310-318. [https://researchprofiles.herts.ac.uk/files/25666392/JNN\\_Response\\_communicati\\_on\\_Harding\\_Whiting\\_Petty\\_1\\_.pdf](https://researchprofiles.herts.ac.uk/files/25666392/JNN_Response_communicati_on_Harding_Whiting_Petty_1_.pdf)
- Kudubes, A. A., Ayar, D., & Zengin, H. (2023). Therapeutic communication skills level among students undertaking the pediatric nursing course and the associated influencing factors. *Journal of Pediatric Nursing*, 73, 34-43.
- Kyle, Terri & Carman, Susan.(2013). *Essentials of Pediatric Nursing 2nd Edition*. China: Wolters Kluwer
- MacKay, L. J., Chang, U., Kreiter, E., Nickel, E., Kamke, J., Bahia, R., Shantz, S., & Meyerhoff, H. (2024). Exploration of trust between pediatric nurses and children with a medical diagnosis and their caregivers on inpatient care units: A scoping

- review. *Journal of pediatric nursing*, 78, e1–e30.  
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.05.030>
- Noorullhuda, M., Grady, C., Wakim, P., Bernhard, T., Cho, H. L., & Danis, M. (2023). Communication of patients' and family members' ethical concerns to their healthcare providers. *BMC medical ethics*, 24(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s12910-023-00932-x>
- Osei Appiah, E., Appiah, S., Kontoh, S., Mensah, S., Awuah, D. B., Menlah, A., & Baidoo, M. (2022). Pediatric nurse-patient communication practices at Pentecost Hospital, Madina: A qualitative study. *International journal of nursing sciences*, 9(4), 481–489. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.09.009>
- Petty, J., Whiting, L. and Harding, C. (2025). Neonatal Nurses' Understanding of the Factors That Enhance and Hinder Early Communication Between Preterm Infants and Their Parents: A Narrative Inquiry Study. *Int J Lang Commun Disord.*, 60: e70093. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.70093>
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2012). *Fundamentals of nursing* (8th ed.). Elsevier Health Sciences.
- Salo, V. C., King, L. S., Gotlib, I. H., & Humphreys, K. L. (2022). Infants who experience more adult-initiated conversations have better expressive language in toddlerhood. *Infancy : the official journal of the International Society on Infant Studies*, 27(5), 916–936. <https://doi.org/10.1111/infa.12487>
- Santrock, J. W. (2021). *Life-span development* (18th ed.). McGraw-Hill Education.
- Seniwati, T., Rustina, Y., Nurhaeni, N., & Wanda, D. (2023). Patient and family-centered care for children: A concept analysis. *Belitung nursing journal*, 9(1), 17–24. <https://doi.org/10.33546/bnj.235>
- Williams, R. C., Biscaro, A., & Clinton, J. (2019). Relationships matter: How clinicians can support positive parenting in the early years. *Paediatrics & child health*, 24(5), 340–357. <https://doi.org/10.1093/pch/pxz063>
- Wieke Noviyanti, L., Ahsan, A., & Sudartya, T. S. (2021). Exploring the relationship between nurses' communication satisfaction and patient safety culture. *Journal of public health research*, 10(2), 2225. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2225>
- Weng, Y., Pei, C., Liu, Q., Chen, Y., Zhang, Z., Feng, X. L., & Hu, G. (2024). Association between nurse-child communication and family caregivers' global ratings to hospital: a retrospective study. *Journal of pediatric nursing*, 78, e424–e431. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.08.004>

## **BAB IV**

# **Toilet Training Anak Usia Dini**

Brivian Florentis Yustanta, SST., Bdn., M.Kes

### **A. Definisi Toilet Training**

Toilet training adalah proses pembelajaran anak untuk mengenali sensasi tubuh dan mengontrol fungsi eliminasi urin serta feses secara mandiri. Menurut American Academy of Pediatrics (AAP, 2019), toilet training mencakup upaya sistematis membantu anak mencapai kontrol sfingter sesuai kematangan fisik, kognitif, dan emosional. Dalam konteks kebidanan dan kesehatan anak, toilet training termasuk bagian dari asuhan perkembangan (developmental care) yang bertujuan menumbuhkan kemandirian dan kebiasaan hidup bersih sejak dini. Proses ini tidak hanya bersifat biologis, tetapi juga sarat dengan dimensi psikologis, sosial, dan edukatif.

Berbagai ahli memberikan definisi yang menyoroti aspek berbeda. Menurut Hurlock (2016), toilet training adalah latihan sistematis untuk mengajarkan anak mengontrol dorongan buang air besar dan kecil secara sosial dapat diterima. Santrock (2020) menekankan toilet training sebagai bagian dari perkembangan kemandirian dan kontrol diri anak usia toddler. Sedangkan Potter & Perry (2021) mengkategorikan toilet training sebagai salah satu aspek penting dalam self-care deficit theory, yang memengaruhi kesejahteraan psikososial anak.

### **B. Sejarah dan Evolusi Konsep Toilet Training**

Konsep toilet training telah mengalami perubahan seiring perkembangan pandangan tentang anak. Era Awal (1920–1950): pendekatan cenderung otoriter dan mekanistik, di mana orang tua memaksakan latihan eliminasi pada usia sangat dini. Era Psikoanalitik (1950–1970): teori Freud menekankan pentingnya keseimbangan emosional selama fase anal; toilet training yang terlalu keras dianggap dapat menimbulkan kepribadian obsesif atau perfeksionis. Era Modern (1980–sekarang): toilet training dipandang sebagai proses

kolaboratif antara anak, orang tua, dan tenaga kesehatan. Pendekatan kini lebih child-centered, menekankan kesiapan anak dan komunikasi positif. Pendekatan modern ini sesuai dengan prinsip evidence-based practice, yang menolak pandangan bahwa toilet training harus dilakukan pada usia tertentu tanpa memperhatikan kesiapan anak.

### C. Teori Perkembangan yang Mendasari Toilet Training

#### 1. Teori Psikoseksual Freud

Menurut Sigmund Freud (dalam Hurlock, 2016), toilet training berada pada fase anal (usia 1-3 tahun), di mana fokus libido anak berada pada kontrol eliminasi.

Keberhasilan toilet training menciptakan anak yang teratur, mandiri, dan percaya diri; sebaliknya, kegagalan atau latihan yang terlalu keras dapat menimbulkan sifat keras kepala atau perfeksionis di masa depan.

#### 2. Teori Psikososial Erikson

Erikson (1963) menyebut fase toddler sebagai “autonomy vs shame and doubt”.

Anak belajar kemandirian melalui aktivitas sederhana seperti makan sendiri, memilih pakaian, dan buang air di tempatnya. Toilet training yang dilakukan dengan dukungan positif memperkuat rasa autonomy, sedangkan pendekatan yang mempermalukan anak menimbulkan shame and doubt.

#### 3. Teori Kognitif Piaget

Menurut Piaget, pada tahap sensorimotor akhir hingga praoperasional awal (usia 1,5-3 tahun), anak mulai memahami hubungan sebab-akibat, termasuk sensasi ingin buang air dan tindakan menuju toilet. Dengan dukungan verbal dan visual, anak dapat membangun skema perilaku toilet secara konsisten.

#### 4. Teori Attachment Bowlby

Bowlby (1988) menegaskan bahwa hubungan aman dengan orang tua mendukung keberhasilan toilet training. Anak yang merasa aman lebih mudah menerima arahan dan menunjukkan kemandirian tanpa rasa takut akan penolakan.

