

Pertumbuhan, Perkembangan, dan Kesehatan Mental Emosional Anak Pra Sekolah Usia 36-72 Bulan

(Studi di KB Kuncup Melati dan TK (Pamardi Putra))

Sylvia^{1*}, Erna Yovi Kurniawati^{2*}, Ani Ashari^{3*}

1, 2, 3 Akademi Kebidanan Ummi Khasanah, Bantul, Yogyakarta, Indonesia

*sylvia.uk@gmail.com, yovi.raharjanto@gmail.com, ani.ashari@gmail.com

ARTICLE INFO

Article history:

Received December, 28 2020

Accepted Januari, 25 2021

Published Jnauari, 25 2021

Kata Kunci:

Pertumbuhan
Perkembangan
Kesehatan Mental Emosional
Anak Pra Sekolah

Key words:

Growth
Development
Mental Emotional Health
Pre School Children

DOI:

<https://10.48092/jik.v7i2.159>

ABSTRAK

Latar belakang: Prevalensi gangguan mental emosional pada anak usia 3-5 sebesar 74,2 %. Sekitar 8-9 % anak pra sekolah mengalami gangguan sosial emosi seperti cemas, berperilaku tidak taat, kurangnya ketrampilan sosial dan depresi. Persentase gizi buruk pada balita usia 0-59 bulan sebesar 3,8% dan persentase gizi kurang sebesar 14,0%. Prevalensi balita Kurang Energi Protein (Gizi Buruk dan Kurang) di DIY tahun 2015 sebesar 8,04. **Metode:** Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah Deskriptif, dengan pendekatan atau metode survey. Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan teknik *purposive sampling* dengan jumlah sampel 31 anak usia 36-72 bulan. **Hasil:** Indeks Masa Tubuh rata-rata 14.63, untuk IMT paling kecil 12 dan Paling besar 21, sehingga didapatkan kesimpulan bahwa ststus gizi berdasarkan IMT/Umur seluruhnya normal. Pemeriksaan tes daya lihat dan tes daya dengar keseluruhan siswa (100%) tidak mengalami gangguan baik pada sisi telinga kanan atau kiri serta mata kanan atau kiri. Hasil pemeriksaan pra skrining perkembangan didapatkan kesimpulan paling besar perkembangan sesuai umur (71.9%). Pemeriksaan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktifitas (GPPH) didapatkan kesimpulan paling besar (71.9%) siswa tidak mengalami GPPH. **Kesimpulan:** terdapat 28. 1 % anak dengan perkembangan meragukan dan mengalami kemungkinan GPPH.

ABSTRACT

Growth, Development, and Emotional Mental Health of Pre School Children Age 36-72 Months (Study in Kuncup Melati Playgroup and Pamardi Putra Kindergarten)

Background: The prevalence of mental emotional disorders in children aged 3-5 is 74.2%. About 8-9% of preschool children experience social emotional disorders such as anxiety, disobedient behavior, lack of social skills and depression. The percentage of malnutrition in children aged 0-59 months is 3.8% and the percentage of malnutrition is 14.0%. The prevalence of under-fives with protein energy deficiency (malnutrition and malnutrition) in DIY in 2015 was 8.04. **Method:** The method used in this research is descriptive, with a survey approach or method. Sampling in this study was conducted by *purposive sampling technique* with a sample of 31 children aged 36-72 months. **Results:** Body Mass Index averaged 14.63, for the smallest BMI of 12 and the largest of 21, so it was concluded that the nutritional status based on BMI/Age was entirely normal. The examination of the visual power test and the overall hearing test of students (100%) did not experience disturbances either on the right or left ear and right or left eye. The results of the developmental pre-screening examination concluded that the greatest development was according to age (71.9%). Examination of attention deficit and hyperactivity disorder (GPPH) concluded that the largest (71.9%) students did not experience ADHD. **Conclusion:** there are 28.1% of children with doubtful development and experience the possibility of ADHD.

This open access article is under the CC-BY-SA license.





