

**BUKU RIWAYAT KESEHATAN PESERTA DIDIK SEBAGAI UPAYA  
MEWUJUDKAN SEKOLAH RAMAH ANAK (SRA) BIDANG USAHA  
KESEHATAN SEKOLAH (UKS) PADA LEMBAGA PAUD  
DI KECAMATAN LAWEYAN KOTA SURAKARTA**

**SKRIPSI**

Diajukan Sebagai Syarat Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Pendidikan Pada  
Program Studi Pendidikan Guru Pendidikan Anak Usia Dini



**PENDIDIKAN GURU PENDIDIKAN ANAK USIA DINI  
FAKULTAS ILMU PENDIDIKAN  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

**2017**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya menyatakan bahwa isi skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya yang diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dirujuk dalam skripsi ini disebutkan dalam daftar pustaka.

Semarang, 23 Januari 2017



Dewi Safitri

NIM. 1601412058

**UNNES**  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

### PERSETUJUAN PEMBIMBING

Skripsi yang berjudul "Buku Riwayat Kesehatan Peserta Didik sebagai Upaya Mewujudkan Sekolah Ramah Anak (SRA) Bidang Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) Pada Lembaga PAUD di Kecamatan Laweyan Kota Surakarta" telah disetujui oleh pembimbing untuk diajukan ke sidang Panitia Ujian Skripsi Jurusan Pendidikan Guru Pendidikan Anak Usia Dini, Fakultas Ilmu Pendidikan, Universitas Negeri Semarang.

Hari : Senin

Tanggal : 23 Januari 2017

Mengetahui,

Ketua Jurusan Pendidikan Guru  
Pendidikan Anak Usia Dini



Edi Widyak, M.Pd.  
NIP. 19790425 200501 1 001

Dosen Pembimbing

Amirul Mukminin, M.Kes.  
NIP. 197803302005011001

**UNNES**  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul "Buku Riwayat Kesehatan Peserta Didik sebagai Upaya Mewujudkan Sekolah Ramah Anak (SRA) Bidang Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) Pada Lembaga PAUD di Kecamatan Laweyan Kota Surakarta" telah dipertahankan dihadapan sidang Panitia Ujian Skripsi Jurusan Pendidikan Guru Pendidikan Anak Usia Dini, Fakultas Ilmu Pendidikan, Universitas Negeri Semarang.

Hari : Rabu

Tanggal : 25 Januari 2017

Panitia Ujian Skripsi

  
Ketua  
Drs. Shinta Saraswati, M.Pd., Kons.  
NIP. 19606606 1999 03 2001

Sekretaris,  
Amrul Mukminin, S.Pd., M.Kes.  
NIP. 19783302005 01 1001

Penguji I,

Neneng Tasu'ah, S.Pd., M.Pd.  
NIP. 19780101 2006 04 2001

Penguji II,

Wulan Adina, S.Pd., M.Pd.  
NIP. 19810613 2005 01 2001

Penguji III,

Amrul Mukminin, S.Pd., M.Kes.  
NIP. 197803302005 01 1001

UNNES  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

### Motto

- Kesehatan yang baik dan perasaan yang baik adalah dua berkat terbesar dalam hidup. (Publilius Syrus)
- Tidak ada yang lebih penting daripada kesehatan yang baik, itulah aset utama kita. (Arlen Specter)
- Dokter yang baik bisa menyembuhkan penyakit, dokter yang hebat menyembuhkan pasien yang terkena penyakit. (William Osler)
- Kesehatan yang baik bukanlah sesuatu yang dapat kita beli. Namun, sesuatu yang dapat menjadi tabungan yang sangat berharga. (Anne Wilson Schaef)

Skripsi ini kupersembahkan kepada:

1. Ayahku Rakim dan ibuku Supinah yang selalu memberikan motivasi, ketenangan dan perlindungan yang luar biasa serta doa yang tidak pernah putus
2. Kakakku Kusri dan Tri Mulatno yang memberikan motivasi, dorongan, dan keteladanan untuk pantang menyerah
3. Teman-teman PGPAUD angkatan 2012
4. Saudara dan sahabat-sahabat semua yang selalu mendoakan
5. Almamaterku Universitas Negeri Semarang

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulisan skripsi yang berjudul “Buku Riwayat Kesehatan Peserta Didik sebagai Upaya Mewujudkan Sekolah Ramah Anak (SRA) Bidang Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) Pada Lembaga PAUD di Kecamatan Laweyan Kota Surakarta” dapat terselesaikan dengan baik.

Penulis sadar bahwa dalam menyelesaikan skripsi ini penulis selalu mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu, penulis menyampaikan rasa terima kasih kepada bapak Amirul Mukminin sebagai pembimbing yang telah membimbing dan mengarahkan penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada:

1. Prof. Dr.Fakhrudin, M.Pd., selaku Dekan Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang.
2. Edi Waluyo, S.Pd., M.Pd., selaku Ketua Jurusan Pendidikan Guru Pendidikan Anak Usia Dini UNNES yang telah memberikan izin dalam penyusunan skripsi ini.
3. Dosen pembimbing Amirul Mukminin, S.Pd., M.Kes., atas kesabaran untuk membimbing dan mengarahkan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Neneng Tasu'ah, S.Pd., M.Pd. dan Wulan Adiarti, S.Pd., M.Pd., selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberi masukan untuk perbaikan penulisan skripsi ini.

5. Segenap dosen Jurusan Pendidikan Guru Pendidikan Anak Usia Dini yang telah menyampaikan ilmunya kepada penulis.
6. Kepala sekolah dan segenap guru TK IT Nur Hidayah, TK NDM Sondakan, dan TK Al Huda yang telah memberikan izin penelitian.
7. Bapak dan ibuku tersayang yang tidak pernah berhenti menyayangi dan mengasihi lahir dan batin, kakakku tersayang yang selalu memberi dukungan.
8. Teman-teman jurusan PG PAUD 2012 UNNES.
9. Saudara dan sahabat-sahabat yang selalu mendoakan (Desy, MJ, Bila, Zaw, Rere, Rianti, Ambar, Nurul, Mia, Suci).
10. Teman-teman pendaki yang selalu memberi semangat (Suket Ijo dan Bakkopak).
11. Wahyu Adi Saputra yang telah memberi motivasi dalam penyusunan skripsi.
12. Semua pihak yang telah membantu dan mendukung dalam penelitian dan penyusunan skripsi.
13. Almamaterku tercinta.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan. Meskipun demikian, penulis berharap semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat kepada semua pembaca.

Semarang, Januari 2017

Penulis

## ABSTRAK

**Safitri, Dewi.** 2017. *Buku Riwayat Kesehatan Peserta Didik sebagai Upaya Mewujudkan Sekolah Ramah Anak (SRA) Bidang Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) pada Lembaga PAUD di Kecamatan Laweyan Kota Surakarta.* Skripsi. Pendidikan Guru Pendidikan Anak Usia Dini, Fakultas Ilmu Pendidikan, Universitas Negeri Semarang. Pembimbing Amirul Mukminin, S.Pd., M.Kes.

**Kata kunci: buku riwayat kesehatan, sekolah ramah anak, usaha kesehatan sekolah**

Pencatatan buku riwayat kesehatan peserta didik terutama pada lembaga PAUD sangat diperlukan untuk mengetahui status kesehatan peserta didik (apabila ada penyakit bisa diketahui sejak dini), dapat memantau penyakit yang diderita, dan dapat mencegah timbulnya penyakit. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan proses pencatatan buku riwayat kesehatan peserta didik, peran petugas UKS, serta faktor pendukung dan penghambat dalam proses pencatatan buku riwayat kesehatan peserta didik. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan menggunakan metode wawancara, observasi, dan dokumentasi dalam menghimpun data. Teknis analisis data menggunakan model interaktif. Teknik keabsahan data yang digunakan adalah triangulasi sumber.

Hasil analisis data yang telah dihimpun dari lapangan, proses pencatatan buku riwayat kesehatan peserta didik pada lembaga PAUD di Kecamatan Laweyan Kota Surakarta adalah sebagai berikut: (1) data pribadi dan riwayat penyakit: diperoleh saat pendaftaran dengan mengisi formulir pendaftaran dan formulir riwayat kesehatan anak, (2) pemeriksaan fisik: dilakukan secara berkala baik dari pihak Puskesmas maupun pihak lembaga PAUD, (3) pemeriksaan laboratorium: belum pernah dilaksanakan, (4) laporan kesehatan: masih berbentuk lembaran dan belum dibukukan.

Peran petugas UKS : (1) pelaksanaan UKS: penyusunan rencana dan anggaran kegiatan setahun sekali, melaksanakan kegiatan sesuai perencanaan, serta melaksanakan penilain dan evaluasi secara insidental, (2) melaksanakan tiga program UKS: cuci tangan, gosok gigi, pemberian makanan tambahan, pemeriksaan kesehatan, pemberian suplemen, P3K, membuang sampah pada tempatnya, dan penghijauan, (3) menjalin kerjasama dengan orang tua melalui konseling dan parenting, serta menjalin kerjasama dengan Puskesmas dan Poliklinik, (4) Menyiapkan sekolah menjadi sekolah sehat kurang optimal dalam sarana dan prasarana, (5) melaksanakan ketatausahaan: menyimpan dokumen hasil pemeriksaan kesehatan peserta didik, (6) melaporkan hasil pemeriksaan kesehatan peserta didik kepada Puskesmas.

Faktor pendukung: peserta didik, pendidik, tenaga kependidikan, tenaga kesehatan, lingkungan dan orang tua saling bekerjasama. Faktor penghambat: sarana dan prasarana kurang lengkap, khususnya terkait UKS, serta terkendala dalam pendanaan.

## DAFTAR ISI

<b>PERNYATAAN</b> .....	ii
<b>PERSETUJUAN PEMBIMBING</b> .....	iii
<b>PENGESAHAN</b> .....	iv
<b>MOTTO DAN PERSEMBAHAN</b> .....	v
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vi
<b>ABSTRAK</b> .....	viii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xiii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	8
C. Tujuan Penelitian.....	8
D. Pembatasan Masalah .....	9
E. Manfaat Penelitian.....	10
F. Penegasan Istilah .....	11
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	12
A. Buku Riwayat Kesehatan Peserta Didik.....	12
1. Pengertian Buku Riwayat Kesehatan Peserta Didik.....	12
2. Isi Buku Riwayat Kesehatan Peserta Didik.....	18
B. Sekolah Ramah Anak .....	36
1. Pengertian Sekolah Ramah Anak .....	36
2. Prinsip dan Indikator Sekolah Ramah Anak.....	38
C. Usaha Kesehatan Sekolah .....	42
1. Pengertian Usaha Kesehatan Sekolah.....	42
2. Program Usaha Kesehatan Sekolah.....	45
3. Tim Pelaksana Usaha Kesehatan Sekolah.....	51
D. Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) .....	53
1. Pengertian Pendidikan Anak Usia Dini.....	53

2. Tujuan dan Prinsip Pendidikan Anak Usia Dini .....	54
E. Pendidikan Kesehatan Anak Usia Dini .....	58
F. Kerangka Berfikir .....	62
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>64</b>
A. Pendekatan Penelitian .....	64
B. Lokasi Penelitian .....	65
C. Fokus Penelitian .....	66
D. Sumber Data Penelitian .....	67
1. Sumber Data Primer .....	67
a. Subjek Penelitian .....	68
b. Informan .....	68
1) Informan Utama .....	68
2) Informan Triangulasi .....	69
2. Sumber Data Sekunder .....	70
E. Alat dan Teknik Pengumpulan Data .....	70
F. Keabsahan Data .....	73
G. Teknik Analisa Data .....	75
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>79</b>
A. Gambaran Umum Tempat Penelitian .....	79
1. Gambaran Umum TK IT Nur Hidayah .....	79
2. Gambaran Umum TK Al Huda .....	80
3. Gambaran Umum TK NDM Sondakan Frobel .....	81
4. Gambaran Karakteristik Informan .....	83
B. Buku Riwayat Kesehatan Peserta Didik .....	85
1. Analisis Proses Pencatatan Buku Riwayat Kesehatan .....	85
2. Analisis Peran Petugas UKS .....	99
3. Analisis Faktor Pendukung dan Penghambat .....	120
C. Keterbatasan Penelitian .....	128
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>129</b>
A. Simpulan .....	129
B. Saran .....	130

<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	132
<b>LAMPIRAN</b> .....	136



## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Kode untuk Informan.....	85
------------------------------------	----



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Model Dasar Pendidikan Kesehatan Anak Usia Dini .....	59
Gambar 2.2 Kerangka Berpikir Penelitian .....	63
Gambar 3.1 Komponen dalam Analisa Data Model Interaktif .....	77



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Penelitian.....	136
Lampiran 2. Kisi-kisi Instrumen Penelitian .....	144
Lampiran 3. Instrumen Penelitian .....	147
Lampiran 4. Hasil Wawancara .....	158
Lampiran 5. Laporan Hasil Pemeriksaan Kesehatan Anak.....	271
Lampiran 6. Catatan Lapangan .....	277
Lampiran 7. Dokumentasi Kegiatan .....	284



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Sekolah ramah anak merupakan salah satu indikator yang harus dipenuhi dalam mewujudkan Kabupaten/Kota Layak Anak (KLA) sebagaimana yang telah diatur dalam pasal 11 Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Nomor 12 Tahun 2011 tentang Indikator Kabupaten/Kota Layak Anak. Kota Surakarta atau Kota Solo merupakan salah satu kota yang dipilih oleh Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan Republik Indonesia untuk Uji Coba Model Kota Layak Anak sejak 2006 dan pada tahun 2015 menyandang predikat ke-3 Kota Layak Anak sehingga masih perlu untuk mengembangkan Sekolah Ramah Anak untuk mencapai predikat KLA.

Asisten Deputi Pemenuhan Hak Pendidikan Anak Deputi Bidang Tumbuh Kembang Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (2014: 8) menyatakan bahwa sekolah ramah anak (SRA) adalah satuan pendidikan yang mampu menjamin, memenuhi, menghargai hak-hak anak, dan perlindungan anak dari kekerasan, diskriminasi, dan perlakuan salah lainnya serta mendukung partisipasi anak terutama dalam perencanaan, kebijakan, pembelajaran, dan mekanisme pengaduan.

Menurut pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa sekolah yang ramah anak adalah satuan pendidikan yang menjamin terpenuhinya hak-hak

anak untuk tumbuh dan berkembang sesuai tahap perkembangannya serta menjamin tidak adanya perlakuan salah yang diterima oleh anak.