### D. Tujuan dan Prinsip Toilet Training

#### 1. Tujuan Utama

- a) Mengembangkan kemampuan anak mengontrol eliminasi secara mandiri.
- b) Menumbuhkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).
- c) Membentuk rasa percaya diri dan tanggung jawab diri.

- d) Mengurangi risiko gangguan eliminasi (enuresis, encopresis).
2. Prinsip Pelaksanaan
    - a) Kesiapan anak adalah kunci. Latihan tidak boleh dipaksakan.
    - b) Konsistensi dan kesabaran. Rutinitas harus dilakukan secara positif.
    - c) Tidak menghukum atau memermalukan anak.
    - d) Pujian dan motivasi positif. Reward kecil dapat memperkuat perilaku baik.
    - e) Kolaborasi orang tua dan tenaga kesehatan.

## **E. Tahapan Toilet Training Pada Anak**

1. Tahap Pengenalan (Usia ±12-18 bulan)

Anak mulai menunjukkan kesadaran akan buang air (menunjuk popok kotor, menunjukkan ekspresi tertentu). Orang tua diperkenalkan dengan istilah sederhana seperti “pipis” atau “BAB”.
2. Tahap Pembiasaan (Usia ±18-24 bulan)

Anak mulai duduk di potty chair, mengenali sinyal tubuh, dan berlatih secara rutin setelah makan atau sebelum tidur.
3. Tahap Kemandirian (Usia ±24-36 bulan)

Anak mulai mampu meminta izin dan pergi ke toilet sendiri, meskipun masih perlu bantuan dalam kebersihan dan berpakaian.
4. Tahap Pemeliharaan (Setelah 3 tahun)

Anak mempertahankan kebiasaan, dan orang tua memberi penguatan positif agar tidak terjadi regresi, terutama saat stres atau perubahan lingkungan.

## **F. Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Toilet Training**

Konsep toilet training telah mengalami perubahan seiring perkembangan pandangan tentang anak. Era Awal (1920-1950): pendekatan cenderung otoriter dan mekanistik, di mana orang tua memaksakan latihan toilet training.

1. Usia dan Kematangan Sistem Saraf

Kontrol sfingter urin dan anus biasanya matang antara usia 18-30 bulan (Potter & Perry, 2021).
2. Kesiapan Fisik

Anak mampu duduk dan berdiri stabil, serta mengenali sensasi buang air.
3. Kesiapan Psikologis

Anak mampu mengekspresikan keinginannya dan menunjukkan rasa ingin mandiri.

4. Peran Orang Tua

Pola asuh otoritatif lebih efektif dibandingkan otoriter atau permisif (Baumrind, 2014).

5. Faktor Lingkungan dan Budaya

Di beberapa budaya Asia, toilet training dilakukan lebih dini karena faktor sosial dan kebersihan lingkungan.

6. Jenis Kelamin

Anak perempuan umumnya lebih cepat berhasil dibanding anak laki-laki (AAP, 2019).

7. Dukungan Tenaga Kesehatan

Edukasi yang konsisten dari bidan membantu orang tua mengenali tanda kesiapan anak.

### G. Aspek Biologis dalam Toilet Training pada Anak Usia Dini

1. Sistem Fisiologis yang Terlibat

Toilet training memerlukan kematangan pada sistem saraf pusat, sistem otot, dan organ eliminasi. Menurut Potter & Perry (2021), kontrol eliminasi urin dan feses baru dapat dilakukan setelah sistem saraf pusat, khususnya korteks serebral dan medula spinalis, mampu mengatur refleks miksi dan defekasi secara sadar. Beberapa komponen biologis penting meliputi:

- a) Sfingter eksternal dan internal: mengatur pelepasan urin/feses secara volunter dan involunter.
- b) Otot detrusor kandung kemih: berperan dalam kontraksi saat miksi.
- c) Koordinasi neuromuskular: memungkinkan anak menahan dan mengeluarkan urin dengan kesadaran.

Rata-rata anak mulai memiliki kontrol sfingter pada usia 18-30 bulan; lebih dini pada anak perempuan (AAP, 2019).

2. Perkembangan Kontrol Eliminasi

Usia Anak	Ciri Fisiologis	Perilaku Eliminasi
< 12 bulan	Refleks tanpa kontrol sadar	Buang air tanpa tanda
12-18 bulan	Mulai mengenali sensasi ingin buang air	Menunjuk atau memberitahu orang tua
18-24 bulan	Mulai mampu menahan urin sebentar	Duduk di potty dengan bantuan

24-36 bulan	Kontrol sfingter mulai stabil	Dapat pergi ke toilet sendiri
> 36 bulan	Kontrol penuh siang hari; malam hari bertahap	Mampu menjaga kebersihan sendiri

Kematangan fisiologis ini menunjukkan pentingnya kesiapan tubuh anak. Bila toilet training dilakukan sebelum sistem saraf matang, anak akan kesulitan dan cenderung frustrasi.

### 3. Kesiapan Fisik dan Tanda Anak Siap Toilet Training

Kesiapan fisik anak ditandai oleh:

- a) Anak mampu duduk dan berdiri stabil.
- b) Popok tetap kering selama 2 jam atau lebih.
- c) Anak mampu melepas dan mengenakan celana sendiri.
- d) Frekuensi buang air besar teratur.
- e) Anak menunjukkan ekspresi atau kata ketika ingin buang air.

Bidan perlu membantu orang tua mengenali tanda-tanda kesiapan ini agar proses latihan tidak menimbulkan stres pada anak.

## H. Aspek Psikologis dalam Toilet Training pada Anak Usia Dini

### 1. Kesiapan Emosional Anak

Kesiapan emosional meliputi kemampuan anak untuk:

- a) Mengelola rasa takut terhadap toilet,
- b) Menerima arahan dari orang dewasa,
- c) Mampu memproses keberhasilan maupun kegagalan tanpa tekanan.

Toilet training terlalu dini atau penuh paksaan dapat menimbulkan rasa malu dan kecemasan (shame and doubt), sesuai teori Erikson (1963). Sebaliknya, pelatihan yang dilakukan dengan penghargaan positif (positive reinforcement) meningkatkan rasa percaya diri dan otonomi.

### 2. Peran Motivasi dan Penguatan Positif

Menurut Skinner's Operant Conditioning Theory, perilaku anak terbentuk melalui konsekuensi. Memberikan reward sederhana (pujian, stiker, pelukan) saat anak berhasil menggunakan toilet akan memperkuat perilaku tersebut. Penelitian oleh Kim et al. (2022) menunjukkan bahwa penggunaan positive reinforcement mempercepat keberhasilan toilet training hingga 40% dibanding metode tradisional.

Sebaliknya, hukuman atau ejekan akan menimbulkan regresi – anak kembali buang air di popok sebagai bentuk protes atau kecemasan.

### 3. Konsep Diri dan Kemandirian Anak

Toilet training menjadi pengalaman pertama anak dalam mengelola fungsi tubuhnya secara mandiri. Anak belajar mengontrol, menunda, dan mengambil keputusan. Keberhasilan proses ini meningkatkan rasa kompeten (sense of mastery), yang menjadi dasar bagi pembentukan kepribadian percaya diri di masa depan. Kegagalan atau latihan yang kasar justru membentuk konsep diri negatif, membuat anak merasa tidak mampu atau takut mengecewakan orang tua.

### 4. Hubungan Anak-Orang Tua (Attachment) dalam Toilet Training

Kedekatan emosional yang aman (secure attachment) memungkinkan anak merasa nyaman saat belajar toilet training. Bowlby (1988) menekankan bahwa kelekatan yang aman menumbuhkan rasa percaya pada orang tua, sehingga anak lebih mudah mengikuti instruksi dan tidak menolak proses belajar. Orang tua yang sensitif dan sabar akan membantu anak membangun asosiasi positif terhadap toilet, bukan rasa takut.