PENDAHULUAN

Prevalensi gangguan mental emosional pada anak usia 3-5 tahun 2013 sebesar 74,2 %. Perkembangan social emosi yang tidak tercapai secara optimal dapat menimbulkan gangguan social emosi pada anak. Sekitar 8-9 % anak pra sekolah mengalami gangguan sosial emosi seperti cemas, berperilaku tidak taat, kurangnya ketrampilan sosial dan depresi. Anak yang mengalami keterlambatan perkembangan sosial emosi pada saat usia dini cenderung lebih berisiko untuk berperilaku maladaptif seperti berperilaku kriminal dan mengkonsumsi narkoba saat dewasa (Hanifah dan Nigrum, 2012).

Beberapa jenis penyimpangan perkembangan yang sering ditemui pada anak adalah Down syndrome (DS), autisme, dan ADHD. Down syndrome yaitu kelainan genetik yang mengakibatkan keterbelakangan perkembangan fisik dan mental bagi para penyandanginya. Penderita down syndrome memiliki kelebihan kromosom sehingga intelektual dibawah rata-rata dan memiliki kelainan fisik. Beberapa kondisi yang menyertai penderita down syndrome yaitu penyakit jantung bawaan, kelaian mental, kelainan pernafasan, pencernaan, dan kekuatan otot melemah (Olds, London, & Ladewing, 2010).

Terdapat beberapa jenis gangguan mental emosional anak, yaitu: depresi, kesedihan (grief), post traumatic stress disorder (PTSD), antisosial. Gangguan-gangguan ini mempunyai etiologi dan penanganan yang berbeda, ada yang memiliki prognosis baik, misal PTSD dan ada yang kurang baik, misalnya gangguan bipolar. Manifestasi dari akibat gejala gangguan mental emosional bervariasi dari penurunan prestasi belajar sampai berkembangnya pribadi yang antisosial. Selain mempunyai dampak pada perkembangan kepribadian, gangguan mental emosional, manifestasi gejala gangguan mental emosional bermacam-macam, diantaranya yaitu gangguan tingkah laku dan gangguan psiko-fisiologis (asma, sakit perut, migraine). Sampai

saat ini belum ada data di Indonesia yang menggambarkan keadaan kesehatan mental emosional anak dalam skala besar (Winarsih, 2017).

Gangguan pertumbuhan pada anak usia pra sekolah diantaranya adalah obesitas, stunting, dan malnutrisi. Obesitas disebabkan oleh adanya ketidakseimbangan antara masukan energi dengan keluaran energi. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2017 menunjukkan persentase balita gemuk 0-5 tahun di Indonesia 11,9%, Yogyakarta 10,3%. Selain pola makan, faktor penting lain penyebab obesitas adalah aktivitas fisik. Dampak obesitas, meliputi faktor resiko kardiovaskular, sleep apneu, gangguan fungsi hati, masalah ortopedik yang berkaitan dengan obesitas, kelainan kulit serta gangguan psikiatrik (Sri Tanjung, 2017).

Stunting merupakan status gizi berdasarkan pada indeks tinggi badan menurut umur. Persentase balita sangat pendek dan pendek usia 0-23 bulan di Indonesia tahun 2018 yaitu 12,8% dan 17,1%. Kondisi ini meningkat dari tahun sebelumnya dimana persentase balita sangat pendek yaitu sebesar 6,9% dan balita pendek sebesar 13,2%. Persentase balita sangat pendek dan pendek usia 0-59 bulan di Indonesia tahun 2018 adalah 11,5% dan 19,3%. Kondisi ini meningkat dari tahun sebelumnya yaitu persentase balita usia 0-59 bulan sangat pendek sebesar 9,8% dan balita pendek sebesar 19,8%.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan menyatakan bahwa persentase gizi buruk pada balita usia 0-23 bulan di Indonesia adalah 3,8%, sedangkan persentase gizi kurang adalah 11,4%, hal tersebut tidak berbeda jauh dengan hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan tahun 2017, yaitu persentase gizi buruk pada balita usia 0-23 bulan sebesar 3,5% dan persentase gizi kurang sebesar 11,3%. Pada balita usia 0-59 bulan, hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menyatakan bahwa