Tahapan dan indikator yang harus dikembangkan dalam mewujudkan sekolah ramah anak telah dijelaskan oleh Asisten Deputi Pemenuhan Hak Pendidikan Anak Deputi Bidang Tumbuh Kembang Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak dalam kebijakan pengembangan sekolah ramah anak (2014: 14), yaitu salah satunya adalah pengembangan di bidang usaha kesehatan sekolah (UKS) sebagai standar pelayanan minimal kesehatan untuk anak sekolah.

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) adalah segala usaha yang dilakukan untuk meningkatkan kesehatan anak usia sekolah pada setiap jalur, jenis dan jenjang pendidikan mulai dari TK/RA sampai SMA/SMK/MA/MAK (Notoatmodjo, 2012: 131). Berdasarkan pengertian tersebut, tujuan dari UKS adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan peserta didik melalui perilaku hidup bersih dan sehat serta lingkungan yang sehat, sehingga memungkinkan pertumbuhan dan perkembangan yang optimal dalam rangka pembentukan manusia Indonesia seutuhnya.

Hal tersebut sesuai dengan pasal 3 dalam Undang-undang No. 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional yang menyatakan bahwa pendidikan nasional bertujuan untuk berkembangnya potensi peserta didik agar menjadi manusia yang beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, berakhlak mulia, sehat, berilmu, cakap, kreatif, mandiri, dan menjadi warga negara yang demokratis serta bertanggung jawab.

Pengembangan UKS di sekolah juga membantu tercapainya tujuan pembangunan kesehatan, yaitu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis (Pasal 3 UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan).

Menurut pengertian dan tujuan di atas dapat disimpulkan bahwa kesehatan berperan penting dalam pembentukan sumber daya manusia yang berkualitas. Pembentukan sumber daya manusia yang berkualitas dapat dilakukan melalui program-program UKS, yaitu pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan sekolah yang sehat.

Program pendidikan kesehatan berkaitan dengan pemberian pengetahuan, sikap dan keterampilan tentang perilaku hidup sehat. Program pelayanan kesehatan berkaitan dengan peningkatan derajat kesehatan peserta didik, sedangkan program pembinaan lingkungan sekolah yang sehat berkaitan dengan penerapan pengetahuan kesehatan dalam lingkungan sekolah maupun kehidupan sehari-hari.

Pada penelitian ini, peneliti membatasi penelitian pada program pelayanan kesehatan di sekolah, khususnya pada lembaga pendidikan anak usia dini (PAUD). Program pelayanan kesehatan tersebut meliputi pemeriksaan tinggi badan dan berat badan peserta didik secara berkala, pemberian imunisasi, pemeriksaan gigi dan praktik menyikat gigi secara missal, pengobatan ringan, dan rujukan ke Puskesmas (Hartono, 2011: 182).

Kegiatan pemeriksaan tersebut dicatat pada buku laporan pemeriksaan kesehatan peserta didik atau dikenal sebagai buku riwayat kesehatan peserta didik. Buku tersebut digunakan untuk mengetahui status kesehatan peserta didik (apabila ada penyakit bisa diketahui sejak dini), dapat memantau penyakit yang diderita, dan dapat mencegah timbulnya penyakit (Djojodibroto, 2003: 2).

Pemberian layanan kesehatan yang baik di sekolah dan penggunaan buku riwayat kesehatan peserta didik, maka anak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal sesuai tahap perkembangannya serta menjadi sumber daya manusia yang berkualitas dan sehat sehingga tujuan pendidikan nasional dan kesehatan untuk mewujudkan manusia Indonesia seutuhnya dapat tercapai.

Penelitian ini mengambil PAUD jalur pendidikan formal yang berbentuk Taman Kanak-kanak (TK) di Kecamatan Laweyan, Kota Surakarta. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) Kota Surakarta, jumlah Taman Kanak-Kanak (TK) di Kecamatan Laweyan tahun 2014 sebanyak 58 TK Swasta. Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa terdapat kurang lebih 58 lembaga PAUD yang menyelenggarakan UKS dan program layanan kesehatan.

Setiap lembaga PAUD tentu memiliki program yang berbeda-beda dalam pelaksanaan UKS, seperti halnya pada lembaga PAUD yang ada di Kecamatan Laweyan. Peneliti telah melakukan pengamatan di tiga lembaga PAUD berbasis Islam di Kecamatan Laweyan, yaitu TK IT Nur Hidayah, TK

Nahdhotul Muslimat (NDM) Sondakan, dan TK Al Huda mengenai program pemeriksaan kesehatan dan bentuk laporan pemeriksaan kesehatan peserta didik yang dalam pelaksanaannya masih kurang maksimal.

Dari hasil pengamatan di TK IT Nur Hidayah yang beralamatkan di Jl. Semangka No. 57 Kerten Laweyan Surakarta memiliki program pemeriksaan kesehatan, seperti pemeriksaan berat badan, tinggi badan, lingkaran kepala, jantung, paru, telinga, gigi, status gizi dan pemberian vitamin/suplemen. Dokter yang memeriksa memberikan kesimpulan dan saran apabila ada tindakan lanjut yang diperlukan. Pihak TK juga memberikan pemberitahuan kepada keluarga mengenai hasil pemeriksaan kesehatan anak melalui selebaran.

Berdasarkan penelitian awal, TK IT Nur Hidayah mengadakan program pemeriksaan kesehatan dua kali dalam satu semester dan pemeriksaan gigi satu kali dalam satu semester. Hasil wawancara dengan salah satu pendidik di TK IT Nur Hidayah menyatakan bahwa guru juga melakukan pemantauan terhadap kesehatan anak, misal ada anak yang sering sakit batuk, maka guru menyampaikan ke dokter saat pemeriksaan berlangsung. TK IT Nur Hidayah juga pada bulan April melakukan imunisasi polio di Pos PIN terdekat.

Fakta lain yang peneliti temukan, yaitu terdapat layanan konseling antara orangtua/wali dengan psikolog setiap sebulan sekali terkait permasalahan yang terjadi pada anak. Permasalahan yang pernah ditangani pada tahun ajaran 2014/2015 adalah terdapat anak dengan kecanduan *gadget* yang berlebihan hingga anak mengalami gangguan berbicara dan sering

mengompol. Pihak TK melakukan upaya kerjasama dengan TPP Al Firdaus dan konseling dengan orangtua terkait pembiasaan yang harus diterapkan di sekolah maupun di rumah.

Peneliti juga melakukan pengamatan di TK Nahdlotul Muslimat (NDM) Sondakan yang beralamatkan di Jl. Parang Klithik 1/10 Sondakan Frobel Laweyan dan TK Al Huda yang beralamatkan di Jl. Siwalan No. 35 Kerten Laweyan Surakarta. Hasil pengamatan tersebut adalah pemeriksaan kesehatan yang ada di TK NDM Sondakan, yaitu pemeriksaan berat badan, tinggi badan, lingkaran kepala, mata, telinga dan fisik setiap 3 bulan sekali serta mengadakan skrining yang dilakukan oleh Puskesmas induk.

Hasil pemeriksaan kesehatan dicatat dalam bentuk lembaran dengan nama "Kartu Murid". Kartu Murid tersebut diberikan kepada orang tua setiap akhir tahun pelajaran yang mencakup tentang catatan pemeriksaan berat badan, tinggi badan, penyakit yang diderita, pengobatan yang dilakukan, kreativitas, keterangan, dan data perorangan yang berisi pemeriksaan saat dalam kandungan, saat lahir, jumlah anak dalam keluarga, imunisasi, penyakit yang diderita. Format laporan hasil pemeriksaan tersebut belum sesuai dengan pemeriksaan yang dilakukan dokter.

Pemeriksaan kesehatan yang dilaksanakan di TK Al Huda antara lain pemeriksaan berat badan dan tinggi badan setiap bulan sekali, penambahan gizi dua kali sebulan, skrining dari puskesmas induk setahun sekali. Di TK Al Huda juga mengadakan senam setiap hari Selasa-Sabtu. Senam tersebut

dilakukan agar anak setiap hari mau bergerak dan membiasakan diri berolahraga.

Dari hasil penelitian awal, peneliti mendapatkan fakta bahwa ketiga lembaga tersebut dalam memberikan laporan hasil pemeriksaan kesehatan siswa menggunakan lembaran. Hasil pemeriksaan yang dicatat dalam bentuk lembaran tersebut kurang efektif karena bisa saja data hasil pemeriksaan kesehatan anak hilang, padahal sebelumnya lembaga tersebut memiliki buku riwayat kesehatan masing-masing peserta didik yang memudahkan dalam pemantauan kesehatan anak dan penyimpanan data.

Fakta lain yang peneliti temukan, yaitu sarana dan prasarana terkait UKS masih belum maksimal, seperti ruang UKS yang masih disekat dengan ruangan lain dan perlengkapan P3K yang kurang lengkap. Selain itu, pelaksanaan program pemeriksaan kesehatan di TK Al Huda belum sesuai dengan pedoman pelaksanaan penjangkaran kesehatan yang seharusnya dilaksanakan minimal 6 bulan sekali.

Peneliti setelah melakukan penelitian tentang program pemeriksaan kesehatan dan buku riwayat kesehatan peserta didik di TK IT Nur Hidayah, TK NDM Sondakan, dan TK Al Huda diharapkan dapat mendeskripsikan dan menjelaskan penggunaan buku riwayat kesehatan peserta didik yang nantinya dapat menjadi acuan lembaga PAUD sebagai bahan masukan untuk lebih mengoptimalkan pelaksanaan program layanan UKS dan lebih memperhatikan kesehatan peserta didik sehingga dapat mewujudkan sekolah ramah anak (SRA).

Dari uraian penjelasan di atas, peneliti ingin meneliti penggunaan buku riwayat kesehatan peserta didik yang ada di TK IT Nur Hidayah, TK NDM Sondakan, dan TK Al Huda mulai dari proses pencatatan, peran petugas UKS, serta faktor pendukung dan penghambat dalam pencatatan buku riwayat kesehatan peserta didik.

## **B. RUMUSAN MASALAH**

Dari uraian latar belakang di atas, maka peneliti dapat merumuskan masalah utama yaitu bagaimana penggunaan buku riwayat kesehatan peserta didik dalam mewujudkan sekolah ramah anak (SRA) bidang usaha kesehatan sekolah (UKS) pada lembaga PAUD di Kecamatan Laweyan, Kota Surakarta. Dari rumusan masalah tersebut dapat diuraikan dalam pertanyaan sebagai berikut:

1. Bagaimana proses pencatatan buku riwayat kesehatan peserta didik di TK IT Nur Hidayah, TK NDM Sondakan, dan TK Al Huda?
2. Bagaimana peran petugas UKS dalam pencatatan buku riwayat kesehatan peserta didik di TK IT Nur Hidayah, TK NDM Sondakan, dan TK Al Huda?
3. Apa saja faktor pendukung dan penghambat dalam pencatatan buku riwayat kesehatan peserta didik?

## **C. TUJUAN PENELITIAN**

Tujuan utama dari penelitian ini adalah mengetahui penggunaan buku riwayat kesehatan peserta didik yang dilaksanakan pada lembaga PAUD di Kecamatan Laweyan, Kota Surakarta dalam mewujudkan sekolah ramah anak

(SRA) di bidang usaha kesehatan sekolah (UKS). Dari tujuan tersebut dapat diuraikan menjadi tiga tujuan khusus, yaitu untuk:

1. Mengetahui proses pencatatan buku riwayat kesehatan peserta didik di TK IT Nur Hidayah, TK NDM Sondakan, dan TK Al Huda.
2. Mendeskripsikan peran petugas UKS dalam pencatatan buku riwayat kesehatan peserta didik di TK IT Nur Hidayah, TK NDM Sondakan, dan TK Al Huda.
3. Mendeskripsikan faktor pendukung dan penghambat dalam pencatatan buku riwayat kesehatan peserta didik.

#### **D. PEMBATASAN MASALAH**

Pembatasan masalah digunakan untuk memilih masalah yang akan diteliti agar lebih fokus, terarah dan tidak meluas keluar dari konteks yang diteliti. Adapun pembatasan masalah dalam penelitian ini antara lain:

##### **1. Objek penelitian**

Objek dalam penelitian ini adalah TK IT Nur Hidayah, TK NDM Sondakan, dan TK Al Huda.

##### **2. Subjek penelitian**

Subjek penelitian adalah penggunaan buku riwayat kesehatan peserta didik di TK IT Nur Hidayah, TK NDM Sondakan, dan TK Al Huda.

Dalam penelitian tentang buku riwayat kesehatan peserta didik sebagai upaya mewujudkan sekolah ramah anak (SRA) dalam bidang usaha kesehatan sekolah (UKS) pada lembaga PAUD di Kecamatan Laweyan, Kota Surakarta ini, peneliti membatasi masalah yaitu meneliti proses

pencatatan buku riwayat kesehatan peserta didik, peran petugas UKS dalam proses pencatatan dan faktor pendukung serta penghambat pencatatan buku riwayat kesehatan peserta didik di tiga lembaga PAUD tersebut.

## **E. MANFAAT PENELITIAN**

### 1. Manfaat Teoritis

- a. Dapat memberikan sumbangan pikiran dan pengetahuan yang mendalam tentang buku riwayat kesehatan peserta didik sebagai upaya mewujudkan Sekolah Ramah Anak (SRA) di bidang Usaha Kesehatan Sekolah.
- b. Untuk memberikan sumbangan yang positif bagi pengembangan ilmu pengetahuan terutama PGPAUD.

### 2. Manfaat Praktis

#### a. Bagi Peneliti

Dapat memberikan ilmu pengetahuan dan wawasan dalam upaya mewujudkan Sekolah Ramah Anak (SRA) di bidang Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) melalui penggunaan buku riwayat kesehatan peserta didik.

#### b. Bagi Sekolah

- 1) Dapat memberikan evaluasi dan pengembangan tentang buku riwayat kesehatan peserta didik serta program-program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) untuk mewujudkan Sekolah Ramah Anak (SRA) agar lebih baik lagi.

- 2) Dapat menjadi acuan dalam penggunaan buku riwayat kesehatan peserta didik bagi sekolah lain.

#### **F. PENEGASAN ISTILAH**

Usaha Kesehatan Sekolah adalah segala usaha yang dilakukan untuk meningkatkan kesehatan anak usia sekolah pada setiap jalur, jenis dan jenjang pendidikan mulai dari TK/RA sampai SMA/SMK/MA/MAK (Notoatmojo, 2012: 131). UKS merupakan salah satu indikator yang dikembangkan dalam mewujudkan sekolah ramah anak (SRA). Salah satu bukti telah terlaksananya program layanan UKS adalah dengan adanya buku laporan pemeriksaan kesehatan peserta didik.

