BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pertumbuhan dan Perkembangan

1. Diare Pada Anak

a. Pengertian Diare

Menurut WHO (2013) diare berasal dari bahasa Yunani yaitu diáppoia. Diare terdiri dari 2 kata yaitu diall dia (melalui) dan péoll rheo (aliran). Secara harfiah berarti mengalir melalui. Diare merupakan suatu kondisi dimana individu mengalami buang air dengan frekuensi sebanyak 3 atau lebih per hari dengan konsistensi tinja dalam bentuk cair. Ini biasanya merupakan gejala infeksi saluran pencernaan. Penyakit ini dapat disebabkan oleh berbagai bakteri, virus dan parasit. Infeksi menyebar melalui makanan atau air minum yang terkontaminasi. Selain itu, dapat terjadi dari orang ke orang sebagai akibat buruknya kebersihan diri (personal hygiene) dan lingkungan (sanitasi). Diare berat menyebabkan hilangnya cairan, dan dapat menyebabkan kematian, terutama pada anak-anak dan orang-orang yang kurang gizi atau memiliki gangguan imunitas.

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2010), diare adalah suatu kondisi dimana seseorang buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair, bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih sering (biasanya tiga kali atau lebih) dalam satu hari. Diare terdiri dari 2 jenis yaitu diare akut dan diare persisten/ kronik. Diare akut berlangsung kurang dari 14 hari. Diare kronik berlangsung lebih dari 14 hari

b. Klasifikasi Diare

Menurut Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Kemenkes RI 2019, diare diklasifikasikan atas 3 macam yaitu :

1) Diare dehidrasi berat

Tanda tanda dalam diare dehidrasi berat meliputi latergis atau tidak sadar, mata cekung, tidak bisa minum atau malas minum, cubitan kulit perut kembali sangat lambat

2) Diare dehidrasi ringan / sedang

Tanda tanda dalam diare dehidrasi ringan atau sedang meliputi gelisah, rewel atau mudah marah, mata cekung, haus, minum dengan lahap. Cubitan kulit perut kembali lambat

3) Diare tanpa dehidrasi

Tidak cukup tanda tanda untuk diklasifikasikan sebagai diare dehidrasi berat atau ringan/sedang

a) Jika diare 14 hari atau lebih

(1) Diare persisten berat (dengan dehidrasi)

(2) Diare persisten (tanpa dehidrasi)

b) Jika ada darah dalam tinja

Disentri (ada darah dalam tinja)

c. Faktor Penyebab Diare

1) Faktor pemicu

a) Virus

Misalnya adenovirus, astrovirus, rotavirus, Norwalk virus merupakan penyebab paling umum dari diare diamerika serikat. Yang paling umum pada anak anak yaitu rotavirus dan pada orang dewasa yaitu norovirus

b) Bacteri

Escherichia coli (E.coli), Clostridium difficile (C.difficile), dan Campylobacter, Salmonella, dan Shigella spp., merupakan bakteri penyebab diare

c) Protozoa

E. Histolytica, Giardia, Cryptosporidium, dan Cyclospora spp., merupakan agen parasit (protozoa) yang menyebabkan diare

2) Faktor predisposisi

a) Kebiasaan orang tua mencuci tangan dan kejadian diare balita

Kebiasaan berhubungan erat dengan perilaku. Perilaku manusia pada hakikatnya merupakan suatu aktivitas dari manusia itu sendiri. Perilaku mempunyai pengertian yang sangat luas meliputi seluruh eksistensi kemanusiaannya. Secara biologis, perilaku merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Perilaku merupakan apa yang dikerjakan oleh organisme tersebut, baik yang dapat diamati secara langsung atau secara tidak langsung (Notoatmodjo, 2009).

Perilaku dan gejala perilaku yang tampak pada kegiatan organisme tersebut dipengaruhi oleh faktor genetik (keturunan) dan lingkungan. Faktor genetik dan lingkungan merupakan penentu dari perilaku mahluk hidup termasuk

perilaku manusia. Hereditas atau faktor keturunan merupakan konsepsi dasar atau modal untuk perkembangan perilaku makhluk hidup itu untuk selanjutnya (Notoatmodjo, 2009).

Salah satu perilaku atau kebiasaan yang berhubungan erat dengan kejadian diare pada balita yaitu mencuci tangan dengan sabun sebelum menyuapi balita. Mencuci tangan mudah dilakukan dan salah satu cara yang paling efektif untuk mencegah penyebaran berbagai jenis infeksi baik di rumah maupun tempat kerja. Tangan yang bersih dapat menghentikan kuman menyebar dari satu orang ke orang lain dan seluruh komunitas (CDC, 2014). Langkah pertama yaitu basahkan tangan lalu ambil 2-4 ml sabun cair, selanjutnya tangan digosok-gosok dengan gerakan melingkar agar bagian tangan, punggung tangan, pergelangan, dan lengan bawah terkena sabun. Selanjutnya, sela-sela jari digosok dan ulangi selama 20-25 detik. Bilas tangan di bawah air mengali, amati kuku tangan dan bersihkan jika masih belum bersih ulangi langkah 3-5. Selanjutnya, gunakan handuk atau tissue untuk mengeringkan tangan mulai dari jari-jari ke siku, lakukan gerakan melingkar (CDC, 2014).

b) Kebiasaan menyuapi dengan kejadian diare balita

Perilaku merupakan keseluruhan pemahaman dan aktivitas seseorang. Hal ini merupakan hasil bersama antara faktor internal seseorang. dan eksternal. Perilaku seseorang sangat kompleks mempunyai bentangan yang sangat luas. Notoatmodjo (2009) membedakan adanya 3 domain perilaku yaitu, kognitir (cognitive), afektif (affective), dan psikomotor (psychomotor). Berdasarkan pembagian domain perkembangan selanjutnya dikembangkan menjadi 3 tingkat ranah perilaku yaitu :

(1) Pengetahuan (knowledge). Pengetahuan merupakan hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (overt behavior).

(2) Sikap (attitude). Sikap merupakan reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Newcomb (seorang ahli psikologi sosial) menyatakan hahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksana motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan atau perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka. Sikap merupakan reaksi terhadap objek di lingkungan tertetu sebagai suatu penghayatan terhadap objek

(3) Praktik/tindakan (practice). Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (overt behavior). Untuk terwujudnya sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas, di samping itu juga diperlukan faktor dukungan (support) dari pihak lain.

Kebiasaan menyuapi balita merupakan salah satu contoh perilaku yang berpengaruh terhadap kejadian diare balita. Tindakan menyuapi balita yang benar oleh orang tua/pengasuh dapat terjadi jika orang tua memiliki pengetahuan tentang bagaimana cara menyuapi balita yang benar seperti tidak menggunakan tangan namun menggunakan sendok yang telah uicuci bersih.

Selanjutnya, orang tua akan memilih untuk bersikap suat dengan pengetahuan, sehingga tindakan menyuapi balita dengan benar bisa diterapkan.

c) Pemberian ASI eksklusif dan kejadian diare balita

Air Susu Ibu (ASI) merupakan susu yang diproduksi oleh payudara atau kelenjar susu dari seorang wanita. ASI merupakan sumber utama nutrisi bagi bayi yang baru lahir sebelum mereka mampu untuk makan dan mencerna makanan lain. Anak balita dapat terus disusui, baik secara eksklusif atau dalam kombinasi dengan makanan lain. WHO merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama enam bulan. Selanjutnya, secara bertahap mulai diperkenalkan makanan pendamping pada usia ini ketika muncul tanda-tanda kesiapan bayi. Menyusui dianjurkan sampai setidaknya sampai usia dua tahun dan lebih selama ibu atau anak menginginkannya (WHO, 2014).

Saat ini secara universal telah dianjurkan memberikan ASI pada bayi, namun pada tahun 1950-an di beberapa negara praktik menyusui tidak dilakukan karena adanya anggapan bahwa penggunaan susu formula lebih baik daripada ASI. Namun, saat ini secara universal telah diakui bahwa tidak ada susu formula yang bisa menyamai ASI (Chantry et al., 2011). Berdasarkan hasil penelitian yang ada, ASI mengandung karbohidrat, protein, dan lemak dengan komposisi yang tepat. Selain itu, ASI juga mengandung vitamin, mineral, enzim pencernaan, dan hormon. ASI juga mengandung antibodi dan limfosit dari ibu yang membantu bayi melawan infeksi. Fungsi kekebalan ASI bersifat individual. Hal ini dapat terjadi melalui sentuhan ibu dalam Selanjutnya, bayi. ASI dapat menghambat merawat perkembangan agen penyakit/ patogen yang ada pada bayi sehingga

tubuh bayi dapat membuat antibodi dan kekebalan sel yang sesuai dengan jenis patogennya (Bertotto et al., 1990).

Kandungan zat besi di ASI lebih sedikit ditemukan dari pada susu formula. Hal ini terjadi karena zat besi pada ASI lebih bioavailablel mudah terbentuk sebagai lactoferrin dari pada besi sulfat yang lebih aman untuk ibu dan anak-anak. Pada bayi yang berumur sekitar 4-6 bulan, pasokan zat besi di dalam tubuh bayi dilakukan oleh sel-sel hati sehingga dapat menyebabkan kelelahan sel hati. Pada saat inilah makanan pendamping ASI harus mulai diperkenalkan pada bayi (Paesano et al., 2014; AAP, 2014).

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2010, bayi yang diberikan ASI eksklusif sampai 6 bulan hanya sebesar 15,3%. Dalam laporan Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif dalam 24 jam terakhir dan tanpa riwayat diberikan makanan dan minuman selain ASI pada umur 6 bulan sebesar 30.2% sedangkan tindakan inisiasi menyusu dini kurang dari satu jam setelah bayi lahir sebesar 34,5%

d) Tingkat pendidikan ibu dan kejadian diare balita

Pendidikan ibu merupakan salah satu faktor penentu utlan bayi bertahan hidup di negara berkembang. Sebuah peneliti yang menggunakan model interaktif multi-level untuk menila apakah efek pendidikan ibu terhadap risiko kejadian diare bayi dapat dimodifikasi oleh tiga aspek yaitu lingkungan kelua dan masyarakat dari ibu, sumber daya ekonomi masyarakat d ketersediaan perkumpulan ibu-ibu. Penelitian yang dilakuk terhadap 2.484 responden menunjukkan bahwa efek perlindune dari pendidikan ibu pada kejadian diare pada balita bervaria sesuai dengan lingkungan sosial-ekonomi dimana ibu tinggal

Pendidikan ibu melindungi terhadap kejadian diare balita pada masyarakat yang lebih ekonomis dan diuntungkan secara sosial tetapi tidak memiliki efek pada masyarakat yang lebih dirugikan.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa dari pendidikan ibu dampaknya terhadap kejadian diare balita lebih kecil rumah tangga kaya. Data ini menunjukkan bahwa peningkatan tingkat pendidikan ibu, mungkin tidak selalu memiliki efek menguntungkan pada kesehatan bayi. Langkah-langkah yang bisa dilakukan untuk mencegah penyakit yaitu dengan meningkatkan akses ibu dan anak-anak terhadap sumber daya masyarakat dan pada upaya untuk membantu ibu lebih efektif dalam berbagai peran sosial. Hal ini menjadi prasyarat untuk meningkatkan tingkat pendidikan ibu dalam rangka menghasilkan perbaikan kesehatan bayi (Dargent-Molina et al., 1994).

e) Tingkat pendapatan keluarga dan kejadian diare balita

Penduduk suatu negara berkualitas tinggi jika status kesehatannya tinggi. Indonesia tergolong negara dengan tingkat kesehatan rendah, hal itu diakibatkan oleh beberapa faktor seperti lingkungan, makanan, layanan keschatan (fasilitas kesehatan dan ketersediaan tenaga medis). Tingkat kesehatan suatu negara dapat dinilai dari tinggi rendahnya angka kematian kasar, angka kematian bayi, dan umur harapan hidup. Tingkat kesehatan penduduk dikatakan tinggi apabila angka kematian kasar dan angka kematian bayinya rendah, tetapi umur harapan hidupnya tinggi (Wagstaff, 2002).

Kemiskinan dan kesehatan saling terkait. Negara-negara miskin cenderung memiliki penduduk dengan status kesehatan yang rendah dibandingkan negara-negara yang lebih baik. Dalam suatu negara, masyarakat miskin memiliki status

kesehatan rendah daripada orang yang lebih tingkat pendapatannya (Wagstaff, 2002).

