

Tingkat Pengetahuan Kader Posyandu tentang Pentingnya Pemeriksaan Denver Development Screening Test (DDST) di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Karya Wanita Rumbai Pekanbaru

Wiwik Nolita¹, Isnaniar², Nurfitri Wulandari³

^{1,2,3} Prodi Keperawatan, FMIPA dan Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Riau

Email: wiwiknolita@umri.ac.id¹, isnaniar@umri.ac.id², nurfitriwulandari@studentumri.ac.id³

ARTICLE INFORMATION

Received: Desember 2021

Revised: Desember 2021

Available online: Desember 2021

KEYWORDS/KATA KUNCI

Pemeriksaan DDST; kader; posyandu

CORRESPONDENCE

E-mail:

wiwiknolita@umri.ac.id

A B S T R A C T

In the development of toddlers, cadres have a role in counseling parents (Mothers) regarding child health, monitoring and stimulation/early developmental stimuli as well as reporting to health facilities when finding a child who is late in development.. Judging by child health problems there is a rate of developmental deviation in children about 10-17 percent. In order to overcome this, early detection is necessary as an effort to plan the implementation program, and determine the prognosis. The purpose of the study was to find out "an overview of the posyandu cadre's knowledge of the importance of the denver development screening test". This research was conducted on August 6-8, 2020, using qualitative descriptive methods by sampling using Purposive sampling from one cadre in each posyandu of puskesmas working area by tassel women, with a total of 36 cadres. Data retrieval or instrument in the form of questionnaires, then analyzed using percentages. With the results of the respondent's knowledge well categorized as 2 respondents (5.6%), enough as many as 21 respondents (58.3%), and less as many as 13 respondents (36.1%). Cadre knowledge of the importance of DDST inspection in general is sufficient. Therefore, it is expected that there is an effort from puskesmas to further improve the knowledge of cadres through counseling about DDST examination.

ABSTRAK

Dalam perkembangan balita, kader memiliki peran dalam melakukan penyuluhan pada orang tua (Ibu) mengenai kesehatan anak, pemantauan dan stimulasi/rangsangan dini perkembangan serta melaporkan ke sarana kesehatan bila menemukan anak yang terlambat perkembangannya. Dilihat dari masalah kesehatan anak terdapat angka kejadian penyimpangan perkembangan pada anak sekitar 10-17 persen. Guna menanggulangi hal tersebut perlu dilakukan deteksi dini

sebagai upaya merencanakan program penatalaksanaan, dan menentukan prognosis. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui “gambaran pengetahuan kader posyandu tentang pentingnya pemeriksaan denver development screening test”. Penelitian ini dilakukan menggunakan metode deskriptif kualitatif dengan pengambilan sampel menggunakan Purposive sampling dari satu kader di setiap posyandu wilayah kerja puskesmas karya wanita rumbai, dengan jumlah 36 kader. Pengambilan data atau instrument berupa kuesioner, kemudian di analisis menggunakan persentase. Dengan hasil pengetahuan responden dikategorikan baik sebanyak 2 responden (5,6%), cukup sebanyak 21 responden (58,3%), dan kurang sebanyak 13 responden (36,1%). Pengetahuan kader tentang pentingnya pemeriksaan DDST secara umum cukup. Untuk itu diharapkan adanya upaya dari puskesmas untuk lebih meningkatkan pengetahuan kader melalui penyuluhan tentang pemeriksaan DDST.

INTRODUCTION

Pembangunan kesehatan sebagai bagian dari upaya membangun manusia seutuhnya antara lain diselenggarakan melalui upaya kesehatan anak yang dilakukan sedini mungkin sejak anak masih dalam kandungan. Mengingat jumlah balita di Indonesia sangat besar yaitu sekitar 10 persen dari seluruh populasi penduduk, maka kualitas tumbuh kembang balita perlu mendapat perhatian serius yaitu mendapat gizi yang baik, stimulasi yang memadai serta terjangkau oleh pelayanan kesehatan, termasuk deteksi dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang untuk mengetahui masalah tumbuh kembang pada anak.(Depkes RI, 2012).

Menurut Soetjningsih (2013), kesehatan anak sangat penting dilihat dari masalah kesehatan anak dimana terdapat angka kejadian penyimpangan perkembangan pada anak sekitar 10-17 persen. Guna menanggulangi hal tersebut perlu dilakukan deteksi dini sebagai upaya mencari etiologi,

merencanakan program penatalaksanaan, dan menentukan prognosis.

Deteksi dini bisa berupa penilaian pertumbuhan fisik seperti pengukuran berat badan, pengukuran tinggi badan, dan pengukuran lingkar kepala. Mengetahui lebih lengkap perkembangan secara fisik dapat dilakukan dengan menggunakan pemeriksaan Denver Development Screening Test (DDST). Terdapat 125 tugas-tugas perkembangan dimana semuanya disusun berdasarkan urutan perkembangan dan diatur dalam 4 aspek yaitu personal sosial, gerakan motorik halus, gerakan motorik kasar dan bahasa. DDST merupakan satu alat pemeriksaan yang sering digunakan perawat dalam melakukandiagnosa perkembangan, juga dapat digunakan sebagai alat preventif (pencegahan) gangguan perkembangan anak (Chamidah, 2009).

Hampir 50 persen anak usia 1-3 tahun di 54 negara maju menunjukkan beberapa simptom gangguan perilaku anti sosial yang

dapat berkembang menjadi gangguan perilaku tetap dikemudian hari. Fenomena ini terjadi di berbagai negara misalnya di Kanada dan Selandia baru menunjukkan sekitar 5-7 persen anak mengalami anti sosial, selain itu akibat dari pola pengasuhan yang salah anak bisa menjadi depresi sebagai gambaran di Amerika menunjukkan 1 persen pada anak usia 1-3 tahun, 2 persen usia sekolah, dan 5-8 persen pada usia remaja yang mengalami depresi (Suyami, Lis Suryani, 2013).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan World Health Organization (WHO) dan United Nations Children's Fund (UNICEF) pada tahun 2012 di negara Afrika dan Asia yang mengalami gangguan pertumbuhan salah satu faktornya adalah gizi, di Negara Afrika 36 persen sedangkan di Asia 27 persen. Selain itu berdasarkan laporan Departemen kesehatan Republik Indonesia (2010) jumlah bayi yang mengalami gangguan tumbuh kembang di Indonesia 45,7 persen, sedangkan berdasarkan laporan dari Ketua Yayasan Anak Autis Indonesia juga menunjukkan adanya peningkatan jumlah anak autis pada tahun 2000 1: 5000 anak dan pada tahun 2010 menjadi 1:500 anak (Yuliastanti. T, 2013).

Ketetapan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 66 Tahun 2014 tentang Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan, dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak, bahwa pemantauan pertumbuhan, perkembangan dan gangguan tumbuh kembang anak merupakan acuan bagi tenaga kesehatan yang bekerja pada fasilitas pelayanan kesehatan dasar/primer, kelompok profesi, tenaga pendidik, petugas lapangan keluarga berencana, petugas sosial yang terkait dengan pembinaan tumbuh kembang anak, organisasi profesi dan

pemangku kepentingan terkait pertumbuhan, perkembangan, dan gangguan tumbuh kembang anak.

Dari beberapa tugas yang dimiliki oleh kader posyandu, salah satunya adalah dalam kesehatan anak yaitu perkembangan anak balita. Dalam perkembangan balita, kader memiliki peran dalam melakukan penyuluhan pada orang tua (Ibu) mengenai kesehatan anak, pemantauan dan stimulasi/rangsangan dini perkembangan serta melaporkan ke sarana kesehatan apabila menemukan anak yang terlambat perkembangannya (Depkes RI, 2010).

Cakupan deteksi dini tumbuh kembang di Kota Samarinda Tahun 2008 sebesar 22 persen, jika cakupan anak yang dideteksi tumbuh kembang di Kota Samarinda (22%) dan Propinsi Kalimantan Timur (36%) tersebut dibandingkan dengan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan kabupaten/kota sebesar 90 persen, maka cakupan program Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) Kota Samarinda dan Propinsi Kalimantan Timur masih sangat rendah (Kemenkes RI, 2010).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Riau tahun 2016 pada triwulan 1, dari 20 Puskesmas di Kota Pekanbaru didapatkan 5 Puskesmas memiliki data penyimpangan motorik kasar dan motorik halus pada anak yaitu Puskesmas Rawat Inap (RI) Karya Wanita dengan persentase 0,58 persen, Puskesmas RI Simpang Tiga 0,18 persen, Puskesmas Garuda 0,09 persen, Puskesmas Payung Sekaki 0,47 persen, Puskesmas Sidomulyo 0,04 persen. Dari 5 Puskesmas tersebut dapat dilihat bahwa Puskesmas RI Karya Wanita memiliki persentase tertinggi bila dibandingkan dengan 4 Puskesmas lainnya.

Berdasarkan survey awal yang dilakukan peneliti dimulai dari tanggal 9 September hingga 10 Oktober 2019 di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Karya Wanita Rumbai Kota Pekanbaru dengan menggunakan kuesioner didapatkan data bahwa 60 persen kader tidak mengetahui apa itu pemeriksaan DDST serta manfaatnya.

Tinjauan pustaka

Konsep Pengetahuan

A. Definisi

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2014).

Pengetahuan atau kognitif merupakan suatu domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (overt behaviour). Tingkat pengetahuan didalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan (Notoatmodjo, 2014), yaitu:

1. Tahu (know)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (recall) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Tahu merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah.

2. Memahami (comprehension)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara

benar. Orang yang telah paham terhadap objek atas materi dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3. Aplikasi (aplication)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau yang lain.

4. Analisis (analysis)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5. Sintesis (synthesis)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu bentuk kemampuan menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang baru

6. Evaluasi (evaluation)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian inididasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita

ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas.

B. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu:

1. Faktor Internal meliputi:

a. Umur

Semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja dari segi kepercayaan masyarakat yang lebih dewasa akan lebih percaya dari pada orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman jiwa (Nursalam, 2011).

b. Pengalaman

Pengalaman merupakan guru yang terbaik (*experience is the best teacher*), pepatah tersebut bisa diartikan bahwa pengalaman merupakan sumber pengetahuan (Notoatmodjo, 2010).

c. Pendidikan

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya semakin pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan (Nursalam, 2011).

d. Pekerjaan

Pekerjaan adalah kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarganya (Thomas 2007, dalam Nursalam 2011).

e. Jenis Kelamin

Istilah jenis kelamin merupakan suatu sifat yang melekat pada kaum laki-laki maupun perempuan yang dikonstruksikan secara sosial maupun kultural.

2. Faktor eksternal

a. Informasi

Menurut Long (1996) dalam Nursalam dan Pariani (2010) informasi merupakan fungsi penting untuk membantu mengurangi rasa cemas. Seseorang yang mendapat informasi akan mempertinggi tingkat pengetahuan terhadap suatu hal.

b. Lingkungan

Menurut Notoatmodjo (2010), hasil dari beberapa pengalaman dan hasil observasi yang terjadi di lapangan (masyarakat) bahwa perilaku seseorang termasuk terjadinya perilaku kesehatan, diawali dengan pengalaman-pengalaman seseorang serta adanya faktor eksternal (lingkungan fisik dan non fisik)

C. Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010) terdapat beberapa cara memperoleh pengetahuan, yaitu:

1. Cara kuno atau non modern

Cara kuno atau tradisional dipakai untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, sebelum ditemukannya metode ilmiah, atau metode penemuan statistik dan logis. Cara-cara penemuan pengetahuan pada periode ini meliputi:

a. Cara coba salah (*trial and error*)

Cara ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila

kemungkinan tersebut tidak bisa dicoba kemungkinan yang lain.

b. Pengalaman pribadi

Pengalaman merupakan sumber pengetahuan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan.

c. Melalui jalan pikiran

Untuk memperoleh pengetahuan serta kebenarannya manusia harus menggunakan jalan pikirannya serta penalarannya. Banyak sekali kebiasaan-kebiasaan dan tradisi-tradisi yang dilakukan oleh orang, tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau tidak. Kebiasaan-kebiasaan seperti ini biasanya diwariskan turun-temurun dari generasi ke generasi berikutnya. Kebiasaan-kebiasaan ini diterima dari sumbernya sebagai kebenaran yang mutlak. 2. Cara modern

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan lebih sistematis, logis, dan alamiah. Cara ini disebut “metode penelitian ilmiah” atau lebih populer disebut metodologi penelitian, yaitu:

a. Metode induktif

Mula-mula mengadakan pengamatan langsung terhadap gejala-gejala alam atau kemasyarakatan kemudian hasilnya dikumpulkan atau diklasifikasikan, akhirnya diambil kesimpulan umum.

b. Metode deduktif

Metode yang menerapkan hal-hal yang umum terlebih dahulu untuk seterusnya dihubungkan dengan bagian-bagiannya yang khusus.

D. Kriteria Pengetahuan

Menurut Arikunto (2010) pengetahuan seseorang dapat diketahui dan

diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu:

1. Baik, bila subyek menjawab benar 76-100 persen dari seluruh pertanyaan.
2. Cukup, bila subyek menjawab benar 56-75 persen dari seluruh pertanyaan.
3. Kurang, bila subyek menjawab benar < 56 persen dari seluruh pertanyaan.

Konsep Kader Posyandu

A. Definisi

Adisasmito (2010) mendefinisikan kader posyandu sebagai tenaga kesehatan yang paling dekat dengan masyarakat. Hal tersebut disebabkan karena kader merupakan masyarakat setempat sehingga alih pengetahuan dan alih keterampilan dari kader kepada masyarakat sekitar menjadi lebih mudah.

B. Tugas Kader Posyandu

Menurut Kemenkes RI (2011), tugas kader dalam Posyandu dijabarkan sebagai berikut :

- 1) Sebelum hari buka Posyandu kader menyebarluaskan hari buka Posyandu, mempersiapkan tempat yang digunakan untuk pelaksanaan Posyandu, mempersiapkan sarana Posyandu, melakukan pembagian tugas antar Posyandu, berkoordinasi dengan petugas kesehatan dan mempersiapkan Pemberian Makanan Tambahan (PMT).
- 2) Pada hari buka Posyandu kader melaksanakan pendaftaran pengunjung Posyandu, melaksanakan penimbangan balita dan ibu hamil yang berkunjung ke Posyandu, mencatat hasil penimbangan di buku KIA dan KMS, pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) pada ibu hamil dan

Wanita Usia Subur (WUS), melaksanakan kegiatan penyuluhan dan konseling gizi, membantu petugas kesehatan memberikan pelayanan KB, dan melengkapi pencatatan sekaligus membahas tindak lanjut dari kegiatan bersama petugas kesehatan.

- 3) Di luar hari buka Posyandu kader mengadakan pemutakhiran data sasaran Posyandu, membuat diagram batang SKDN, melakukan tindak lanjut terhadap sasaran yang tidak datang maupun sasaran yang memerlukan penyuluhan lanjut, memberitahukan kepada kelompok sasaran agar berkunjung ke Posyandu pada saat hari buka, dan melakukan kunjungan tatap muka kepada tokoh masyarakat.

Denver Development Screening Test (DDST)

A. Definisi

DDST (Denver Developmental Screening test) merupakan suatu metode pengkajian yang digunakan untuk menilai perkembangan anak usia 0-6 tahun. Manfaat dari DDST adalah untuk menilai tingkat perkembangan anak sesuai umurnya dan memantau anak yang diperkirakan memiliki kelainan dalam berkembang (Adriana, 2011)

Dalam Medical Mini Note-Pediatric Edition (2018) Denver II adalah skrining perkembangan anak yang banyak digunakan, dengan waktu pemeriksaan 15-30 menit. Pemeriksaan ini dapat dilakukan pada anak usia 0-6 tahun dan terdiri dari 125 butir uji yang disusun dalam 4 sektor fungsi :

1. Personal sosial : Penyesuaian diri dengan masyarakat dan perhatian terhadap kebutuhan perorangan.

2. Motorik halus adaptif : Koordinasi mata-tangan, memainkan, menggunakan benda-benda kecil.
3. Bahasa : Mendengar, mengerti menggunakan bahasa.
4. Motorik kasar : Duduk, berjalan, melompat, gerakan umum otot besar.

B. Manfaat DDST

Denver II dapat digunakan dengan tujuan untuk menilai perkembangan anak yang tampak sehat dan anak yang tidak menunjukkan adanya masalah perkembangan sesuai dengan rentang usia, memantau anak yang di perkirakan memiliki kelainan dalam berkembang (Adriana, 2011).

C. Alat yang dibutuhkan

1. Formulir Denver II
2. Benang
3. Kismis
4. Kerincingan dengan gagang kecil
5. Balok-balok berwarna dengan luas 10 inci
6. Botol kaca kecil dengan lubang 5/8 inci
7. Bel kecil
8. Bola tenis
9. Pensil merah
10. Boneka kecil dengan botol susu
11. Cangkir plastik dengan gagang
12. Kertas kosong.

D. Prosedur DDST

Dalam Jurnal Midpro, edisi 2 (2013), prosedur DDST terdiri dari 2 tahap, yaitu:

1. Tahap pertama: secara periodik dilakukan pada semua anak yang berusia:

- a) 3-6 bulan
- b) 9-12 bulan
- c) 3-24 bln
- d) 3 tahun
- e) 4 tahun
- f) 5 tahun

2. Tahap kedua: dilakukan pada anak yang dicurigai adanya hambatan perkembangan pada tahap pertama. Kemudian dilanjutkan dengan evaluasi diagnostik yang lengkap.

E. Cara Pengukuran Pemeriksaan DDST

1. Tetapkan umur kronologis anak, tanyakan tanggal lahir anak yang akan diperiksa. Gunakan patokan 30 hari untuk satu bulan dan 12 bulan untuk satu tahun.
2. Jika dalam perhitungan umur kurang dari 15 hari dibulatkan ke bawah, jika sama dengan atau lebih dari 15 hari dibulatkan ke atas.
3. Tarik garis berdasarkan umur kronologis yang memotong garis horizontal tugas perkembangan pada formulir DDST.
4. Setelah itu dihitung pada masing-masing sektor, berapa yang P dan berapa yang F.
5. Berdasarkan pedoman, hasil tes diklasifikasikan dalam: Normal, suspect

F. Penilaian

Dalam Medical Mini Note-Pediatric Edition (2018) Skor dari tiap uji coba ditulis pada kotak segi empat uji coba dekat tanda garis 50 persen.

P Pass/lewat; anak melakukan uji coba dengan baik.

F Fail/gagal; anak tidak dapat melakukan uji coba dengan baik

No No opportunity/tidak; ada kesempatan. Anak tidak mempunyai kesempatan untuk melakukan uji coba karena ada hambatan. Skor ini hanya dilakukan dengan tanda R.

R Refusal/menolak; anak menolak untuk melakukan uji coba. Penolakan dapat dikurangi dengan mengatakan kepada anak “apa yang harus dilakukan” jika tidak menanyakan kepada anak apakah dapat melakukannya (uji coba yang dilakukan tidak diskor sebagai penolakan)

a. Interpretasi penilaian individual

1. Lebih (advanced) : bila seorang anak lewat pada uji coba yang terletak di kanan garis umur, dinyatakan perkembangan anak lebih pada uji coba tersebut.

2. Normal : Bila seorang anak gagal atau menolak melakukan uji coba yang terletak disebelah kanan garis umur. 3. Cautious/peringatan : Bila seorang anak gagal atau menolak uji coba, garis umur terletak pada atau antara persentil 75 dan 90 skornya.

4. Delayed/keterlambatan : Bila seorang anak gagal atau menolak melakukan uji coba yang terletak lengkap disebelah garis umur.

5. No Opportunity : Tidak ada kesempatan uji coba yang dilaporkan. b. Interpretasi Denver II

1. Normal

a. Bila tidak ada keterlambatan atau paling banyak satu caution.

b. Lakukan ulangan pada control berikutnya.

2. Suspek

a. Bila didapatkan ≥ 2 caution atau ≥ 1 keterlambatan

b. Lakukan uji ulang dalam 1-2 minggu untuk menghilangkan factor sesaat seperti rasa takut, keadaan sakit, atau kelelahan.

3. Tidak dapat di uji

Bila anak menolak pada ≥ 1 uji coba terletak disebelah kiri garis umur atau menolak pada ≥ 1 uji coba yang ditembus garis umur pada daerah 75- 90 persen

4. Uji ulang dalam 1-2 minggu

Bila ulangan hasil pemeriksaan didapatkan suspek atau tidak dapat diuji, maka dipikirkan untuk dirujuk (referral consideration)

Golden Age

Anak prasekolah memiliki masa keemasan (the golden age) dalam perkembangannya disertai dengan terjadinya pematangan fungsi-fungsi fisik dan psikis yang siap merespon dari berbagai aktivitas yang terjadi di lingkungannya. Pada masa ini merupakan waktu yang tepat untuk mengembangkan berbagai potensi dan kemampuan antara lain motorik halus dan kasar, sosial, emosi serta kognitifnya (Mulyasa, 2012).

Masa anak usia dini merupakan satu periode keemasan yang sangat peka terhadap lingkungan dan masa ini berlangsung sangat pendek. Periode ini disebut sebagai masa keemasan (the golden period) perkembangan anak, jendela kesempatan (the window of opportunity) dan masa kritis (critical period). Masa ini merupakan masa

peka atau sensitif, masa pertumbuhan yang cepat dan penting (Siswanto, 2010).

Proses pertumbuhan otak berjalan sesuai dengan pertumbuhan badan. Ketika seorang anak berusia 5 tahun, pertumbuhan otaknya sudah 80 persen sempurna. Saat anak usia 6 tahun, proses pertumbuhan otaknya bisa dikatakan sudah sempurna. (Hasan, 2010)

Pendapat lain juga dikemukakan oleh Habibi (2015) yang menyatakan bahwa “anak usia dini adalah anak dengan usia 0-6 tahun”. Beberapa orang menyebut fase atau masa ini sebagai golden age karena masa ini sangat menentukan seperti apa mereka kelak jika dewasa, baik dari segi fisik, mental, maupun kecerdasan.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional Pasal 1 angka 14 menyatakan bahwa Pendidikan Anak Usia Dini adalah upaya pembinaan yang ditujukan kepada anak sejak lahir sampai dengan usia enam tahun yang dilakukan melalui rangsang pendidikan untuk membantu pertumbuhan dan perkembangan jasmani dan rohani agar anak memiliki kesiapan dalam memasuki pendidikan lebih lanjut. Menurut Rosadi (2011) mengemukakan perkembangan manusia yang utuh dimulai sejak anak dalam kandungan dan memasuki masa keemasan (golden age) pada usia 0-6 tahun.

Menurut Gardner dalam buku Anita (2012) masa anak prasekolah masa dimana terjadinya peningkatan kecerdasan dari 50 persen menjadi 80 persen.

Peningkatan ini dapat tercapai secara maksimal bila lingkungan sekitar mampu memberikan rangsangan dan stimulasi yang tepat kepada anak itu sendiri, tetapi apabila anak tidak mampu memperoleh rangsangan

dan stimulasi dengan tepat maka otak anak tidak akan mampu berkembang dan berfungsi secara maksimal.

Jadi, dapat disimpulkan bahwa anak usia dini adalah sosok individu yang berada pada rentang usia 0-6 tahun yang sedang menjalani suatu proses perkembangan dengan pesat yang sangat menentukan seperti apa kelak ketika mereka dewasa.

METHOD

Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif yaitu penelitian yang dilakukan terhadap sekumpulan objek yang bertujuan untuk melihat gambaran fenomena (termasuk kesehatan yang terjadi di dalam suatu populasi tertentu (Notoatmodjo, 2010).

Penelitian ini dilaksanakan di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Karya Wanita Rumbai Pekanbaru

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Populasi penelitian ini adalah jumlah seluruh kader yang bekerja di posyandu wilayah kerja Puskesmas Karya Wanita Rumbai Pekanbaru yang berjumlah 180 orang dari 36 posyandu, tapi pada masa Pembatasan Bersekala Besar (PSBB) banyak kader yang tidak aktif, dan setelah berkonsultasi dengan pembimbing dan penanggung jawab posyandu menyarankan untuk mengambil 1 kader dalam 1 posyandu. Jadi total sampel yang diambil adalah 36 orang.

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010).

Teknik pengambilan sampel yaitu Purposive sampling dimana peneliti mengambil sampel dengan cara menetapkan ciri-ciri khusus yang sesuai dengan tujuan penelitian.

Dalam analisa data peneliti menggunakan analisa univariate, yaitu analisa yang dilakukan terhadap tiap variabel bahan dari hasil penelitian yang hanya menggunakan hasil perhitungan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian variabel. Hasil penelitian yang nantinya akan digunakan sebagai bahan pengembangan keputusan dalam penanggulangan untuk pembahasan dan kesimpulan.

Menurut Sudijono (2009) dalam Parmanda (2013), dengan melihat persentase data yang dikumpulkan dan disajikan dalam bentuk tabel frekuensi dan dipersentasikan dari tiap variable Hasil perhitungan persentase dimasukkan dalam kriteria standar objektif menurut Nursalam (2008) dalam Parmanda (2012), sebagai berikut :

Baik : 76-100%

Cukup : 56-75%

Kurang : <56%

RESULT AND DISCUSSION

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Karya Wanita Rumbai Pekanbaru, dari 36 responden dapat diperoleh data-data mengenai Pengetahuan Kader Posyandu Tentang Pentingnya Pemeriksaan Denver Development Screening Test (DDST) sebagai berikut :

Tabel 1. Umur Responden

Variabel	Mean	SD	Minimal-Maksimal	95% CI
Umur	44,94	6,559	33-60	42,73-47,16

Tabel 2. Karakteristik Responden

No	Uraian	f	%
1	Pekerjaan		
	Ibu Rumah Tangga	27	75,0
	Wiraswasta	7	19,4
	Guru Swasta	7	2,8
2	Bidan	1	2,8
	Tingkat Pendidikan		
	SMP	8	22,2
	SMA/SMK	26	72,2
3	DIII/S1	2	5,6
	Mendapatkan Informasi		
	Ya	28	77,8
4	Tidak	8	22,2
	Sumber Informasi		
	Tenaga Kesehatan	18	64,29
Internet	8	28,57	
Teman	2	7,14	

Tabel 3. Pengetahuan Responden

No	Tingkat Pendidikan	f	%
1	Baik	2	5,6
2	Cukup	21	58,3
3	Kurang	13	36,1

Mayoritas pengetahuan responden dapat dikategorikan Cukup sebanyak 21 responden (58,3%), responden dalam kategori kurang sebanyak 13 responden (36,1%), sedangkan responden dalam kategori baik sebanyak 2 responden (5,6%).

Hasil penelitian di atas menurut dugaan peneliti dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain faktor pendidikan

responden, dan informasi yang di dapatkan oleh responden.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa sebagian besar tingkat pendidikan Kader Poayandu di Wilayah Kerja Puskesmas Karya Wanita Rumbai adalah menengah (SMA/SMK) sebanyak 26 responden (72,2%).

Menurut Notoatmodjo (2010), pendidikan merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan sehingga dapat meningkatkan perilaku yang positif melalui pengetahuan yang membentuk persepsi seseorang. Apabila pengetahuan seseorang kurang, maka persepsi seseorang akan menjadi negative, apabila pengetahuan seseorang baik, maka akan membentuk persepsi yang positif.

Peneliti berasumsi bahwa pendidikan responden menjadi faktor penyebab tingkat pengetahuan responden menjadi cukup dalam penelitian ini, karena pendidikan dapat meningkatkan pengetahuan responden.

Berdasarkan data terlihat bahwa 28 responden (77,8 %) mengetahui apa itu DDST, sedangkan 8 responden (22,2%) tidak mengetahui apa itu DDST.

Hasil penelitian A.Agustin (2012) tentang Gambaran pengetahuan kader di posyandu Desa Cipacing tentang Perkembangan pada balita memperoleh hasil Kurang karena hanya 5 responden (6%) kader yang mengetahui dengan baik tentang perkembangan anak.

Menurut Reber (2010), pengetahuan adalah kumpulan informasi yang dimiliki oleh seseorang, kelompok atau budaya tertentu. Ia juga menyatakan bahwa semakin banyak seseorang memperoleh informasi maka semakin baik pengetahuan orang tersebut, begitu pula sebaliknya.

Peneliti berasumsi bahwa informasi yang di dapatkan oleh responden menjadi faktor penyebab tingkat pengetahuan responden menjadi cukup, karena semakin banyak seseorang memperoleh informasi maka semakin baik pula

pengetahuan orang tersebut.