Buku riwayat kesehatan (*medical report*) adalah buku yang memuat semua hasil pemeriksaan kesehatan (Djojodibroto, 2003: 10). Sedangkan buku riwayat kesehatan peserta didik adalah buku yang memuat semua hasil pemeriksaan kesehatan peserta didik, baik pemeriksaan awal saat pendaftaran sampai pemeriksaan berkala yang dilakukan pada lembaga pendidikan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Buku Riwayat Kesehatan Peserta Didik**

##### **1. Pengertian Buku Riwayat Kesehatan Peserta Didik**

Riwayat kesehatan adalah ringkasan singkat dari permasalahan-permasalahan medis saat ini dan lampau, riwayat pengobatan, riwayat keluarga, riwayat sosial, dan ulasan sistem dari anak (Jones, 2008: 66). Tujuan dari riwayat kesehatan adalah untuk memperoleh informasi subyektif anak atau dengan kata lain, apa yang anak sampaikan mengenai kesehatannya, dan pengobatan yang pernah diperoleh. Data subyektif yang diperoleh digabungkan dengan pemeriksaan fisik obyektif dan data laboratorium untuk mengevaluasi status kesehatan anak saat ini.

Data riwayat kesehatan dapat diperoleh dari anak itu sendiri, anggota keluarga, teman, pemberi asuhan, atau penterjemah yang dapat digunakan sebagai sumber. Riwayat kesehatan untuk anak-anak mengikuti bentuk yang sama seperti halnya untuk anak dewasa, tetapi terdapat perbedaan dalam memperoleh informasi yang perlu dicatat. Salah satu perbedaan utama adalah informasi biasanya berasal dari orang tua atau wali anak. Orang tua dapat menjelaskan tingkah laku anak dalam hubungan dengan aktivitas, makan, dan postur tubuh (misalnya anak tidak bermain dan menarik-narik telinganya), serta mengenai pertumbuhan dan perkembangan anak.

Chamidah (2010: 68-69) dalam jurnal yang berjudul “Pendidikan Inklusif untuk Anak dengan Kebutuhan Kesehatan Khusus” juga menjelaskan bahwa sekolah yang menerima anak dengan kebutuhan kesehatan khusus juga harus memperhatikan riwayat kesehatan anak tersebut. Informasi tentang riwayat kesehatan anak yang perlu diketahui adalah riwayat anak sejak dalam kandungan hingga tahun-tahun terakhir sebelum masuk sekolah. Riwayat kesehatan secara lengkap perlu diketahui sebagai bahan pertimbangan untuk menentukan pembelajaran anak.

Riwayat masa kehamilan dan kelahiran meliputi perkembangan masa kehamilan, penyakit yang diderita ibu, usia di dalam kandungan, proses kelahiran, tempat kelahiran, penolong persalinan, gangguan pada saat proses kelahiran, berat badan bayi, panjang badan bayi, dan tanda-tanda kelainan pada bayi. Riwayat kesehatan masa balita sekurang-kurangnya mencakup informasi lama menyusu ibunya, usia akhir minum susu kaleng, kegiatan imunisasi, penimbangan, kualitas dan kuantitas makanan pada masa balita, dan kesulitan makan yang dialami.

Riwayat perkembangan anak juga penting untuk diketahui, baik itu perkembangan motorik kasar, motorik halus, bahasa, emosi, dan sosial. Riwayat penyakit yang diderita anak, terutama yang berkaitan dengan penyebab anak mempunyai kebutuhan khusus dapat berupa *resume* medis atau ringkasan riwayat penyakit anak dari dokter yang merawat. Dalam lingkungan instituti (misalnya rumah sakit atau asuhan jangka panjang),

riwayat kesehatan biasanya diambil oleh dokter atau perawat dan didokumentasikan dalam rekam medis anak.

SK Men PAN No.135 tahun 2002 menjelaskan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas anak, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada anak disarana pelayanan kesehatan (Rustiyanto, 2012: 6). Wijoyo (Budi, 2011: 2) mengartikan rekam medis sebagai keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesis, penentuan fisik laboratorium, diagnosis segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada anak dan pengobatan baik di rawat inap, rawat jalan, maupun yang didapatkan di rawat darurat.

Huffman (Budi, 2011: 2) juga mengartikan bahwa rekam medis adalah rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana, dan bagaimana pelayanan yang diberikan kepada anak selama masa perawatan, yang memuat pengetahuan mengenai anak dan pelayanan yang diperoleh serta memuat informasi cukup untuk mengidentifikasi anak, membenarkan diagnosis dan pengobatan serta merekam hasilnya. Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 juga menjelaskan bahwa berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien disebut dengan rekam medis (Rustiyanto, 2012: 5).

Peserta didik merupakan salah satu komponen yang sangat penting, karena tanpa ada komponen tersebut pendidikan berarti tidak ada.

Komponen peserta didik tidak dapat diganti dengan faktor-faktor yang lain, karena ia merupakan objek sekaligus subyek utama dari pendidikan. Syah (Syarbini, 2014: 54) menjelaskan bahwa peserta didik dalam arti sempit dapat diartikan sebagai anak yang belum dewasa yang tanggung jawabnya diserahkan kepada pendidik. Dalam perspektif pendidikan secara umum, bahwa yang disebut peserta didik adalah setiap orang atau sekelompok orang yang harus mendapatkan bimbingan, arahan, dan pengajaran dari proses pendidikan.

Terminologi peserta didik dalam Undang-Undang Sistem Pendidikan Nasional Tahun 2003 dinyatakan sebagai anggota masyarakat yang berusaha mengembangkan potensi diri melalui proses pembelajaran yang tersedia pada jalur, jenjang, dan jenis pendidikan tertentu. Syarbini (2014: 55) menyatakan bahwa peserta didik adalah mereka yang sedang berkembang, baik secara fisik maupun psikis. Pada jalur pendidikan formal, peserta didik biasanya disebut dengan murid, siswa, santri, dan mahasiswa.

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa buku riwayat kesehatan peserta didik merupakan bagian dari rekam medis yang dilakukan di lembaga pendidikan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk peserta didik lembaga tersebut. Buku riwayat kesehatan peserta didik adalah buku yang memuat semua hasil pemeriksaan kesehatan peserta didik, baik pemeriksaan awal saat pendaftaran sampai pemeriksaan berkala yang dilakukan pada lembaga pendidikan. Buku tersebut juga disebut sebagai *medical report* atau buku laporan kesehatan (Djojodibroto, 2003:10).

Buku riwayat kesehatan peserta didik dibuat untuk mengetahui status kesehatan peserta didik (apabila ada penyakit bisa diketahui sejak dini), dapat memantau perjalanan penyakit yang diderita, dan dapat mencegah timbulnya penyakit (Djojodibroto, 2003: 2). Menurut Depkes RI (Kurniawan, 2014: 8) tujuan rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Pembuatan rekam medis juga bertujuan untuk mendapatkan catatan atau dokumen yang akurat dan adekuat dari anak, mengenai kehidupan dan riwayat kesehatan, riwayat penyakit dimasa lalu dan sekarang, juga pengobatan yang telah diberikan sebagai upaya meningkatkan pelayanan kesehatan (Rustiyanto, 2012: 6).

Hatta G (Kurniawan, 2014: 9) menjelaskan tujuan rekam medis sering disingkat menjadi “ALFRED”, yaitu *Administratif, Legal, Financial, Research, Education, Documentation*. Adapun penjelasannya, sebagai berikut:

a. Aspek Administrasi (*Administration*)

Berkas rekam medis isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedik dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

b. Aspek Hukum (*Legal*)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan keadilan.

c. Aspek Keuangan (*Financial*)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang karena isinya mengandung data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan.

d. Aspek Penelitian (*Research*)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

e. Aspek Pendidikan (*Education*)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada anak, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/ referensi pengajaran dibidang profesi pendidikan kesehatan.

f. Aspek Dokumentasi (*Documentation*)

Berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi karena isinya menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

Sedangkan Rustiyanto (2012: 7) menguraikan kegunaan rekam medis secara umum, antara lain:

- a. Sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga ahlinya yang ikut andil dalam memberikan pelayanan pengobatan, perawatan kepada anak.

- b. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada anak.
- c. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit, dan pengobatan selama anak berkunjung/dirawat di rumah sakit.
- d. Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian, dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada anak.
- e. Melindungi kepentingan hukum bagi anak, rumah sakit, dokter, maupun tenaga kesehatan lainnya.
- f. Menyediakan data-data khususnya yang sangat berguna untuk penelitian dan pendidikan.
- g. Sebagai dasar didalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medik anak.
- h. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan.

## **2. Isi Buku Riwayat Kesehatan Peserta Didik**

Rekam medik adalah sumber yang paling penting dari diagnosis dan pengobatan yang baik. Tindakan medik yang dilakukan di rumah sakit maupun di tempat praktek pribadi tanpa didukung rekam medik, tidak dapat dipertanggung jawabkan dan merugikan pasien, rumah sakit maupun dokter sendiri. Menurut Djojodibroto (2003, 11-21) menjelaskan proses pencatatan buku hasil pemeriksaan kesehatan diperlukan data yang terdiri dari data pribadi, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium.

Isi rekam medis yaitu identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (pasal 1 ayat 1 Permenkes No. 269 tahun 2008 tentang rekam medis). Sibuea dan Frenkel (2007: 1) juga menjelaskan bagian utama rekam medik:

Bagian utama rekam medik ialah anamnesis, pemeriksaan jasmani atau pemeriksaan fisik, rencana pemeriksaan lanjutan, hasil dan kesimpulan pemeriksaan khusus, temuan dan diagnosis konsultan, diagnosis yang merawat, catatan tentang terapi dan obat yang diberikan, pembedahan, radiasi, fisioterapi dan juga tentang laporan perkembangan penyakit dari dokter, konsulen, dokter jaga dan perawat.

a. Anamnesis

Menurut Matondang (2003: 1) menyatakan bahwa anamnesis adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan wawancara. Anamnesis merupakan wawancara tentang tanggal dan tahun pemeriksaan, data pribadi anak (nama, umur, pekerjaan), keluhan utama/saat ini, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat keracunan, riwayat alergi, riwayat pendarahan, kebiasaan dan status ekonomi (Sibuea dan Frenkel, 2007: 7-13).

Anamnesis dapat dilakukan langsung kepada anak, yang disebut sebagai autoanamnesis, atau dilakukan terhadap orangtua, wali, orang yang dekat dengan anak, atau sumber lain termasuk semua keterangan dokter yang merujuk, catatan rekam medik, dan semua keterangan yang diperoleh selain dari anaknya sendiri, yang disebut *alloanamnesis*. Oleh karena bayi dan sebagian besar anak belum dapat memberikan

keterangan, maka dalam bidang kesehatan anak aloanamnesis menduduki tempat yang jauh lebih penting daripada *autoanamnesis*.

Anamnesis berperan penting dan sangat menentukan dalam pemeriksaan klinis. Anamnesis menjadi cara tercepat dan satu-satunya kunci menuju diagnosis, baik pada kasus-kasus dengan latar belakang faktor biomedis, psikososial, ataupun keduanya. Pada anak, sebagian besar data yang diperlukan untuk menegakkan diagnosis (diperkirakan tidak kurang dari 80%) diperoleh dari anamnesis. Dokter yang menangani juga harus memperhatikan seluruh aspek tumbuh kembang anak dan menempatkan anamnesis sebagai sarana untuk membina tumbuh kembang anak secara menyeluruh.

Sistematika yang lazim dilakukan dalam membuat anamnesis adalah memastikan identitas anak dengan lengkap, menanyakan keluhan utama, riwayat perjalanan penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat kehamilan ibu, riwayat kelahiran, riwayat makanan, imunisasi, riwayat tumbuh kembang, dan riwayat keluarga. Berdasarkan cara tersebut dapat diperoleh gambaran tentang anak, tidak hanya yang berkaitan dengan keadaan penyakitnya sekarang, tetapi juga status tumbuh kembang anak secara keseluruhan.

Jones (2008: 67-76) juga mengemukakan bahwa pengambilan riwayat kesehatan diperlukan data, sebagai berikut:

#### 1) Demografis Anak

Demografis anak atau dikenal dengan identitas anak menjadi bagian yang paling penting dalam anamnesis. Identitas anak diperlukan untuk memastikan bahwa yang diperiksa benar-benar anak yang dimaksud, dan tidak keliru dengan anak lain (Matondang, 2003:4). Identitas anak meliputi nama anak, alamat, nomor telepon, tanggal lahir, jenis kelamin, ras, status pernikahan dan apotek. Hal lain yang dapat dimasukkan adalah tempat lahir anak, asal etnis, dan pekerjaan.

#### 2) Keluhan Utama (*Chief Complaint/CC*)

Keluhan utama adalah pernyataan singkat dari mengapa anak mencari asuhan. Cara terbaik untuk mengeluarkan keluhan utama adalah menggunakan pertanyaan terbuka (misalnya: "Apa yang dapat saya lakukan untuk anda hari ini?"). Perlu diperhatikan bahwa keluhan utama tidak selalu merupakan keluhan yang pertama disampaikan oleh orangtua anak; hal ini terutama pada orangtua yang pendidikannya rendah, yang kurang dapat mengemukakan esensi masalah dan keluhan pertama juga tidak harus sejalan dengan diagnosis utama (Matondang, 2003: 7).

### 3) Riwayat penyakit sekarang (*History of Present Illness/HPI*)

Riwayat penyakit sekarang merupakan suatu deskripsi mendalam dan pengembangan dari keluhan utama. Deskripsi dari gejala-gejala anak direkam dalam urutan yang seksama dan kronologis. Riwayat penyakit sekarang juga harus meliputi setiap informasi “negatif” yang berhubungan, termasuk gejala-gejala sekunder yang tidak dialami anak (misalnya: anak mengalami nyeri tenggorokan, hidung tersumbat, dan bersin tetapi tidak mengalami demam atau batuk berdarah).

### 4) Riwayat Penyakit Dahulu (*Past Medical History/PMH*)

Riwayat penyakit dahulu meliputi deskripsi singkat dari permasalahan-permasalahan medis anak di masa lampau, yang mungkin berhubungan ataupun tidak dengan kondisi medis anak saat ini. Riwayat masuk rumah sakit, prosedur pembedahan, kecelakaan, cedera, dan obstetrik (untuk wanita) juga dimasukkan bersama dengan perkiraan tanggal dan durasi (jika diketahui).

### 5) Riwayat Keluarga

Riwayat keluarga merupakan sinopsis singkat dari ada atau tidaknya penyakit dalam keluarga tingkat pertama anak (yaitu: orang tua, saudara kandung, dan anak-anak). Data-data ini umumnya meliputi status (meninggal atau masih hidup), penyebab kematian, usia saat meninggal, dan permasalahan-permasalahan saat ini dari anggota keluarga yang masih hidup. Secara spesifik, riwayat keluarga

dari penyakit jantung, tekanan darah tinggi, kadar kolesterol tinggi, diabetes, kanker, osteoporosis, alkoholisme, dan penyakit kejiwaan harus didokumentasikan karena kondisi-kondisi ini dapat mempengaruhi resiko anak terhadap penyakit-penyakit di masa mendatang atau mempengaruhi diagnosis dokter terhadap permasalahan medis anak saat ini.