Secara sederhana, masyarakat yang hidup dalam kemiskinan akan hidup dalam status kesehatan yang rendah atau mengalami penyakit. Hal ini terjadi karena mereka yang miskin tidak dapat mengakses layanan kesehatan yang memadai. Namun, di lain pihak masyarakat yang selalu mengalami penyakit maka hidup dalam kekurangan. Hal ini terjadi karena seluruh penghasilan mereka hanya digunakan untuk membiayai kesehatan. Dalam konteks ini perlu adanya tindakan pemerintah untuk memutus keadaan in

3) Faktor resiko

a) Status gizi balita dan kejadian diare balita

Status gizi merupakan suatu keadaan seimbang antara asupan dan kebutuhan zat gizi. Status gizi juga dapat didefinisikan sebagai keadaan tubuh yang disebabkan oleh konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi. Status gizi dapat dibagi dalam 3 kelompok yaitu baik (jumlah asupan zat gizi sesuai dengan yang dibutuhkan), tidak seimbang (gizi kurang dari yang dibutuhkan) dan lebih (asupan zat gizi melebihi dari yang dibutuhkan). Ada dua faktor langsung penyebab gizi kurang pada anak balita yaitu faktor makanan dan penyakit infeksi. Keduanya faktor ini saling berhubungan (Almatsier, 2003). factor yang mempengaruhi status gizi yaitu pelayanan kesehatan, penyaki infeksi, pola asuh, konsumsi makanan yang kurang, dan lain-lain Hal ini dapat menyebabkan kematian pada penderita gizi buruk Faktor-faktor yang berpengaruh pada masalah status gizi pada masyarakat harus dapat diidentifikasi, sehingga upaya perbaikan status gizi dapat lebih efektif (UNICEF, 1998).

Pengukuran status gizi dapat dilakukan dengan menilai ukuran antropometri, mengukur jumlah masukan makanan pemeriksaan klinis dan biokimia. Umumnya pengukuran st gizi masyarakat dalam survey skala besar hanya dilakukan dengan menilai ukuran antropometri. Metode ini dipilih karena salah satu pilihan cara yang termudah dalam menilai status gizi (Hidayat, 2005).

Ada dua jenis antropometri yang digunakan dalam mengidentifikasi status gizi yaitu berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). BB dan TB disajikan dalam bentuk indeks dan rasio berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan terhadap umur (TB U) dan rasio berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB). Status gizi yang diukur dengan rasio BB/U mencerminkan status gizi saat ini, karena berat badan mencerminkan kondisi dampak tentang status gizi. Rasio TB/U mencerminkan status gizi masa lalu, karena tinggi badan merupakan dampak kumulatif status gizi sejak dilahirkan hingga saat sekarang (Hidayat, 2005).

Untuk menentukan status gizi pada balita (usia 0-60 bulan), nilai indeks massa tubuh (IMT) harus dibandingkan dengan nilai IMT standar dari WHO (WHO, 2006). Status gizi pada anak dan remaja (5-19 tahun) nilai IMT-nya harus dibandingkan dengan referensi World Health Organization/National Center for Heath Statistic (WHO/NCHS) 2007 (WHO, 2007). Saat ini, Z-skor (deviasi nilai seseorang dari nilai median populasi referensi dibagi dengan simpangan baku populasi referensi) atau persentil pada distribusi referensi posisi seseorang (tingkatan WHO/NCHS), yang dijelaskan dengan nilai seseorang sama atau lebih besar daripada nilai persentase kelompok populasi) merupakan indeks status gizi yang paling sering dilakukan. Secara teoritis, Z-skor dapat dihitung dengan rumus:

$$Z - skor \frac{Nilai\ IMT\ yang\ dikur - Median\ nilai\ IMT\ (refrensi)}{Standar\ deviasi\ dari\ standar\ (refrensi)}$$

Tabel 1
Klasifikasi IMT Menurut WHO

Nilai Z-skor	Klasifikasi
z-skor	Overweight (kelebihan berat badan atau gemuk)
-2 < z-skor < +2	Normal
-3 < z-skor < -3	Kurus
Z – skor < -3	Sangat kurus

Sumber : WHO (2006)

Tabel 2
Klasifikasi IMT Menurut Kemenkes RI Untuk
Anak Usia 0-60 bulan

Nilai Z-skor	Klasifikasi
z-skor	Gemuk
-2 < z-skor <+2	Normal
-3 < z-skor <-2	Kurus
z-skor < -3	Sangat kurus

Sumber : Kemenkes RI (2010)

b) Umur balita dan kejadian diare balita

Umur balita berhubungan dengan kejadian penyakit erat kaitannya dengan sistem imun. Sistem imun dapat membentuk pertahanan tubuh terhadap benda asing seperti mikroorganisme, zat-zat yang berpotensi racun dan sel-sel yang tidak normal (sel yang terinfeksi virus/malignan). Sistem ini berfungsi untuk menyerang benda asing dan memberikan peringatan terhadap kejadian penyakit supaya tubuh dapat memberikan reaksi terhadap keadaan ini. System imun pada bayi yang belum lahir masih belum matang sehingga rentan terhadap infeksi dan alergi. Bayi memiliki immunoglobulin (Ig) yang berfungsi untuk meningkatkan sistem imun vang disekresi oleh limfosit atau sel- sel plasma. Dengan bertambahnya umur, sistem imun ini akan matang dan memberikan kekebalan

alami maupun didapat. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang mencegah atau meminimalisasi infeksi. Beberapa jenis kekebalan alami seperti perlindungan secara kimia yang terjadi pada lingkungan asam lambung, fungsi saringan saluran nafas, pembentukan koloni mikroba oleh usus dan perlindungan oleh membran mukosa kulit (Goldsby 2003).

Faktor ibu juga berperan dalam respon kekebalan tubuh. Saat lahir sebagian besar Ig yang ada pada bayi berasal dari ibu yaitu IgG. Immunoglobulin lainnya seperti, IgM, IgD, IgE, dan IgA tidak melewati plasenta, sehingga hampir tidak ditemukan pada bayi saat lahir walaupun beberapa IgA ditemukan dalam ASI. Antibodi pasif yang diperoleh dari ibu dapat melindungi bayi vang baru lahir sampai berumur 18 bulan, namun respons antibodi ini biasanya dalam jangka waktu yang pendek dan afinitas rendah (Jaspan et al., 2006)

Selain itu, antibodi pasif yang diperoleh dari ibu juga dapat menghasilkan respons negatif. Jika seorang anak terkena antibodi untuk antigen tertentu sebelum terkena antigen sendiri maka anak akan menghasilkan respons lemah. Antibodi pasif yang diperoleh dari antibodi ibu dapat menekan respons antibodi terhadap imunisasi aktif. Hal ini terjadi karena tanggapan dari T-sel untuk vaksinasi berbeda pada anak-anak dan orang dewasa (Jaspan et al., 2006). Pada umur 6-9 bulan, sistem kekebalan tubuh bayi mulai memberikan respons yang lebih kuat terhadap glikoprotein. Pada umur sekitar 12-24 bulan harus dilihat apakah ada peningkatan yang nyata dari respons tubuh polisakarida. Hal ini yang menjadi dasar/ alasan diberikannya imunisasi untuk jangka waktu tertentu (Glezen, 2001; Holt et al., 1997).

c) Kualitas jamban dan kejadian diare balita

Kualitas jamban dan kejadian diare balita biasa disebut kakus/water closet (WC) Jamban yang merupakan bangunan yang digunakan untuk tempat membuang dan mengumpulkan kotoran manusia (feses). Hal ini bertujuan kotoran tersebut disimpan dalam suatu tempat tertentu dan tidak menjadi penyebab atau penyebar penyakit. Feses yang dibuang biasanya bercampur dengan air sehingga pengolahannya nada dasarnya sama dengan pengolahan air limbah (Indonesian agar Public Health, 2014)

Jamban yang layak dapat meningkatkan status kesehatan karena memungkinkan orang untuk membuang feses dengan tepat. Menurut Center for Disease Control and Prevention (CDC), di negara berkembang banyak orang tidak memiliki akses ke jamban yang sesuai standar, sehingga banyak terjadi praktik pembuangan feses yang tidak tepat. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Bank Dunia, jamban yang tidak sehat menyebabkan Indonesia kehilangan lebih dari Rp 58 triliun (Rp 265.000/ tahun) dan angka kejadian diare sebesar 121.100 kejadian da mengakibatkan kematian lebih dari 50.000 orang/tahunnya (CDC. 2014; Indonesian Public Health, 2014)

Sekitar 2,6 juta orang (lebih dari 40% populasi dunia) tidak menggunakan jamban, tetapi membuang feses di tempat terbuk atau tempat yang tidak saniter. Pada tahun 2004, sebanyak 3 dan 5 orang yang tinggal di pedesaan (lebih dari 2 miliar orang) tidak memiliki akses untuk fasilitas sanitasi dasar/ jamban (WHO dan UNICEF, 2006)

Jamban yang tidak memenuhi syarat seperti tidak tertutup tidak memiliki septic tank dan tanpa air bilasan yang cukup berisiko menyebabkan diare.

Kurangnya fasilitas sanitasi de dalam hal ini jamban dapat menyebabkan lingkungan yang tidal sehat yang terkontaminasi oleh feses (Adisasmito, 2010; Black UNICEF, 2006). 2007).

Tanpa adanya fasilitas sanitasi yang layak, limbah dan manusia yang mengandung agen penyakit dapat mencemari tanah dan air. Pembuangan feses yang tepat dapat memperlambat/menghambat siklus agen penyebab penyakit infeksi. Jamban yang tidak sehat dapat berkontribusi terhadap penyebaran banyak penyakit. Tanpa fasilitas sanitasi yang layak, masyarakat tidak punya pilihan selain untuk tinggal pada lingkungan dan minum air yang terkontaminasi dengan feses orang yang mengandung agen penyebab penyakit, sehingga mnyebabkan risiko terjadinya yaitu tidak mencemari air (sumur, sungai dan laut), tidak penyakit. Pembuangan feses yang tidak tepat menyebabkan banyak agen penyakit seperti diare dapat menyebar melalui tanah, makanan, air, dan serangga yang terkontaminasi (CDC, 2014).

Menurut Kemenkes RI (2011), ada 7 kriteria jamban sehat yaitu tidak mencemari (sumur, sungai, dan laut), tidak mencemari tanah permukaan, bebas dari serangga, tidak menimbulkan baud an nyaman digunakan, aman digunakan oleh pemakainya, mudah dibersihkan dan tak menimbulkan gangguan bagi pemakainya serta menggunakan dinding penutu dan berpintu.

d) Sumber Air Minum dan Kejadian diare balita

Penvediaan air dan sanitasi di Indonesia dapat dilihat melalui tingkat akses dan kualitas pelayanan yang masih belum baik. Lebih dari 40 juta orang tidak memiliki akses terhadap sumber air Jan >110 juta penduduk Indonesia tidak memiliki akses ke sarana sanitasi yang baik. Dengan akses hanya 2% untuk sarana

sanitasi di daerah perkotaan merupakan jumlah yang terendah di dunia di antara negara-negara berkembang lainnya. Polusi tersebar luas di Rulau Bali dan Jawa. Ibu rumah tangga di Indonesia dalam Jakarta Report menghabiskan uang sebesar USD 11 (Rp. 121 ribu) per bulan untuk membuat air mendidih karena ketersediaan minim. Hal ini menyiratkan beban yang signifikan air bersih yang bagi masyarakat miskin (WHO dan UNICEF, 2010).

Data laporan Riskesdas tahun 2010, menyatakan bahwa rumah tangga dengan kualitas fisik air minum 'baik' sebesar 90% dari 86% pada tahun 2007. Selain itu, ditemukan bahwa air Perusahaan Air Minum (PAM) yang digunakan sebagai sumber utama air untuk keperluan rumah tangga sebesar 19,7%. Terdapat pergeseran pola pemakaian sumber air minum, terutama di perkotaan, dimana pemakaian air kemasan sebagai air minum meningkat dari 6,0 persen pada tahun 2007 menjadi 7,2 persen pada tahun 2010, sedangkan yang menggunakan depot air minum sebagai sumber air minum sebesar 13,8%. Akses rumah tangga terhadap sumber air minum terlindung sesuai kriteria Millenium Development Goals (MDGS) sebesar 45,1%, namun hal ini mengalami penurunan dari tahun 2007. Apabila nemperhitungkan air kemasan dan air dari depot air minum, persentase rumah tangga yang akses terhadap sumber air minum terlindung menjadi 66,7%. Akses terhadap sumber air minum 'berkualitas' yang mempertimbangkan jenis sumber air terlindung (termasuk air kemasan dan depot air minum), jarak ke sumber air minum, kemudahan memperoleh air minum dan kualitas fisik air minum sebesar 67,5.

Pada tahun 2005, diperkirakan tingkat investasi public hanya USD 2 atau Rp. 22 ribu per kapita per tahun. Hal ini tidak cukup untuk memperluas layanan

dan untuk memelihara aset yang berhubungan dengan fasilitas air. Selain itu, tanggung jawa kebijakan terfragmentasi pada kementerian yang desentralisasi diperkenalkan di Indonesia, pemerintah daeral (kabupaten/kota) telah mendapatkan tanggung jawab untul sumber air dan sanitasi. Namun, hal ini sejauh ini belun diterjemahkan pada peningkatan akses atau kualitas layanan terutama karena pelimpahan tanggung jawab belum diikut dengan mekanisme penyaluran dana yang memadai untuk melaksanakan tanggung jawab ini (UNICEF, 2014).