persentase gizi buruk di Indonesia adalah 3,9%, sedangkan persentase gizi kurang adalah 13,8%. Hal tersebut tidak berbeda jauh dengan hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan tahun 2017, yaitu persentase gizi buruk pada balita usia 0-59 bulan sebesar 3,8% dan persentase gizi kurang sebesar 14,0%. Prevalensi balita Kurang Energi Protein (Gizi Buruk dan Kurang) di DIY tahun 2015 sebesar 8,04. Prevalensi KEP ini menurun dibandingkan dengan tahun 2013 tetapi sedikit lebih tinggi dari tahun 2014. Pada tahun 2016 KEP DIY sebesar 8,83 dan kembali turun menjadi 8,26 pada tahun 2017. Angka prevalensi selama tiga tahun terakhir masih berkisar pada angka 8 yang menunjukkan bahwa upaya yang dilakukan dalam rangka penurunan prevalensi KEP Balita di DIY belum tercapai secara maksimal. Kondisi paling tinggi prevalensi balita KEP adalah Kabupaten Kulon Progo sebesar 12,33 dan terendah di Sleman 7,33 (Profil Kesehatan Provinsi Yogyakarta, 2017).

Pemantauan status gizi Balita di Kabupaten Bantul pada tahun 2018 dilaporkan Balita gizi buruk ada 199 Balita, dengan jumlah Laki-laki 101 Balita dan Perempuan 98 Balita. Prevalensi Balita gizi buruk sesuai standar Berat Badan menurut Umur (BB/U) sebesar 0,41% dan jika dibandingkan status gizi buruk pada tahun 2017 sebanyak 202 Balita dengan prevalensi yang sama sebesar 0,41%. Hal ini perlu diwaspadai mengingat gizi Balita menentukan pertumbuhan fisik dan perkembangan kecerdasannya dimasa depan. ada peningkatan prevalensi gizi buruk pada Balita sesuai standar Berat Badan menurut Umur (BB/U), yaitu pada Tahun 2018 sebesar 0,41 sama seperti tahun 2017 sebesar 0,41 Kasus gizi buruk pada Balita tertinggi ada di wilayah Puskesmas Piyungan sebanyak 5 kasus.

Pemerintah telah melakukan upaya untuk pemantauan tumbuh kembang melalui program SDIDTK (Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak) dilaksanakan tiap 6 bulan sekali, yang dilaksanakan oleh bidan. Cakupan SDIDTK (Stimulasi,

Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak) yang seharusnya dilaksanakan 2 kali dalam setahun hanya terlaksana 1 kali sehingga cakupannya kurang terpenuhi targetnya. Selain itu dalam pelaksanaan SDIDTK yang dilaksanakan yaitu deteksi dini penyimpangan pertumbuhan (Berat Badan, Tinggi Badan,), deteksi dini penyimpangan perkembangan (KPSP, TDD, TDL) dan yang belum dilaksanakan yaitu deteksi dini penyimpangan mental emosional (KMME, CHAT, GPPH). Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis tertarik untuk mengetahui gambaran pertumbuhan, perkembangan dan kesehatan mental emosional pada anak usia 36-72 bulan.

METODE

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah Deskriptif, dengan pendekatan atau metode survey. Penelitian ini menggambarkan pelaksanaan deteksi dini pertumbuhan, perkembangan, dan kesehatan emosional pada anak usia 36-72 bulan.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua anak pra sekolah yang bersekolah di KB Kuncup Melati dan TK Pamardi Putera pada bulan Maret-April 2020 dengan jumlah 31 anak. Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan teknik *purposive sampling* dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi
 - a. Usia 36-72 bulan
 - b. Bersekolah di KB Kuncup Melati atau TK Pamardi Putra
 - c. Orangtua bersedia mengisi *inform content*
2. Kriteria Eksklusi
 - a. Sedang sakit atau mengalami sakit berat selama satu minggu terakhir
 - b. Riwayat gangguan mal absorpsi nutrisi



- c. Riwayat terdiagnosis mengalami trauma fisik atau kelainan perkembangan

Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 31 anak. Instrumentasi data karakteristik menggunakan Kuesioner. Pertumbuhan meliputi data BB, PB, IMT dan status Gizi menggunakan lembar observasi. Perkembangan meliputi Daya Lihat, Daya Dengar dan KPSP menggunakan lembar observasi. Kesehatan Mental Emosional meliputi masalah mental emosional, autisme dan GPPH menggunakan lembar observasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Karakteristik Responden

Berikut adalah gambaran distribusi frekuensi data karakteristik responden yang terdiri dari karakteristik anak dan karakteristik orangtua.