#### 6) Riwayat Sosial

Gaya hidup anak didokumentasikan dalam riwayat sosial, yang berisi penggunaan alkohol, tembakau, dan obat-obatan terlarang sebagaimana juga nutrisi dan olahraga mereka. Pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, dan kondisi-kondisi kehidupan anak juga dapat dimasukkan.

#### 7) Kajian Sistem Organ (*Review of Systems*)

Kajian sistem organ merupakan pengkajian/penjelasan secara umum mengenai gejala-gejala pada anak untuk setiap sistem organ tubuh. Pertanyaan untuk memperoleh informasi ini umumnya adalah pertanyaan tertutup dan menanyakan mengenai kejadian dari gejala-gejala yang umum terkait pada sistem organ. Urutan bertanya mengikuti format dari kepala hingga ujung kaki.

#### 8) Riwayat Pengobatan

Data yang harus diperoleh untuk riwayat pengobatan meliputi obat-obat resep dan bebas yang sedang berjalan dan masa lalu, alergi, reaksi obat yang berlawanan, dan kepatuhan terhadap pengobatan.

Pada semua pasien (anak), *anamnesis* tidak terbatas pada masalah yang berhubungan dengan penyakit sekarang, melainkan juga harus mencakup riwayat pasien sejak dalam kandungan ibu sampai saat dilakukan wawancara, selain diperoleh riwayat yang rinci dan sistematis tentang penyakit sekarang, juga harus tergambar status kesehatan dan status tumbuh kembang anak secara keseluruhan (Matondang, 2003: 17).

Matondang (2003: 12-17) menambahkan beberapa hal yang perlu diketahui dalam menangani anak-anak, antara lain:

1) Riwayat Kehamilan Ibu

Hal yang perlu ditanyakan adalah keadaan kesehatan ibu selama hamil, ada atau tidaknya penyakit, serta upaya yang dilakukan untuk mengatasi penyakit tersebut.

2) Riwayat Kelahiran

Hal-hal yang perlu ditanyakan adalah tanggal dan tempat kelahiran, berat dan panjang badan lahir, siapa yang menolong, cara kelahiran, adanya kehamilan ganda, keadaan segera setelah lahir, dan morbiditas pada hari-hari pertama setelah lahir. Morbiditas yang berhubungan dengan kelahiran dan selama masa neonatus perlu ditanyakan termasuk asfiksia, trauma lahir, infeksi intrapartum, ikterus dan yang mungkin berhubungan dengan masalah yang dihadapi sekarang.

### 3) Riwayat Makanan

Pada anamnesis tentang riwayat makanan diharapkan dapat diperoleh keterangan tentang makanan yang dikonsumsi oleh anak, baik dalam jangka pendek (beberapa waktu sebelum sakit), maupun jangka panjang (sejak bayi). Riwayat makanan tersebut dinilai apakah kualitas dan kuantitasnya adekuat, yaitu memenuhi angka kecukupan gizi (AKG) yang dianjurkan.

Pada hakikatnya anamnesis tentang ambilan makanan ini merupakan analisis makanan secara kasar. Hasil analisis ini berperan terutama pada kasus kelainan gizi dan gangguan tumbuh-kembang, serta harus digabungkan dengan data lain yaitu hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, dan antropometris, sehingga akhirnya dapat disimpulkan status nutrisi anak secara lebih akurat.

### 4) Riwayat Imunisasi

Status imunisasi anak, baik umunisasi dasar maupun imunisasi ulangan harus secara rutin ditanyakan, khususnya imunisasi BCG, DPT, Polio, Campak, dan Hepatitis-B. Imunisasi lain seperti tipa, MMR, hepatitis A, dan Hib juga perlu ditanyakan, lengkapi dengan tanggal dan tempat imunisasi diberikan. Informasi tentang imunisasi juga dapat dipakai sebagai umpan-balik tentang perlindungan pediatrik yang diberikan (misalnya terdapatnya kasus difteria pada anak yang sudah menerima imunisasi DPT sesuai dengan yang

dianjurkan, atau anak yang menderita tuberkulosis padahal sudah mendapatkan imunisasi BCG).

#### 5) Riwayat Pertumbuhan

Status pertumbuhan anak terutama pada usia balita dapat ditelaah dari kurva berat badan terhadap umur dan panjang badan terhadap umur. Data ini dapat diperoleh dari Kartu Menuju Sehat (KMS) atau kartu pemeriksaan kesehatan lainnya. Kurva panjang/tinggi badan anak menggambarkan status pertumbuhan yang sebenarnya. Dari pola kurva tersebut dapat dideteksi terdapatnya riwayat penyakit kronik, MEP (malnutrisi energi protein), penyakit endokrinologis dan lain-lainnya.

Pada anak balita, khususnya bayi, kurva berat badan sangat penting diketahui karena sering mencerminkan riwayat kesehatan anak. Berat badan anak balita mudah sekali turun apabila terjadi krisis pada anak pada aspek fisik maupun aspek psikososial (menderita penyakit, mulai menderita kurang gizi, deprivasi kasih sayang, dan sebagainya). Penilaian kurva berat dan panjang badan hendaklah disepadankan dengan riwayat penyakit yang pernah diderita dan riwayat makanan anak.

#### 6) Riwayat Perkembangan

Status perkembangan anak perlu ditelaah secara rinci untuk mengetahui apakah semua tahapan perkembangan dilalui dengan mulus atau terdapat penyimpangan. Pemisahan dengan ibu dalam

waktu lama, penempatan anak dalam suatu panti, rawat inap di rumah sakit tanpa kehadiran ibu, atau perawatan anak dengan penyakit kronik sering menyebabkan kelainan perkembangan.

Pada anak balita perlu ditanyakan beberapa patokan perkembangan dibidang motorik kasar, motorik halus, sosial emosi, kognitif dan bahasa. Dalam menilai riwayat perkembangan perlu pula ditanya ada atau tidaknya kelainan tingkah laku dan emosi. Keadaan-keadaan tersebut tidak jarang mempunyai latar belakang emosi murni maupun berlatar belakang organik.

#### 7) Corak Reproduksi Ibu

Tumbuh kembang, kesehatan, penyebab kesakitan dan kematian anak sangat erat berhubungan dengan corak reproduksi ibu, yaitu umur ibu pada saat hamil, jarak kelahiran, dan jumlah kelahiran. Corak reproduksi ibu merupakan salah satu determinan penting status kesehatan ibu. Ibu dengan corak reproduksi yang kurang baik (misalnya melahirkan di luar kurun usia optimal untuk melahirkan, jarak kelahiran yang terlalu dekat, atau jumlah kelahiran yang terlalu banyak) akan kurang baiknya kesehatannya dan kurang mampu menciptakan suasana pengasuhan anak yang baik. Hal ini akan mempengaruhi pola kesakitan dan kematian anak. Jarak kelahiran yang dekat serta paritas yang tinggi sering berhubungan dengan malnutrisi energi protein (MEP), infeksi berulang (diare dan infeksi saluran napas), serta kelahiran bayi berat lahir rendah (BBLR). Ibu

perokok, peminum alkohol, atau umur ibu yang lanjut saat hamil dapat berhubungan dengan beberapa jenis kelainan kongenital, misalnya *down sindrom*.

#### 8) Data Perumahan

Data perumahan ini diperlukan untuk lebih mendapatkan gambaran keadaan anak dalam lingkungannya sehari-hari. Hal ini perlu untuk menentukan pola pendekatan, baik menegakkan diagnosis maupun penatalaksanaan keadaan sakitnya secara tuntas. Dari data ini dapat diketahui apa keluarga anak termasuk keluarga batih (keluarga inti) atukah keluarga besar yang masing-masing mempunyai implikasi dalam praktek pengasuhan anak.

#### b. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik bertujuan untuk memperoleh informasi yang akurat tentang keadaan fisik anak (Matondang, 2003: 35). Pemeriksaan dilakukan pada seluruh tubuh dari ujung rambut sampai ujung kaki, namun tidak harus dengan urutan tertentu. Berdasarkan petunjuk teknis penjangkaran kesehatan peserta didik bahwa penjangkaran dilakukan satu tahun sekali pada awal tahun pelajaran (DIRJENBINKESMAS, 2010: 3). Cara pemeriksaan fisik pada bayi dan anak pada umumnya sama dengan cara pemeriksaan pada orang dewasa, yaitu dimulai dengan inspeksi (periksa lihat), palpasi (periksa raba), perkusi (periksa ketuk), dan auskultasi (periksa dengar) (Matondang, 2003: 18).

Inspeksi dapat dibagi menjadi inspeksi umum dan inspeksi lokal. Pada inspeksi umum pemeriksa melihat perubahan yang terjadi secara umum, sehingga dapat diperoleh keadaan umum anak. Pada inspeksi lokal, dilihat perubahan-perubahan lokal sampai yang sekecil-kecilnya. Palpasi yakni pemeriksaan dengan meraba menggunakan telapak tangan dan memanfaatkan alat peraba yang terdapat pada telapak dan jari tangan.

Palpasi dapat menentukan bentuk, besar, tepi, permukaan serta konsistensi organ. Ukuran organ dapat dinyatakan dengan besaran yang sudah dikenal secara umum misalnya bola pingpong atau telur ayam, tetapi lebih dianjurkan untuk menyatakannya dalam ukuran, misalnya sentimeter. Permukaan organ dinyatakan apakah rata atau berbenjol-benjol; konsistensi organ dinyatakan dengan lunak, keras, kenyal, kistik atau berfluktuasi, sedangkan tepi organ dinyatakan sebagai tajam atau tumpul. Pada palpasi abdomen, untuk mengurangi ketegangan dinding abdomen dilakukan fleksi pada sendi panggul dan sendi lutut; abdomen diraba dengan telapak tangan mendatar dengan jari-jari II, III, dan IV yang merapat.

Perkusi bertujuan untuk mengetahui perbedaan suara ketuk sehingga dapat ditentukan batas-batas suatu organ misalnya paru, jantung, dan hati, atau mengetahui batas-batas massa yang abnormal di rongga abdomen. Perkusi dapat dilakukan secara langsung dengan mengetukkan ujung jari II atau III langsung pada daerah yang diperkusi.

Cara ini sulit, memerlukan banyak latihan dan jarang dilakukan, kecuali untuk perkusi kepala.

Cara yang lazim dikerjakan adalah perkusi tidak langsung. Pada cara ini jari II atau III tangan kiri diletakkan lurus pada bagian tubuh yang diperiksa, sedangkan jari-jari lainnya tidak menyentuh tubuh. Jari ini dipakai sebagai landasan untuk mengetuk. Ketuklah jari tersebut pada falang bagian distal, proksimal dari kuku, dengan jari II atau III tangan kanan yang membengkok. Ketukan dilakukan demikian rupa sehingga engsel pergerakan terletak pada pergelangan tangan, bukan pada siku.

Pemeriksaan perkusi dilakukan pada pemeriksaan dada, abdomen, dan kepala. Perkusi dada bayi dan anak tidak boleh dilakukan terlalu keras karena dinding toraks bayi dan anak masih tipis, maka ketukan yang keras dapat menyebabkan vibrasi serta resonansi daerah lain seperti daerah redup dan pekak setempat tidak terdeteksi. Pada bayi dan anak kecil urutan pemeriksaan tidak harus menurut standar, misalnya pemeriksaan abdomen didahulukan dari pemeriksaan dada, tergantung dari keadaan.

UNNES  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan menggunakan stetoskop.

Cara auskultasi dapat didengar suara pernapasan, bunyi dan bisung jantung, peristaltik usus dan aliran darah dalam pembuluh darah. Stetoskop yang dianjurkan adalah stetoskop binaural. Suara yang terdengar pada auskultrasi adalah akibat getaran benda padat, cair atau gas yang berfrekuensi antara 15 sampai 20.000/detik.

Djojodibroto (2003: 33-53) menyebutkan bahwa pemeriksaan fisik berkaitan dengan tinggi badan, berat badan, kulit dan rambut, selaput lendir (mulut, kelopak mata dan gusi), jari dan kuku, pemeriksaan mata, pemeriksaan THT, pemeriksaan mulut, sistem pembuluh darah dan jantung, pemeriksaan suhu, anggota gerak, pemeriksaan refleks, pemeriksaan dada dan abdomen, pemeriksaan genitalia dan anorektal.

Kegiatan penjangkaran kesehatan peserta didik meliputi pemeriksaan keadaan umum, pengukuran tekanan darah dan denyut nadi, penilaian status gizi, pemeriksaan gigi dan mulut, pemeriksaan indera (penglihatan, pendengaran), pemeriksaan laboratorium, pengukuran kesehatan jasmani dan deteksi dini penyimpangan mental emosional (DIRJENBINKESMAS, 2010: 5).

Matondang (2003: 22-34) juga menjelaskan pemeriksaan umum yang dilakukan pada pemeriksaan fisik, antara lain:

#### 1) Keadaan Umum

Penilaian keadaan umum akan diperoleh kesan apakah anak dalam keadaan distres akut yang memerlukan pertolongan segera, ataukah anak dalam keadaan relatif stabil sehingga pertolongan dapat diberikan setelah dilakukan pemeriksaan fisik yang lengkap. Hal pertama yang harus dinilai dari keadaan umum anak adalah kesan keadaan sakit, apakah anak tidak tampak sakit, sakit ringan, sakit sedang, ataukah sakit berat. Perlu ditekankan bahwa kesan keadaan

sakit tidak selalu identik dengan serius atau tidaknya penyakit yang diderita.

Perhatikan pula fasies anak, yaitu ekspresi wajah anak dan kadang-kadang dapat memberikan informasi tentang keadaan klinisnya. Posisi anak serta aktivitasnya perlu dinilai dengan baik; apakah anak datang berjalan, duduk, tiduran aktif, tiduran pasif, ataukah mengambil abnormal tertentu. Hal kedua yang dinilai dari keadaan umum anak adalah kesadaran anak, status mental dan perilaku anak, apakah tampak gembira, tenang, koperatif, ketakutan, agresif, hiperaktif, gaduh-gelisah, murung, atau cengeng.

Hal ketiga yang perlu diperiksa dari keadaan umum adalah status gizi/nutrisi. Suhardjo (Zulaikhah, 2010: 20) mengatakan bahwa status gizi yaitu keadaan kesehatan individu-individu atau kelompok yang ditentukan derajat kebutuhan fisik akan energi dan zat-zat gizi lain yang diperoleh dari pangan dan makanan yang dampak fisiknya diukur secara antropometri. Menurut Soekirman (Zulaikhah, 2010: 20-22) faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi dibagi menjadi dua yaitu secara langsung dan tidak langsung. Faktor secara langsung disebabkan oleh konsumsi pangan dan penyakit infeksi (diare dan infeksi saluran pernafasan akut). Faktor secara tidak langsung disebabkan pola asuh gizi, psikologi, genetik dan pelayanan kesehatan.

Menurut Soekirman (Zulaikhah, 2010: 22-23) status gizi anak balita dibedakan menjadi tiga, yaitu status gizi baik, status gizi lebih, dan status gizi kurang. Status gizi baik yaitu keadaan tubuh dengan asupan zat gizi sesuai dengan kebutuhan aktivitas tubuh. Ciri-ciri anak berstatus gizi baik dan sehat adalah tumbuh dengan normal, tingkat perkembangannya sesuai dengan tingkat umurnya, mata bersih dan bersinar, bibir dan lidah tampak segar, nafsu makan baik, kulit dan rambut tampak bersih dan tidak kering, dan mudah menyesuaikan diri dengan lingkungan.

Status gizi lebih adalah suatu keadaan karena kelebihan konsumsi pangan. Keadaan ini berkaitan dengan kelebihan energi dalam konsumsi pangan yang relatif lebih besar dari penggunaan yang dibutuhkan untuk aktivitas tubuh. Status gizi kurang atau gizi buruk terjadi karena tubuh kekurangan satu atau beberapa zat gizi yang diperlukan. Beberapa hal yang menyebabkan tubuh kekurangan zat gizi adalah karena makanan yang dikonsumsi kurang atau mutunya rendah atau bahkan keduanya.

Penilaian status gizi secara klinis dilakukan terutama dengan inspeksi dan palpasi (Matondang, 2003: 25). Pada inspeksi secara umum dapat dilihat bagaimana proporsi atau postur tubuhnya (kurus atau gemuk) atau apakah ada kelainan yang menyebabkan proporsi tubuh berubah. Tulang-belulang yang menonjol, kulit keriput, abdomen yang membuncit atau cekung serta otot yang hipotrofik

merupakan sebagian tanda malnutrisi. Penilaian status gizi dilengkapi dengan data antropometrik serta hasil pemeriksaan laboratorium. Penilaian status gizi yang berdasarkan anamnesis (riwayat makanan), pemeriksaan fisik, data antropometris, dan hasil pemeriksaan laboratorium akan memberikan hasil yang akurat.

Menurut Adriyanto (Zulaikhah, 2010: 23-25) untuk penilaian status gizi sering menggunakan ukuran antropometrik yang dibedakan menjadi dua kelompok yang meliputi tergantung umur (berat badan (BB) terhadap umur, tinggi badan (TB) terhadap umur, lingkar kepala (LK) terhadap umur, lingkar lengan atas (LLA) terhadap umur) dan tidak tergantung umur (BB terhadap TB dan LLA terhadap TB).

## 2) Tanda Vital

Pemeriksaan tanda vital mencakup pemeriksaan nadi, tekanan darah, pernapasan, dan suhu. Pemeriksaan nadi harus mencakup frekuensi atau laju nadi, irama, kualitas nadi, dan ekualitas nadi. Pemeriksaan pernapasan pasien juga harus mencakup laju pernapasan, irama dan keteraturan, kedalaman, dan tipe pola pernapasan.

## 3) Data Antropometrik

Data antropometrik adalah data mengenai berat badan (BB), tinggi badan (TB), lingkar lengan atas (LILA), dan lingkar kepala (LK). Berat badan merupakan salah satu ukuran yang memberikan gambaran massa jaringan dan cairan tubuh. Berat badan sangat peka terhadap perubahan yang mendadak, baik karena penyakit infeksi

maupun konsumsi makanan yang menurun. Tinggi badan memberikan gambaran fungsi pertumbuhan yang dilihat dari keadaan kurus kering dan kecil pendek. Tinggi badan sangat baik untuk melihat keadaan gizi masa lalu terutama yang berkaitan dengan keadaan berat badan lahir rendah dan kurang gizi pada masa sebelumnya.

Pemantauan pertumbuhan dilakukan pada anak usia 0 (nol) sampai 72 (tujuh puluh dua) bulan melalui penimbangan berat badan setiap bulan dan pengukuran tinggi badan setiap 3 (tiga) bulan serta pengukuran lingkar kepala sesuai jadwal (Pasal 5 ayat 1 PERMENKES No. 66 tentang Pemantauan Tumbuh Kembang Anak). pasal 4 ayat 2 PERMENKES No. 66 Tahun 2014 tentang Pemantauan Tumbuh Kembang Anak juga menyatakan bahwa pemantauan pertumbuhan, perkembangan, dan gangguan tumbuh kembang anak di taman kanak-kanak diselenggarakan oleh guru taman kanak-kanak bekerjasama dengan orang tua anak didik dan tenaga kesehatan. Puskesmas sebagai organisasi fungsional kesehatan di tingkat pelayanan dasar bertanggung jawab dalam pelaksanaan penjangkaran kesehatan peserta didik di wilayah kerjanya (DINJENBINKESMAS, 2010: 3).

c. Pemeriksaan Laboratorium

Pembicaraan tentang pemeriksaan laboratorium antara lain pemeriksaan darah hematologi, pemeriksaan darah biokimia, pemeriksaan urin, pemeriksaan tinja, pemeriksaan imunologi/serologi,

dan pemeriksaan dahak (Djojodibroto, 2003:54-70). Selain itu dijelaskan pula pembicaraan tentang pemeriksaan khusus, yaitu pemeriksaan radiologi, pemeriksaan mammografi, pemeriksaan EKG, pemeriksaan fungsi paru, pemeriksaan USG, dan pemeriksaan Pap's smear (Djojodibroto, 2003:71-73).

Menurut pasal 5 ayat 4 Permenkes No. 269 tahun 2008 tentang rekam medis menyatakan bahwa setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung.

## **B. Sekolah Ramah Anak**

### **1. Pengertian Sekolah Ramah Anak**

Sekolah Ramah Anak (SRA) merupakan salah satu indikator Kabupaten/ Kota Layak Anak (KLA) yaitu kabupaten/kota yang mempunyai sistem pembangunan berbasis hak anak melalui pengintegrasian komitmen dan sumber daya pemerintah, masyarakat dan dunia usaha yang terencana secara menyeluruh dan berkelanjutan dalam kebijakan, program dan kegiatan untuk menjamin terpenuhinya hak anak.

Hal tersebut telah diatur dalam Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Nomor 12 Tahun 2011 tentang Indikator Kabupaten/Kota Layak Anak Pasal 11 bahwa indikator untuk klaster pendidikan, pemanfaatan waktu luang, dan kegiatan budaya meliputi: 1) angka partisipasi pendidikan anak usia dini; 2) presentase wajib belajar pendidikan 12 (duabelas) tahun; 3) presentase sekolah ramah anak;

4) jumlah sekolah yang memiliki program, sarana dan prasarana perjalanan anak ke dan dari sekolah; 5) tersedia fasilitas untuk kegiatan kreatif dan rekreatif yang ramah anak, di luar sekolah, yang dapat diakses semua anak.

Asisten Deputi Pemenuhan Hak Pendidikan Anak Deputi Bidang Tumbuh Kembang Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (2014: 8) menyatakan bahwa Sekolah Ramah Anak (SRA) adalah satuan pendidikan yang mampu menjamin, memenuhi, menghargai hak-hak anak, dan perlindungan anak dari kekerasan, diskriminasi, dan perlakuan salah lainnya serta mendukung partisipasi anak terutama dalam perencanaan, kebijakan, pembelajaran, dan mekanisme pengaduan.

Dalam penelitian ini, peneliti lebih fokus pada sekolah ramah anak di bidang kesehatan yang artinya sekolah tersebut juga memperhatikan dan memberikan pelayanan kesehatan untuk peserta didiknya. Sebagaimana pasal 4 UU No. 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak yang menyatakan bahwa setiap anak berhak untuk dapat hidup, tumbuh, berkembang, dan berpartisipasi secara wajar sesuai dengan harkat dan martabat kemanusiaan, serta mendapat perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

Setiap anak juga berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan jaminan sosial sesuai dengan kebutuhan fisik, mental, spiritual, dan sosial (pasal 8 UU No.23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak). Hak anak untuk tumbuh, berkembang dan memperoleh pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan menjadi hak dasar yang harus terpenuhi. Pemenuhan hak dasar

tersebut selain dari pihak keluarga juga diperlukan kerjasama dari pihak sekolah.

Berdasarkan jurnal Kristanto dan Khasanah dkk (2011: 43) yang berjudul “Identifikasi Model Sekolah Ramah Anak (SRA) Jenjang Satuan Pendidikan Anak Usia Dini Se-Kecamatan Semarang Selatan” menjelaskan bahwa sekolah ramah anak adalah sekolah yang terbuka melibatkan anak untuk berpartisipasi dalam kehidupan sosial, serta mendorong tumbuh kembang dan kesejahteraan anak. Jurnal ini membahas tentang konsep sekolah ramah anak yang meliputi sikap terhadap murid, metode pembelajaran, penataan kelas dan lingkungan yang sehat yang saling berhubungan dalam mewujudkan sekolah ramah anak pada jenjang satuan Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD).

## **2. Prinsip-prinsip dan Indikator Sekolah Ramah Anak**

Prinsip-prinsip dalam pengembangan Sekolah Ramah Anak (Asisten Deputi Pemenuhan Hak Pendidikan Anak Deputi Bidang Tumbuh Kembang Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, 2014: 11-12), antara lain:

- a. Non diskriminasi yaitu menjamin kesempatan setiap anak untuk menikmati hak anak untuk pendidikan tanpa diskriminasi atas gender, suku bangsa, agama, dan latar belakang orang tua;
- b. Kepentingan terbaik bagi anak yaitu dinilai dan diambil sebagai pertimbangan utama dalam keputusan dan tindakan yang diambil oleh pengelola dan penyelenggara pendidikan;

- c. Hidup, kelangsungan hidup, dan perkembangan yaitu menciptakan lingkungan yang menghormati martabat anak dan menjamin pengembangan holistik dan terintegrasi setiap anak;
- d. Penghormatan terhadap pandangan anak yaitu mencakup penghormatan atas hak anak untuk mengekspresikan pandangan dalam segala hal yang mempengaruhi anak di lingkungan sekolah;
- e. Pengelolaan yang baik, yaitu menjamin transparansi, akuntabilitas, partisipasi, keterbukaan informasi, dan supremasi hukum di satuan pendidikan.

Senowarsito dan Ulumudin (Risminawati, 2015) sekolah ramah anak juga diformasikan dalam pendidikan ramah anak, yaitu pendidikan yang berdasarkan prinsip 3P dalam proses pembelajarannya. Prinsip 3P tersebut diantaranya pertama ialah provisi yang memiliki arti ketersediaannya kebutuhan anak seperti cinta/kasih sayang, makanan, kesehatan, pendidikan dan rekreasi. Prinsip yang kedua ialah proteksi yang memiliki arti perlindungan terhadap anak dari ancaman, diskriminasi, hukuman, salah perlakuan dan segala bentuk pelecehan serta kebijakan yang kurang tepat. Prinsip terakhir ialah partisipasi. Partisipasi ini ialah hak untuk bertindak yang digunakan siswa untuk mengungkapkan kebebasan berpendapat, bertanya, berargumentasi, berperan aktif di kelas dan di sekolah.

Prinsip lain yang dapat diterapkan dalam mengembangkan sekolah ramah anak (Kristanto, 2011: 48-49), antara lain:

- a. Sekolah dituntut untuk mampu menghadirkan dirinya sebagai sebuah media, tidak sekedar tempat yang menyenangkan bagi anak untuk belajar.
- b. Dunia anak adalah “bermain”. Dalam bermain itulah sesungguhnya anak melakukan proses belajar dan bekerja. Sekolah merupakan tempat bermain yang memperkenalkan persaingan yang sehat dalam sebuah proses belajar-mengajar.
- c. Sekolah perlu menciptakan ruang bagi anak untuk berbicara mengenai nilai-nilai positif. Tujuannya agar terjadi dialektika antara nilai yang diberikan oleh pendidikan kepada anak.
- d. Para pendidik tidak perlu merasa terancam dengan penilaian peserta didik karena pada dasarnya nilai tidak menambah realitas atau substansi para obyek, melainkan hanya nilai. Nilai bukan merupakan benda atau unsur dari benda, melainkan sifat, kualitas, sugeneris yang dimiliki obyek tertentu yang dikatakan “baik”.
- e. Hasil pertemuan dapat menjadi bahan refleksi dalam sebuah materi pelajaran yang disampaikan di kelas. Cara ini merupakan siasat bagi pendidik untuk mengetahui kondisi anak karena disebagian masyarakat, anak dianggap investasi keluarga, sebagai jaminan tempat bergantung di hari tua.

Sekolah Ramah Anak juga memiliki indikator yang harus dipenuhi (Asisten Deputi Pemenuhan Hak Pendidikan Anak Deputi Bidang Tumbuh

Kembang Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, 2014: 14), antara lain:

1) Kebijakan SRA

- a) Memenuhi Standar Pelayanan Minimal di Satuan Pendidikan;
- b) Memiliki kebijakan anti kekerasan (sesama siswa, tenaga pendidik dan kependidikan, termasuk pegawai sekolah lainnya);
- c) Kode Etik Penyelenggaraan Satuan Pendidikan;
- d) Penegakan Disiplin dengan Non Kekerasan.

2) Program dan Fasilitas Kesehatan di Satuan Pendidikan

- a) Memiliki program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)
- b) Memiliki toilet dan kamar mandi siswa yang memenuhi persyaratan kesehatan, keselamatan, kemudahan termasuk kelayakan bagi disabilitas, kenyamanan, dan keamanan, serta terpisah antara peserta didik laki-laki dan perempuan (terdapat kotak sampah/tempat pembuangan pembalut, tersedia pembalut wanita) dengan air yang bersih dan cukup.
- c) Menerapkan Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS).
- d) Sekolah Adiwiyata.
- e) Kantin Sehat.

3) Lingkungan dan infrastruktur yang aman, nyaman, sehat, dan bersih, serta aksesibel yang memenuhi SNI konstruksi dan bangunan.

4) Partisipasi Anak

- a) Perencanaan

- b) Kebijakan dan tata tertib
  - c) Pembelajaran
  - d) Pengaduan
  - e) Pemantauan dan evaluasi
- 5) Penanaman Nilai-Nilai Luhur dan Seni budaya
  - 6) Pendidik dan Tenaga Kependidikan terlatih KHA
  - 7) Program Keselamatan dari rumah dan/atau di Satuan Pendidikan
  - 8) Peran Serta Masyarakat dan Dunia Usaha di Satuan Pendidikan

Indikator lain dari sekolah ramah anak, antara lain inklusif secara proaktif; sehat, aman, dan protektif; partisipasi masyarakat; efektif dan berpusat pada anak; dan kesetaraan *gender* (Kusdaryani, 2016: 127).

## **C. Usaha Kesehatan Sekolah**

### **1. Pengertian Usaha Kesehatan Sekolah**

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) adalah upaya membina dan mengembangkan kebiasaan hidup sehat yang dilakukan secara terpadu melalui program pendidikan dan pelayanan kesehatan di sekolah (Mubarak, 2009: 62). Notoatmodjo (2012: 131) juga mengartikan Usaha Kesehatan Sekolah adalah segala usaha yang dilakukan untuk meningkatkan kesehatan anak usia sekolah pada setiap jalur, jenis dan jenjang pendidikan mulai dari TK/RA sampai SMA/SMK/MA/MAK.

Pada Kepmenkes No. 1457 Tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan di kabupaten/kota, UKS merupakan salah satu program yang telah ditetapkan SPM-nya, sehingga UKS merupakan

salah satu program yang wajib dilaksanakan di kabupaten/kota di seluruh Indonesia. UKS menjadi salah satu bentuk promosi kesehatan di sekolah sebagai salah satu upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang ditujukan kepada peserta didik (usia sekolah), yang merupakan salah satu mata rantai yang penting dalam meningkatkan kualitas penduduk.

Pentingnya program UKS juga ditegaskan dalam jurnal yang ditulis oleh Mukminin dan Tasu'ah (2015: 70) yang mengatakan bahwa program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) merupakan salah satu program yang sangat besar perannya dalam membantu meningkatkan derajat kesehatan dan kualitas pendidikan di Indonesia. Menurut UU No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan menyatakan bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Pembukaan UUD 1945 (Notoatmodjo, 2012: 126).

Pasal 78 UU No. 36 Tahun 2009 juga menegaskan bahwa kesehatan sekolah diselenggarakan untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat sehingga peserta didik dapat belajar, tumbuh, dan berkembang secara harmonis dan setinggi-tingginya menjadi sumber daya manusia yang berkualitas (Notoatmodjo, 2012: 126). Hanim (2005: 1) juga menjelaskan UKS merupakan upaya pelayanan kesehatan yang terdapat di sekolah yang bertujuan menangani anak didik yang mengalami kecelakaan ringan (upaya pertolongan pertama pada kecelakaan/P3K), melayani kesehatan dasar bagi

anak didik selama sekolah (pemberian imunisasi), memantau pertumbuhan dan status gizi anak didik.

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) memiliki tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum UKS adalah untuk meningkatkan mutu pendidikan dan prestasi belajar peserta didik dengan meningkatkan kemampuan hidup sehat, derajat kesehatan peserta didik serta menciptakan lingkungan sehat, sehingga memungkinkan pertumbuhan dan perkembangan yang optimal dalam rangka pembentukan manusia Indonesia seutuhnya (Notoatmodjo, 2012: 132).

Tujuan khusus UKS adalah a) memiliki pengetahuan, sikap, keterampilan, dan berpartisipasi aktif untuk melaksanakan prinsip hidup sehat; b) meningkatkan kesehatan peserta didik baik fisik, mental, maupun sosial; c) menurunkan angka kesakitan anak sekolah. Tujuan umum dan khusus tersebut dapat tercapai apabila tepat sasaran.

Sasaran UKS menurut Mubarak (2009: 63) adalah seluruh peserta didik dari tingkat pendidikan prasekolah, pendidikan dasar, pendidikan menengah pertama, pendidikan menengah atas, pendidikan kejuruan, pondok pesantren, dan pendidikan khusus (sekolah luar biasa). Kemendikbud (2014: 4-5) juga menjelaskan sasaran pembinaan UKS, antara lain peserta didik, pendidik dan tenaga kependidikan, tenaga kesehatan, sarana dan prasarana pendidikan serta pelayanan kesehatan, dan lingkungan baik lingkungan sekolah, lingkungan keluarga, maupun lingkungan masyarakat sekitar sekolah.

## 2. Program Usaha Kesehatan Sekolah

Program UKS mencakup tiga kegiatan utama yang sering disebut dengan Trias UKS. Mubarak (2009: 63) menjelaskan bahwa Trias UKS terdiri atas:

- a. Pendidikan kesehatan, yaitu upaya pendidikan kesehatan yang dilaksanakan sesuai dengan kurikulum sekolah.
- b. Pelayanan kesehatan, yaitu upaya kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan peserta didik.
- c. Pembinaan lingkungan sekolah yang sehat, yaitu gabungan antara upaya pendidikan dan upaya kesehatan untuk dapat diterapkan dalam lingkungan sekolah serta kehidupan sehari-hari pada peserta didik.

Notoatmodjo (2012: 133-134) juga menjelaskan ruang lingkup yang tercermin dalam penyelenggaraan Trias UKS, yaitu sebagai berikut:

- a. Pendidikan kesehatan, meliputi aspek:
  - 1) Meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan untuk senantiasa berperilaku hidup sehat;
  - 2) Penanaman perilaku/kebiasaan hidup sehat dan daya tangkal terhadap pengaruh buruk dari luar;
  - 3) Pelatihan dan penanaman pola hidup sehat agar dapat diimplementasikan dalam kehidupan sehari-hari.
- b. Pelayanan kesehatan di sekolah, meliputi aspek:
  - 1) Pemeriksaan penjarangan kesehatan peserta didik;

- 2) Pelayanan kesehatan; pemeriksaan berkala; pengobatan ringan dan P3K maupun P3P; pengukuran tingkat kebugaran jasmani;
  - 3) Pencegahan penyakit (imunisasi; pemberantasan sarang nyamuk (PSN); perilaku hidup bersih sehat (PHBS); pendidikan kecakapan hidup sehat (PKHS) atau *Life Skills Education*;
  - 4) Penyuluhan kesehatan dan konseling;
  - 5) Pengawasan warung sekolah;
  - 6) Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS);
  - 7) Pencatatan dan pelaporan tentang keadaan penyakit, status gizi serta hal lainnya yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan;
  - 8) Rujukan kesehatan ke Puskesmas.
- c. Pembinaan lingkungan sekolah yang sehat, meliputi aspek:
- 1) Pelaksanaan 7K (kebersihan, keindahan, kenyamanan, ketertiban, keamanan, kerindangan, kekeluargaan).
  - 2) Pembinaan dan pemeliharaan kesehatan lingkungan termasuk bebas asap rokok.
  - 3) Pembinaan kerjasama antarmasyarakat sekolah (guru, murid, pegawai sekolah, orang tua murid, dan masyarakat sekitar).

Dalam penelitian ini, peneliti fokus pada program pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan adalah upaya peningkatan (promotif), pencegahan (preventif), pengobatan (kuratif), dan pemulihan (rehabilitatif) yang dilakukan terhadap peserta didik dan lingkungannya (Notoatmodjo,

2012: 152). Penyelenggaraan pelayanan kesehatan memiliki tujuan, antara lain:

- a. Meningkatkan kemampuan dan keterampilan melakukan tindakan hidup sehat dalam rangka membentuk perilaku hidup sehat.
- b. Meningkatkan daya tahan tubuh peserta didik terhadap penyakit dan mencegah terjadinya penyakit, kelainan dan cacat.
- c. Menghentikan proses penyakit dan pencegahan komplikasi akibat penyakit/kelainan pengembalian fungsi dan peningkatan kemampuan peserta didik yang cedera/cacat agar dapat berfungsi optimal.

Dalam pelaksanaannya, pelayanan kesehatan memiliki tiga kegiatan pokok, yaitu kegiatan peningkatan (*promotif*), kegiatan pencegahan (*preventif*), serta kegiatan penyembuhan dan pemulihan (*kuratif* dan *rehabilitatif*). Kegiatan peningkatan (*promotif*) dilaksanakan melalui kegiatan penyuluhan kesehatan dan latihan keterampilan yang dilaksanakan secara ekstrakurikuler, yaitu:

- a. Latihan keterampilan teknis dalam rangka pemeliharaan kesehatan dan pembentukan peran serta aktif peserta didik dalam pelayanan kesehatan.
- b. Pembinaan sarana keteladanan yang ada di lingkungan sekolah, seperti pembinaan warung sekolah sehat, lingkungan sekolah yang terpelihara dan bebas dari faktor pembawa penyakit.
- c. Pembinaan keteladanan berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).

Kegiatan pencegahan (*preventif*) dilaksanakan melalui kegiatan peningkatan daya tahan tubuh, kegiatan pemutusan mata penularan penyakit

dan kegiatan penghentian proses penyakit pada tahap dini sebelum timbul penyakit, yaitu:

- a. Pemeliharaan kesehatan yang bersifat umum maupun yang bersifat khusus untuk penyakit-penyakit tertentu, seperti muntaber, dll.
- b. Penjarangan (*screening*) kesehatan bagi anak yang baru masuk sekolah, pemeriksaan kesehatan berkala setiap 6 bulan.
- c. Mengikuti (memonitor/memantau) pertumbuhan peserta didik.
- d. Imunisasi peserta didik, konseling kesehatan.
- e. Usaha pencegahan penularan penyakit dengan jalan memberantas sumber infeksi dan pengawasan kebersihan lingkungan sekolah.

Kegiatan penyembuhan dan pemulihan dilakukan melalui kegiatan mencegah komplikasi dan kecacatan akibat proses penyakit atau untuk meningkatkan kemampuan peserta didik yang cedera atau cacat agar dapat berfungsi optimal, yaitu diagnosis dini, pengobatan ringan, pertolongan pertama pada kecelakaan dan pertolongan pertama pada penyakit, serta rujukan medis. Hartono (2011: 182) juga menjelaskan pelayanan kesehatan meliputi pemeriksaan tinggi dan berat badan peserta didik secara berkala, pemberian imunisasi, pemeriksaan gigi dan praktik menyikat gigi secara missal, pengobatan ringan, dan rujukan ke Puskesmas.

Dalam pelaksanaan program UKS tentu diperlukan pengendalian dan pengawasan agar pelaksanaan UKS berjalan sesuai dengan rencana, dapat berhasil guna dan berdaya guna. Dalam *Indonesian Journal of Early*

*Childhood Education Studies* yang ditulis oleh Amirul Mukminin dan Septo

Pawelas Arso juga menjelaskan bahwa:

*“The success level of UKS program can be seen from the students and the school environment. From the students, it can be viewed through the conditions that they have healthy behavior, free from infectious disease, drugs, and the level of sickness falls. Besides, the students’ growth and development are properly with their ages. The success of UKS program can also be seen based on the reaching target which has decided in health service implementation as teeth and mouth examination and also students’ health examination (Mukminin, vol. 4 no.1)”*.

Upaya tersebut dapat dilakukan melalui monitoring, evaluasi dan pelaporan yang dilakukan oleh Tim Pelaksana UKS (Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, 2014: 41).

a. Monitoring

Monitoring adalah suatu kegiatan yang dilakukan dalam rangka pengawasan, pengontrolan atau pengendalian terhadap suatu objek kegiatan yang akan, sedang atau yang sudah dilaksanakan. Tujuan dilaksanakannya monitoring adalah untuk mengetahui sampai sejauh mana manfaat maupun keberhasilan dari kegiatan yang telah dilaksanakan, serta untuk mengetahui kendala-kendala dan hambatan-hambatan, sekaligus untuk mengetahui penyimpangan-penyimpangan yang mungkin terjadi baik pada tahap perencanaan, pelaksanaan dan pencapaian dari kegiatan yang dilaksanakan.

Kegiatan monitoring dilaksanakan oleh Kepala Sekolah selaku ketua Tim Pelaksana UKS terhadap pelaksanaan Trias UKS secara terus menerus dan Guru Pembina UKS/Guru UKS melalui penjaringan data

dan informasi yang dilakukan dengan wawancara serta pengamatan yang selanjutnya dicatat pada instrumen monitoring. Sasaran dari kegiatan monitoring adalah manajemen/oraganisasi serta berbagai kegiatan Pembinaan dan Pengembangan UKS yang dilakukan oleh Tim Pelaksana UKS termasuk guru, kepala sekolah, peserta didik dan seluruh warga sekolah serta sarana prasarana yang mencakup pelaksanaan UKS. Kegiatan ini hendaknya dilakukan secara berkala untuk mengetahui tujuan kegiatan sudah tercapai dan menyesuaikan strategi bagi pelaksana kegiatan tahap berikutnya.

b. Evaluasi

Evaluasi adalah salah satu kegiatan pembinaan melalui proses pengukuran hasil yang dicapai dibandingkan dengan sasaran yang telah ditentukan sebagai bahan penyempurnaan perencanaan dan pelaksanaan UKS. Kegiatan evaluasi ini bertujuan untuk:

- 1) Memberikan umpan balik sebagai dasar penyempurnaan program pembinaan dan pengembangan;
- 2) Mengukur keberhasilan seluruh program yang dilaksanakan pada akhir kegiatan.

Selain itu, terdapat pula prinsip-prinsip dalam pelaksanaan kegiatan evaluasi, yaitu menyeluruh (meliputi seluruh komponen kegiatan UKS, proses serta hasil pelaksanaan), yang merupakan satu kesatuan; berkesinambungan yaitu secara bertahap sesuai dengan kebutuhan, fungsi dan tanggung jawab; obyektif yaitu berdasarkan kriteria yang jelas dan

baku; pedagogis yaitu hasil penilaian dapat digunakan sebagai penghargaan yang berhasil, dan merupakan pendorong bagi yang belum berhasil.

c. Pelaporan

Pelaporan adalah suatu kegiatan melaporkan/menyampaikan secara tertulis segala kegiatan yang telah dilakukan, mencakup program pelaksanaan UKS yang dilakukan Tim Pelaksana UKS. Pelaporan dilakukan untuk mengetahui daya guna, hasil guna, dan tepat guna serta penyimpangan-penyimpangan yang mungkin terjadi pada waktu pelaksanaan kegiatan. Maka dari itu, pelaporan disusun dan disampaikan dua kali dalam setahun, yaitu laporan tengah tahunan pada bulan Juli (paling lambat tanggal 20) dan laporan tahunan pada bulan Januari (paling lambat tanggal 20).

Hal-hal yang perlu dilaporkan dalam penyusunan pelaporan, antara lain kegiatan Trias UKS (pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, pembinaan lingkungan sekolah); dampak pelaksanaan UKS terhadap peserta didik; dan pengelolaan UKS.

### **3. Tim Pelaksana Usaha Kesehatan Sekolah**

Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (2014: 7-8) menjelaskan bahwa tim pelaksana UKS bertugas untuk melaksanakan tugas pembinaan dan pengembangan UKS secara terpadu dan terkoordinasi di sekolah, sehingga dalam menjalankan tugas tersebut perlu adanya kerjasama dan komunikasi yang baik.

Tugas lain tim pelaksana UKS yaitu sebagai berikut:

- a. Pelaksanaan UKS, menyusun rencana kegiatan, melaksanakan kegiatan, melaksanakan penilaian, dan evaluasi pelaksanaan UKS.
- b. Melaksanakan tiga program UKS yaitu Pendidikan Kesehatan, Pelayanan Kesehatan, dan Pembinaan Lingkungan Sekolah Sehat.
- c. Menjalin kerjasama dengan orang tua (Komite Sekolah) dan instansi terkait dalam pelaksanaan UKS.
- d. Menyiapkan sekolah menjadi sekolah sehat.
- e. Melaksanakan ketatausahaan.
- f. Menyampaikan laporan pelaksanaan UKS kepada TP UKS Kecamatan.

Tim Pelaksana UKS juga memiliki fungsi sebagai penanggung jawab dan pelaksana program UKS di Sekolah berdasarkan prioritas kebutuhan dan kebijakan yang ditetapkan TP UKS Kecamatan. Struktur Tim Pelaksana UKS, yaitu:

- a. Pembina : Lurah/Kepala Desa;
- b. Ketua : Kepala Sekolah;
- c. Sekretaris I : Guru Pembina UKS/Pembina UKS;
- d. Sekretaris II : Ketua Komite Sekolah;
- e. Anggota : a) Unsur Komite Sekolah/Orang tua;  
b) Unsur Petugas UKS Puskesmas;  
c) Unsur Guru;  
d) Unsur Peserta didik.

## **D. Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD)**

### **1. Pengertian Pendidikan Anak Usia Dini**

Pendidikan Anak Usia Dini, yang selanjutnya disingkat PAUD, merupakan suatu upaya pembinaan yang ditujukan kepada anak sejak lahir sampai dengan usia 6 (enam) tahun yang dilakukan melalui pemberian rangsangan pendidikan untuk membantu pertumbuhan dan perkembangan jasmani dan rohani agar anak memiliki kesiapan dalam memasuki pendidikan lebih lanjut (Pasal 1 Permendikbud No. 146 Tahun 2014 tentang Kurikulum 2013 Pendidikan Anak Usia Dini).

Hasan (2012: 15-16) mengatakan bahwa pendidikan anak usia dini adalah suatu bentuk layanan pendidikan yang menitikberatkan pada peletakan dasar kepribadian seperti pertumbuhan dan perkembangan fisik yang disesuaikan dengan keunikan serta tahap-tahap perkembangan yang dilalui oleh anak usia dini. Bredekamp dan Copple (Suyadi dan Maulidya, 2013: 18) juga mengemukakan bahwa “pendidikan anak usia dini mencakup berbagai program yang melayani anak dari lahir sampai dengan usia delapan tahun yang dirancang untuk meningkatkan perkembangan intelektual, sosial, emosi, bahasa, dan fisik anak”.

Isjoni (Wiyani, 2013: 19) mengartikan PAUD sebagai bentuk layanan pendidikan yang diberikan kepada anak sejak lahir hingga usia enam tahun dengan cara memberikan rangsangan terhadap seluruh aspek perkembangan yang dimiliki oleh anak, meliputi aspek fisik dan non-fisik.

## 2. Tujuan dan Prinsip-prinsip Pendidikan Anak Usia Dini

Tujuan pendidikan anak usia dini secara garis besar adalah mengembangkan berbagai potensi anak sejak dini sebagai persiapan untuk hidup dan dapat menyesuaikan diri dengan lingkungannya (Suyadi, 2010:12). Hasan (2012: 16) juga mengatakan bahwa tujuan diselenggarakannya pendidikan anak usia dini adalah membentuk anak Indonesia yang berkualitas yaitu anak yang tumbuh kembangnya sesuai dengan tingkat perkembangannya.

Menurut UNESCO ECCE (*Early Childhood Care and Education*) (Suyadi dan Maulidya, 2013: 20) tujuan PAUD antara lain:

- a. PAUD bertujuan untuk membangun fondasi awal dalam meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan pendidikan lebih tinggi, menurunkan angka mengulang kelas dan angka putus sekolah.
- b. PAUD bertujuan menanam investasi SDM yang menguntungkan, baik bagi keluarga, bangsa, negara, maupun agama.
- c. PAUD bertujuan menghentikan roda kemiskinan.
- d. PAUD bertujuan turut serta aktif menjaga dan melindungi hak asasi setiap anak untuk memperoleh pendidikan yang dijamin oleh undang-undang.

Suyadi dan Maulidya (2013: 31-43) menjelaskan prinsip-prinsip utama yang harus diperhatikan dalam melaksanakan PAUD:

a. Berorientasi pada kebutuhan anak

Kegiatan pembelajaran pada anak harus sesuai dengan kebutuhan anak yaitu fisik, keamanan, serta dimiliki dan disayang.

b. Pembelajaran anak sesuai dengan perkembangan anak

Pembelajaran anak usia dini harus disesuaikan dengan tingkat perkembangan dan kebutuhan masing-masing anak.

c. Mengembangkan kecerdasan majemuk

Pembelajaran anak usia dini seharusnya tidak hanya mengembangkan kecerdasan kognitif saja, tetapi juga mengembangkan kecerdasan lain seperti kematangan emosi anak.

d. Belajar melalui bermain

Anak lebih tertarik untuk mengikuti kegiatan dengan bermain dan anak dapat bereksplorasi, menemukan, dan memanfaatkan benda-benda di sekitarnya.

e. Tahapan pembelajaran anak usia dini

Pembelajaran pada anak usia dini hendaknya dilakukan secara bertahap, mulai dari konkrit sampai abstrak, sederhana ke yang lebih kompleks, gerakan hingga verbal, dan dari diri sendiri ke lingkungan sosial.

f. Anak sebagai pembelajar aktif

Anak melakukan sendiri secara aktif semua kegiatan pembelajaran dan guru hanya sebagai fasilitator atau mengawasi.

g. Interaksi sosial anak

Anak yang melakukan interaksi sosial baik dengan teman sebaya maupun orang dewasa sebenarnya anak telah belajar dan menjadi bertambah pemahaman kosakata.

h. Lingkungan yang kondusif

Lingkungan yang diciptakan untuk bermain dan belajar anak harus terjamin keamanan dan kenyamanannya.

i. Merangsang kreativitas dan inovasi

Proses kreatif dan inovatif dapat dilakukan melalui kegiatan-kegiatan yang menarik, membangkitkan rasa ingin tahu anak, memotivasi anak untuk berpikir kritis, dan menemukan hal-hal baru.

j. Mengembangkan kecakapan hidup

Pembelajaran pada lembaga PAUD harus mampu mengembangkan kecakapan hidup anak dari berbagai aspek secara menyeluruh. Tujuannya agar kelak anak berkembang menjadi manusia yang memiliki akhlak mulia, cerdas dan terampil, mampu bekerjasama dengan orang lain, serta mampu hidup bermasyarakat, berbangsa dan bernegara.

k. Memanfaatkan potensi lingkungan

Memanfaatkan potensi lingkungan sebagai media dan sumber belajar dalam pembelajaran anak usia dini.

l. Pembelajaran sesuai dengan kondisi anak

Kegiatan pembelajaran anak usia dini harus disesuaikan dengan kondisi budaya di lingkungan sekitar anak sehingga berbagai objek yang ada di

lingkungan anak tersebut dapat dijadikan tema belajar yang menarik untuk anak.

m. Stimulasi secara holistik

Kegiatan atau pembelajaran anak usia dini bersifat terpadu dan holistik serta mengembangkan seluruh aspek kecerdasan anak pada setiap permainan.

Tina Bruce (Atabik, 2015: 272-273) juga menjelaskan sepuluh prinsip-prinsip pendidikan anak usia dini, yaitu:

- a. Masa kanak-kanak adalah masa mengoptimalkan potensi.
- b. Fisik, mental, dan kesehatan sama pentingnya dengan berpikir maupun aspek psikis (spiritual) lainnya.
- c. Pembelajaran pada usia dini melalui berbagai kegiatan yang saling berkaitan.
- d. Membangkitkan motivasi dari dalam diri anak akan menghasilkan inisiatif sendiri yang sangat bernilai.
- e. Program pendidikan pada anak usia dini perlu menekankan pada pentingnya sikap disiplin karena sikap tersebut dapat membentuk watak dan kepribadiannya.
- f. Masa peka (usia 0-3 tahun) untuk mempelajari sesuatu pada tahap perkembangan tertentu.
- g. Tolok ukur pembelajaran PAUD hendaknya bertumpu pada hal-hal atau kegiatan yang telah mampu dikerjakan anak.

- h. Suatu kondisi terbaik atau kehidupan terjadi dalam diri anak, khususnya pada kondisi yang menunjang.
- i. Orang-orang sekitar (anak dan orang dewasa) dalam interaksi merupakan sentral penting karena mereka secara otomatis menjadi guru bagi anak.
- j. Pada hakikatnya, pendidikan anak usia dini merupakan interaksi antara anak, lingkungan, orang dewasa, dan pengetahuan.

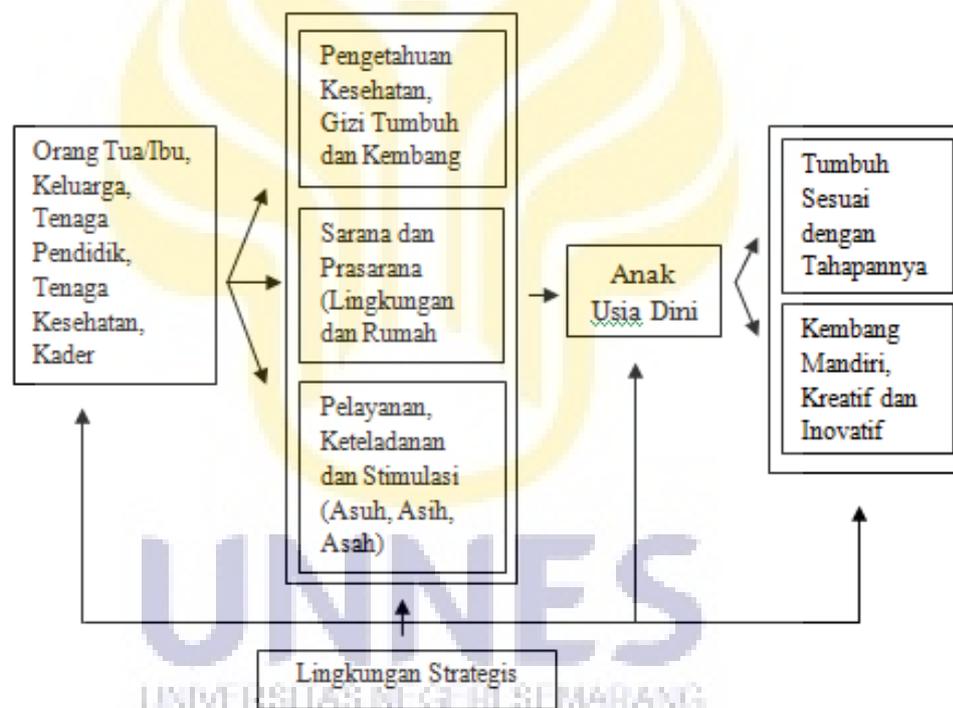
### **E. Pendidikan Kesehatan Anak Usia Dini**

Green (Siswanto, 2010: 39) menjelaskan bahwa pendidikan kesehatan merupakan kesukarelaan dalam proses penyesuaian perilaku dalam memajukan kesehatan dari berbagai kombinasi pengalaman belajar. Notoatmodjo (Siswanto, 2012: 311) juga mengartikan pendidikan kesehatan adalah proses belajar yang terjadi dalam proses pertumbuhan dan perkembangan atau perubahan ke arah yang lebih baik dan lebih matang pada diri individu, kelompok, dan masyarakat. Pendidikan kesehatan menurut Steuart (Siswanto, 2010: 38-39):

Pendidikan kesehatan merupakan komponen dari program-program kesehatan dan kedokteran yang didalamnya termuat usaha-usaha terencana untuk merubah tingkah laku individu, kelompok dan masyarakat (apa yang dipikirkan, dirasakan dan dikerjakan) dengan tujuan menolong tercapainya tujuan pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan.

Kesehatan anak usia dini merupakan kesehatan masyarakat dengan sasaran khusus yaitu kelompok anak usia dini. Anak usia dini adalah bagian dari keluarga yang sangat rentan dan diperlukan upaya kesehatan dari semua pihak, keluarga, pemerintah (pendidikan, kesehatan, dan sektor lainnya), serta masyarakat.

Berdasarkan pengertian tersebut, maka pendidikan kesehatan adalah segala usaha sadar yang memberikan pengalaman dan penyesuaian perilaku dengan berbagai kombinasi pengalaman yang diberikan kepada anak usia dini agar dapat tumbuh kembang sesuai, selaras, seimbang dan sehat baik fisik, mental, sosial, maupun lingkungan. Pendidikan kesehatan anak usia dini diperlukan untuk peranannya saat ini maupun di masa yang akan datang. Pendidikan kesehatan anak usia dini dapat dilihat dari bagan berikut.



**Gambar 2.1** Model Dasar Pendidikan Kesehatan Anak Usia Dini

Siswanto (2010: 37) menguraikan upaya kesehatan tersebut memiliki tujuan khusus, yaitu:

- a. Menyelenggarakan usaha kesehatan anak usia dini agar memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya fisik, mental, sosial dan bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan.
- b. Meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anak usia dini seoptimal mungkin sesuai dengan tahapannya.
- c. Menumbuhkan kesadaran dan membentuk perilaku hidup bersih dan sehat sedini mungkin.

Menurut Siswanto (2010: 43), pendidikan kesehatan anak usia dini didasarkan pada prinsip-prinsip, sebagai berikut:

- a. Berorientasi pada kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan anak.
- b. Kegiatan pembelajaran dilakukan untuk pemenuhan kebutuhan melalui bermain.
- c. Merangsang munculnya kreativitas dan inovasi di dalam hidup bersih dan sehat.
- d. Menyediakan lingkungan dan fasilitas sanitasi kesehatan yang mendukung proses belajar.
- e. Mengembangkan kecakapan hidup bersih dan sehat.
- f. Menggunakan berbagai sumber dan media belajar yang ada di lingkungan sekitar.

- g. Dilaksanakan secara bertahap dan berulang-ulang dengan variasi yang cukup dengan mengacu pada prinsip-prinsip pertumbuhan dan perkembangan anak.
- h. Rangsangan pendidikan bersifat menyeluruh yang mencakup semua aspek kesehatan untuk pertumbuhan dan perkembangan anak.
- i. Pendidikan kesehatan dilakukan melalui kasih sayang, disiplin dan keteladanan perilaku hidup bersih dan sehat.

Pendekatan pendidikan kesehatan anak usia dini yang dapat dilakukan (Siswanto, 2010: 44), antara lain:

- a. Pemberian rangsangan seluruh aspek kecerdasan anak sesuai dengan aspek-aspek kesehatan, yaitu fisik, mental, sosial secara produktif, efisiensi/ekonomis.
- b. Pemberian pengalaman empirik dalam kehidupan sehat sehari-hari.
- c. Menempatkan lingkungan, baik lingkungan bermain dan tempat tinggal maupun sarana dan prasarana kesehatan sebagai bahan pendidikan.
- d. Menempatkan orang tua dan keluarga sebagai model dan merupakan faktor utama di samping pendidik, pamong dan kader sebagai agen perubahan untuk perilaku hidup bersih dan sehat.
- e. Pendidikan kesehatan didasarkan pada tahap-tahap kebutuhan dalam pertumbuhan dan perkembangan.

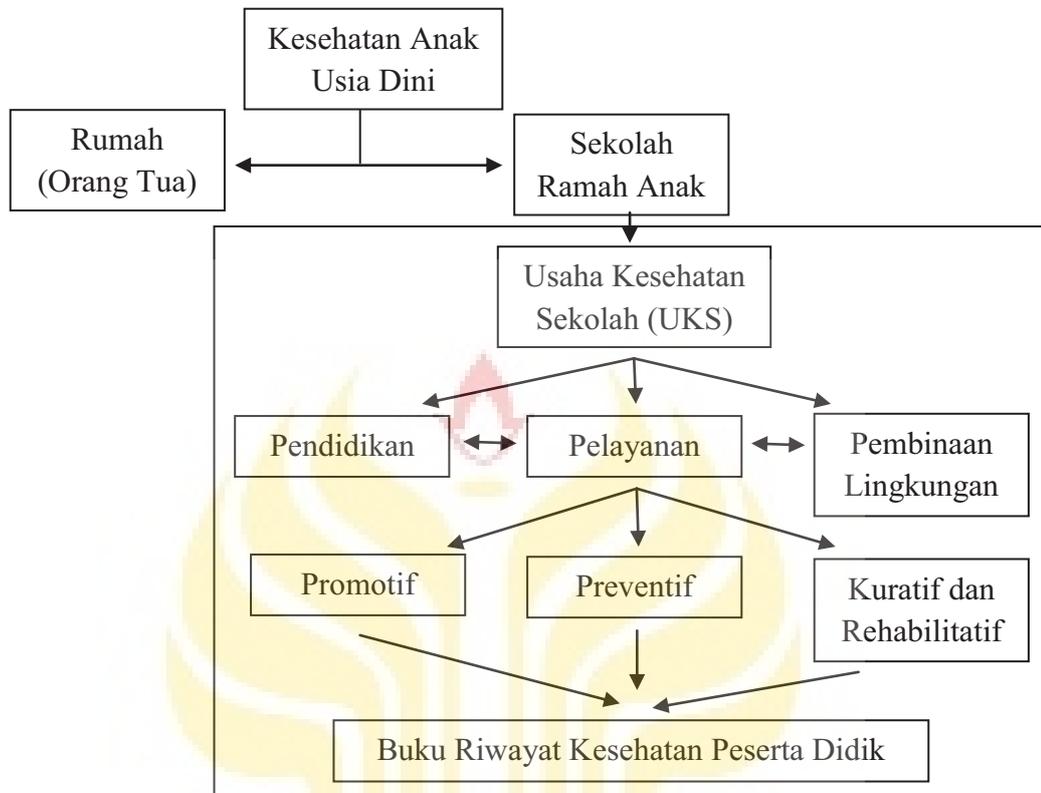
Pendekatan lain yang dapat dilakukan dalam rangka melaksanakan pendidikan kesehatan, yaitu melalui pendekatan individual dan kelompok, baik kelompok kelas, kelompok bebas, maupun kelompok keluarga

(Notoatmodjo, 2012: 150). Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan (Notoatmodjo, 2012: 151), antara lain:

- a. Sesuai dengan tingkat kemampuan dan perbedaan individual peserta didik.
- b. Diupayakan sebanyak-banyaknya melibatkan peran aktif peserta didik.
- c. Sesuai dengan situasi dan kondisi setempat.
- d. Selalu mengacu pada tujuan pendidikan kesehatan termasuk upaya alih teknologi.
- e. Memperhatikan kebutuhan pembangunan nasional.
- f. Mengikuti/memperhatikan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

#### **F. KERANGKA BERFIKIR**

Dalam penelitian ini kerangka berpikir buku riwayat kesehatan peserta didik sebagai upaya mewujudkan sekolah ramah anak bidang UKS pada lembaga PAUD di Kota Surakarta yaitu pentingnya pemantauan kesehatan anak usia dini pada lembaga PAUD dengan pencatatan kesehatan setelah pemeriksaan melalui buku riwayat kesehatan peserta didik sehingga tenaga pendidik atau pihak lembaga PAUD dapat melakukan tindakan sesuai dengan kebutuhan anak dan bekerjasama kepada orang tua apabila ada pemeriksaan lanjutan yang diperlukan. Lembaga PAUD yang melakukan pemantauan dan pencatatan kesehatan yang baik maka dapat menjadi sekolah yang ramah anak karena bertindak sesuai kebutuhan anak agar anak tumbuh dan berkembang secara optimal sesuai tahap perkembangannya.



**Gambar 2.2 Kerangka Berpikir Penelitian**

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Simpulan**

1. Pencatatan buku riwayat kesehatan peserta didik pada ketiga lembaga PAUD tersebut masih ada beberapa hal yang perlu diperbaiki yaitu isi laporan hasil pemeriksaan harus sesuai dengan pemeriksaan yang dilakukan dokter, hasil pemeriksaan harus diberi tanggal pemeriksaan dan dibubuhi tanda tangan dokter pemeriksa, lembaga PAUD harus memiliki rekapan hasil pemeriksaan baik yang dilakukan Puskesmas maupun yang diadakan sendiri oleh lembaga, serta laporan hasil pemeriksaan masih berbentuk selebaran.
2. Peran petugas UKS terkait dengan pencatatan buku riwayat kesehatan peserta didik adalah menyusun rencana kegiatan dan anggaran kegiatan; mencatat hasil pemeriksaan kesehatan peserta didik; menjalin kerjasama dengan orang tua maupun tenaga kesehatan; menyimpan hasil pemeriksaan kesehatan peserta didik; menyampaikan hasil pemeriksaan kesehatan ke Puskesmas setelah pemeriksaan dilakukan.
3. Faktor pendukung dalam pencatatan buku riwayat kesehatan peserta didik adalah peserta didik, pendidik, tenaga kependidikan, tenaga kesehatan, dan orang tua saling bekerjasama, meskipun dengan tenaga kesehatan yang terbatas. Faktor penghambatnya adalah kurangnya sarana dan prasarana khususnya terkait UKS dan terkendala dalam pendanaan.

## B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian, hal-hal yang dapat disampaikan berkaitan dengan buku riwayat kesehatan peserta didik sebagai upaya mewujudkan sekolah ramah anak (SRA) bidang usaha kesehatan sekolah (UKS) pada lembaga PAUD di Kecamatan Laweyan Kota Surakarta sebagai berikut:

### 1. Bagi sekolah

- a. Pencatatan riwayat kesehatan peserta didik harus diperbaiki terkait dengan isi laporan pemeriksaan kesehatan peserta didik, melengkapi data yang kurang lengkap, dan hendaknya laporan pemeriksaan kesehatan peserta didik tersebut dibukukan.
- b. Menu yang diberikan dalam program pemberian makanan tambahan hendaknya adalah menu yang sehat.
- c. Perlunya perbaikan terkait dengan sarana dan prasarana yang ada di sekolah.
- d. Kepala sekolah dan guru perlu rutin mengikuti program pelatihan terkait UKS maupun kesehatan anak yang diselenggarakan pemerintah setempat atau instansi lain, serta terus menggali ilmu kesehatan anak baik dari buku maupun sumber lain.
- e. Melaksanakan kerjasama dengan tim pembina UKS Kecamatan terkait dengan pelaporan pelaksanaan UKS.
- f. Melaksanakan kerjasama dengan dokter atau tenaga kesehatan lainnya terkait dengan pencatatan kesehatan peserta didik.

2. Bagi orang tua

Perlu adanya keterbukaan dan kerjasama antara sekolah dan orang tua terkait dengan kesehatan anak.

3. Bagi peneliti

Diharapkan dapat mengkaji lebih mendalam tentang sekolah ramah anak pada lembaga PAUD pada bidang lain dan dapat mengembangkan ke dalam fokus lain seperti dikaitkan dengan trias UKS yang lebih rinci.



## DAFTAR PUSTAKA

- Asisten Deputi Pemenuhan Hak Pendidikan Anak Deputi Bidang Tumbuh Kembang Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. 2014. *Kebijakan Pengembangan Sekolah Ramah Anak*.
- Atabik, Ahmad dan Ahmad Burhanuddin. 2015. Prinsip dan Metode Pendidikan Anak Usia Dini. Jurnal Jurusan Tarbiyah [online] Vol. 3 No. 2. <http://journal.stainkudus.ac.id/index.php/thufula/article/download/1250/pdf> <diunduh tanggal 1 Februari 2017>
- Budi, Savitri Citra. 2011. *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media.
- Chamidah, Atien Nur. 2010. Pendidikan Inklusif untuk Anak dengan Kebutuhan Kesehatan Khusus. *Jurnal Pendidikan Khusus*. 7(2): 64-71
- Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. 2010. *Petunjuk Teknis Penjaringan Kesehatan Anak Sekolah Dasar*.
- Djojodibroto, Darmanto. 2003. *Seluk Beluk Pemeriksaan Kesehatan (General Medical Check Up): Bagaimana Menyikapi Hasilnya*. Jakarta: Pustaka Populer Obor.
- Hanim, Diffah dkk. 2005. *Menjadikan 'UKS' sebagai Upaya Promosi Tumbuh Kembang Anak Didik*. Jogjakarta: Gadjah Mada University Press.
- Hartono, Bambang. 2011. *Promosi Kesehatan: Sejarah dan Perkembangannya di Indonesia*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Hasan, Maimunah. 2012. *Pendidikan Anak Usia Dini*. Jogjakarta: Diva Press.
- Jones, Rhonda M. 2008. Kesehatan dan Riwayat Pengobatan. <https://lyrawati.files.wordpress.com/2008/07/kesehatan-dan-riwayat-pengobatan.pdf>. <diunduh tanggal 19 Agustus 2016>

- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Jenderal Pendidikan Dasar. 2014. *Pedoman Pelaksanaan UKS di Sekolah*.
- Kristanto dkk. 2011. Identifikasi Model Sekolah Ramah Anak (SRA) Jenjang Satuan Pendidikan Anak Usia Dini Se-Kecamatan Semarang Selatan. *Jurnal Penelitian PAUDIA*. 1(1): 38-58.
- Kurniawan, Aditya. 2014. *Pengelolaan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Surakarta: Apikes Citra Medika.
- Kusdaryani, Wiwik dkk. 2016. Penguatan Kultur Sekolah Untuk Mewujudkan Pendidikan Ramah Anak. *Jurnal Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas PGRI Semarang* [online] Th. XXXV No. 1. <http://journal.uny.ac.id/index.php/cp/article/download/8383/pdf> (diunduh tanggal 1 Februari 2017)
- Matondang, Corry S, dkk. 2003. *Diagnosis Fisis pada Anak*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Miles, B. dan Huberman. 2009. *Analisis Data Kualitatif*. Jakarta: UI-Press.
- Mubarak, Wahit Iqbal, dan Nurul Chayatin. 2009. *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika
- Mukminin, Amirul dan Neneng Tasu'ah. 2015. Pengembangan Model Layanan Program Usaha Kesehatan Sekolah Terintegrasi Pada Lembaga PAUD di Kota Semarang. *Journal of Nonformal Education*. 1(1): 70-78.
- Mukminin, A., & Arso, S. 2015. Building Center Health Program at Indonesian Preschool (Prospect & Challenges). *Indonesian Journal Of Early Childhood Education Studies*. 4(1). 57-63.
- Moleong, J. Lexy. 2007. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.

Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Promosi Kesehatan di Sekolah*. Jakarta: Rineka Cipta.

*Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Nomor 12 Tahun 2011 tentang Indikator Kabupaten/Kota Layak Anak.*

*Permendikbud Nomor 146 Tahun 2014 tentang Kurikulum 2013 Pendidikan Anak Usia Dini.*

*Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis.*

*Permenkes Nomor 66 Tahun 2014 tentang Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak.*

Risminawati, Siti Nur Rofi'ah. 2015. Implementasi Pendidikan Ramah Anak Dalam Pembentukan Karakter Siswa Kelas Rendah SD Muhammadiyah Program Khusus Kotta Barat Tahun Pelajaran 2013/2014. *Jurnal Profesi Pendidikan Dasar* [online] Vol. 2 No.1. <http://journals.ums.ac.id/index.php/ppd/article/download/1492/1034> <diunduh tanggal 1 Februari 2017>

Rustiyanto, Ery. 2012. *Etika Profesi Perkam Medis & Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Sibuea, W. Herdin, dan M. Frenkel. 2007. *Pedoman Dasar Anamnesis dan Pemeriksaan Jasmani*. Jakarta: CV. Sagung Seto.

Siswanto, Hadi. 2010. *Pendidikan Kesehatan Anak Usia Dini*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.

Siswanto, Hadi. 2012. Pendidikan Kesehatan Unsur Utama Dalam Pendidikan Anak Usia Dini. *Cakrawala Pendidikan* [online] Th. XXXI No. 2. <http://journal.uny.ac.id/index.php/cp/article/viewFile/1565/pdf> <diunduh tanggal 1 Februari 2017>

- Sugiyono. 2013. *Metode Penelitian Pendidikan: Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2014. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Sukmadinata, Nana Syaodih. 2009. *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Suyadi. 2010. *Psikologi Belajar Pendidikan Anak Usia Dini*. Yogyakarta: Pedagogia.
- Suyadi, dan Maulidya Ulfah. 2013. *Konsep Dasar Paud*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Syarbini, Amirulloh. 2014. *Model Pendidikan Karakter dalam Keluarga*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Undang-undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak*
- Undang-undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional*
- Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*
- Wiyani, Novan Ardy. 2013. *Bina Karakter Anak Usia Dini*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
- Zulaikhah, Siti. 2010. Hubungan Status Gizi Dengan Perkembangan Anak Usia 2 sampai 3 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Gambirsari Kota Surakarta. <https://eprints.uns.ac.id/6213/1/149041608201001281.pdf> <diunduh tanggal 25 Agustus 2016).