Penyediaan air minum/ bersih belum menjadi prioritas pembangunan, terutama di tingkat pemerintah provinsi. Kurangnya akses terhadap air bersih dan sanitasi masih menjadi tantangan serius, terutama di daerah kumuh dan daerah pedesaan. Hal ini menjadi perhatian utama karena kurangnya air bersih mengurangi tingkat sanitasi di masyarakat dan juga meningkatkan kemungkinan terkena penyakit seperti diare. Kegagalan untuk mempromosikan perubahan perilaku, khususnya di kalangan keluarga berpenghasilan rendah dan penduduk di daerah kumuh, telah memperburuk dampak kesehatan dari buruknya situasi air bersih dan sanitasi di Indonesia (UNICEF, 2014)

Menurut hasil kegiatan Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation of WHO and UNICEF pada tahun 2010, akses ke sumber air memenuhi syarat mencapai 82% dan akses terhadap sarana sanitasi sebesar 54% (Tabel 4). Indonesia salah satu tingkat cakupan kepemilikan saluran air limbah terendah di Asia dengan hanya 2% akses di daerah perkotaan (WHO & UNICEF, 2010).

Tabel 3
Akses Masyarakat Terhadap air Bersih

	Daerah perkotaan (44% dari populasi)	Daerah pedesaan (56% dari populasi)	Total
Akses terhadap air bersih	92%	74%	82%
Air PAM	36%	8%	20%
Sarana sanitasi	73%	39%	54%
Saluran dari air jamban	2%	0%	1%

Sumber : WHO & UNICEF 2010

d. Pencegahan Diare

1) Perilaku pencegahan diare anak balita dalam pemberian ASI/MP-ASI

Peningkatan kualitas anak kedepan salah satunya sangat dipengaruhi aspek pengetahuan ibu tentang ASI eksklusif. Seperti pada hasil penelitian ini bahwa informan kurang mengetahui tentang ASI tetapi semua informan sudah memberi ASI anaknya sejak lahir namun lama pemberian ASI masih kurang dari dua tahun tidak sesuai dengan tahap pertumbuhan dan perkembangan anak.

Ibu memberi ASI merupakan makanan terbaik dan alamiah serta merupakan makanan bergizi seimbang bagi bayi dan diberi sejak usia 0-6 bulan (ASI eksklusif) dan diberikan hingga bayi usia 24 bulan, kemudian diberi makanan pendamping (MP) ASI setelah usia 4-6 bulan (Roesli. U, 2001)

Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Namun hal itu tidak selamanya benar sebab dalam penelitian ini pengetahuan tidak berhubungan dengan pemberian ASI Eksklusif, dan seperti kita ketahui bahwa menyusui adalah suatu proses alamiah. Ada banyak ibu-ibu berhasil menyusui bayinya tanpa membaca buku tentang ASI

dan proses menyusui, bahkan ibu yang buta huruf sekalipun dapat menyusui anaknya dengan baik (Soekidjo, 2003).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ridwan (2006) yang menyatakan bahwa meskipun pengetahuan ibu cukup atau kurang namun hal itu tidak mempengaruhi ibu untuk tetap memberikan ASI Eksklusif pada bayinya. Pada bayi yang baru lahir, pemberian ASI secara penuh mempunyai daya lindung 4x lebih besar terhadap diare dari pada pemberian ASI yang disertai dengan susu botol. Pada bayi yang tidak diberi ASI secara penuh pada 6 bulan pertama kehidupan, mempunyai risiko terkena diare 30x lebih besar (Depkes RI, 2007).

Perilaku kesehatan seseorang dalam hal ini pemberian ASI sangat berkaitan dengan aspek sosial budaya diantaranya pengetahuan, kepercayaan, nilai, dan norma dalam lingkungan sosialnya (Kalangie, 1994)

Sedangkan dalam pemberian MP-ASI sebagian informan telah mulai memberikan MP- ASI sejak bayi berusia kurang dari satu bulan, bahkan ada informan yang memberikan makanan berupa nasi dan pisang 'ulek' pada saat bayi berusia 10 hari, namun bayi tidak menimbulkan gangguan pencernaan.

Pemberian MP-ASI yang terlalu dini tidak tepat karena akan menyebabkan bayi kenyang dan akan mengurangi keluarnya ASI. Selain itu bayi menjadi malas menyusu karena sudah mendapatkan makanan atau minuman terlebih dahulu (Depkes RI, 2005).

Menurut Lubis (2006) pemberian MP-ASI dini seperti nasi dan pisang justru akan menyebabkan penyumbatan saluran cerna karena liat dan tidak bisa dicerna atau yang disebut phyto bezoar sehingga dapat menyebabkan kematian.

Dari hasil penelitian bahwa informan telah membersihkan payudara sebelum meneteki anak dengan menggunakan air hangat. Kebersihan diri ibu dalam mengasuh anak seperti mandi pakai sabun, mencuci tangan pakai sabun, kebersihan pakaian atau menganti pakaian adalah merupakan tindakan dalam pencegahan diare pada anak.

Melakukan pembersihan payudara sebelum meneteki anak akan membantu menghilangan kotoran-kotoran yang melekat pada permukaan kulit payudara serta mengurangi kuman. Sedangkan penggunaan air hangat dalam membersihkan payudara dapat membantu memperlancar aliran darah sekitar payudara dan merangsang prolaktin memproduksi ASI lebih banyak.

Pemberian air rebusan jambu pada anak yang menderita diare adalah merupakan salah satu obat tradisional yang telah dilakukan turun temurun oleh masyarakat. Air rebusan jambu mengandung zat yang dapat menurunkan motolitas usus (peristaltik) sehingga aktivitas diare dapat berkurang. Sedang pemberian oralit dapat menggantikan cairan elektrolit tubuh yang hilang akibat muntah dan berak-berak.

Jika bayi sudah dikenalkan dengan MP-ASI, maka dapat diberi makanan padat gizi sedikit-sedikit tidak merangsang, tetapi sering. Bayi yang menderita diare tidak boleh dipuasakan. Salah satu komplikasi diare yang paling sering terjadi adalah dehidrasi. Mencegah terjadinya dehidrasi dapat dilakukan mulai dari rumah dengan memberikan Oralit (Depkes RI, 2007)

2) Perilaku pencegahan diare anak balita dalam penggunaan air bersih

Perilaku pencegahan diare anak balita dalam penggunaan air bersih Perilaku terkait pengolahan dan penyimpanan air minum menjadi salah satu

perilaku kunci pencegahan penyebaran kuman ke dalam tubuh manusia. Dari hasil penelitian bahwa semua informan telah menggunakan air sumur bor dengan kualitas air dalam sumur bor jernih tidak berbau dan tidak berwarna sebagai sumber air minum dan untuk memasak, sedangkan untuk mandi, mencuci pakaian dan mencuci peralatan dapur menggunakan air sumur gali yang keru dan terasa asin yang kemungkinan sudah tercemar air kali.

Air bersih adalah air yang telah diolah dan disaring secara alami atau kimiawi sehingga aman untuk diminum dan dapat digunakan untuk keperluan lain (misalnya cuci tangan, dan pencucian peralatan rumah tangga) karena telah memenuhi syarat kesehatan. Sekurang-kurangnya, air bersih harus bebas dari mikroorganisme (Permenkes RI No. 416/Menkes/Per/IX/1990).

Syarat-syarat air minum adalah tidak berasa, tidak berbau, tidak berwarna dan tidak mengandung logam berat. Kualitas air merupakan kriteria standar yang digunakan untuk mencegah terjadinya penularan penyakit pada mas yarakat yang ditularkan melalui air (Depkes RI, 2001).

Sedangkan dari hasil penelitian informan setelah mengambil air dari sumur bor menggunakan ember/jeregen tidak terlebih dahulu air tersebut diendapkan oleh informan agar kotoran-kotoran air dapat mengendap kebawah tetapi air tersebut langsung tuang dipanci lalu direbus atau dimasak sampai mendidih. Perilaku terkait pengolahan air minum serta penyimpanannya menjadi salah satu perilaku kunci pencegahan penyebaran kuman ke dalam tubuh manusia. Air minum disimpan dalam cerek mulutnya tidak disumbat, kemungkinan dari mulut cerek dimasuki binatang seperti lalat dan semut bisa masuk ke dalam air minum

yang membawa bibit penyakit sehingga pada saat air minum sudah terjadi kontaminasi dan bisa menyebabkan sakit perut.

Sebagian besar kuman-kuman infeksius penyebab diare ditularkan melalui jalur fekal-oral. Mereka dapat ditularkan dengan memasukkan ke dalam mulut, cairan atau benda yang tercemar dengan tinja, misalnya air minum, tangan atau jari-jari, makanan yang disiapkan dalam panci yang telah di cuci dengan air tercemar dan lain-lain.

3) Perilaku pencegahan diare anak balita dalam mencuci tangan pakai sabun

Perilaku pencegahan diare anak balita dalam mencuci tangan pakai sabun Perilaku pencegahan diare anak balita dalam mencuci tangan pakai sabun dengan cara yang benar dan dilakukan dengan waktu-waktu yang tepat serta menggunakan air yang tidak tercemar sangatlah berperan dalam menggurangi penyebaran penyakit infeksi dan sangat efektif untuk mencegah penyakit diare dan penyakit lainnya terhadap anak balita. Dari hasil penelitian informan hanya dua waktu melakukan mencuci tangan pakai sabun dalam kegiatan sehari-harinya yaitu pada waktu sebelum/sesudah makan dan setelah buang air besar.

Dalam mencuci tangan pakai sabun ada lima waktu penting menurut panduan pencegahan diare yaitu sebelum makan, setelah buang air besar, sebelum memegangi bayi, setelah menceboki anak dan sebelum menyiapkan makanan. Sehingga perlu penguatan (reinforce) pada informan untuk tiga waktu penting pencegahan diare lainnya yaitu setelah menceboki anak, sebelum menyiapkan makanan dan sebelum memegang bayi bagi informan yang mempunyai bayi (EHP, 1999).

Sedangkan menurut Kirana (2005), cara praktis untuk mencegah penyakit diare adalah dengan mencuci tangan dengan sabun. Kebiasaan ini akan mengurangi resiko terjadinya diare 40 persen, kebiasaan mencuci tangan juga mempunyai daya ungkit yang besar terhadap penurunan angka kejadian diare.

Dari hasil penelitian, informan belum melakukan cuci tangan pakai sabun dengan cara atau prosedur yang benar, hal ini dapat meningkatkan penyebaran penyakit infeksi bila informan mengola makanan, minuman, meneteki anak, dan lain-lain. Menurut panduan cara cuci tangan pakai sabun yang benar adalah membasuh tangan dengan air mengalir lalu menggosok kedua permukaan tangan dengan sabun secara merata serta sela-sela jari dan ujung kuku, lalu dibilas sampai bersih dengan air mengalir kemudian keringkan dengan lap bersih (UNICEF, 1999).

Praktek cuci tangan tiap melakukan pekerjaan terkait makanan atau menyusui dan minum air yang telah dimasak, merupakan bentuk praktek perawatan bayi yang dapat mencegah terjadi diare, termasuk usaha mencegah makanan dari gangguan lalat dan kontaminasi lain (Bahar B, 2000).

Hasil penelitian yang dilakukan Thoyib (1997), menemukan bahwa kejadian diare pada anak dibawah 2 tahun adalah 21,8 kali pada perilaku ibu yang tidak mencuci tangan.

Dari hasil penelitian, informan telah mengajari anak tentang cuci tangan pakai sabun, dengan alasan supaya anak terbiasa dan terhindar dari kuman, namun pelaksanaannya masih ada anak informan belum melakukan cuci tangan pakai sabun. Menurut Pavlov (1997), perilaku dapat dibentuk melalui kondisioning atau

kebiasaan seperti apa yang diajarkan orang tua sendiri kecil pada anaknya untuk mencuci tangan pakai sabun dan disebut dengan teori belajar asosiatif.

4) Perilaku pencegahan diare anak balita dalam sanitasi makanan

Dalam sanitasi makanan yang perlu diperhatikan dalam hal kebersihan pengolahan dan penyimpanan makanan yang bertujuan menjaga makanan agar tetap bersih, sehat dan nilai gizinya tetap dengan menghilangkan atau mengurangi kontaminasi baik dari debu atau kotoran, kuman, maupun lalat dan serangga yang hinggap pada makanan. Dari hasil penelitian informan telah melakukan atau memperhatikan kebersihan bahan makanan dengan mencuci bahan makanan sebelum diolah dan dimakan, namun informan sebelum diolah dan dimakan mencucinya masih menggunakan air sumur.