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

Variabel	n	%	Mean ± SD Min-max
Usia anak			
36-63 bulan	11	34.4	62.94 ± 12.0
64-72 bulan	21	65.6	36-72
Jenis kelamin anak			
Laki-laki	21	65.6	
Perempuan	11	34.4	
Riwayat ASI Eksklusif			
ASI Eksklusif	22	68.8	
Tidak ASI Eksklusif	10	31.3	
Usia Orangtua			
23-35 tahun	17	53.1	34.72 ± 6.68
36-52 tahun	15	46.9	23-52
Pendidikan Orangtua			
S1	5	15.6	
SMA	23	71.9	
SMP	4	12.5	
Pekerjaan Orangtua			
IRT	22	68.8	
Wiraswasta	7	21.9	
PNS	3	9.4	
Jenis Pola Asuh			
Demokratis	7	21.9	
Permisif	14	43.8	
Otoriter	11	34.4	
Pengetahuan Parenting			
Mengetahui	31	96.9	
Tidak mengetahui	1	3.1	

Hasil penelitian pada karakteristik responden rata-rata usia anak 63 bulan, usia paling banyak yaitu rentang 63-72 bulan, paling rendah berusia 36 bulan dan paling tinggi berusia 72 bulan. Siswa paling banyak adalah laki-laki (65.6%), dengan riwayat ASI Eksklusif lebih besar (68.8%) dari yang tidak ASI Eksklusif. Rata-rata usia orangtua adalah 35 tahun, dengan latar belakang pendidikan terbanyak yaitu SMA (71.9%). Pekerjaan orangtua terbesar adalah ibu rumah tangga (68.8 %). Hampir semua orangtua mempunyai pengetahuan parenting (96.6%), sedangkan mayoritas jenis pola asuh orangtua adalah permisif (43.8%).

Karakteristik responden merupakan ciri pribadi orangtua anak dan anak yang dapat menggambarkan keadaan anak. Karakteristik responden yang dinilai pada penelitian ini meliputi jenis kelamin, usia, ASI eksklusif, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, jenis pola asuh orangtua, pengetahuan parenting. Pengumpulan data mengenai karakteristik jenis kelamin, usia, ASI eksklusif, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, jenis pola asuh orangtua, pengetahuan parenting penting dilakukan untuk mengetahui sebaran usia dan perbandingan jumlah jenis kelamin anak, riwayat ASI eksklusif juga dapat mempengaruhi pertumbuhan, perkembangan, dan kesehatan mental emosional anak, pendidikan orang tua, jenis pola asuh orang tua dan pengetahuan parenting juga mempengaruhi ada tidaknya gangguan pada anak (Hanifah dan Nigrum, 2012).

2. Pertumbuhan

Hasil pengukuran pertumbuhan terdiri dari Berat badan, Tinggi Badan dan IMT disajikan dalam tabel distribusi frekuensi sebagai berikut:

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Pertumbuhan

Variabel	n	%	Mean ± SD Min-max
Berat Badan			
Status Gizi BB/TB			17.81 ± 3.92
Normal	32	100	12-33
Tinggi Badan			
Status TB/ Umur			109.59 ± 8.7
Normal	32	100	88-124



Variabel	n	%	Mean ± SD Min-max
IMT			
Status Gizi IMT/Umur			14.63 ± 3.92
Normal	32	100	12-21

Hasil penelitian pada pertumbuhan Rata-rata berat badan adalah 17.8 kg, sedangkan untuk berat badan paling kecil 12 kg dan paling besar 33 kg. Status gizi berdasarkan BB/TB sesuai dengan standar SDIDTK seluruh siswa dalam status gizi normal. Tinggi badan rata-rata siswa 109.59 cm dengan tinggi badan paling pendek adalah 88 cm dan paling tinggi 124 cm, dapat disimpulkan bahwa status TB/Umur pada siswa seluruhnya normal, tidak ada temuan pendek maupun stunting. Indeks Masa Tubuh rata-rata 14.63, untuk IMT paling kecil 12 dan Paling besar 21, sehingga didapatkan kesimpulan bahwa ststus gizi berdasarkan IMT/Umur seluruhnya normal.