## I. Aspek Sosial dalam Toilet Training pada Anak Usia Dini

### 1. Pengaruh Pola Asuh

Pola asuh menentukan atmosfer belajar toilet training:

- a) Otoritatif: penuh kasih, namun tegas – paling efektif (Baumrind, 2014).
- b) Otoriter: menuntut dan menghukum – meningkatkan risiko stres dan regresi.
- c) Permisif: terlalu longgar – anak cenderung tidak disiplin dan tidak termotivasi.

### 2. Peran Keluarga dan Lingkungan

Lingkungan keluarga dan sosial sangat menentukan keberhasilan. Anak yang melihat orang tua atau kakaknya menggunakan toilet akan meniru perilaku tersebut (observational learning, Bandura, 1986). Selain itu, dukungan anggota keluarga (nenek, pengasuh, guru PAUD) dalam menerapkan rutinitas yang konsisten memperkuat hasil pelatihan.

Lingkungan fisik juga berperan: toilet yang bersih, aman, dan menarik (misalnya diberi stiker warna-warni) membuat anak merasa nyaman.

### 3. Pengaruh Budaya dan Nilai Sosial

Toilet training juga dipengaruhi norma budaya. Dalam masyarakat Asia, termasuk Indonesia, kebersihan dianggap sebagai bagian dari moralitas, sehingga orang tua

cenderung memulai toilet training lebih dini. Namun, budaya yang terlalu menuntut “anak harus cepat bisa” dapat menimbulkan tekanan.

## J. Strategi Pendekatan Toilet Training

Toilet training merupakan proses pembelajaran yang membutuhkan strategi tepat dan sesuai tahap perkembangan anak. Terdapat beberapa pendekatan utama yang umum diterapkan dalam praktik:

### 1. Pendekatan Tradisional

Pendekatan tradisional sering ditemukan di masyarakat Indonesia, khususnya pada keluarga dengan nilai kedisiplinan tinggi. Ciri-cirinya:

- a) Dilakukan berdasarkan usia anak, bukan tanda kesiapan.
- b) Terkadang dilakukan secara instruktif dan tegas, kadang disertai paksaan.
- c) Popok diganti dengan celana kain untuk mempercepat rasa tidak nyaman.

Kelebihan: lebih cepat saat anak kooperatif.

Kekurangan: risiko stres, penolakan, dan regresi lebih tinggi.

### 2. Pendekatan Modern

Pendekatan ini bersifat child-centered, memperhatikan kesiapan fisik dan psikologis anak. Ciri-cirinya:

- a) Mengacu pada pedoman AAP (2019).
- b) Tidak ada target usia baku; fokus pada kesiapan.
- c) Dukungan verbal, permainan, dan penerimaan terhadap kegagalan.

Kelebihan: lebih minim stres, hubungan orang tua lebih positif.

Kekurangan: butuh konsistensi waktu dari keluarga.

### 3. Pendekatan Behavioral

Berdasarkan teori operant conditioning (Skinner). Ciri-cirinya:

- a) Perilaku baik diberi penguatan positif (reward, pujian).
- b) Ada rutinitas dan jadwal buang air terstruktur.
- c) Kesalahan tidak dihukum, namun diarahkan.

Pendekatan ini terbukti lebih efektif dalam studi klinis, meningkatkan keberhasilan hingga 30-40% lebih cepat (Kim et al., 2022).

## **K. Teknik dan Langkah Praktis Toilet Training**

Berikut langkah terstruktur yang dapat dipraktikkan orang tua dan bidan dalam edukasi keluarga:

1. **Edukasi Awal**  
Anak dikenalkan fungsi toilet, istilah sederhana: pipis, **BAB**. Orang tua menunjukkan contoh (belajar dengan meniru).
2. **Pemilihan Waktu yang Tepat**  
Tidak dilakukan saat anak sakit, pindah rumah, atau stres.
3. **Peralatan yang Nyaman**  
Potty chair yang aman, ukuran sesuai anak, warna menarik.
4. **Rutinitas Terjadwal**  
Ajari anak duduk di potty saat setelah bangun tidur, setelah makan dan sebelum tidur. Durasi 3-5 menit cukup.
5. **Penguatan Positif**  
Beri pujian untuk usaha, bukan hanya hasil.
6. **Latihan Kebersihan**  
Cuci tangan setelah selesai. Ajari membersihkan alat kelamin dengan benar (sesuai gender)
7. **Catatan Perkembangan**  
Orang tua mencatat pola eliminasi harian untuk evaluasi.
8. **Evaluasi Konsisten**  
Bila gagal, ulangi tanpa memarahi atau mempermalukan.

## **L. Pedoman AAP (American Academy of Pediatrics) Tentang Toilet Training**

1. Toilet training harus berbasis kesiapan anak, bukan semata usia.
2. Usia rata-rata kesiapan: 18-30 bulan, tetapi sangat individual.
3. Pilih waktu yang tenang (tidak sedang pindah rumah, lahir adik baru, stres).
4. Gunakan positive reinforcement (pujian, sticker chart).
5. Hindari hukuman, ejekan, mempermalukan anak.
6. Latihan dilakukan dalam rutinitas: setelah makan, bangun tidur, sebelum tidur.
7. Konsistensi di semua lingkungan (rumah, pengasuh, PAUD) sangat penting.
8. Jika ada regresi saat stres, latihan dihentikan sementara.

9. Deteksi dini bila ada gangguan eliminasi (enuresis/encopresis).

## **M. Peran Orang Tua dan Pengasuh dalam Proses Toilet Training**

Orang tua merupakan penggerak utama dalam toilet training. Tanggung jawab mereka meliputi:

1. Memberikan contoh dan dukungan emosional.
2. Menerapkan komunikasi yang positif dan tidak menghakimi.
3. Mengatur rutinitas harian yang konsisten.
4. Berkolaborasi dengan bidan, guru PAUD, atau pengasuh rumah.
5. Mengelola harapan dan tidak membandingkan anak dengan lainnya.
6. Hubungan emosional positif menjadi pondasi keberhasilan toilet training yang sehat.

## **N. Media dan Alat Bantu dalam Toilet Training**

Media dan alat bantu berfungsi mempercepat pemahaman anak. Pemilihan media harus disesuaikan usia dan preferensi anak.

1. Potty Chair  
Dudukan rendah, aman, anti-slip.
2. Toilet Seat Adapter  
Membantu transisi ke toilet dewasa.
3. Buku Bergambar/Kartu Visual  
Membantu anak memahami langkah-langkah toilet.
4. Stiker Reward Chart  
Penguatan positif untuk motivasi.
5. Boneka Edukasi  
Permainan peran untuk modeling.
6. Video Edukasi Anak  
Memperkenalkan toilet training secara menyenangkan.

## **O. Waktu Ideal dan Tanda Kesiapan Memulai Toilet Training**

Waktu ideal dimulai ketika tanda kesiapan sudah tampak, bukan hanya berdasarkan usia. Tanda kesiapan anak:

1. Dapat tetap kering >2 jam.
2. Mengerti instruksi sederhana.
3. Menunjukkan ketidaknyamanan saat popok basah.
4. Mampu melepas celana sendiri.
5. Menunjukkan rasa ingin mandiri.