Perilaku mencuci bahan-bahan makanan sebelum diolah atau dikonsumsi serta menutup dan menyimpan, merupakan salah satu pencegahan diare anak balita. Dalam penelitian ini informan telah memasak sendiri makanan tapi perlu lebih diteliti apakah mereka sudah melakukannya dengan cara yang sehat dalam arti dari segi pemilihan bahan, pengolahan, kebersihan tempat dan alat-alat untuk memasak, penyimpanan, dan sebagainya. Sehingga mungkin karena kebiasaan yang tidak mencuci tangan pakai sabun inilah yang dapat menimbulkan diare.

Adapun perilaku menutup makanan yang sudah dimasak adalah hal umum yang dilakukan pada keluarga untuk menghindari debu, kuman dan serangga seperti lalat hinggap pada makanan yang dapat menyebabkan penyakit diare anak balita. Dari hasil penelitian, informan telah menutup makanan yang sudah dimasak dengan menggunakan kain penutup, sedangkan menyimpan makanan yang sudah dimasak dengan menaruh makanan kedalam lemari,

menyimpan makanan menggunakan peralatan seperti pakai piring atau makanan tetap disimpan didalam panci dan diatas kompor. Penyajian makanan yang sudah dimasak, dari hasil penelitian informan menyajikan makanan diatas lantai beralas tikar dan dalam keadaan terbuka atau tanpa ditutup karena informan belum punya meja makan.

Menyimpan makanan ditempat yang bersih meletakkan makanan dalam wadah yang bersih dan tertutup, menyiapan makanan dalam ditempat yang dingin dan terhindar dari matahari langsung, menjaga makanan agar tidak dijamah oleh hewan, menjaga piring, panci masak dan peralatan makanan agar selalu tetap bersih, mencuci tangan pakai sabun dan menyajikan makanan. Cara-cara terjadinya pengotoran terhadap makanan berhubungan dengan kejadian diare adalah dalam mengolah atau menjamah makanan (Depkes RI, 2001)

5) Perilaku pencegahan diare anak balita dalam penggunaan jamban atau tinja

Perilaku pencegahan diare anak balita dalam penggunaan jamban/membuang tinja Perilaku pencegahan diare anak balita dalam penggunaan jamban saniter sangat efektif mencegah kontaminasi kuman terhadap manusia dan pembuangan tinja yang tidak baik serta sembarangan dapat mengakibatkan pencemaran pada air, tanah, atau menjadi sumber penyakit. Dari hasil penelitian, informan telah membuang air besar di WC dengan alasan tinja berbahaya, sebagai sumber penyakit dan tidak menimbulkan bau sedangkan pada observasi terlihat jarak sumur gali dengan WC kurang lebih 10 meter.

Syarat tempat pembuangan tinja harus memenuhi syarat kontruksi juga harus memenuhi syarat letak adalah syarat tempat pembuangan tinja

(bangunan/rembesan) dengan sumber air minum minimal 10 meter untuk tanah pasir dan 15 meter untuk tanah liat (Daud, 2003)

Menurut penelitian Wagner, 1958 (dalam Sugiharto, 1987), jarak penyebaran pencemaran bakteri dari tempat penampungan tinja sesuai dengan arah aliran air tanah dapat mencapai 11 meter, sedangkan penyebaran bahan kimia dapat mencapai 95 meter dari sumbernya.

e. Asuhan Kebidanan pada Anak Dengan Diare

1) Rencana Terapi A : Penanganan Diare di Rumah

Jelaskan pada Ibu tentang aturan perawatan di rumah

a) Beri cairan tambahan (sebanyak anak mau) jelaskan pada ibu

(1) Beri ASI lebih sering dan lebih lama pada setiap kali pemberian

(2) Jika anak memperoleh ASI Eksklusif, berikan oralit atau air matang sebagai tambahan

(3) Jika anak tidak memperoleh ASI Eksklusif, berikan 1 atau lebih cairan berikut : oralit, cairan makanan (kuah sayur, air tajin) atau air matang

Anak harus diberikan larutan oralit di rumah, jika :

(1) Anak telah diobati dengan Rencana Terapi B atau C dalam kunjungan ini

(2) Anak tidak dapat kembali ke klinik jika diarenya bertambah parah

Ajari ibu cara mencampur dan memberikan oralit beri ibu 6 bungkus oralit untuk diberikan di rumah

Tunjukan kepada ibu berapa banyak harus memberikan oralit/cairan lain yang harus diberikan setiap käli anak buang air besar

(1) Sampai umur 1 tahun : 50 - 100 ml setiap kali buang air besar

(2) Umur 1 sampai 5 tahun : 100 - 200 ml setiap kali buang air besar

Katakan kepada Ibu :

(1) Agar meminumkan sedikit-sedikit tapi sering dari mangkuk/ cangkir/gelas

(2) Jika anak muntah, tunggu 10 menit.Kemudian berikan lebih lambat

(3) Lanjutkan pemberian cairan tambahan sampai diare berhenti

b) Beri tablet zinc selama 10 hari (kecuali pada bayi muda)

c) Lanjutkan pemberian makan

d) Kapan harus kembali

2) Rencana Terapi B: Penanganan Dehidrasi Ringan/Sedang dengan Oralit

Berikan oralit di klinik sesuai yang dianjurkan selama periode 3 jam

UMUR	≤ 4 bulan	4 - < 12 bulan	1 - < 2 tahun	2 - < 5 tahun
BERAT BADAN	< 6 kg	6 - < 10 kg	10 - < 12 kg	12 – 19 kg
JUMLAH (ml)	200 – 400	400 – 700	700 - 900	900 – 1400

Tentukan jumlah oralit untuk 3 jam pertama

Jumlah oralit yang diperlukan = berat badan (dalam kg) x 75 ml Digunakan Umur hanya bila berat badan anak tidak diketahui.

a) Jika anak menginginkan, boleh diberikan lebih banyak dari pedoman di atas.

b) Untuk anak berumur kurang dari 6 bulan yang tidak menyusu, berikan juga 100-200 ml air matang selama periode ini.

Tunjukan cara memberikan larutan oralit

a) Minumkan sedikit-sedikit tapi sering dari cangkirimangkuk/gelas

b) Jika anak muntah, tunggu 10 menit. Kemudian berikan lagi lebih lambat.

c) Lanjutkan ASI selama anak mau.

d) Bila kelopak mata bengkak, hentikan pemberian oralit dan berikan air masak atau ASI

Berikan tablet zinc selama 10 hari

Setelah 3 JAM :

a) Ulangi penilaian dan klasifikasikan kembali derajat dehidrasinya

b) Pilih rencana terapi yang sesual untuk melanjutkan pengobatan

c) Mulallah memberí makan anak

Jika ibu memaksa pulang sebelum pengobatan selesai:

a) Tunjukkan cara menyiapkan cairan oralit di rumah.

b) Tunjukkan berapa banyak oralit yang harus diberikan di rumah untuk menyelesaikan 3 jam pengobatan

c) Beri oralit yang cukup untuk rehidrasi dengan menabahkan 6 bungkus lagi sesuai yang dianjurkan dalam rencana terapi A.

d) Jelaskan 4 aturan perawatan diare dirumah :

(1) Beri cairan tambahan

(2) Beri tablet zinc selama 10 hari

(3) Lanjutkan pemberian makan

(4) Kapan harus kembali

3) Rencana Terapi C : Penanganan Dehidrasi Berat dengan cepat

a) Dapatkah saudara segera member cairan intarvena, jika YA :

(1) Beri calran intravena secepatnya. Jika anak bisa minum, beri oralit melalui mulut sementara Infus dipersiapkan. Beri 100 ml/kg cairan

Ringer Laktat (atau jika tak tersedia, gunakan cairan NACI) yang dibagi sebagai berikut:

Umur	Pemberian pertama 30 ml / kg selama :	Pemberian selanjutnya 70 ml / kg selama :
Bayi (dibawah umur 12 bulan)	1 jam	5 jam
Anak (12 bulan sampai 5 tahun)	30 menit	2 ½ jam

(2) Periksa kembali anak setiap 15-30 menit. Jika nadi belum teraba, beri tetesan lebih cepat.

(3) Beri oralit (kira-kira 5 ml/kg/jan) segera setelah anak mau minum. Biasanya sesudah 3-4 jam (pada bayi) atau sesudah 1-2 jam (pada anak) dan beri juga tablet Zinc.

(4) Periksa kembali bayi sesudah 6 jam atau anak sesudah 3 jam. Klasifikasikan Dehidrasi dan pilih Rencana Terapi yang sesuai untuk melanjutkan pengobatan.

b) Adakah fasilitas pemberian cairan intravena terdekat (dalam 30 menit), jika YA :

(1) Rujuk segera untuk pengobatan intravena.

(2) Jika anak bisa minum, bekali ibu larutan oralit dan tunjukkan cara meminumkan pada anaknya sedikit demi sedikit selama dalam perjalanan.

c) Apakah saudara terlatih menggunakan pipa orogastrik untuk rehidrasi ?

Apakah anak bisa minum ?

Jika YA :

(1) Mulailah melakukan rehidrasi dengan oralit melalui pipa orogastrik atau mulut. Beri 20 ml/kg/jam selama 6 jam (total 120 ml/Kg)

(2) Periksa kemball anak setiap 1-2 jam :

(a) Jika anak muntah terus atau perut makin kembung, beri cairan lebih lambat.

(b) Jika setelah 3 jam keadaan hidrasi tidak membaik, rujuk anak untuk pengobatan intravena.

(c) Sesudah 6 jam, periksa kembali anak. Klasifikasikan dehidrasi. Kemudian tentukan Rencana Terapi yang sesuai (A, B, atau C)

4) Pemberian tablet Zinc untuk semua penderita Diare

a) Pastikan semua anak yang menderita Diare mendapat tablet Zinc sesuai dosis dan waktu yang telah ditentukan

b) Dosis tablet Zinc (1 tablet = 20 mg)

Berikan dosis tunggal selama 10 hari

Umur < 6 bulan : ½ tablet/hari

Umur ≥ 6 bulan : 1 tablet / hari

c) Cara pemberlan tablet Zinc :

(1) Larutkan tablet dengan sedikit air atau ASI dalam sendok teh (tablet akan larut ± 30 detik), segera berikan kepada anak.

(2) Apabila anak muntah sekitar setengah jam setelah pemberian tablet Zinc, ulangi pemberian dengan cara memberikan potongan lebih kecil dilarutkan beberapa kali hingga satu dosis penuh

(3) Ingatkan Ibu untuk memberikan tablet Zinc setiap hari selama 10 hari penuh, meskipun diare sudah berhenti

(4) Bila anak menderita dehidrasi berat dan memerlukan cairan infuse, tetap berikan tablet zinc segera setelah anak bisa minum atau makan

2. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

a. Pengertian

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran dan jumlah sel serta jaringan interselular, berarti bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh sebagian atau keseluruhan, sehingga dapat diukur dengan satuan panjang dan berat.

Perkembangan adalah bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian.

Pertumbuhan terjadi secara simultan dengan perkembangan. Berbeda dengan pertumbuhan-perkembangan merupakan hasil interaksi kematangan susunan saraf pusat dengan organ yang dipengaruhinya, misalnya perkembangan sistem neuromuskuler, kemampuan bicara, emosi dan sosialisasi. Kesemua fungsi tersebut berperan penting dalam kehidupan manusia yang utuh.

b. Ciri-Ciri dan Prinsip-Prinsip Tumbuh Kembang Anak

Proses tumbuh kembang anak mempunyai beberapa ciri-ciri yang saling berkaitan. Ciri ciri tersebut adalah sebagai berikut :

1) Perkembangan menimbulkan perubahan

Perkembangan terjadi bersamaan dengan pertumbuhan. Setiap pertumbuhan disertai dengan perubahan fungsi. Misalnya perkembangan

intelegensia pada seorang anak akan menyertai pertumbuhan otak dan serabut saraf

2) Pertumbuhan dan perkembangan pada tahap awal menentukan perkembangan selanjutnya.

Setiap anak tidak akan bisa melewati satu tahap perkembangan sebelum ia melewati tahapan sebelumnya. Sebagai contoh, seorang anak tidak akan bisa berjalan sebelum ia bisa berdiri. Seorang anak tidak akan bisa berdiri jika pertumbuhan kaki dan bagian tubuh lain yang terkait dengan fungsi berdiri anak terhambat. Karena itu perkembangan awal ini merupakan masa kritis karena akan menentukan perkembangan selanjutnya.

3) Pertumbuhan dan perkembangan mempunyai kecepatan yang berbeda.

Sebagaimana pertumbuhan, perkembangan mempunyai kecepatan yang berbeda beda, baik dalam pertumbuhan fisik maupun perkembangan fungsi organ dan perkembangan pada masing-masing anak.

4) Perkembangan berkore/asi dengan pertumbuhan.

Pada saat pertumbuhan berlangsung cepat, perkembangan pun demikian, terjadi peningkatan mental, memori, daya nalar, asosiasi dan lain-lain. Anak sehat, bertambah umur, bertambah berat dan tinggi badannya serta bertambah kepandaiannya.

5) Perkembangan mempunyai pola yang tetap

Perkembangan fungsi organ tubuh terjadi menurut dua hukum yang tetap, yaitu :

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

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

6) Perkembangan memiliki tahap yang berurutan.