Pengukuran status gizi didasarkan atas Standar *World Health Organization (WHO, 2005)* yang telah ditetapkan pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/Menkes/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak. Menurut standar tersebut, status gizi balita dapat diukur berdasarkan tiga indeks, yaitu berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Gizi kurang dan gizi buruk merupakan status gizi yang didasarkan pada indeks berat badan menurut umur (BB/U) (Peraturan Kemenkes RI, 2014). Dari hasil data penelitian pertumbuhan Status gizi berdasarkan BB/TB, berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U) tidak ada kelainan semua normal, tidak ada kesenjangan antara teori dan hasil penelitian.

3. Perkembangan

Hasil pemeriksaan perkembangan terdiri dari Tes Daya Lihat, Tes Daya Dengar dan Pra Skrining Perkembangan disajikan dalam tabel distribusi frekuensi sebagai berikut:

Tabel 4.3 Distribusi Ferekuensi Perkembangan

Variabel	n	%
TDD		
Tidak ada gangguan	32	100
TDL		
Tidak ada gangguan	32	100
KPSP		
Sesuai umur	23	71.9
Meragukan	9	28.1

Hasil penelitian dari perkembangan pemeriksaan tes daya lihat dan tes daya dengar keseluruhan siswa (100%) tidak mengalami gangguan baik pada sisi telinga kanan atau kiri serta mata kanan atau kiri. Hasil pemeriksaan pra skrining perkembangan didapatkan kesimpulan paling besar perkembangan sesuai umur (71.9%).

Dari hasil penelitian tidak ada yang mengalami Gangguan daya lihat dan tidak ada yang mengalami gangguan daya dengar, untuk perkembangan motorik halus, dan motorik kasar menggunakan KPSP 23 murid sudah sesuai dengan usia dan 9 murid mengalami keraguan dalam motorik halus dan motorik kasar. Murid yang mengalami perkembangan meragukan tersebut direkomendasikan untuk pengukuran ulang setelah 2 minggu, diberikan edukasi kepada orangtua bagian yang anak belum dapat melakukan untuk diberikan stimulasi perkembangan sesuai usia anak. Selain itu diberikan pula edukasi untuk memberikan stimulasi perkembangan anak di usia yang selanjutnya dan orangtua diminta lebih kooperatif dalam pola pendidikan anak dirumah.

4. Kesehatan Mental Emosional

Hasil pemeriksaan Kesehatan Mental Emosional terdiri dari pemeriksaan autism, masalah mental emosional dan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktifitas yang disajikan dalam tabel distribusi frekuensi sebagai berikut:



Tabel 4 Distribusi Frekuensi Kesehatan Mental

Emosional		
Variabel	n	%
Masalah Mental Emosional		
Tidak ada masalah	32	100
Autisme		
Negatif	32	100
Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktifitas		
Kemungkinan GPPH	9	28.1
Tidak GPPH	23	71.9

Hasil penelitian pemeriksaan masalah mental emosional keseluruhan siswa (100%) tidak ada masalah, dan keseluruhan siswa (100%) negatif autisme. Hasil pemeriksaan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktifitas (GPPH) didapatkan kesimpulan paling besar (71.9%) siswa tidak mengalami GPPH.

Dari hasil penelitian kesehatan mental emosional anak semua anak dalam keadaan normal, tidak ada yang melibatkan ketergugahan fisiologis, pengalaman disadari dan ekspresi perilaku, yang terangsang diorganisme mencakup perubahan perubahan yang disadari, yang mendalam sifatnya dan berubah perilaku (caplin, 2009). Anak-anak dengan ADHD biasanya mempunyai setidaknya tidaknya satu orang keluarga dengan ADHD. Orang tua pada anak yang hiperaktif akan sering memberi perintah serta mempunyai hubungan interaksi yang negatif (Rose & Rose, 1982 Dalam Kurtz, 2005).

Dalam penelitian ini terdapat 28.1 % anak dengan kemungkinan GPPH, hal tersebut direkomendasikan untuk dilakukan pengujian ulang dengan jarak minimal 2 minggu. Berdasarkan pengambilan data dimungkinkan karena ketidaksiapan anak saat pengujian, terdapat beberapa anak yang rewel karena menunggu terlalu lama ketika pengambilan data. Data anak dengan perkembangan meragukan mengalami kemungkinan GPPH, sehingga dalam hal ini selain rekomendasi untuk pengukuran ulang, perlu juga dilakukan pengkajian mendalam terkait pola asuh orang tua dan konsisi psikologis anak.

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Status TB/Umur pada responden seluruhnya normal, tidak ada temuan pendek maupun stunting, status gizi berdasarkan IMT/Umur seluruhnya normal. Keseluruhan responden (100%) tidak mengalami gangguan baik pada sisi telinga kanan atau kiri serta mata kanan atau kiri. Perkembangan terdapat 28.1 % meragukan, sehingga diberikan edukasi untuk melakukan stimulasi perkembangan pada anak. Tidak ditemukan adanya autisme dan masalah mental emosional pada anak, akan tetapi terdapat 28.1 % anak dengan kemungkinan GPPH.

Direkomendasikan kepada orangtua untuk melakukan observasi akan tanda-tanda gejala GPPH dan diminta melakukan pengukuran ulang setelah minimal 2 minggu. Guru sekolah direkomendasikan melakukan pemantauan khusus dan pendampingan kepada siswa yang mengalami perkembangan meragukan dan kemungkinan GPPH. Apabila diperlukan tindakan lebih lanjut dapat meminta pendampingan atau kolaborasi dengan puskesmas wilayah setempat.

REFERENSI

- Adriana, D (2013). Tumbuh kembang & terapi bermain anak. Jakarta : Salemba Medika.
- Ahmad Mansur. 2011. Metode Penelitian dan Teknik Penulisan Laporan Karya Ilmiah. Bandung: PAAP FEB-UNPAD.
- Alex Sobur.2013. Filasafat Komunikasi. Bandung : PT Remaja Rosdakarya
- Anita Yus, 2012 Model Pendidikan Anak Usia Dini. Jakarta: Kencana
- Any Setyarini , Maria Mexitalia , Ani Margawati. 2015. Pengaruh Pemberian Asi Eksklusif dan Non Eksklusif terhadap Mental Emosional Anak Usia 3–4 Tahun. Medica Hospitalia. Med Hosp 2015; vol 3 (1) : 36–41.
- Bandi Delphie, Pendidikan Anak Autis, Yogyakarta: Intan Sejati Klaten, 2009.
- Bremner, G.J., Wachs, D.T. 2010. Infant Development. Second Edition Volume 2: Applied and Policy Issues.
- Chamidah, Atien Nur. 2009. Deteksi Dini Gangguan Pertumbuhan Dan Perkembangan. Jurnal Pendidikan Khusus Vol 2 No 5. Yogyakarta



- Dosen Jurusan Pendidikan Luar Biasa FIP UNY.
- Chaplin, J. P. 2009, Dictionary of Psychology, (Terjemah. Kartini Kartono) Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Dewi, R.C., Oktiawati, A., & Saputri, L.D. (2015). Teori dan Konsep Tumbuh Kembang : Bayi, Toddler, Anak, dan Usia Remaja. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Depkes RI. 2010. Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Di Indonesia. Jakarta : BAPPENAS
- Dinas kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta, *Profil Kesehatan Provinsi Di Yogyakarta Tahun 2017*. Yogyakarta: 2017
- Depkes RI. 2010. Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Di Indonesia. Jakarta : BAPPENAS
- Femmi Nurmalitasari. 2015. Perkembangan Sosial Emosi pada Anak Usia Prasekolah, Volume 23, No.2, Desember.
- Hockenberry, M.J & Wilson, D. (2009). Essential of Pediatric Nursing. St. Louis Missouri: Mosby
- Jenny Thompson, Memahami Anak Berkebutuhan Khusus, Jakarta: Gelora Aksara Pratama, 2012.
- Judarwanto, W. 2012. Down Syndrome: Deteksi Dini, Pencegahan Dan Penatalaksanaannya. Clinic For Children Information Education Network. Available from : URL: <http://goo.gl/fWAKS>
- Kemenkes. Profil Kesehatan Indonesia 2016. Jakarta: Kemenkes; 2017.
- Kemenkes RI. 2013. Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2013: Angka Kecukupan Gizi Energi, Protein Yang Dianjurkan Bagi Bangsa Indonesia.
- King, Laura. 2010. Psikologi Umum. Jakarta : Salemba Humanika. Mashar, Riana. (2011). Emosi anak Usia Dini dan Strategi Pengembangan. Jakarata. Kencana.
- Kurniasih 2010. Sehat dan Buger Berkat Gizi Seimbang. Penerbit Buku Gramedia. Jakarta
- Leni Susanti, Kisah-kisah Motivasi untuk Anak Berkebutuhan Khusus Autis, Jogjakarta; Javalitera, 2014.
- Luthfia Nur Farida, Elsa Naviati. 2015. Hubungan Pola Asuh Otoritatif Dengan Perkembangan Mental Emosional Pada Anak Usia Prasekolah Di Tk Melati Putih Banyumanik. Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro email: elsanaviatizainal@gmail.com; 222-228.
- Mirza Maulana, Anak Autis, Mendidik Anak Autis dan Gangguan Mental Lain Menuju Anak Cerdas dan Sehat, Jogjakarta: Ar-Rruz MediaGroup. 2010
- Mulyasa. 2012. Praktek Penelitian Tindakan Kelas. 2012. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Nattaya Lakshita, Panduan Simpel Mendidik Anak Autis, Jogjakarta: Javalitera, 2013
- Ni'mah, K., & Nadhiroh, S.R. 2015. Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stunting Pada Balita. Jurnal Media Gizi Indonesia. Vol. 10. No. 1. Januari-Juni. Hlm: 13-19. Diakses pada tanggal 2 November 2018.
- Nursalam. 2013. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis : Jakarta : SalembaMedika.
- Olds SB, London ML, Ladewig PAW. (2000). Maternal New Born Nursing: a family and community based approach. Sixth edition. New Jersey: practice Hall Health
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. 2014.
- Potter & Perry. 2009. Fundamental Keperawatan. Edisi 7. Jakarta : Salemba Medika
- Potter, Perry. (2010). Fundamental Of Nursing: Consep, Proses and Practice. Edisi 7. Vol. 3. Jakarta : EGC
- Republik Indonesia, 2014a, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, Jakarta.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018. http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop_2018/Hasil%20Riscesdas%202018.pdf-Diakses Agustus 2018.
- Soetjningsih. 2012. Perkembangan Anak dan Permasalahannya dalam Buku Ajar I Ilmu Perkembangan Anak Dan Remaja. Jakarta :Sagungseto .Pp 86-90.
- Soetjningsih dan Ign. N. Gede Ranuh. (2015). Tumbuh Kembang Anak. Edisi 2. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Sri Winarsih , Nuril Nikmawati, Suprihatiningsih. 2017. Studi Deskriptif Deteksi Dini Penyimpangan Mental Emosional (Kmme, Chat, Gpph) Pada Anak Usia 36 - 72 Bulan. JURNAL KEBIDANAN Vol. 6 No.14 Oktober 2017 ISSN.2089-7669: 28-32.
- Yusuf, Syamsu. (2011). Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- World Health Organization (WHO). Maternal Mortality in 2005. Geneva : Departement of Reproductive Health and Research WHO; 2007.
- World Health Organization. The World Medicine Situation 2011 3ed. Rational Use of Medicine. Geneva, 2011.