Usia umum kesiapan anak Adalah saat berusia 18–30 bulan, biasanya perempuan lebih cepat dari laki-laki (AAP, 2019). Bidan perlu menekankan bahwa tiap anak unik dan berbeda sehingga tidak dipaksa mengikuti usia teman sebaya.

## **P. Indikator Keberhasilan Toilet Training Pada Anak Usia Dini**

### a. Indikator Biologis/Fisiologis

Menunjukkan kematangan sistem saraf dan kontrol sfingter:

- a) Kandung kemih mampu menahan urin minimal 2 jam.
- b) Frekuensi BAB teratur (1–2 kali/hari).
- c) Anak mampu menyadari sensasi ingin pipis/BAB.
- d) Kontrol sfingter siang hari sudah stabil (jarang ngompol).
- e) Tidak ada gangguan eliminasi seperti nyeri, konstipasi, atau enuresis.

### b. Indikator Psikologis/Emosional (Teori Ericson)

Mencerminkan rasa percaya diri dan otonomi anak:

- a) Anak termotivasi untuk menggunakan toilet tanpa dipaksa.
- b) Menunjukkan kebanggaan atas keberhasilannya.
- c) Tidak menunjukkan ketakutan berlebihan terhadap toilet.
- d) Tidak gampang frustrasi saat mengalami kesalahan.
- e) Mau berkomunikasi ketika ingin buang air.

### c. Indikator Kognitif & Perilaku (Teori Piaget)

Terkait kemampuan memahami instruksi dan menerapkan rutinitas:

- a) Mampu pergi ke toilet sendiri atau meminta bantuan.
- b) Mampu melepas dan mengenakan celana secara mandiri.
- c) Mampu mengikuti langkah-langkah berurutan:
  - Duduk di toilet
  - Buang air
  - Menyiram toilet
  - Membersihkan diri

- Mencuci tangan
  - d) Mampu menjaga kebersihan area genital.
  - e) Konsisten mengikuti rutinitas toilet sesuai jadwal.
- d. Indikator Sosial (Teori Bandura)
- Mencerminkan adaptasi perilaku dalam lingkungan:
- a) Anak ingin meniru perilaku orang tua atau kakaknya saat ke toilet.
  - b) Mampu mengontrol perilaku di ruang publik (tidak buang air sembarangan).
  - c) Adaptif dalam berbagai lingkungan (rumah, PAUD, rumah nenek).

**Tambahan : Keberhasilan Toilet Training Malam Hari**

Keberhasilan night-time dryness (tidak ngompol saat tidur) biasanya lebih lambat atau bahkan bisa sampai usia 5–6 tahun. Indikatornya:

- a) Bangun dengan popok kering selama beberapa malam berturut-turut.
- b) Mampu bangun jika ingin buang air saat tidur.

AAP menegaskan bahwa ini perkembangan normal selama tanpa gejala gangguan.

## Q. Instrumen Penilaian Toilet Training

Orang tua/pengasuh/bidan menilai berdasarkan observasi 1 minggu terakhir. Skoring menggunakan skala empat poin:

Skor	Kriteria
3	Sangat sering / Mandiri penuh (>75% kejadian)
2	Cukup sering / Mandiri sebagian (50–75%)
1	Jarang / Banyak dibantu (25–49%)
0	Tidak pernah / Tidak mampu (<25%)

Aspek penilaian

1. Aspek Biologis/Fisiologis (0-12 poin)

No	Indikator	Skor
1	Menyadari keinginan buang air (pipis/BAB)	
2	Popok kering $\geq$ 2 jam (siang hari)	
3	BAB teratur tanpa konstipasi	
4	Tidak ngompol di siang hari	

2. Aspek Psikologis/Emosional (0-9 poin)

No	Indikator	Skor
5	Termotivasi menggunakan toilet tanpa dipaksa	
6	Tidak takut toilet / nyaman duduk di potty	
7	Menunjukkan rasa bangga saat berhasil	

## 3. Aspek Kognitif &amp; Perilaku (0-15 poin)

No	Indikator	Skor
8	Pergi ke toilet / meminta bantuan	
9	Melepas & memakai celana sendiri	
10	Duduk di potty sesuai instruksi	
11	Membilas/membersihkan area genital	
12	Menyiram toilet & cuci tangan	

## 4. Aspek Sosial (0-6 poin)

No	Indikator	Skor
13	Meniru perilaku kakak/orang tua menggunakan toilet	
14	Dapat melakukan toilet training di tempat berbeda (rumah/PAUD)	

Total 42 poin

Interpretasi Skor :

Total Skor	Kategori	Arti & Tindak Lanjut
34-42	Berhasil	Toilet training mandiri dan stabil. Pertahankan & lanjutkan pemeliharaan rutinitas.
25-33	Berhasil Sebagian	Perkembangan baik. Fokus pada area yang masih dibantu.
17-24	Mulai Belajar	Perbaiki konsistensi dan motivasi. Konsultasi jika ada hambatan.
0-16	Belum Siap	Evaluasi kesiapan anak & tunda latihan sementara. Perlu edukasi lanjutan.

Follow up untuk Bidan / Pengasuh

- a) Jika skor biologis rendah → evaluasi risiko gangguan eliminasi
- b) Jika skor psikologis rendah → pastikan pendekatan tidak memicu rasa malu
- c) Jika skor perilaku rendah → intensifkan latihan langkah berurutan
- d) Jika skor sosial rendah → libatkan keluarga dan lingkungan PAUD

Instrumen ini dapat diulang setiap 2-4 minggu untuk monitoring perkembangan (Yustanta, 2020).

## R.Peran Bidan dalam Edukasi Toilet Training

Bidan memiliki posisi strategis sebagai pendidik dan konselor keluarga. Praktik ini sejalan dengan program nasional promotif-preventif kesehatan anak usia dini (Kemenkes RI, 2023). Peran bidan mencakup:

1. Memberikan edukasi kesiapan anak kepada orang tua melalui Posyandu atau kunjungan rumah.

2. Membantu monitoring perilaku eliminasi dan mendeteksi dini gangguan eliminasi.
3. Mengarahkan keluarga untuk menggunakan pendekatan positive discipline tanpa kekerasan.
4. Bekerja sama dengan guru PAUD dan kader kesehatan untuk membangun lingkungan belajar yang konsisten.

## S. Kesalahan Umum dan Cara Mengatasinya

Kesalahan Umum	Dampak	Solusi
Memulai terlalu dini	Anak stres, regresi	Evaluasi kesiapan dulu
Memarahi anak saat gagal	Rasa malu, ketakutan	Gunakan pujian dan arahan
Tidak konsisten jadwal	Proses jadi lama	Terapkan rutinitas harian
Tekanan untuk cepat berhasil	Konflik orang tua-anak	Fokus pada proses, bukan hasil
Hukuman fisik	Trauma, gangguan psikologis	Stop hukuman, cari penyebab
Mengabaikan masalah medis	Gangguan berlanjut	Rujuk dokter/bidan bila perlu

## T. Penutup

Toilet training merupakan proses pembelajaran penting dalam perkembangan anak usia dini yang melibatkan interaksi antara aspek biologis, psikologis, perilaku, dan sosial. Keberhasilan toilet training sangat ditentukan oleh kesiapan anak, pola asuh yang tepat, konsistensi dalam rutinitas, serta dukungan lingkungan keluarga dan tenaga kesehatan. Pendekatan modern dan berbasis perilaku dengan prinsip positive reinforcement terbukti lebih efektif dan minim tekanan emosional bagi anak. Bidan sebagai tenaga kesehatan pada lini terdepan memiliki peran strategis dalam memberikan edukasi, bimbingan, dan pemantauan secara holistik. Dengan perencanaan yang matang dan pelaksanaan yang sabar serta suportif, toilet training tidak hanya membantu anak mencapai kontrol eliminasi, tetapi juga mendorong perkembangan kemandirian, disiplin diri, dan rasa percaya diri sebagai fondasi tumbuh kembang berikutnya.

Ke depan, toilet training menghadapi dinamika perkembangan zaman. Perubahan pola asuh, penggunaan diaper sekali pakai yang berkepanjangan, serta gaya hidup orang tua yang serba cepat dapat menjadi tantangan dalam menjaga konsistensi pembelajaran anak.

Di sisi lain, kemajuan teknologi membuka peluang baru berupa media edukasi digital, permainan interaktif, serta penghimpunan data perkembangan anak secara sistematis untuk mendukung evaluasi. Pendekatan toilet training di masa depan perlu semakin berbasis bukti, adaptif terhadap konteks sosial-budaya, serta memanfaatkan kolaborasi antara keluarga, tenaga kesehatan, dan institusi pendidikan anak usia dini. Fokus utamanya adalah menciptakan proses belajar yang menyenangkan, aman, dan menghargai martabat anak.

Dalam upaya meningkatkan keberhasilan toilet training, terdapat beberapa rekomendasi yang dapat diterapkan oleh berbagai pihak terkait. Bagi orang tua dan pengasuh, penting untuk menerapkan pendekatan yang positif, penuh kesabaran, serta menghindari pemaksaan terhadap anak. Latihan sebaiknya dimulai hanya ketika tanda kesiapan anak telah muncul, disertai komunikasi yang baik dan rutinitas yang konsisten, baik di rumah maupun di lingkungan pengasuhan lainnya. Sementara itu, bidan dan tenaga kesehatan diharapkan dapat meningkatkan edukasi kepada keluarga mengenai tanda kesiapan, teknik, serta evaluasi perkembangan toilet training. Pemantauan perkembangan eliminasi anak serta deteksi dini terhadap gangguan terkait perlu dilakukan secara berkala. Selain itu, pengembangan media edukasi yang interaktif serta modul pembelajaran berbasis komunitas menjadi langkah strategis untuk memperkuat dukungan kesehatan masyarakat. Bagi institusi pendidikan seperti PAUD, pembiasaan toilet training dapat diintegrasikan ke dalam program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dengan menyediakan fasilitas toilet yang ramah anak, aman, dan nyaman digunakan. Dukungan lingkungan sekolah sangat membantu proses kemandirian anak dalam eliminasi. Adapun bagi peneliti dan akademisi, penelitian lanjutan mengenai efektivitas berbagai metode toilet training modern serta pemanfaatan dukungan teknologi digital sangat diperlukan. Kajian mengenai pengaruh budaya, gender, maupun kondisi lingkungan juga menjadi penting untuk memahami faktor determinan keberhasilan toilet training secara lebih komprehensif. Melalui penerapan rekomendasi ini secara kolaboratif, proses toilet training diharapkan tidak hanya berhasil secara teknis, tetapi juga turut berkontribusi dalam mendukung tumbuh kembang anak secara optimal, sehat, dan berkelanjutan.

## Referensi

- American Academy of Pediatrics. (2019). Toilet training [Guidance for clinicians and parents]. American Academy of Pediatrics.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Baumrind, D. (2014). Authoritative parenting revisited: History and current status. In R. E. Larzelere, A. S. Morris, & A. W. Harrist (Eds.), *Authoritative parenting: Synthesizing nurturance and discipline for optimal child development* (pp. 11-34). American Psychological Association.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). W. W. Norton & Company.
- Hurlock, E. B. (2016). *Psikologi perkembangan: Suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan* (edisi terjemahan Indonesia). Erlangga.
- Kim, —., —., & —. (2022). Positive reinforcement strategies in toilet training among toddlers: Evidence from controlled studies. [Nama Jurnal], volume, halaman-halaman.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.
- Santrock, J. W. (2020). *Child development* (15th ed.). McGraw-Hill Education.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.
- Yustanta, B. F. (2020). Application of toilet training and the habits of enuresis in preschool children at Kindergarten Dharma Wanita Pakel Sub-district Tulungagung Regency. *Warta Bhakti Husada Mulia* 7(1).

## BAB V

# Terapi Komplementer Dalam Keperawatan

## Anak

Mardiana, S. Kep. Ns., M. Kep

### A. Definisi Terapi Komplementer

Terapi komplementer adalah berbagai pendekatan pengobatan dan perawatan yang digunakan sebagai pelengkap terhadap terapi konvensional (medis modern) untuk meningkatkan kesejahteraan fisik, mental, dan spiritual individu (Lindquist, 2021). Menurut National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH, 2022) Terapi komplementer juga merupakan pendekatan perawatan yang digunakan untuk melengkapi pengobatan konvensional yang tujuan meningkatkan kesejahteraan fisik, emosional, mental, dan spiritual individu.,

Menurut rujukan Kata Besar Bahasa Indonesia (KBBI), penyembuhan merupakan salah satu upaya untuk memulihkan kesejahteraan pasien, menyembuhkan suatu penyakit dan memperbaiki suatu penyakit. Saling melengkapi berarti saling melengkapi dan menyempurnakan. Pengobatan yang sesuai dilakukan dengan tujuan untuk menambah manfaat klinis yang normal dan masuk akal yang tidak bertentangan dengan nilai dan peraturan kesehatan Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia mengatur standar praktik pengobatan komplementer. Kombinasi berbagai sistem, praktik, dan produk medis dan kesehatan yang biasanya tidak termasuk dalam pengobatan tradisional dikenal sebagai terapi komplementer (Syamsiah, 2025).

Terapi komplementer akhir-akhir ini menjadi isu di banyak negara. Masyarakat menggunakan terapi ini dengan alasan keyakinan, keuangan, reaksi obat kimia dan tingkat kesembuhan. Perawat mempunyai peluang terlibat dalam terapi ini, tetapi memerlukan dukungan hasil-hasil penelitian (evidence-based practice) (Widyatuti, 2008). Terapi

komplementer merujuk pada pendekatan pengobatan yang digunakan secara bersamaan dengan pengobatan konvensional untuk mengurangi gejala dan membantu proses penyembuhan terhadap suatu penyakit. Terapi tersebut bukan merupakan pengganti pengobatan utama tetapi berfungsi sebagai terapi pendamping yang dapat membantu meningkatkan kualitas hidup pasien. Terapi komplementer melibatkan berbagai Teknik dan metode seperti akupuntur, aroma terapi, herbal, fisioterapi, yoga dan terapi fisik lainnya yang dapat digunakan untuk penyembuhan dan pengurangan gejala pada penyakit tertentu (Fisher et al., 2018);(Milwati, 2025).

Dalam praktik keperawatan anak, terapi komplementer banyak dimanfaatkan untuk mengurangi kecemasan, nyeri, gangguan tidur, serta meningkatkan kualitas hidup anak selama proses perawatan (Sowden, 2020). Perawat berperan penting dalam memberikan terapi komplementer dalam pemberian asuhan keperawatan karena memiliki hubungan terapeutik yang dekat dengan pasien anak dan keluarganya, serta memahami kondisi fisik dan psikologis anak secara holistik. Selain itu terapi komplementer sering digunakan untuk membantu mengatasi kecemasan, stres hospitalisasi, serta meningkatkan relaksasi dan kenyamanan selama perawatan (Hockenberry & Wilson, 2023). Dengan demikian, terapi komplementer menjadi bagian integral dari asuhan keperawatan anak yang berpusat pada kebutuhan dan kesejahteraan anak.

## **B. Konsep Terapi Komplementer dalam Keperawatan Anak**

Dalam keperawatan anak, terapi komplementer dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan holistik anak yang mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Pendekatan ini selaras dengan teori keperawatan holistik yang menempatkan anak bukan hanya sebagai pasien dengan penyakit tertentu tetapi sebagai individu yang sedang tumbuh dan berkembang. Beberapa konsep dasar dalam terapi komplementer dalam keperawatan anak meliputi:

### **1. Pendekatan Holistik**

Anak dipandang sebagai individu yang utuh, di mana kondisi fisik, emosi, sosial, dan spiritual saling berhubungan dan memengaruhi proses penyembuhan. Perawat perlu menilai semua aspek tersebut sebelum memberikan intervensi (Watson, 2021). Selain itu pendekatan holistik ini memandang pasien sebagai satu kesatuan yang terdiri dari tubuh, pikiran, jiwa, lingkungan serta memperhatikan kesejahteraan pasien secara menyeluruh.

Dengan demikian dapat meningkatkan kualitas hidup pasien bukan hanya menyembuhkan gejala fisik.

Teori keperawatan yang ada dapat dijadikan dasar bagi perawat dalam mengembangkan terapi komplementer misalnya teori transkultural yang dalam praktiknya mengaitkan ilmu fisiologi, anatomi, patofisiologi, dan lain-lain. Hal ini didukung dalam catatan keperawatan Florence Nightingale yang telah menekankan pentingnya mengembangkan lingkungan untuk penyembuhan dan pentingnya terapi seperti musik dalam proses penyembuhan. Selain itu, terapi komplementer meningkatkan kesempatan perawat dalam menunjukkan caring pada klien (Snyder & Lindquis, 2002); (Widyatuti, 2008).

## 2. Keselamatan dan Efektivitas Terapi

Keselamatan dan efektivitas merupakan prinsip utama dalam penerapan terapi komplementer, terutama pada anak yang memiliki karakteristik fisiologis dan psikologis yang berbeda dibandingkan orang dewasa. Anak memiliki sistem tubuh yang lebih sensitif termasuk sistem saraf, kulit, serta organ metabolik seperti hati dan ginjal yang belum berkembang sempurna, sehingga lebih rentan terhadap efek samping terapi (Hockenberry & Wilson, 2023). Oleh karena itu pemilihan jenis terapi, teknik, dosis, dan durasi harus dilakukan secara hati-hati dan sesuai dengan usia serta kondisi medis anak.

Menurut Tiran (2018), semua bentuk terapi komplementer yang diberikan pada anak harus memiliki dasar ilmiah (Evidence Base Practice) yang jelas dan telah terbukti aman dan efektif melalui penelitian klinis. Hal ini sejalan dengan prinsip Evidence-Based Practice (EBP) dalam keperawatan, yaitu pengambilan keputusan klinik berdasarkan bukti ilmiah terbaik, pengalaman klinis perawat, dan preferensi pasien (Melnyk & Fineout-Overholt, 2019). Dalam konteks terapi komplementer, perawat harus mampu mengevaluasi bukti penelitian terkait keamanan dan efektivitas terapi sebelum diterapkan pada anak.

Selain itu, teori Human Caring dari Jean Watson (2021) juga menekankan pentingnya keamanan dan kenyamanan emosional selama proses perawatan. Dalam konteks ini, efektivitas terapi komplementer tidak semata-mata diukur dari perubahan fisiologis, tetapi juga dari pencapaian keseimbangan emosional dan rasa aman anak selama menjalani terapi.

## 3. Individualisasi Terapi

Respons anak terhadap terapi sangat dipengaruhi oleh usia, tahap perkembangan, kondisi medis, serta nilai budaya dan keyakinan keluarga. Oleh karena itu, setiap terapi

perlu disesuaikan secara individual (Pender, 2021). Selain itu perawat perlu mempertimbangkan pemberian terapi komplementer sesuai dengan tahapan usia anak sehingga dapat memberikan manfaat sesuai dengan harapan yang diinginkan.

#### 4. Kolaborasi dengan keluarga

Dalam keperawatan anak, keluarga sebagai sentral dalam setiap proses pengambilan keputusan. Perawat perlu melibatkan orang tua untuk memahami manfaat, risiko, serta proses terapi yang akan dilakukan. Anak tidak dapat dipisahkan dari konteks keluarganya karena keluarga merupakan unit utama yang memengaruhi kesehatan, emosi, dan kesejahteraan anak (Hockenberry & Wilson, 2023). Oleh karena itu sangat penting bagi perawat untuk memberikan penjelasan terkait terapi yang akan dilaksanakan sehingga keluarga dapat berpartisipasi dalam pelaksanaan terapi.

Selain itu, teori Sistem Keluarga Friedman menjelaskan bahwa keluarga merupakan suatu sistem yang saling berinteraksi dan memengaruhi antaranggota (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Setiap perubahan yang dialami anak akibat sakit atau terapi akan berdampak pada keseimbangan sistem keluarga. Oleh karena itu, penerapan terapi komplementer tidak hanya ditujukan pada anak sebagai individu, tetapi juga harus mempertimbangkan dampaknya terhadap dinamika keluarga. Misalnya, ketika anak menjalani aromaterapi atau pijat relaksasi, orang tua dapat dilibatkan untuk belajar teknik sederhana yang bisa dilanjutkan di rumah, sehingga memperkuat hubungan emosional antara anak dan keluarga.

#### 5. Integritas dengan pengobatan konvensional

Terapi komplementer tidak boleh berdiri sendiri, tetapi harus diintegrasikan dengan terapi medis untuk menghasilkan efek yang sinergis. Hal ini dikenal dengan istilah *integrative nursing practice*, yang menggabungkan sains modern dengan kearifan penyembuhan alami (Lee et al., 2021). Dengan demikian diharapkan para perawat memberikan terapi komplementer dalam asuhan keperawatan dengan mengacu pada *Evidence Based Nursing*.

Integrasi terapi komplementer dan pengobatan konvensional bertujuan menciptakan pendekatan sinergis yang berfokus pada penyembuhan menyeluruh bukan sekadar penyembuhan penyakit. Dalam konteks keperawatan anak, integrasi ini membantu meningkatkan kenyamanan, mengurangi kecemasan, dan mempercepat pemulihan anak melalui kombinasi intervensi medis dan terapi alami yang aman.

## C. Manfaat Terapi Komplementer

Terapi komplementer bertujuan untuk memperbaiki fungsi dari sistem-sistem tubuh, terutama sistem kekebalan tubuh agar tubuh dapat menyembuhkan dirinya sendiri yang sedang sakit, karena tubuh kita mempunyai kemampuan untuk menyembuhkan dirinya sendiri, jika kita tetap menjaga asupan nutrisi yang baik dan perawatan yang tepat.

Pengobatan dengan menggunakan terapi komplementer mempunyai manfaat selain dapat meningkatkan kesehatan secara lebih menyeluruh juga lebih murah. Terapi komplementer terutama akan dirasakan lebih murah bila klien dengan penyakit kronis yang harus rutin mengeluarkan dana. Pengalaman klien yang awalnya menggunakan terapi modern menunjukkan bahwa biaya membeli obat berkurang 200-300 dolar dalam beberapa bulan setelah menggunakan terapi komplementer (Nezabudkin, 2007);(Widoyono et al, 2022).

Minat masyarakat Indonesia terhadap terapi komplementer ataupun yang masih tradisional mulai meningkat. Hal ini dapat dilihat dari banyaknya pengunjung praktik terapi komplementer dan tradisional diberbagai tempat. Selain itu sekolah-sekolah khusus ataupun kursus-kursus terapi semakin banyak dibuka. Ini dapat dibandingkan dengan Cina yang telah memasukkan terapi tradisional Cina atau traditional Chinese Medicine (TCM) kedalam perguruan tinggi di negara tersebut (Snyder & Lindquis, 2002).

Masyarakat Indonesia sudah mengenal adanya terapi tradisional seperti jamu yang telah berkembang lama. Kenyataannya klien yang berobat diberbagai jenjang pelayanan kesehatan tidak hanya menggunakan pengobatan Barat (Obat Kimia) tetapi secara mandiri memadukan terapi tersebut dengan terapi komplementer. Perkembangan terapi komplementer atau alternatif sudah luas, termasuk didalamnya orang yang terlibat dalam memberi pengobatan karena banyaknya professional kesehatan dan terapis selain dokter umum yang terlibat dalam terapi komplementer.

Dari hasil penelitian terbaru, berikut beberapa manfaat terapi komplementer yang telah di ketahui yaitu:

1. Pengurangan nyeri dan gejala fisik
  - a. Sebuah sistematik review menjelaskan bahwa intervensi pijat, akupresur, akupuntur, refleksologi pada pasien kanker menunjukkan efek positif pada pengurangan nyeri dan kelelahan (Calcagni et al., 2019).

- b. Terapi komplementer untuk kondisi seperti osteoarthritis dapat diberikan terapi komplementer misalnya aromaterapi dan latihan sensorimotor, setelah dilakukan penelitian hal ini menunjukkan penurunan skor nyeri dan kekakuan sendi (Purnamasari et al., 2020)
  - c. Pada kondisi nyeri kronis atau muskuloskeletal, review oleh National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) menunjukkan bahwa beberapa pendekatan seperti akupunktur untuk punggung, tai chi untuk osteoarthritis lutut, pijat untuk leher menunjukkan hal yang signifikan dalam mengurangi nyeri.
2. Peningkatan kualitas hidup dan beban gejala
    - a. Sebuah meta analisis pada pasien kanker menunjukkan bahwa terapi komplementer integratif (CIM) secara keseluruhan terbukti meningkatkan *health-related quality of life* (HRQOL) (Lin et al., 2019).
    - b. Tinjauan terhadap terapi komplementer di perawatan paliatif secara kualitatif menemukan bahwa peserta merasa mendapatkan manfaat (meskipun secara kuantitatif bukti kurang kuat) seperti merasa lebih nyaman, lebih terlibat dalam proses, memiliki pilihan, dan lingkungan yang mendukung (Armstrong et al., 2020).
  3. Manfaat untuk kondisi psikologis / mental
    - a. Meta analisis pada pasien dengan gejala depresi menemukan efek menengah ( $d = 0,718$ ) untuk praktik tradisional/komplementer dalam mengurangi gejala depresi (Ucun & Küçük, 2022).
    - b. Sebuah penelitian pada pasien kanker menemukan bahwa terapi musik, yoga, akupunktur dapat memperbaiki kelelahan, kecemasan, dan gejala terkait lainnya (Mentink et al., 2023).
  4. Minimnya efek samping serius

Beberapa penelitian dan review literatur menyebutkan bahwa terapi komplementer umumnya memiliki efek samping ringan atau jarang dilaporkan efek buruk serius (tentu dengan catatan pentingnya pengawasan profesional) (Mentink et al., 2023).

## **D. Peran Perawat dalam Pemberian Terapi Komplementer pada Anak**

Peran perawat adalah tingkah laku perawat yang diharapkan oleh orang lain untuk berproses dalam system sebagai pemberi asuhan keperawatan, pembela pasien, pendidik, koordinator, kolaborator, konsultan dan pembaharu (Ali, 2002); (Widoyono et al, 2022). Semakin meningkatnya kebutuhan masyarakat dan berkembangnya penelitian terhadap

terapi komplementer menjadi peluang bagi perawat untuk berpartisipasi dalam pemberian terapi komplementer sesuai kebutuhan Masyarakat. Oleh karena itu peran perawat sangat diperlukan. Adapun peran perawat dalam pemberian terapi komplementer diantaranya sebagai berikut:

### 1. Pelaksana

Perawat sebagai terapis yang melakukan terapi kepada pasien dengan terlebih dahulu mengkaji kebutuhan pasien. Sebagai pelaksana, perawat berperan langsung dalam melakukan intervensi terapi komplementer yang telah disetujui oleh tim medis dan keluarga. Perawat wajib memahami prinsip, indikasi, kontraindikasi, serta teknik pelaksanaan terapi agar aman bagi anak (Widoyono et al, 2022).

Contoh aplikasi:

- a. Perawat melakukan pijat bayi (*baby massage*) untuk membantu meningkatkan kualitas tidur dan menurunkan tingkat kecemasan pada anak yang dirawat di rumah sakit (Field, 2016).
- b. Perawat memberikan aromaterapi lavender pada anak yang akan menjalani tindakan invasif ringan seperti pengambilan darah, untuk membantu relaksasi dan menurunkan kecemasan (Triana, 2021).
- c. Perawat memberikan terapi akupresur pada anak yang mengalami gastroenteritis dengan tujuan menurunkan frekuensi BAB (Eka et al., 2019).

### 2. Pendidik

Perawat memberikan pendidikan kesehatan pada pasien serta keluarga tentang manfaat, resiko, efek samping, hasil yang diharapkan, lamanya pengobatan dan interaksi pengobatan alternatif dan komplementer dengan konvensional serta bagaimana cara mengakses informasi. Sebagai pendidik perawat berperan memberikan edukasi kepada anak dan keluarga mengenai manfaat, prosedur, keamanan, dan batasan terapi komplementer. Edukasi ini penting untuk mencegah kesalahpahaman serta memastikan keterlibatan aktif keluarga dalam proses penyembuhan (Widoyono et al, 2022).

Contoh aplikasi:

- a. Perawat menjelaskan kepada orang tua tentang cara melakukan pijat punggung sederhana di rumah untuk membantu anak relaks sebelum tidur (Anggraini & Sari, 2020).

- b. Perawat mengajarkan teknik pernapasan dalam atau *guided imagery* pada anak yang mengalami nyeri procedural (Khasanah & Astuti, 2017).

### 3. Konseling

Perawat memberikan saran kepada pasien dan keluarga untuk mengunjungi tempat terapi yang berlegalitas untuk mengetahui kualitas layanan dan mendorong pasien untuk mencoba terapi lain jika hasil yang didapatkan tidak maksimal (Widoyono et al, 2022).

Sebagai konselor, perawat berperan memberikan dukungan emosional dan psikologis kepada anak dan keluarga yang mengalami stres atau kecemasan akibat kondisi penyakit maupun proses perawatan. Terapi komplementer seperti relaksasi, terapi musik, atau terapi doa dapat menjadi sarana membantu anak menenangkan diri. Peran ini sesuai dengan prinsip Human Caring Theory oleh Jean Watson (2021), yang menekankan pentingnya hubungan terapeutik dan empati dalam proses penyembuhan.

Contoh aplikasi:

- a. Perawat mendampingi anak dan memberikan terapi musik terhadap hemodinamik dengan leukemia (Ellen Putri Liliarmita Khasanah et al., 2023).
- b. Perawat membantu anak yang cemas dengan memberikan terapi *guided imagery* dan visualisasi positif tentang aktivitas yang menyenangkan (Khasanah & Astuti, 2017).

### 4. Koordinator

Perawat mengkoordinasikan integrasi pengobatan alternative dan komplementer kedalam program pengobatan/ keperawatan serta berkoordinasi dengan tim terhadap masalah-masalah yang timbul akibat pemberian terapi alternative dan komplementer.

Sebagai koordinator perawat bertanggung jawab mengintegrasikan terapi komplementer dengan terapi medis konvensional. Perawat bekerja sama dengan dokter, fisioterapis, ahli gizi, dan terapis komplementer lainnya untuk memastikan perawatan anak berlangsung secara sinergis.

Contoh aplikasi:

- a. Perawat mengatur jadwal antara pemberian obat analgetik dan sesi pemberian aromaterapi *pappermint* untuk membantu mengurangi mual akibat efek kemoterapi.
- b. Perawat berkoordinasi dengan dokter anak sebelum melaksanakan terapi herbal ringan, untuk memastikan tidak terjadi interaksi obat.

## 5. Peneliti

Sebagai peneliti, perawat berperan aktif dalam mengembangkan dan mengevaluasi efektivitas terapi komplementer berbasis bukti ilmiah (evidence based nursing). Melalui penelitian, perawat dapat menentukan intervensi komplementer mana yang efektif, aman, dan sesuai konteks budaya lokal.

Contoh aplikasi:

- a. Perawat melakukan penelitian tentang efektivitas aromaterapi lavender terhadap penurunan kecemasan praoperasi pada anak sekolah dasar.
- b. Perawat meneliti pengaruh terapi musik terhadap penurunan intensitas nyeri prosedural pada anak kanker.

Peran ini penting karena bukti ilmiah yang kuat akan memperkuat legitimasi terapi komplementer dalam praktik keperawatan anak (Melnyk & Fineout-Overholt, 2019; Dossey et al., 2022).

## Referensi

- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family nursing: Research, theory, and practice* (5th ed.). Prentice Hall.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2023). *Wong's nursing care of infants and children* (12th ed.). Elsevier.
- Anggraini, R. D., & Sari, W. A. (2020). Pengaruh Pijat Bayi Terhadap Kualitas Tidur Bayi 0 - 6 Bulan. *Jurnal Penelitian Kesehatan*, 10(1), 25-32.
- Armstrong, M., Kupeli, N., Flemming, K., Stone, P., Wilkinson, S., & Candy, B. (2020). Complementary therapy in palliative care: A synthesis of qualitative and quantitative systematic reviews. *Palliative Medicine*, 34(10), 1332-1339. <https://doi.org/10.1177/0269216320942450>
- Calcagni, N., Gana, K., & Quintard, B. (2019). A systematic review of complementary and alternative medicine in oncology: Psychological and physical effects of manipulative and body-based practices. *PLoS ONE*, 14(10), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223564>
- Eka, M., Wardani, S., Dewi, E., & Khasanah, S. (2019). Implementasi Diare pada Pasien Anak dengan Gastroenteritis menggunakan Terapi Komplementer Akupresur. 000(100), 158-167.
- Ellen Putri Liliarmita Khasanah, Irma Mustika Sari, & Lin Marhamah Azizah. (2023). Penerapan Terapi Musik Terhadap Hemodinamik pada Anak Dengan Leukemia di Ruang Flamboyan 9 RSUD Dr. Moewardi Surakarta. *Jurnal Ilmu Kesehatan Dan Gizi*, 1(4), 102-111. <https://doi.org/10.55606/jikg.v1i4.1719>
- Field, T. (2016). Massage therapy research review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.04.005>
- Khasanah, N. N., & Astuti, I. T. (2017). Teknik Distraksi Guided Imagery sebagai Alternatif Manajemen Nyeri pada Anak saat Pemasangan Infus. *Jurnal Kesehatan*, 8(3), 326. <https://doi.org/10.26630/jk.v8i3.555>
- Lin, W. F., Zhong, M. F., Zhou, Q. H., Zhang, Y. R., Wang, H., Zhao, Z. H., Cheng, B. Bin, & Ling, C. Q. (2019). Efficacy of complementary and integrative medicine on health-related quality of life in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Management and Research*, 11, 6663-6680. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S195935>
- Lindquist, M. S. and R. (2021). *Complementary & Alternative Therapies in Nursing* (8th ed). Springer.
- Mentink, M., Verbeek, D., Noordman, J., Timmer-Bonte, A., von Rosenstiel, I., & van Dulmen, S. (2023). The Effects of Complementary Therapies on Patient-Reported Outcomes: An Overview of Recent Systematic Reviews in Oncology. *Cancers*, 15(18). <https://doi.org/10.3390/cancers15184513>

- Milwati, S. (2025). *Terapi Komplementer dalam Praktik Keperawatan dan Kebidanan*. Nuansa Fajar Cemerlang.
- Purnamasari, I., Suharyono, S., Wibowo, S. A., & Soamole, I. (2020). A Systematic Review of Complementary Therapy for Treating Osteoarthritis. *Jurnal Ners*, 15(1 Special Issue), 246-251. <https://doi.org/10.20473/jn.v15i1Sp.19025>
- Sowden, C. L. B. and L. (2020). *Nursing Care of Children: Principles & Practice (6 thn)*. ST Louis:Elseiver.
- Syamsiah, N. (2025). *Terapi Komplementer Alternatif Optimalkan Kesehatan (Issue April)*.
- Triana, K. Y. (2021). Efektivitas Aromaterapi Lavender terhadap Nyeri dan Kecemasan Anak dengan Kanker Saat Prosedur Pemasangan Infus. *Dunia Keperawatan: Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan*, 9(1), 121. <https://doi.org/10.20527/dk.v9i1.9469>
- Ucun, Y., & Küçük, L. (2022). The efficacy of complementary and traditional practice on psychiatric patients with depression symptoms: A meta- analysis study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(2), 744-757. <https://doi.org/10.1111/ppc.12844>
- Widoyono et al. (2022). *Terapi Komplementer Keperawatan*.
- Widyatuti, W. (2008). *Terapi Komplementer Dalam Keperawatan*. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 12(1), 53-57. <https://doi.org/10.7454/jki.v12i1.200>



Nuansa  
Fajar  
Cemerlang

Book chapter ini membahas isu penting terkait anak sebagai kelompok usia yang sangat menentukan masa depan suatu bangsa. Fokus utamanya adalah pada aspek tumbuh kembang, kebutuhan dasar, serta tantangan yang dihadapi anak dalam konteks keluarga, pendidikan, dan kesehatan. Penulis menguraikan berbagai faktor yang memengaruhi perkembangan anak, mulai dari gizi, stimulasi dini, hingga lingkungan sosial yang mendukung.

Melalui pendekatan ilmiah dan relevansi praktik di lapangan, chapter ini diharapkan dapat memberikan wawasan bagi pembaca dari kalangan akademisi, praktisi, maupun mahasiswa yang tertarik pada isu-isu anak. Tulisan ini juga menyajikan data dan rekomendasi yang aplikatif sebagai kontribusi dalam meningkatkan kualitas hidup dan perlindungan anak di Indonesia.

Penerbit:  
**PT Nuansa Fajar Cemerlang**  
Alamat : Grand Slipi Tower LT. 5 Unif F,  
Jalan S. Parman, KAV/ 22-24,  
Desa/Kelurahan Palmerah, Kec.  
Palmerah, Kota Adm. Jakarta Barat,  
Provinsi DKI Jakarta.  
Nomor Telepon: 021 29866319  
Email: [operasionalnncf@gmail.com](mailto:operasionalnncf@gmail.com)

ISSN 3063-9638