Tahap perkembangan seorang anak mengikuti pola yang teratur dan berurutan. Tahap-tahap tersebut tidak bisa terjadi terbalik, misalnya anak terlebih dahulu mampu membuat lingkaran sebelum mampu membuat gambar kotak, anak mampu berdiri sebelum berjalan dan sebagainya.

Proses tumbuh kembang anak juga mempunyai prinsip-prinsip yang saling berkaitan. Prinsip-prinsip tersebut adalah sebagai berikut :

a) Perkembangan merupakan hasil proses kematangan dan belajar.

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

b) Pola perkembangan dapat diramalkan.

Terdapat persamaan pola perkembangan bagi semua anak. Dengan demikian perkembangan seorang anak dapat diramalkan. Perkembangan berlangsung dari tahapan umum ke tahapan spesifik, dan terjadi berkesinambungan.

c. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang Anak

Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Tumbuh Kembang Anak. Pada umumnya anak memiliki pola pertumbuhan dan perkembangan normal yang

merupakan hasil interaksi banyak faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Adapun faktor-faktor tersebut antara lain:

1) Faktor dalam (internal) yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak.

a) Ras/etnik atau bangsa

Anak yang dilahirkan dari ras/bangsa Amerika, maka ia tidak memiliki faktor herediter ras/bangsa Indonesia atau sebaliknya.

b) Keluarga

Ada kecenderungan keluarga yang memiliki postur tubuh tinggi, pendek, gemuk atau kurus.

c) Umur

Kecepatan pertumbuhan yang pesat adalah pada masa prenatal, tahun pertama kehidupan dan masa remaja.

d) Jenis kelamin

Fungsi reproduksi pada anak perempuan berkembang lebih cepat daripada laki laki. Tetapi setelah melewati masa pubertas, pertumbuhan anak laki-laki akan lebih cepat.

e) Genetik

Genetik (heredokonstitusional) adalah bawaan anak yaitu potensi anak yang akan menjadi ciri khasnya. Ada beberapa kelainan genetik yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak seperti kerdil.

2) Faktor luar (ekstemal)

a) Faktor Prenatal

(1) Gizi

Nutrisi ibu hamil terutama dalam trimester akhir kehamilan akan mempengaruhi pertumbuhan janin.

(2) Mekanis

Posisi fetus yang abnormal bisa menyebabkan kelainan kongenital seperti club foot

(3) Toksin/zat kimia

Beberapa obat-obatan seperti Amlnopterin, Thalldomid dapat menyebabkan kelainan kongenital seperti palatoskisis.

(4) Endokrin

Diabetes melitus dapat menyebabkan makrosomia, kardiomegali, hiperplasia adrenal.

(5) Radiasi

Paparan radium dan sinar Rontgen dapat mengakibatkan kelainan pada janin seperti mikrosefali, spina bifida, retardasi mental dan deformitas anggota gerak, kelainan kongential mata, kelainan jantung

(6) Infeksi

Infeksi pada trimester pertama dan kedua oleh TORCH (Toksoplasma, Rubella, Sitomegalo virus, Herpes simpleks) dapat menyebabkan kelainan pada janin: katarak, bisu tuli, mikros efali, retardasi mental dan kelainanjantung kongenital.

(7) Kelainan imunologi

Eritobaltosis fetalis timbul atas dasar perbedaan golongan darah antara janin dan ibu sehingga ibu membentuk antibodi terhadap sel darah merah janin, kemudian melalui plasenta masuk dalam peredaran darah janin dan akan menyebabkan hemolisis yang selanjutnya mengakibatkan hiperbilirubinemia dan Kem icterus yang akan menyebabkan kerusakan jaringan otak.

(8) Anoksia embrio

Anoksia embrio yang disebabkan oleh gangguan fungsi plasenta menyebabkan pertumbuhan terganggu.

(9) Psikologi ibu

Kehamilan yang tidak diinginkan, perlakuan salah/kekerasan mental pada ibu hamil dan lain-lain.

b) Faktor Persalinan

Komplikasi persalinan pada bayi seperti trauma kepala, asfiksia dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak.

c) Faktor Pasca Persalinan

(1) Gizi

Untuk tumbuh kembang bayi, diperlukan zat makanan yang adekuat.

(2) Penyakit kronis/ kelainan kongenital, Tuberkulosis, anemia, kelainan jantung bawaan mengakibatkan retardasi pertumbuhan jasmani.

(3) Lingkungan fisis dan kimia.

Lingkungan sering disebut melieu adalah tempat anak tersebut hidup yang berfungsi sebagai penyedia kebutuhan dasar anak (provider). Sanitasi lingkungan yang kurang baik, kurangnya sinar matahari, paparan sinar radioaktif, zat kimia tertentu (Pb, Mercuri, rokok, dl) mempunyai dampak yang negatif terhadap pertumbuhan anak.

(4) Psikologis

Hubungan anak dengan orang sekitarnya. Seorang anak yang tidak dikehendaki oleh orang tuanya atau anak yang selalu merasa tertekan,

akan mengalami hambatan di dalam pertumbuhan dan perkembangannya.

(5) Endokrin

Gangguan hormon, misalnya pada penyakit hipotiroid akan menyebabkan anak mengalami hambatan pertumbuhan.

(6) Sosio-ekonomi

Kemiskinan selalu berkaitan dengan kekurangan makanan, kesehatan lingkungan yang jelek dan ketidaktahuan, akan menghambat pertumbuhan anak.

(7) Lingkungan pengasuhan

Pada lingkungan pengasuhan, interaksi ibu-anak sangat mempengaruhi tumbuh kembang anak.

(8) Stimulasi

Perkembangan memerlukan rangsangan/stimulasi khususnya dalam keluarga, misalnya penyediaan alat mainan, sosialisasi anak, keterlibatan ibu dan anggota keluarga lain terhadap kegiatan anak.

(9) Obat-obatan

Pemakaian kortikosteroid jangka lama akan menghambat pertumbuhan, demikian halnya dengan pemakaian obat perangsang terhadap susunan saraf yang menyebabkan terhambatnya produksi hormon pertumbuhan.

d. Aspek-Aspek Perkembangan yang dipantau

1) Gerak kasar atau motorik kasar adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan pergerakan dan sikap tubuh

yang melibatkan otot-otot besar seperti duduk, berdiri, dan sebagainya.

2) Gerak halus atau motorik halus adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu dan dilakukan oleh otot-otot kecil, tetapi memerlukan koordinasi yang cermat seperti mengamati sesuatu, menjimpit, menulis, dan sebagainya.
3) Kemampuan bicara dan bahasa adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan untuk memberikan respons terhadap suara, berbicara, berkomunikasi, mengikuti perintah dan sebagainya.
4) Sosialisasi dan kemandirian adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri anak (makan sendiri, membereskan mainan selesai bermain), berpisah dengan ibu/pengasuh anak, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya, dan sebagainya.

e. Periode Tumbuh Kembang Anak

Tumbuh Kembang anak berlangsung secara teratur, saling berkaitan dan berkesinambungan yang dimulai sejak konsepsi sampai dewasa. Tumbuh kembang anak terbagi dalam beberapa periode.

Berdasarkan beberapa kepustakaan, maka periode tumbuh kembang anak adalah sebagai berikut :

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

Masa ini dibagi menjadi 3 periode, yaitu :

a) Masa zigot/mudigah, sejak saat konsepsi sampai umur kehamilan 2 minggu.
b) Masa embrio, sejak umur kehamilan 2 minggu sampai 8/12 minggu.

   Ovum yang telah dibuahi dengan cepat akan menjadl suatu organisme, terjadi diferensiasi yang berlangsung dengan cepat, terbentuk sistem organ dalam tubuh.
c) Masa janin/fetus, sejak umur kehamilan 9/12 minggu sampai akhir kehamilan.

Masa ini terdiri dari 2 periode yaitu :

a) Masa fetus dini yaitu sejak umur kehamilan 9 minggu sampai trimester kedua kehidupan intra uterin. Pada masa ini terjadi percepatan pertumbuhan, pembentukan jasad manusia sempurna. Alat tubuh telah terbentuk ser mulai berfungsi.
b) Masa fetus lanjut yaitu trimester akhir kehamilan. Pada masa ini pertumbuhan berlangsung pesat disertai perkembangan fungsi-fungsi. Terjadi transfer Imunoglobin G (lg G) dari darah ibu melaiui plasenta. Akumulasi aasam lemak esensial seri Omega 3 (Docosa Hexanic Acid) dan Omega 6 (Arachldonic Acid) pada otak dan retina.

Periode yang paling penting dalam masa prenatal adalah trimester pertama kehamilan. Pada periode ini pertumbuhan otak janin sangat peka terhadap pengaruh lingkungan janin. Gizi kurang pada ibu hamil, infeksi, merokok dan asap rokok, minuman

beralkohol, obat-obat, bahan-bahan toksik, pola asuh, depresi berat, faktor psikologis seperti kekerasan terhadap ibu hamil, dapat menimbulkan pengaruh buruk bagi pertumbuhan janin dan kehamilan. Pada setiap ibu hamil, dianjurkan untuk selalu memperhatikan gerakan janin setelah kehamilan 5 bulan.

Agar janin dalam kandungan tumbuh dan berkembang menjadi anak sehat, maka selama masa intra uterin, seorang ibu diharapkan:

(1) Menjaga kesehatannya dengan baik.
(2) Selalu berada dalam lingkungan yang menyenangkan.
(3) Mendapat nutrisi yang sehat untuk janin yang dikandungnya.
(4) Memeriksa kesehatannya secara teratur ke sarana kesehatan.
(5) Memberi stimulasi dini terhadap janin.
(6) Tidak mengalami kekurangan kasih sayang dari suami dan keluarganya.
(7) Menghindari stres baik fisik maupun psikis.
(8) Tidak bekerja berat yang dapat membahayakan kondisi kehamilannya.

2) Masa bayi (infancy) umur 0- 11 bulan.

Pada masa ini terjadi adaptasi terhadap lingkungan dan terjadi perubahan sirkulasi darah, serta mulainya berfungsi organ-organ. Masa neonatal dibagi menjadi 2 periode :

a) Masa neonatal dini,umur 0-7 hari.
b) Masa neonatal lanjut, umur 8 - 28 hari.

Hal yang paling penting agar bayi lahir tumbuh dan berkembang menjadi anak sehat adalah :

(1) Bayi lahir ditolong oleh tenaga kesehatan yang terlatih, di sarana kesehatan yang memadai.

(2) Untuk mengantisipasi risiko buruk pada bayi saat dilahirkan, jangan terlambat pergi kesarana kesehatan bila dirasakan sudah saatnya untuk melahirkan.

(3) Saat melahirkan sebaiknya didampingi oleh keluarga yang dapat menenangkan perasaan ibu.

(4) Sambutlah kelahiran anak dengan perasaan penuh suka cita dan penuh rasa syukur. Lingkungan yang seperti ini sangat membantu jiwa ibu dan bayi yang dilahirkannya.

(5) Berikan ASI sesegera mungkin. Perhatikan refleks menghisap diperhatikan oleh karena berhubungan dengan masalah pemberian ASI.

3) Masa post (pasca) neonatal, umur 29 hari sampai 11 bulan.

Pada masa ini terjadi pertumbuhan yang pesat dan proses pematangan berlangsung secara terus menerus terutama meningkatnya fungsi sistem saraf.

Seorang bayi sangat bergantung pada orang tua dan keluarga sebagai unit pertama yang dikenalnya. Beruntunglah bayi yang mempunyai orang tua yang hidup rukun, bahagia dan memberikan yang terbaik untuk anak. Pada masa ini, kebutuhan akan pemeliharaan kesehatan bayi, mendapat ASI eksklusif selama 6

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

4) Masa anak dibawah lima tahun (anak balita, umur 12-59 bulan).

Pada masa ini, kecepatan pertumbuhan mulai menurun dan terdapat kemajuan dalam perkembangan motorik (gerak kasar dan gerak halus) serta fungsi ekskresi.

Periode penting dalam tumbuh kembang anak adalah pada masa balita. Pertumbuhan dasar yang berlangsung pada masa balita akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan anak selanjutnya. Setelah lahir terutama pada 3 tahun pertama kehidupan, pertumbuhan dan perkembangan sel-sel otak masih berlangsung; dan terjadi pertumbuhan serabut serabut syaraf dan cabang-cabangnya, sehingga terbentuk jaringan syaraf dan otak yang kompleks. Jumlah dan pengaturan hubungan- hubungan antar sel syaraf ini akan sangat mempengaruhi segala kinerja otak, mulai dari kemampuan belajar berjalan, mengenal huruf, hingga bersosialisasi.