CONCLUSION

Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada Kader Posyandu tentang Gambaran Tingkat Pengetahuan Kader Posyandu Tentang Pentingnya Pemeriksaan Denver Development Screening Test (DDST) di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Karya Wanita Rumbai Pekanbaru, dengan cara menyebarkan kuisioner, maka dapat disimpulkan dari 36 responden memperoleh hasil menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan cukup sebanyak 21 responden (58,3%), sedangkan responden dengan tingkat pengetahuan baik sebanyak 2 responden (5,6%), dan responden dengan tingkat pengetahuan kurang sebanyak 13 responden (36,1%).

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi bahan masukan sehingga dapat memberikan informasi dan penyuluhan tentang pemeriksaan DDST. Menambah wawasan kader posyandu tentang pemeriksaan DDST sehingga kader bisa menyampaikan kepada ibu bahwa ada pemeriksaan yang digunakan untuk mendeteksi penyimpangan yang terjadi pada anak sejak dini.

REFERENCES

A.Agustin. (2012). Gambaran pengetahuan kader di posyandu desa cipacing tentang perkembangan pada balita. Jurnal unpad

Adisasmito, Wiku. (2010). Sistem Kesehatan. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

Adriana, Dian. (2011). Tumbuh Kembang & Terapi Bermain Pada Anak. Jakarta: Salemba Medika.

- . (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Chamidah, N Nur. (2009). *Deteksi Dini Gangguan Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak*. Artikel : UNY
- Dedi Rosadi. (2011). *Analisis Ekonometrika dan Runtun Waktu Terapan dengan R*. Yogyakarta : Andi Offset
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Capaian Pembangunan Kesehatan*. Jakarta: Depkes RI.
- . (2012). *Profil Kesehatan Indonesia 2011*. Jakarta: Depkes RI.
- Dinas Kesehatan Provinsi Riau. (2016). *Profil Kesehatan Provinsi Riau*. Pekanbaru
- Habibi, MA. Muazar. (2015). *Analisis kebutuhan anak usia dini*. Yogyakarta: Deepublish.
- Hasan, Maimunah. (2010). *Pendidikan Anak Usia Dini*. Yogyakarta: Diva Press.
- Kemenkes RI. (2011). *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kemenkes.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2009*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI
- L.Hanifah. (2017). *Gambaran pengetahuan ibu tentang perkembangan motorik kasar pada bayi dan balita di posyandu bangsa gatak sukoharjo*. Jurnal stikesmus
- Hasanah Nur, Ansori Muhsinin Nisa. (2013). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Dengan Perkembangan Motorik Kasar Anak Usia (3 - 5 Th)*. Jurnal midpro. Lamogan, edisi 2
- Hasan, Maimunah. (2010). *Pendidikan Anak Usia Dini*. Jakarta: DIVA Press (Anggota IKAPI)
- Medical Mini Note, (2018). *Pediatric*. Makasar: Binarupa Aksaramichael J. Parmely
- Mulyasa. (2012). *Manajemen PAUD*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- . (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- . (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam, (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* : Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam, dan Siti Pariani. (2010). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta : CV. Agung Seto.
- . (2011). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Peraturan Menteri Kesehatan No.66. 2014. *Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan dan Gangguan Tumbuh Kembang anak*. Jakarta: Permenkes RI
- Reber, S.A., Reber, S.E. (2010). *Kamus Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Siswanto H, (2010). *Pendidikan Kesehatan Unsur Utama Dalam Pendidikan Anak Usia Dini*. Jakarta
- Soetjiningsih. (2013). *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC
- Sudijono Anas. (2009). *Pengantar Statistik Pendidikan*, Jakarta : PT. Raja Grafindo

Sugiyono. (2014). Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta.

Suyami, Lis Suryani. (2013). Pola Asuh Orang Tua Dengan Tingkat Perkembangan Sosial Anak Usia 1-3 Tahun. Jurnal Keperawatan STIKES Muhammadiyah Klaten, 1(1), 2-3.

Yulianti, Triani. (2013). Pola Asuh dan Perkembangan Personal Sosial Anak Toddler. Jurnal Kesehatan, 1(1), 1.

Yus, Anita. (2012). Model Pendidikan Anak Usia Dini. Jakarta: Kencana