Pada masa balita, perkembangan kemampuan bicara dan bahasa, kreativitas, kesadaran sosial, emosional dan intelegensia berjalan sangat cepat dan merupakan landasan perkembangan berikutnya. Perkembangan moral serta dasar-dasar kepribadian anak juga

dibentuk pada masa ini, sehingga setiap kelalnan/penyimpangan sekecil apapun apabla tidak dideteksl apalagi tidak ditangani dengan baik, akan mengurangi kualitas sumber daya manusia dikemudian hari.

5) Masa anak prasekolah (anak umur 60 - 72 bulan).

Pada masa ini, pertumbuhan berlangsung dengan stabil. Terjadi perkembangan dengan aktivitas jasmani yang bertambah dan meningkatnya ketrampilan dan proses berfikir. Memasuki masa prasekolah, anak mulai menunjukkan keinginannya, seiring dengan pertumbuhan dan perkembangannya.

Pada masa ini, selain lingkungan di dalam rumah maka lingkungan di luar rumah mulai diperkenalkan. Anak mulai senang bermain di luar rumah. Anak mulai berteman, bahkan banyak keluarga yang menghabiskan sebagian besar waktu anak bermain di luar rumah dengan cara membawa anak ke taman-taman bermain, taman-taman kota, atau ke tempat-tempat yang menyediakan fasilitas permainan untuk anak.

Sepatutnya lingkungan-lingkungan tersebut menciptakan suasana bermain yang bersahabat untuk anak (child friendly environment). Semakin banyak taman kota atau taman bermain dibangun untuk anak, semakin baik untuk menunjang kebutuhan anak.

Pada masa ini anak dipersiapkan untuk sekolah, untuk itu panca indra dan sistim reseptor penerima rangsangan serta proses memori harus sudah siap sehingga anak mampu belajar dengan baik. Perlu

diperhatikan bahwa proses belajar pada masa ini adalah dengan cara bermain. Orang tua dan keluarga diharapkan dapat memantau pertumbuhan dan perkembangan anaknya, agar dapat dllakukan intervensl dini bila anak mengalami kelainan atau gangguan.

f. Beberapa Gangguan yang Sering di Temukan

1) Gangguan bicara dan bahasa.

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

2) Cerebral palsy.

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

3) Sindrom Down.

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

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

4) Perawakan Pendek.

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

5) Gangguan Autisme.

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

6) Retardasi Mental.

Merupakan suatu kondisi yang ditandal oleh intelegensia yang rendah (1Q < 70) yang menyebabkan ketidakmampuan individu untuk belajar dan beradaptasi terhadap tuntutan masyarakat atas kemampuan yang dianggap normal.

7) Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)

Merupakan gangguan dimana anak mengalami kesulitan untuk memusatkan perhatian yang seringkali disertai dengan hiperaktivitas.

g. Deteksi Dini Tumbuh Kembang

Deteksi dini tumbuh kembang anak adalah kegiatan/pemeriksaan untuk menemukan secara dini adanya penyimpangan tumbuh kembang pada balita dan anak prasekolah. Dengan ditemukan secara dini penyimpangan/masalah tumbuh kembang anak, maka intervensi akan lebih mudah dilakukan.

Adapun jadwal kegiatan dan jenis skrining/deteksi dini adanya penyimpangan tumbuh kembang pada balita dan anak prasekola oleh tenaga kesehatan adalah sebagai berikut :

Tabel 4
Jadwal Deteksi Tumbuh Kembang

Umur anak	Jenis Deteksi Tumbuh Kembang Yang Harus Dilakukan							
	Deteksi Dini Penyimpangan Pertumbuhan		Deteksi Dini Penyimpangan Perkembangan			Deteksi Dini Penyimpangan Mental Emosional (dilakukan atas indikasi)		
	BB/TB	LK	KPSP	TDD	TDL	KMME	CHAT*	GPPH*
0 bulan	✓	✓						
3 bulan	✓	✓	✓	✓				
6 bulan	✓	✓	✓	✓				
9 bulan	✓	✓	✓	✓				
12 bulan	✓	✓	✓	✓				
15 bulan	✓		✓					
18 bulan	✓	✓	✓	✓			✓	
21 bulan	✓		✓				✓	
24 bulan	✓	✓	✓	✓			✓	
30 bulan	✓	✓	✓	✓			✓	
36 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
42 bulan	✓		✓	✓	✓	✓		✓
48 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓

54 bulan	✓		✓	✓	✓	✓		✓
60 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
66 bulan	✓		✓	✓	✓	✓		✓
72 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓

Sumber : (Kemenkes RI,2016 : 16)

Keterangan :

BB/TB : Berat Badan Terhadap Tinggi Badan

LK : Lingkar Kepala

KPSP : Kuesioner Pra Skrining Perkembangan

TTD : Tes Daya Dengar

TDL : Tes Daya Lihat

KMPE : Kuesioner Masalah Prilaku Emosional

M-CHAT : Modified Checklist for Autism in Toddlers

GPPH : Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas

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

1) Deteksi Dini Gangguan Pertumbuhan Anak usia 9 bulan

Deteksi dini gangguan pertumbuhan dilakukan disemua tingkat pelayanan. Adapun pelaksanan dan alat yang di gunakan sebagai berikut :

Tabel 5
Tingkat Pelayanan Deteksi Dini Penyimpangan

Tingkat Pelayanan	Pelaksana	Alat& bahan yang di gunakan	Yang di Pantau
Keluarga, masyarakat	1. Orang tua 2. Kader kesehatn 3. Pendidik PAUD, petugas BKB, petugas TPA, dan Guru TK.	1. Buku KIA 2. Timbangan dacin 3. Timbangan digital (untuk anak > 5 thn) 4. Alat ukur tinggi badan.	1. Berat badan

Puskesmas	Tenaga keehatan terlatih SDIDTK : 1. Dokter 2. Bidan 3. Perawat 4. Ahli Gizi 5. Tenaga keehatan lainnya .	1. Buku KIA 2. Tabel/Grafik BB/TB 3. Grafik LK 4. Timbangan 5. Alat ukur tinggi badan/panjang badan 6. Pita pengukur lingkar kepala	1. Panjang/Tinggi Badan 2. Berat Badan 3. Lingkar Kepala

Penentuan status gizi Anak

a) Pengukuran Berat Badan Terhadap Tinggi Badan (BB /TB) untuk menentukan status gizi anak usia dibawah 5 tahun, apakah normal, kurus, sangat kurus atau gemuk.
b) Pengukuran Panjang Badan terhadap umur atau Tinggi Badan terhadap umur (PB/U atau TB/U) untuk menentukan status gizi anak, apakah normal, pendek atau sangat pendek
c) Pengukuran Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) untuk menentukan status gizi anak usia 5 - 6 tahun apakah anak sangat kurus, kurus, normal, gemuk atau obesitas.

Untuk pemantauan pertumbuhan dengan menggunakan berat badan menurut umur dilaksanakan secara rutin di posyandu setiap bulan.Apabila ditemukan anak dengan berat badan tidak naik dua kali berturut-turut atau anak dengan berat badan di bawah garis merah, kader merujuk ke petugas kesehatan untuk dilakukan konfirmasi dengan menggunakan indikator berat badan menurut panjang badan/tinggi badan.

Jadwal pengukuran BB/TB disesuaikan dengan jadwal deteksi dini tumbuh kembang balita.Pengukuran dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan atau non

kesehatan terlatih.Untuk penilaian BB/TB hanya dilakukan oleh tenaga kesehatan.Penentuan umur anak dengan menanyakan tanggal bulan dan tahun anak lahir. Umur dihitung dalam bulan penuh.

Contoh :

Anak usia 6 bulan 12 hari umur anak dibulatkan menjadi 6 bulan.

Anak usia 2 bulan 28 hari, umur anak dibulatkan menjadi 2 bulan.

a) Pengukuran berat badan (BB)

Tujuan pengukuraan BB adalah untuk menentukan status gizi anak, normal, kurus, kurus sekali, atau gemuk. Jadwal pengukuran BB di sesuaikan dengan jadwal deteksi dini tumbuh kembang balita, pengukuran dan penilaian .BB dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih.

Penimbangan Berat Badan (BB) :

(1) Menggunakan timbangan bayi.
(2) Timbangan bayi digunakan untuk menimbang anak sampai umur 2 tahun atau selama anak masih bisa berbaring/duduk tenang.
(3) Letakkan timbangan pada meja yang datar dan tidak mudah bergoyang.
(4) Lihat posisi jarum atau angka harus menunjuk ke angka 0.
(5) Bayi sebaiknya telanjang, tanpa topi, kaus kaki, sarung tangan.
(6) Baringkan bayi dengan hati-hati di atas timbangan.
(7) Lihat jarum timbangan sampai berhenti.
(8) Baca angka yang ditunjukkan oleh jarum timbangan atau angka timbangan.
(9) Bila bayi terus menerus bergerak, perhatikan gerakan jarum, baca angka di tengah tengah antara gerakan jarum ke kanan dan kekiri.

b) Pengukuran Panjang Badan (PB) atau Tinggi Badan (TB): * Pengukuran Panjang Badan untuk anak 0 - 24 bulan Cara mengukur dengan posisi berbaring :

(1) Sebaiknya dilakukan oleh 2 orang.

(2) Bayi dibaringkan telentang pada alas yang datar.

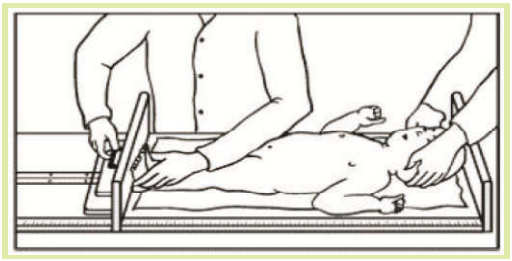
(3) Kepala bayi menempel pada pembatas angka

(4) Petugas 1 : kedua tangan memegang kepala bayi agar tetap menempel pada pembatas angka 0 (pembatas kepala).

(5) Petugas 2 : tangan kiri menekan lutut bayi agar lurus, tangan kanan menekan batas kaki ke telapak kaki.

(6) Petugas 2 membaca angka di tepi diluar pengukur.

(7) Jika Anak umur 0 - 24 bulan diukur berdiri, maka hasil pengukurannya dikoreksi dengan menambahkan 0,7 cm.



Gambar 1
Pengukuran Panjang Badan Anak
Sumber : Kemenkes RI (2016)

c) Pengukuran lingkaran kepala anak (LKA)

Tujuan untuk mengetahui lingkaran kepala anak dalam batas normal atau diluar batas normal.

Jadwal pengukuran disesuaikan dengan umur anak. Umur 0 - 11 bulan, pengukuran dilakukan setiap tiga bulan.Pada anak yang lebih besar, umur 12 – 72 bulan, pengukuran dilakukan setiap enam bulan.

Pengukuran dan penilaian lingkar kepala anak dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih.

Cara mengukur lingkaran kepala:

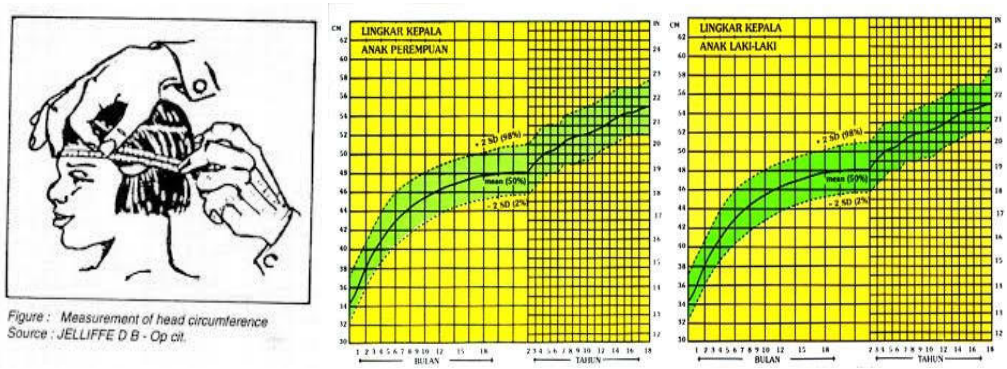
(1) Alat pengukur dilingkaran pada kepala anak melewati dahi, diatas alis mata, diatas kedua telinga, dan bagian belakang kepala yang menonjol, tarik agak kencang.
(2) Baca angka pda pertemuan dengan angka.
(3) Tanyakan tanggal lahir bayi/anak, hitung umur bayi/anak.
(4) Hasil pengukuran dicatat pada grafik lingkaran kepala menurut umur dan jenis kelamin anak.
(5) Buat garis yang menghubungkan antara ukuran yang lalu dengan ukuran sekarang.

Interpretasi;

(a) Jika ukuran lingkaran kepala anak berada di dalam “jalur hijau” maka lingkaran kepala anak normal.
(b) Bila ukuran lingkaran kepala anak berada di luar “jalur hijau” maka lngkaran kepala anak tidak normal.
(c) Lingkaran kepala anak tidak normal ada 2 (dua), yaitu makrosefal bila berada diatas “jalur hijau” dan mikrosefal bila berada dibawah “jalur hijau”

Intervensi :

Bila ditemukan makrosefal maupun mikrosefal segera dirujuk ke rumah sakit. (KemenkesRI, 2016).



Gambar 2
Pengukuran Lingkar Kepala Anak
Sumber : Kemenkes RI (2016)

2) Deteksi Dini Penyimpangan Perkembangan

Deteksi dini penyimpangan perkembangan anak dilakukan di semua tingkat pelayanan. Adapun pelaksana dan alat yang digunakan adalah sebagai berikut:

Tabel 6
Deteksi Dini Penyimpangan Perkembangan

Tingkat Pelayanan	Pelaksana	Alat yang digunakan	Hal yang dipantau
Keluarga dan Masyarakat	a. Orang Tua b. Kader kesehatan, BKB c. Pendidikan PAUD	Buku KIA	Perkembangan anak: a. Gerak Kasar b. Gerak Halus c. Bicara dan Bahasa d. Sosialisasidan kemandirian
	a. Pendidikan PAUDterlatih b. GuruTK terlatih	a. Kuesioner KPSP b. Instrument TTD c. Snellen E untuk TDL d. Kuesioner KMPE e. Skrining Kit SDIDTK	Perkembangan anak: a. Gerak Kasar b. Gerak Halus c. Bicara dan Bahasa d. Sosialisasidan kemandirian

		f. Buku KIA g. Formulir DDTK	
Puskesmas	a. Dokter b. Bidan c. Perawat	a. Kuesioner KPSP b. Formulir DDTK c. Instrumen TDD d. Snellen E TDL e. Kuesioner KMPE f. Cheklis M-CHAT-R_F g. Formulir GPPH h. SkriningKit SDIDTK	a. Perkembangan anak: 1) Gerak Kasar 2) Gerak Halus 3) Bicara dan Bahasa 4) Sosialisasidan kemandirian b. Daya Lihat c. Daya Dengar d. Masalah Perilaku Emosional e. Autisme f. Gangguan Pusat Perhatian dan hiperaktif

Keterangan:

Buku KIA : Buku Kesehatan Ibu dan Anak

KPSP : Kuesioner Pra Skrining Perkembangan

TDL : Tes Daya Lihat

TDD : Tes Daya Dengar

KMPE : Kuesioner Masalah Perilaku Emosional

M-CHAT : Modified-Checklist for Autism in Toddlers

BKB : Bina Keluarga Balita

TPA : Tempat Penitipan Anak

Pusat PAUD : Pusat Pendidikan Anak Usia Dini

TK : Taman Kanak-kanak

a) Skrining/pemeriksan perkembangan anak menggunakan kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP)

Tujuan skrining/pemeriksaan perkembangan anak menggunakan KPSP adalah untuk mengetahui perkembangan anak normal atau ada penyimpangan.

Jadwal skrining pemeriksaan KPSP rutin adalah pada umur 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 30, 36, 43, 48, 60, 66, dan 72 bulan.Jika anak belum mencapai umur skrining tersebut, minta ibu datang kembali pada umur skrining yan terdekat untuk pemeriksaan rutin.Skrining/pemeriksaan dilakukan oleh tenaga kesehatan, guru TK dan petugas PAUD terlatih.

Alat/instrumen yang digunakan adalah :

(1) Formulir KPSP menurut umur.

Formulir ini berisi 9 -10 pertanyaan tentang kemampuan perkembangan yang telah dicapai anak .Sasaran KPSP anak umur 0-72 bulan.

(2) Alat bantu pemeriksaan berupa: pensil, kertas, bola sebesar bola tenis, kerincingan, kubus berukuran sisi 2,5 Cm sebanyak 6 buah, kismis, kacang tanah, potongan biskuit kecil berukuran 0.5 - 1 Cm.

a) Cara menggunakan KPSP:

(1) Pada waktu pemeriksaan/skrining, anak harus dibawa.

(2) Tentukan umur anak dengan menanyakan tanggal bulan dan tahun anak lahir. Bila umur anak lebih 16 hari dibulatkan menjadi 1 bulan.

Contoh: bayi umur 3 bulan 16 hari, dibulatkan menjadi 4 bulan bila umur bayi 3 bulan 15 hari, dibulatkan menjadi 3 bulan.

(3) Setelah menentukan umur anak, pilih KPSP yang sesuai dengan umur anak.

(4) KPSP terdiri ada 2 macam pertanyaan, yaitu:

Pertanyaan yang dijawab oleh ibu/pengasuh anak, contoh: "Dapatkah bayi makan kue sendiri ?" Perintah kepada ibu/pengasuh anak atau petugas melaksanakan tugas yang tertulis pada KPSP. Contoh: "Pada

posisi bayi anda telentang, tariklah bayi pada pergelangan tangannya secara perlahan-lahan ke posisi duduk".

(5) Jelaskan kepada orangtua agar tidak ragu-ragu atau takut menjawab, oleh karena itu pastikan ibu/pengasuh anak mengerti apa yang ditanyakan kepadanya.

(6) Tanyakan pertanyaan tersebut secara berturutan, satu persatu. Setiap pertanyaan hanya ada 1 jawaban, Ya atau Tidak. Catat jawaban tersebut pada formulir.

(7) Ajukan pertanyaan yang berikutnya setelah ibu/pengasuh anak menjawab pertanyaan terdahulu.

(8) Teliti kembali apakah semua pertanyaan telah dijawab.

b) Interpretasi hasil KPSP:

(1) Hitunglah berapa jumlah jawaban Ya.

(a) Jawaban Ya, bila ibu/pengasuh menjawab: anak bisa atau pemah atau sering atau kadang-kadang melakukannya.

(b) Jawaban Tidak, bila ibu/pengasuh menjawab: anak belum pernah melakukan atau tidak pemah atau ibu/pengasuh anak tidak tahu.

(2) Jumlah jawaban 'Ya' = 9 atau 10, perkembangan anak sesuai dengan tahap perkembangannya (S).

(3) Jumlah jawaban 'Ya' = 7 atau 8, perkembangan anak meragukan (M).

(4) Jumlah jawaban 'Ya' = 6 atau kurang, kemungkinan ada penyimpangan (P).

(5) Untuk jawaban 'Tidak', perlu dirinci jumlah jawaban 'Tidak' menurut jenis keterlambatan (gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa, sosialisasi dan kemandirian).

c) Intervensi :

(1) Bila perkembangan anak sesuai umur (S), lakukan tindakan berikut:

(a) Beri pujian kepada ibu karena telah mengasuh anaknya dengan baik

(b) Teruskan pola asuh anak sesuai dengan tahap perkembangan anak

(c) Beri stimulasi perkembangan anak setiap saat, sesering mungkin, sesuai dengan umur dan kesiapan anak.

(d) lkutkan anak pada kegiatan penimbangan dan pelayanan kesehatan di posyandu secara teratur sebulan 1 kali dan setiap ada kegiatan Bina Keluarga Balita (BKB). Jika anak sudah memasuki usia prasekolah (36-72 bulan), anak dapat diikutkan pada kegiatan di Pusat Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), Kelompok Bermain dan Taman Kanak-kanak.

(e) Lakukan pemeriksaan/skrining rutin menggunakan KPSP setiap 3 bulan pada anak berumur kurang dari 24 bulan dan setiap 6 bulan pada anak umur 24 sampai 72 buIan.

(2) Bila perkembangan anak meragukan (M), lakukan tindakan berikut:

(a) Beri petunjuk pada ibu agar melakukan stimulasi perkembangan pada anak lebih sering lagi, setiap saat dan sesering mungkin.

(b) Ajarkan ibu cara melakukan intervensi stimulasi perkembangan anak untuk mengatasi penyimpangan/mengejar ketertinggalannya.

(c) Lakukan pemeriksaan kesehatan untuk mencari kemungkinan adanya penyakit yang menyebabkan penyimpangan perkembangannya dan lakukan pengobatan.

(d) Lakukan penilaian ulang KPSP 2 minggu kemudian dengan menggunakan daftar KPSP yang sesuai dengan umur anak.

(e) Jika hasil KPSP ulang jawaban 'Ya' tetap 7 atau 8 maka kemungkinan ada penyimpangan (P).

(3) Bila tahapan perkembangan terjadi penyimpangan (P), lakukan tindakan berikut: Merujuk ke Rumah Sakit dengan menuliskan jenis dan jumlah penyimpangan perkembangan (gerak kasar, gerak halus, bicara & bahasa, sosialisasi dan kemandirian).

b) Tes Daya Dengar (TDD)

Tujuan tes daya dengar adalah menemukan gangguan pendengaran sejak dini, agar dapat segera ditindak lanjuti untuk meningkatkan kemampuan daya dengar dan bicara anak.

Jadwal TDD adalah setiap 3 bulan pada bayi umur kurang dari 12 bulan dan setiap 6 bulan pada anak umur 12 bulan keatas. Tes ini dilaksanakan oleh tenaga kesehatan, guru TK, tenaga PAUD dan petugas terlatih lainnya. Tenaga kesehatan mempunyai kewajiban memvalidasi hasil pemeriksaan tenaga lainnya.

Cara melakukan TDD :

(1) Tanyakan tanggal, bulan dan tahun anak lahir, hitung umur anak dalam buIan.

(2) Pilih daftar pertanyaan TDD yang sesuai dengan umur anak.

(3) Pada anak umur kurang dari 24 bulan :

(a) Semua pertanyaan harus dijawab oleh orang tua/pengasuh anak. Katakan pada Ibu/pengasuh untuk tidak usah ragu-ragu atau takut menjawab, karena tidak untuk mencari siapa yang salah.

(b) Bacakan pertanyaan dengan lambat, jelas dan nyaring, satu persatu, berurutan.

(c) Tunggu jawaban dari orangtua/pengasuh anak.

(d) Jawaban YA jika menurut orang tua/pengasuh, anak dapat melakukannya dalam satu bulan terakhir.

(e) Jawaban TIDAK jika menurut orang tua/pengasuh anak tidak pernah, tidak tahu atau tak dapat melakukannya dalam satu bulan terakhir.

(4) Pada anak umur 24 bulan atau lebih:

(a) Pertanyaan-pertanyaan berupa perintah melalui orangtua/pengasuh untuk dikerjakan oleh anak.

(b) Amati kemampuan anak dalam melakukan perintah orangtua/pengasuh.

(c) Jawaban YA jika anak dapat melakukan perintah orangtua/pengasuh.

(d) Jawaban TIDAK jika anak tidak dapat atau tidak mau melakukan perintah orangtua/pengasuh.

Interpretasi :

(a) Bila ada satu atau lebih jawaban TIDAK, kemungkinan anak mengalami gangguan pendengaran.

(b) Catat dalam Buku KIA atau register SDIDTK, atau status/catatan medik anak.

Intervensi :

(a) Tindak lanjut sesuai dengan buku pedoman yang ada.

(b) Rujuk ke RS bila tidak dapat ditanggulangi

3. Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Pada Balita Dengan Diare

a. Pengertian

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) merupakan pendekatan keterpaduan dalam tatalaksana balita sakit yang datang berobat ke fasilitas rawat jalan pelayanan kesehatan dasar yang meliputi upaya kuratif terhadap penyakit pneumonia, diare, campak, malaria, infeksi telinga, malnutrisi, dan upaya promotif dan preventif yang meliputi imunisasi, pemberian vitamin A dan konseling pemberian makan yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian bayi dan anak balita serta menekan morbiditas karena penyakit tersebut (Pedoman Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit di Puskesmas, Modul-7. 2004). Balita (bawah lima tahun) yaitu anak umur 0-5 tahun (tidak termasuk umur 5 tahun) (MTBS, Modul 1, 2004).

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dalam bahasa Inggris yaitu Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) adalah suatu manajemen melalui pendekatan terintegrasi/terpadu dalam tatalaksana balita sakit yang datang di pelayanan kesehatan, baik mengenai beberapa klasifikasi penyakit, status gizi, status imunisasi maupun penanganan balita sakit tersebut dan konseling yang diberikan (Surjono et al, ; Wijaya, 2009; Depkes RI, 2008).

Materi MTBS terdiri dari langkah

1) Penilaian,
2) Klasifikasi penyakit,
3) Identifikasi tindakan,
4) Pengobatan, konseling,
5) Perawatan di rumah dan

6) Kapan kembali untuk tindak lanjut.

MTBS bukan merupakan suatu program kesehatan tetapi suatu pendekatan/cara menatalaksana balita sakit. Sasaran MTBS adalah anak umur 0-5 tahun dan dibagi menjadi dua kelompok sasaran yaitu kelompok usia 1 hari sampai 2 bulan dan kelompok usia 2 bulan sampai 5 tahun (Depkes RI, 2008).

Kegiatan MTBS merupakan upaya yang ditujukan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian sekaligus meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di unit rawat jalan kesehatan dasar seperti puskesmas. World Health Organization (WHO) telah mengakui bahwa pendekatan MTBS sangat cocok diterapkan negara-negara berkembang dalam upaya menurunkan kematian, kesakitan dan kecacatan pada bayi dan balita.

b. Klasifikasi Diare

Table 7
Klasifikasi Diare Untuk Dehidrasi

Gejala	Klasifikasi	Tindakan
Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut : a. Letargis atau tidak sadar b. Mata Cekung. c. Tidak bisa minum atau malas minum. d. Cubitan kulit perut kembali sangat lambat.	DIARE DEHIDRASI BERAT	a. Jika Tidak ada klasifikasi berat lain: Beri cairan untuk dehidrasi berat dan tablet Zinc sesual rencana terapi C – b. Jika anak juga mempunyai klasifikasi berat lain: RUJUK SEGERÁ Jika masih bisa minum, berikan ASI dan larutan oralit selama perjalanan. c. Jika anak >2 Tahun dan ada wabah kolera di daerah tersebut, beri antibiotik untuk kolera.

Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut : a. Gelisah, rewel / mudah. marah. b. Mata cekung. c. Haus, minum dengan lahap. d. Cubitan kulit perut kembali lambat	DIARE DEHIDRASI RINGAN/SEDANG	a. Beri cairan, tablet Zinc dan makanan sesuai Rencana Terapi B b. Jika terdapat klasifikasi berat lain : RUJUK SEGERA Jika masih bisa minum, berikan ASI dan larutan oralit selama perjalanan. c. Nasihati kapan kembali segera- d. Kunjungan ulang 3 hari jika tidak ada perbaikan.
Tidak cukup tanda-tanda untuk diklasifikasikan sebagai diare dehidrasi berat atau ringan/sedang.	DIARE TANPA DEHIDRASI	a. Beri cairan, tablet Zinc dan makanan sesuai Rencana Terapi A b. Nasihati kapan kembali segera. c. Kunjungan ulang 3 hari jika tidak ada perbaikan.

Sumber : Buku Bagan MTBS 2019

Table 8
Jika Diare 14 Hari atau Lebih

Gejala	Klasifikasi	Tindakan
Dengan dehidrasi	DIARE PERSISTEN BERAT	a. Atasi dehidrasi sebelum dirujuk, kecuali ada klasifikasi berat lain. b. RUJUK
Tanpa dehidrasi	DIARE PERSISTEN	a. Nasihati pemberian makan untuk Diare Persisten. b. Beri tablet zinc selama 10 hari berturut-turut- c. Nasihati kapan kembali segera- d. Kunjungan ulang 3 hari.

Sumber : Buku Bagan MTBS 2019

Tabel 9
Jika Ada Darah Dalam Tinja

Gejala	Klasifikasi	Tindakan
Ada darah dalam tinja	DISENTTRI	a. Beri antiblotik yang sesuai b. Beri tablet zinc selama 10 hari berturut-turu- c. Nasihati kapan kembali segera.- d. Kunjungan ulang 3 hari.

Sumber : Buku Bagan MTBS 2019

Klasifikasi dalam MTBS merupakan suatu keputusan penilaian untuk penggolongan derajat keparahan penyakit. Klasifikasi bukan merupakan diagnosis penyakit yang spesifik. Setiap klasifikasi penyakit mempunyai nilai suatu tindakan sesuai dengan klasifikasi tersebut.

Tiap klasifikasi mempunyai warna dasar, yaitu

1) Merah (penanganan segera atau perlu dirujuk),
2) Kuning (pengobatan spesifik di pelayanan kesehatan), dan
3) Hijau (perawatan di rumah) sesuai dengan urutan keparahan penyakit (Depkes RI, 2008; Surjono, et al, 1998).

Tiap klasifikasi menentukan karakteristik pengelolaan balita sakit. Bagan pengobatan terdiri dari petunjuk cara komunikasi yang baik dan efektif dengan ibu untuk memberikan obat dan dosis pemberian obat, baik yang harus diberikan di klinik maupun obat yang harus diteruskan di rumah. Alur konseling merupakan nasihat perawatan termasuk pemberian makan dan cairan di rumah dan nasihat kapan harus kembali segera maupun kembali untuk tindak lanjut (Surjono et al, 1998).

c. Penanganan MTBS Diare

Berikut ini gambaran singkat penanganan balita sakit memakai pendekatan MTBS. Seorang balita sakit dapat ditangani dengan pendekatan MTBS oleh petugas kesehatan yang telah dilatih.

Petugas memakai tool yang disebut Algoritma MTBS 4 untuk melakukan penilaian/pemeriksaan dengan cara:

1) Menanyakan kepada orang tua/wali,
2) Apa saja keluhan-keluhan/masalah anak kemudian
3) Memeriksa dengan cara 'lihat dan dengar' atau 'lihat dan raba'.

Setelah itu petugas akan mengklasifikasikan semua gejala berdasarkan hasil tanya-jawab dan pemeriksaan. Berdasarkan hasil klasifikasi, petugas akan menentukan jenis tindakan/pengobatan, misalnya anak dengan klasifikasi pneumonia berat atau penyakit sangat berat akan dirujuk ke dokter puskesmas, anak yang imunisasinya belum lengkap akan dilengkapi, anak dengan masalah gizi akan dirujuk ke ruang konsultasi gizi, dst.

d. Makanan Selama Anak Sakit Maupun Dalam keadaan sehat

1) Neonates sampai umur 1 minggu

a) Segera setelah lahir, letakkan bayi didada ibu (ada kontak kulit ibu dan bayi)

b) Berikan kesempatan bayi untuk menyusu dalam satu jam pertama, berikan kolostrum, asi pertama yang berwarna kekuningan dan kental, pada bayi. Kolostrum dapat menjaga bayi dari banyak penyakit

c) Berikan ASI siang dan malam, sesuai keinginan bayi, sedikitnya 8 kali dalam 24 jam. Menyusui dengan sering, menyebabkan produksi ASI lebih banyak

d) Jika bayi kecil (berat lahir rendah), susui setidaknya setiap 2 sampai 3 jam. Jika bayi tidur, bangunkan bayi untuk menyusu setlah 3 jam

e) Jangan berikan makanan atau minuman lain selain ASI. ASI lah yang bayi perlukan

2) Umur 1 minggu sampai 6 bulan

a) Berikan ASI sesuai keinginan bayi. Lihat tanda tanda kelaparan, seperti mulai rewel, menghisap jari, atau menggerak-gerakan bibir

b) Berikan ASI siang dan malam sesuai keinginan bayi, sedikitnya 8 kali dalam 24 jam. Menyusu dengan sering menyebabkan produksi ASI lebih banyak

c) Jangan berikan makanan atau minuman selain ASI, ASI lah yang bayi perlukan

3) Umur 6 sampai 9 bulan

a) Berikan ASI sesuai keinginan bayi

b) Mulai berikan makanan tambahan Ketika anak berusia 6 bulan

c) Berikan juga bubur kental atau makanan yang dilumatkan dengan halus, termasuk sumber makanan hewani tinggi zat besi dan buah buahan kaya vitamin A sera sayuran

d) Mulai dengan memberikan 2-3 sendok makan makanan. Mulai dengan pengenalan rasa. Tambahkan secara bertahap sampai ½ mangkuk (1mangkuk=250ml)

e) Berikan 2-3 kali setiap hari

f) Berikan 1-2 kali makanan selingan antara waktu makan jika anak terlihat lapar

4) Umur 9 – 12 bulan

a) Berikan ASI sesuai keinginan bayi

b) Berikan makanan keluarga yang bervariasi yang dicincang atau dicacah, termasuk sumber makanan hewani dan buah buahan kaya vitamin A, serta sayuran

c) Berikan ½ sampai ¾ mangkuk setiap makan (1mangkuk = 250 ml)

d) Berikan 3-4 kali setiap hari

e) Tawari 1 atau 2 kali makanan selingan antara waktu makan. Anak akan memakannya jika lapar

f) Untuk makanan selingan, berikan makanan dengan potongan kecil yang dapat dipegang atau makanan yang di iris-iris. Biarkan anak mencoba memakan makanan selingannya sendiri, beri bantuan jika anak membutuhkan

5) Umur 12 bulan sampai 2 tahun

a) Berikan ASI sesuai keinginan bayi

(1) Berikan makanan keluarga yang bervariasi, makanan yang diris iris atau makanan keluarga termasuk sumber makanan hewani dan buah buahan kaya vitamin A, serta sayuran

(2) Berikan ¾ mangkuk sampai 1 mangkuk setiap makan (1 mangkuk = 250 ml)

(3) Berikan ASI 3 – 4 kali setiap hari

(4) Tawar 1 atau 2 kali makanan selingan antara waktu makan. Anak akan memakannya jika lapar

(5) Lanjutkan memberi makan anak dengan pelan pelan dan sabar. Dorong anak untuk makan, tapi jangan memaksa

b) Umur 2 tahun lebih

(1) Berikan variasi makanan keluarga, termasuk sumber makanan hewani dan buah-buahan kaya vitamin A, serta sayuran

(2) Berikan setidaknya 1 mangkuk setiap kali makan (250ml)

(3) Berikan ASI 3-4 kali setiap hari

(4) Tawari 1-2 kali makanan selingan diantara waktu makan

(5) Jika anak menolak makanan baru, tawari untuk mencicip bebrapa kali. Tunjukkan bahwa ibu menyukai makanan tersebut. Bersabarlah

(6) Bicara pada anak selama memberi makan dan jaga kontak mata dengan anak

C. Manajemen Asuhan Kebidanan

1. Tujuh Langkah Varney

Terdapat 7 langkah manajemen kebidanna menurut Varney yang meliputi langkah I pengumpuan data dasar, langkah II interpretasi data dasar, langkah III mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial, langkah IV identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, langkah V merencanakan asuhan yang menyeluruh, langkah VI melaksanakan perencanaan, dan langkah VII evaluasi.

a. Langkah I: Pengumpulan data dasar

Dilakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Mengumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

b. Langkah II: Interpretasi data dasar

Dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah klien atau kebutuhan berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Kata "masalah dan diagnose" keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan kebidanan terhadap klien. Masalah bisa menyertai diagnose. Kebutuhan adalah suatu bentuk asuhan yang harus diberikan kepada klien, baik klien tahu ataupun tidak tahu.

c. Langkah III: mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Membutuhkan

antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Penting untuk melakukan asuhan yang aman.

d. Langkah IV: Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien

e. Langkah V: Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Merencanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yg menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien dan dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya.

f. Langkah VI: Melaksanakan perencanaan

Melaksanakan rencana asuhan pada langkah ke lima secara efisien dan aman. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaanya.

g. Langkah VII: Evaluasi

Dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasikan didalam masalah dan diagnosa.

2. Data focus SOAP

Pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan kebidanan sesuai dengan kebutuhan individu. Oleh karena itu, pengkajian harus akurat, lengkap, sesuai dengan kenyataan, kebenaran data sangat penting dalam

merumuskan suatu diagnose kebidanan dan memberikan pelayanan kebidanan sesuai dengan respon individu sebagaimana yang telah ditentukan sesuai standar dalam praktik kebidanan dalam keputusan Menteri Kesehatan Nomor 900/MENKESEHATAN/SK/VI/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia NOMOR 369/MENKESEHATAN/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan.

Penyusunan data sebagai indicator dari data yang mendukung diagnose kebidanan adalah suatu kegiatan kognitif yang komplek dan bahkan pengelompokkan data focus adalah sesuatu yang sulit.

a. S (Subjective) : Pernyataan atau keluhan pasien

Data subjective merupakan data yang berhubungan / masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhan yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada orang yang bisu, dibagian data di belakang “S” diberi tanda “0” atau “X” ini menandakan orang itu bisu. Data subjektif menguatkan diagnose yang akan dibuat.

b. O (Objective) : Data Hasil Observasi

Data objective merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan diagnostic lain. Catatan medic dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnose. Data ini member bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnose. Data fisiologis, hasil observasi yang jujur, informasi kajian

teknologi (hasil laboratorium, sinar X, rekaman CTG, USG dan lain lain) dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam kategori ini. Apa yang dapat diobservasi oleh bidan akan menjadi komponen yang berarti dari diagnose yang akan ditegakkan.

c. A (Assessment) : Diagnosa kebidanan

Assessment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan dan akan ditemukan informasi baru dalamdata subjektif maupun objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Analis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data pasien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan / tindakan yang tepat

d. P (Planning) : Apa yang dilakukan terhadap masalah

Planning adalah membuat rencana asuhan saat ini dan akan datang, untuk mrngusahakan tercapainya kondisi pasien yang sebaik mungkin atau menjaga / mempertahankan kesehatan kesejahteraannya. Proses ini termasuk kriteria tujuan tertentu dari kebutuhan pasien yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu, tindakan yang diambil harus membantu pasien mencapai kemajuan dalam kesehatan dan harus mendukung rencana dokter jika melakukan kolaborasi.

Standar Nomenklatur Diagnosa Kebidanan :

1) Diakui dan telah disahkan oleh profesi
2) Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan
3) Memiliki cirri khas kebidanan
4) Didukung oleh Clinical Judgenmant dalam praktik kebidanan
5) Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan