

DIAGNOSA MASALAH DALAM LINGKUP ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH

Brivian Florentis Yustanta.,SST.,M.Kes

Sry Wahyuni.,SST.,M.Keb

Dewi Farida.,SST.,M.K.M

Ike Putri Setyatama.,S.ST.,M.Kes

Endang Sari.,SST.,M.Keb

Agustina.,S.SiT.,MKM

Siswati.,S.SiT.,M.Kes

Elwitri Silvia,S.ST.,M.Keb

Evy Ernawati,S.ST.,M.Kes

Gina Muthia,S.SiT.,M.Keb

Nita Hestiyana,SST.,M.Kes

Mareza Yolanda Umar,S.ST.,M.Kes

Novita Ayu Indraswati,S.ST.,M.Tr.Keb

Lida Khalimatus Sa'diya,SSiT.,M.Kes



DIAGNOSA MASALAH DALAM LINGKUP ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH

Penulis Utama:

Brivian Florentis Yustanta.,SST.,M.Kes

Penulis:

Sry Wahyuni.,SST.,M.Keb

Dewi Farida.,SST.,M.K.M

Ike Putri Setyatama.,S.ST.,M.Kes

Endang Sari.,SST.,M.Keb

Agustina.,S.SiT.,MKM

Siswati.,S.SiT.,M.Kes

Elwitri Silvia,S.ST.,M.Keb

Evy Ernawati,S.ST.,M.Kes

Gina Muthia,S.SiT.,M.Keb

Nita Hestiyana,SST.,M.Kes

Mareza Yolanda Umar,S.ST.,M.Kes

Novita Ayu Indraswati,S.ST.,M.Tr.Keb

Lida Khalimatus Sa'diya,SSiT.,M.Kes



DIAGNOSA MASALAH DALAM LINGKUP ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH

Penulis Utama:

Brivian Florentis Yustanta.,SST.,M.Kes

Penulis:

Sry Wahyuni.,SST.,M.Keb

Dewi Farida.,SST.,M.K.M

Ike Putri Setyatama.,S.ST.,M.Kes

Endang Sari.,SST.,M.Keb

Agustina.,S.SiT.,MKM

Siswati.,S.Si.T.,M.Kes

Elwitri Silvia,S.ST.,M.Keb

Evy Ernawati,S.ST.,M.Kes

Gina Muthia,S.SiT.,M.Keb

Nita Hestiyana,SST.,M.Kes

Mareza Yolanda Umar,S.ST.,M.Kes

Novita Ayu Indraswati,S.ST.,M.Tr.Keb

Lida Khalimatus Sa'diya,SSiT.,M.Kes

Desain Cover:

Aldian shobari

Tata Letak:

Deni Sutrisno

Achmad Faisal

ISBN: **978-623-8411-18-4**

Cetakan Pertama: **Oktober, 2023**

Hak Cipta 2023

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2023

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website: www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram: @bimbel.optimal

PRAKATA

Segala Puji dan syukur kami panjatkan selalu kepada Allah SWT atas rahmat, taufiq, dan hidayah yang diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Buku Diagnosa Masalah Dalam Lingkup Asuhan Kebidanan Pada Bayi, Balita dan Anak Prasekolah. Tujuan dari penulisan buku ini tidak lain adalah untuk membantu mahasiswa kebidanan baik di level diploma, sarjana, dan profesi dalam memahami diagnosa masalah dalam lingkup asuhan kebidanan pada bayi, balita dan anak prasekolah.

Dalam penulisan buku ini terdapat banyak penulis yang berkontribusi untuk membantu menyelesaikan buku ini. Buku ini masih belum bisa dikatakan sempurna, oleh karena itu penulis meminta dukungan dan masukan dari para pembaca agar kedepannya penulis bisa lebih baik lagi di dalam menulis sebuah buku. Penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada PT Nuansa Fajar Cemerlang dan semua pihak yang telah membantu penulis sehingga buku ini dapat terbit.

Harapan penulis semoga kedepannya dapat menulis buku jilid ke 2 untuk melengkapi diagnosa masalah dalam lingkup asuhan kebidanan pada bayi, balita dan anak prasekolah dan semoga buku ini bermanfaat bagi mahasiswa kebidanan.

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK	
PRASEKOLAH DENGAN MASALAH INGIN IMUNISASI	1
A. Pendahuluan.....	2
B. Definisi Imunisasi dan Vaksinasi.....	2
C. Mekanisme Kerja Vaksin	3
D. Jenis Imunisasi	4
E. Jadwal Imunisasi.....	5
F. Macam-Macam Imunisasi, Kontraindikasi, Efek Samping dan Cara Pemberiannya	6
G. Prosedur Pemberian Imunisasi	12
H. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Menggunakan SOAP	13
I. Analisa Data (A)	15
J. Penatalaksanaan (P)	15
K. Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)	15
DAFTAR PUSTAKA.....	19
BAB 2 ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK	
PRASEKOLAH DENGAN MASALAH CACAR AIR.....	21
A. Latar Belakang	22
B. Definisi.....	23
C. Penyebab.....	23
D. Tanda dan Gejala	23
E. Faktor Risiko	24
F. Komplikasi	24
G. Pencegahan	24
H. Penatalaksanaan	26
I. SOAP	26
J. Pendokumentasi Kebidanan Anak Dengan Varicella.....	27
K. Analisa.....	30
L. Penatalaksanaan	31
M. Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)	32
DAFTAR PUSTAKA.....	34

BAB 3 ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK	
PRASEKOLAH DENGAN MASALAH TIDAK NAIK BERAT BADAN	35
A. Latar Belakang	36
B. Definisi.....	37
C. Penyebab Berat Badan Kurang Pada Anak.....	39
D. Faktor Risiko	41
E. Tanda dan Gejala	42
F. Pencegahan	42
G. Penatalaksanaan	44
H. Komplikasi	47
I. SOAP	47
J. Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)	48
DAFTAR PUSTAKA.....	50
BAB 4 ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK	
PRASEKOLAH DENGAN MASALAH ANAK TIDAK SUKA MAKAN SAYUR....	51
A. Pendahuluan.....	52
B. Kebutuhan Sayur Bagi Anak	53
C. Cara Mengatasi Anak Susah Makan Sayur.....	55
D. Pendokumentasian	56
E. Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)	58
DAFTAR PUSTAKA.....	60
BAB 5 ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK	
PRASEKOLAH DENGAN MASALAH SULIT TIDUR	61
A. Pendahuluan.....	62
B. Definisi.....	63
C. Patofisiologi Sulit Tidur	63
D. Faktor Risiko	64
E. Manifestasi Klinis	65
F. Diagnosis	65
G. Penatalaksanaan	65
H. Contoh Kasus dan Manajemen Asuhan Kebidanan SOAP	68
I. Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)	69
DAFTAR PUSTAKA.....	72

BAB 6 ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH DENGAN MASALAH SULIT BUANG AIR BESAR (KONSTIPASI)	73
A. Latar Belakang	74
B. Defnisi	76
C. Penyebab	77
D. Faktor Risiko	78
E. Asupan Serat Harian.....	78
F. Tanda dan Gejala	80
G. Pencegahan	81
H. Penatalaksanaan	81
I. Komplikasi	82
J. Contoh SOAP	82
K. Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)	89
DAFTAR PUSTAKA.....	91
BAB 7 ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH DENGAN MASALAH ANAK TIDAK BISA DIAM (HIPERAKTIF).....	93
A. Latar Belakang	94
B. Pengertian Hiperaktif / ADHD / ADDAttention	95
C. Patofisiologi.....	97
D. Faktor Penyebab	97
E. Gejala Hiperaktif.....	99
F. Manifestasi Klinis	101
G. Usia Awal GPPH.....	101
H. Variasi GGPH	101
I. Diagnosa	101
J. Pemeriksaan Penunjang.....	105
K. Komplikasi	105
L. Penatalaksanaan	106
M. Pendokumentasian	109
N. Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)	111
DAFTAR PUSTAKA.....	115
BAB 8 ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH DENGAN MASALAH ANAK TIDAK MAU MAKAN	117
A. Pendahuluan.....	118

B.	Definisi	119
C.	Patofisiologi	119
D.	Faktor Risiko	120
E.	Manifestasi Klinis	121
F.	Pencegahan	122
G.	Diagnosis	124
H.	Penatalaksanaan dan Kemungkinan Komplikasi	125
I.	Contoh Kasus	132
J.	Manajemen SOAP	133
K.	Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)	134
	DAFTAR PUSTAKA.....	137

BAB 9 ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK

PRASEKOLAH DENGAN MASALAH ANAK TIDAK BISA MENDENGAR..... 139

A.	Latar Belakang	140
B.	Definisi	140
C.	Faktor Risiko	142
D.	Tanda dan Gejala	143
E.	Pencegahan	143
F.	Deteksi Dini.....	144
G.	Intervensi	145
H.	Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)	145
I.	Contoh Kasus SOAP	147
	DAFTAR PUSTAKA.....	152

BAB 10 ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK

PRASEKOLAH DENGAN MASALAH PERIKSA BERAT BADAN DAN TINGGI

BADAN 153

A.	Pendahuluan.....	154
B.	Berat Badan.....	155
C.	Tinggi Badan.....	156
D.	Indeks Standar Antropometri Anak	157
E.	Contoh Kasus dengan Pendokumentasian SOAP.....	161
F.	Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)	162
	DAFTAR PUSTAKA.....	164

BAB 11 ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK

PRASEKOLAH DENGAN MASALAH DIARE 165

A.	Latar Belakang	166
----	----------------------	-----

B.	Definisi	166
C.	Penyebab	166
D.	Faktor Risiko	167
E.	Tanda dan Gejala	168
F.	Pencegahan	169
G.	Penatalaksanaan	171
H.	Komplikasi	173
I.	Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)	176
	DAFTAR PUSTAKA.....	178

BAB 12 ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK

PRASEKOLAH DENGAN MASALAH PANAS/DEMAM	179
--	------------

A.	Latar Belakang	180
B.	Definisi	181
C.	Penyebab	184
D.	Patofisiologi.....	184
E.	Faktor Risiko	185
F.	Tanda dan Gejala	185
G.	Pencegahan	187
H.	Penatalaksanaan	188
I.	Komplikasi	191
J.	Contoh Kasus UKOM (Uji Kompetensi)	192
	DAFTAR PUSTAKA.....	194

BAB 13 ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK

PRASEKOLAH DENGAN MASALAH BELUM BISA BERBICARA	195
---	------------

A.	Latar Belakang	196
B.	Definisi Gangguan Berbicara	197
C.	Penyebab	197
D.	Faktor Risiko	197
E.	Tanda dan Gejala	198
F.	Pencegahan	198
G.	Penatalaksanaan	199
H.	Komplikasi	200
I.	Mekanisme Berbicara	200
J.	Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)	200
	DAFTAR PUSTAKA.....	203

BAB 14 ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK	
PRASEKOLAH DENGAN MASALAH KULIT GATAL / SEBORRHEA	204
A. Latar Belakang	205
B. Pengertian Seborrhea	205
C. Etiologi Seborrhea.....	206
D. Faktor Predisposisi Seborrhea.....	207
E. Tanda dan Gejala Seborrhea	207
F. Epidemiologi Seborrhea.....	208
G. Patofisiologis Seborrhea	208
H. Pencegahan Seborrhea.....	209
I. Diagnosis Seborrhea.....	209
J. Diagnosa Banding Seborrhea	210
K. Penatalaksanaan Seborrhea.....	214
L. Contoh Kasus	215
M. Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)	217
DAFTAR PUSTAKA.....	220
BIOGRAFI PENULIS	221
SINOPSIS.....	229

BAB 1

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH DENGAN MASALAH INGIN IMUNISASI

Brivian Florentis Yustanta., SST., M.Kes



BAB 1

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH DENGAN MASALAH INGIN IMUNISASI

Brivian Florentis Yustanta., SST., M.Kes

A. Pendahuluan

Seorang anak tumbuh dan berkembang sejak lahir hingga akhir masa pubertas. Dalam perjalannya menuju kedewasaan, terdapat banyak faktor yang dapat menghambat tumbuh kembang seorang anak. Faktor tersebut antara lain kebersihan diri dan lingkungan, kecukupan gizi, faktor sosial ekonomi, keluarga, penyakit, dll. Beberapa di antaranya dapat diatasi agar anak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal, termasuk penyakit. Vaksinasi dapat dilakukan untuk mencegah anak sakit (Heryani, 2019).

Berbeda dengan dulu, sekarang sudah ada vaksinasi terhadap berbagai penyakit seperti campak, cacar air, rubella dll. Vaksinasi dibagi menjadi dua jenis, yaitu vaksinasi wajib dan vaksinasi yang dianjurkan. Kedua imunisasi ini tetap dalam program vaksinasi berdasarkan rekomendasi dari Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). Mekanisme kerja vaksinasi untuk mencegah timbulnya penyakit adalah dengan meningkatkan daya tahan tubuh. Ada dua jenis sistem kekebalan termasuk sistem kekebalan bawaan dan sistem kekebalan adaptif. Berdasarkan mekanisme kerjanya pada pertahanan tubuh, imunisasi dibedakan menjadi imunisasi pasif dan aktif (Hidayat, 2018).

B. Definisi Imunisasi dan Vaksinasi

Mencegah lebih baik daripada mengobati, hal ini berlaku baik pada orang dewasa maupun pada anak-anak. Salah satu konsep pencegahan penyakit pada anak adalah dengan pemberian imunisasi. Imunisasi adalah upaya memberikan kekebalan pada bayi dan anak dengan cara menyuntikkan vaksin ke dalam tubuh untuk menghasilkan antibodi guna mencegah penyakit tertentu. Imunisasi merupakan salah satu cara untuk memberikan kekebalan pada anak terhadap berbagai penyakit sehingga dapat tumbuh kembang secara optimal. Pemberian imunisasi dilakukan dengan cara memasukkan vaksin (serum yang mengandung antigen yang telah dilemahkan) melalui oral

maupun suntikan, yang kemudian akan merangsang tubuh agar dapat membentuk zat anti untuk mencegah timbulnya penyakit tertentu.

Tujuan imunisasi diharapkan dapat membuat anak kebal terhadap penyakit sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian serta menurunkan kecacatan yang disebabkan oleh penyakit tertentu. Sedangkan vaksin mengacu pada bahan yang digunakan untuk merangsang produksi antibodi yang dimasukkan ke dalam tubuh melalui suntikan seperti BCG, DPT, vaksin campak dan secara oral seperti vaksin polio. Vaksinasi merupakan program pencegahan penyakit menular yang dilaksanakan melalui pemberian vaksin. Pemberian vaksin ini membuat orang kebal terhadap penyakit tertentu. Prosedur ini dapat dilakukan dari anak ke sekolah. Jadwal vaksinasi ini juga biasanya dijadwalkan untuk jangka waktu tertentu agar setiap anak menerima tepat waktu (Behrman, 2019).

C. Mekanisme Kerja Vaksin

Pada dasarnya tubuh sudah memiliki pertahanan tersendiri untuk mencegah masuknya berbagai bakteri. Mekanisme pertahanan tubuh meliputi mekanisme pertahanan non spesifik dan mekanisme pertahanan spesifik. Proses mekanisme pertahanan pertama dalam tubuh adalah pertahanan non spesifik, seperti komplemen dan makrofag, dimana komplemen dan makrofag merupakan yang pertama berperan saat bakteri masuk ke dalam tubuh. Setelah itu, embrio harus melawan pertahanan lain, yaitu pertahanan khusus tubuh yang terdiri dari sistem humorai dan seluler. Sistem pertahanan hanya bereaksi terhadap bakteri yang bentuknya mirip. Sistem pertahanan humorai menghasilkan zat yang disebut imunoglobulin (Ig A, Ig M, Ig G, Ig E, Ig D) dan sistem pertahanan seluler terdiri dari limfosit-B dan limfosit-T, pada pertahanan spesifik berikutnya dihasilkan sel yang disebut sel memori, karena sel-sel ini berguna atau merespon dengan baik dengan cepat, jika pernah masuk ke dalam tubuh, kondisi ini digunakan dalam prinsip imunisasi (Cahyono, 2020).

Tubuh anak telah memiliki sistem imun yang berperan dalam membunuh bakteri. Ada dua jenis imunitas yang berperan, yaitu bawaan (*congenital*) dan didapat (*acquired*). Sistem imun bawaan meliputi makrofag, monosit, komplemen, sel pembunuh alami / natural killer (NK), dll. Kekebalan ini bekerja di bagian atas sistem kekebalan, yang merupakan yang pertama meningkatkan respons kekebalan ketika bakteri menyerang. Meskipun sistem

imun yang didapat terbagi menjadi dua jenis yaitu sistem imun seluler dan humorai. Limfosit T berfungsi dalam sistem imun seluler dan limfosit B berfungsi dalam sistem imun humorai. B-limfosit berperan dalam produksi antibodi berupa imunoglobulin (Ig). Limfosit ini memiliki sel-sel memori yang memainkan peran penting ketika mereka terkena antigen yang sama untuk kedua kalinya, ketika produksi antibodi lebih cepat dan lebih banyak, disinilah vaksinasi dilakukan. Vaksin diberikan untuk memungkinkan tubuh anak membuat sel memori sehingga dapat mencegah penyakit yang disebabkan oleh antigen yang diberikan sebelumnya. Vaksinasi tidak hanya berperan dalam mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan anak, tetapi juga menurunkan angka kesakitan dan kematian anak di Indonesia.

D. Jenis Imunisasi

Berdasarkan proses dan mekanisme pertahanan tubuh, imunisasi digolongkan menjadi imunisasi aktif dan pasif.

1. Imunisasi Aktif

Imunisasi aktif adalah pemberian zat antigenik untuk merangsang respon imun untuk menghasilkan sel-sel memori. Dengan imunisasi aktif, setiap vaksin mengandung kandungan yang berbeda-beda, antara lain:

- Antigen untuk menimbulkan infeksi buatan.
- Pelarut berupa larutan steril atau cairan kultur jaringan.
- Preservatif, stabilizer, dan antibiotik untuk mencegah tumbuhnya mikroba dan untuk stabilisasi antigen.
- Adjuvans yang terdiri dari garam aluminium yang berfungsi untuk meningkatkan imunitas antigen.

Pemberian imunisasi aktif pada bayi dan anak biasanya dilakukan untuk mencegah penyakit infeksi menular seperti TBC, campak, difteri, pertusis, dan tetanus.

2. Imunisasi Pasif

Imunisasi pasif adalah pemberian imunoglobulin atau antibodi yang dimurnikan dan dapat digunakan untuk menghasilkan kekebalan dalam waktu singkat dan efektif untuk pencegahan dan pengobatan. Imunisasi pasif dicapai dengan proses infeksi yang dapat berasal dari plasma manusia atau hewan. Contoh imunisasi pasif adalah pemberian ATS (anti tetanus serum) untuk tetanus.

Antibodi yang dihasilkan pada imunisasi aktif bertahan lebih lama dibandingkan dengan pemberian antibodi berupa serum pada imunisasi pasif. Jika kekebalan jangka panjang terhadap penyakit diinginkan, maka imunisasi aktif dapat diberikan, yang dapat diperpanjang atau diperkuat dengan vaksin penguat (booster). Vaksinasi booster diberikan paling lambat 6 bulan setelah vaksinasi dasar.

Selain pembagian imunisasi aktif dan pasif, di Indonesia terdapat dua jenis imunisasi yaitu imunisasi wajib (imunisasi dasar) dan imunisasi anjuran. Vaksinasi wajib adalah vaksinasi yang diwajibkan oleh WHO (polio, BCG, DPT, campak) dan hepatitis B. Vaksinasi anjuran adalah vaksinasi yang dapat digunakan untuk mencegah kejadian luar biasa atau untuk tujuan tertentu, seperti misalnya bepergian ke daerah endemik (Kemenkes RI, 2013).

E. Jadwal Imunisasi

Setiap negara memiliki jadwal vaksinasi yang berbeda. Indonesia memiliki program vaksinasi yang ditetapkan oleh pemerintah melalui Kementerian Kesehatan dan Program Pengembangan Imunisasi (PPI-Depkes) dan Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). Program vaksinasi yang disusun meliputi vaksinasi wajib dan vaksinasi yang dianjurkan.

Imunisasi	Umur																						
	Bulan									Tahun													
Lahir	1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	24	3	5	6	7	8	9	10	12	14	15	16	18
Hepatitis B	1	2	3	4						5													
Polio	0	1	2	3						4													
BCG	1 kali																						
DTP		1	2	3						4			5					Td / Tdap					
Hib		1	2	3						4													
PCV		1	2		3				4														
Rotavirus		1	2		3 (p)																		
Influenza					1													Diulang setiap tahun 1 kali					
MR / MMR						MR				MR / MMR			MR / MMR										
JE						1				2													
Varisela							2 kali, interval 6 minggu - 3 bulan																
Hepatitis A							2 kali, interval 6 - 36 bulan																
Tifoid								1										Diulang setiap 3 tahun 1 kali					
HPV																		2 kali					
Dengue																		3 kali, interval 6 bulan					

Gambar 1.1 Jadwal Imunisasi Anak Umur 0-18 Bulan (IDAI, 2020)

CATATAN IMUNISASI ANAK													
UMUR (BULAN)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12+**
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi												
HB-0 (0-7 hari)													
BCG													
*Polio													
*DPT-HB-Hib 1													
*Polio 2													
*DPT-HB-Hib 2													
Polio 3													
*DPT-HB-Hib 3													
*Polio 4													
*IPV													
Campak													

UMUR (BULAN)	18	24
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi	
***DPT-HB-Hib Lanjutan		
***Campak Lanjutan		

Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar lengkap
 Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap
 Waktu Pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun yang belum lengkap
 Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap

Gambar 1.2. Jadwal Imunisasi Anak Berdasarkan Buku KIA

F. Macam-Macam Imunisasi, Kontraindikasi, Efek Samping dan Cara Pemberiannya

Vaksinasi wajib terdiri dari hepatitis B, polio, BCG, DTP, dan campak karena mortalitas, kecacatan, dan morbiditas dari penyakit ini masih tinggi. Vaksinasi ini ditawarkan secara gratis di Puskesmas, Posyandu, dan rumah sakit pemerintah. Sementara itu, vaksinasi yang dianjurkan antara lain Hib, PCV, rotavirus, influenza, MMR, tifoid, hepatitis A, varicella dan HPV. Vaksinasi ini direkomendasikan pemerintah karena bermanfaat bagi anak dan pemberiannya disesuaikan dengan kondisi kesehatan anak dan kebutuhan vaksinasi. Vaksinasi berikut ini adalah imunisasi wajib pada anak yang tertera pada buku KIA (Soedjatmiko, 2020).

1. Vaksin Hepatitis B

Imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit hepatitis B. Bayi yang lahir dari ibu HBsAg positif diberikan vaksin hepatitis B dan immunoglobulin hepatitis B (HBIG) pada ekstremitas yang berbeda. Imunisasinya paling baik diberikan 12 jam setelah lahir dan didahului dengan pemberian vitamin K. Vaksin hepatitis akan rusak karena pembekuan, juga karena pemanasan. Vaksin hepatitis paling baik di simpan pada temperatur 2 – 8°celcius. Imunisasi hepatitis B diberikan sebanyak tiga

kali, dengan jarak antar suntikan 4 minggu, diberikan dengan suntikan intramuscular pada paha bagian luar dengan dosis 0,5 ml. Cara pemberiannya yaitu secara intramuskular (IM). Efek samping pemberian imunisasi Hepatitis B diantaranya rasa sakit pada area suntikan yang berlangsung satu atau dua hari, demam ringan dan reaksi alergi yang serius termasuk ruam. Pemberian vaksinasi hepatitis B tidak menimbulkan efek samping merugikan pada janin sehingga dapat diberikan pada ibu hamil.

2. Vaksin Polio

Vaksin polio diberikan untuk mendapatkan kekebalan terhadap penyakit poliomyelitis. Ada dua bentuk vaksin polio, yaitu OPV (Oral Polio Vaccine) atau IPV (Inactive Polio Vaccine). IPV diberikan secara disuntikkan, sedangkan OPV diberikan secara oral. Imunisasi yang dilakukan pada saat lahir atau pada saat bayi dipulangkan menggunakan OPV. Selanjutnya, untuk polio-1, polio-2, polio-3, dan polio booster dapat diberikan OPV atau IPV. Kontra indikasi pemberian OPV dan IPV diantaranya demam, muntah, diare, pengguna obat imunosupresif, keganasan, HIV, alergi. Efek samping imunisasi polio meliputi poliomyelitis (sangat jarang), pusing, diare, dan nyeri otot.

3. BCG (Bacillus Calmette-Guerin)

Vaksin BCG digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit TBC (Tuberculosis) yang berat karena penyakit TBC primer atau ringan tetap dapat terjadi walaupun telah diberikan imunisasi. Pemberian vaksin BCG dilakukan secara intra cutan (IC) pada 1/3 lengan kanan atas dan dianjurkan sebelum umur 3 bulan, dengan umur yang paling optimal yaitu 2 bulan. Bila diberikan setelah umur 3 bulan, maka perlu dilakukan tes tuberkulin dan jika hasilnya positif maka tidak boleh diimunisasi. Vaksin BCG mengandung kuman TBC yang telah dilemahkan. Efek samping pemberian BCG adalah terjadinya ulkus didaerah suntikan, limfadenitis regionalis, dan reaksi panas. Imunisasi ini tidak boleh diberikan pada orang hamil, anak yang terjangkit TBC, dan orang dengan immunocompromised.

Penyakit tuberculosis adalah penyakit menular yang disebabkan kuman *Micobacterium Tuberculosis* yang mempunyai sifat tahan terhadap asam pada pewarnaan sehingga disebut Basil Tahan Asam (BTA). Kuman TB cepat mati dengan sinar matahari langsung tetapi dapat bertahan hidup beberapa jam di tempat gelap dan lembab. Tuberkulosis (TB) di Indonesia

menduduki urutan ketiga sebagai penyebab kematian setelah jantung dan saluran pernafasan (Arias, 2020).

Penularan penyakit TBC terhadap seorang anak dapat terjadi karena terhirupnya percikan udara yang mengandung kuman TBC. Kuman ini dapat menyerang berbagai organ tubuh, seperti paru-paru (paling sering terjadi), kelenjar getah bening, tulang, sendi, ginjal, hati, atau selaput otak (yang terberat).

Pemberian imunisasi BCG sebaiknya dilakukan pada bayi yang baru lahir sampai usia 12 bulan, tetapi imunisasi ini sebaiknya dilakukan sebelum bayi berumur 2 bulan. Imunisasi ini cukup diberikan satu kali saja. Bila pemberian imunisasi ini "berhasil," maka setelah beberapa minggu di tempat suntikan akan timbul benjolan kecil. Karena luka suntikan meninggalkan bekas, maka pada bayi perempuan, suntikan sebaiknya dilakukan di paha kanan atas. Biasanya setelah suntikan BCG diberikan, bayi tidak menderita demam.

Vaksin BCG berbentuk bubuk kering harus dilarutkan dengan 4 cc NaCl 0,9%. Setelah dilarutkan harus segera diaplikasi dalam waktu 3 jam, sisanya dibuang. Penyimpanan pada suhu < 5°C terhindar dari sinar matahari.

4. DTP (Difteri Tetanus Pertusis)

Pemberian vaksin DTP dilakukan untuk memberi kekebalan aktif pada penyakit difteri, tetanus, dan pertusis. Vaksin ini mengandung kuman difteri (*Corynebacterium diphtheriae*), kuman tetanus (*Clostridium tetanus*), dan kuman pertusis (*Bordetella pertusis*) yang telah dilemahkan. Vaksin DTP diberikan paling cepat pada umur 6 minggu. Ada dua macam vaksin DTP, yaitu DTaP (Difteri Tetanus acellular Pertusis) dan DTwP (Difteri Tetanus whole-cell Pertusis). Bedanya DTwP dan DTaP yaitu DTaP dibentuk dengan memilih komponen penting dari kuman pertusis, sehingga risiko terjadi demam lebih kecil dan harganya juga lebih mahal. Imunisasinya diberikan secara intramuskular dan memiliki efek samping ringan sampai berat. Untuk anak umur 7 tahun keatas, diberikan vaksin Td dengan booster setiap 10 tahun. Efek sampingnya antara lain pembengkakan, nyeri di tempat suntikan, demam tinggi, kesadaran menurun, kejang-kejang, ensefalopati, dan syok. Imunisasi DTP tidak boleh diberikan untuk anak dengan sakit keras, riwayat kejang bila demam, panas yang tinggi (lebih dari 38°C), dan immunodefisiensi.

5. Vaksin Campak (Rubela atau Measles)

Vaksin campak diberikan agar anak mendapatkan kekebalan terhadap penyakit campak. Vaksinya mengandung virus yang dilemahkan dan dapat diberikan dalam kemasan tunggal atau dengan kombinasi bersama MMR (Measles Mumps Rubela). Vaksin campak kedua tidak perlu diberikan pada umur 24 bulan bila MMR sudah diberikan pada umur 15 bulan. Efek samping dari imunisasi campak adalah munculnya ruam pada tempat suntikan dan panas. Vaksin campak tidak boleh diberikan pada ibu hamil dan orang dengan immunocompromised (Permenkes Nomor 42 Tahun 2013).

Imunisasi yang dianjurkan, diantaranya:

1. Vaksin Pneumokokus (PCV)

Vaksin ini diberikan untuk mencegah timbulnya radang paru-paru atau pneumonia. Apabila vaksin diberikan pada umur 7-12 bulan, maka diberikan 2 kali dengan interval 2 bulan, dan apabila diberikan pada umur 1 tahun, maka diberikan 1 kali. Namun, keduanya perlu diberikan booster satu kali pada umur lebih dari 12 bulan atau minimal 2 bulan setelah dosis terakhir. Untuk anak dengan umur diatas 2 tahun, vaksin PCV diberikan hanya satu kali. Efek samping pemberian PCV diantaranya rasa nyeri dan pembengkakan pada tempat suntik, dan demam. Vaksin ini tidak boleh diberikan pada anak dengan reaksi hipersensitivitas terhadap PCV.

2. Vaksin Rotavirus

Vaksin rotavirus diberikan untuk menimbulkan kekebalan terhadap diare. Saat ini, terdapat dua macam vaksin rotavirus yaitu rotarix dan rotateq. Vaksin rotarix adalah vaksin rotavirus monovalen karena hanya mengandung strain manusia P8G1. Vaksin rotateq adalah vaksin rotavirus pentavalen karena mengandung strain manusia dan sapi P8G1-G4. Frekuensi pemberian vaksin rotavirus pentavalen dilakukan 3 kali. Sedangkan untuk vaksin rotavirus monovalen diberikan 2 kali dengan dosis pertama diberikan umur 6-14 minggu, sedangkan dosis kedua diberikan dengan interval minimal 4 minggu. Vaksin rotavirus diberikan secara oral dan aman dari risiko gangguan usus. Efek samping yang dapat timbul adalah diare, muntah, dan demam. Kontra indikasinya pada anak dengan reaksi hipersensitivitas terhadap vaksin rotavirus dan pada penyakit sedang atau berat dengan atau tanpa demam.

3. Vaksin Varicella

Vaksin varicella dilakukan untuk mencegah terjadinya penyakit cacar air (varicella). Vaksin ini mengandung virus hidup varicella zooster yang dilemahkan. Imunisasi varicella dilakukan pada usia lebih dari 12 bulan. Apabila diberikan pada umur lebih dari 12 tahun, maka harus diberikan dua kali dengan interval minimal 4 minggu. Vaksin ini tidak boleh diberikan pada wanita hamil, orang dengan immunocompromised, dan reaksi hipersensitivitas terhadap vaksin varicella. Efek samping pada pemberian vaksin ini diantaranya nyeri dan pembengkakan di tempat suntikan, kejang demam, alergi, pneumonia, dan sebagainya.

4. Vaksin Influenza

Imunisasi influenza diberikan untuk mencegah timbulnya penyakit influenza. Vaksin ini mengandung virus influenza yang telah dimatikan. Vaksin influenza diberikan secara intramuscular pada umur minimal 6 bulan dan diulang setiap tahun karena virus influenza terus berevolusi. Namun, imunisasi primer untuk anak kurang dari 9 tahun, diberikan dua kali dengan interval minimal 4 minggu. Efek samping yang dapat terjadi diantaranya bengkak dan nyeri di tempat suntikan, demam, dan pegal-linu. Vaksin ini tidak boleh diberikan pada ibu hamil dan menyusui, orang yang alergi telur dan orang dengan penyakit demam akut sedang atau berat.

5. HPV (Human Papilloma Virus)

Vaksin HPV diberikan untuk mendapatkan kekebalan terhadap penyakit seksual menular yang dapat menyebabkan kanker serviks, vulva, vagina, dan anus pada wanita serta kanker anus dan penis pada pria. Vaksin HPV dapat diberikan mulai umur 10 tahun, dengan frekuensi 3 kali. Ada dua macam vaksin HPV, yaitu HPV bivalen dan tetravalen. Vaksin HPV bivalen berperan untuk melindungi terhadap HPV tipe 16 dan 18 yang disebut juga dengan vaksin cervarix. Sedangkan vaksin HPV tetravalent berperan untuk melindungi terhadap HPV tipe 6, 11, 16, dan 18 yang disebut juga dengan vaksin HPV gardasil. Vaksin HPV bivalen diberikan dengan interval 0, 1,6 bulan, sedangkan HPV tetravalent diberikan dengan interval 0, 2, 6 bulan. Efek samping dari pemberian vaksin ini yaitu rasa nyeri, kemerahan, dan bengkak pada tempat suntikan. Vakin HPV tidak boleh diberikan pada orang dengan reaksi hipersensitifitas pada vaksin ini serta ibu hamil dan menyusui.

6. Hib (*Haemophilus influenzae* tipe B)

Vaksin Hib digunakan untuk mencegah timbulnya penyakit influenza tipe b. Vaksin ini mengandung polisakarida murni kuman *Haemophilus influenzae* tipe b. Antigen dalam vaksin ini dapat dikonjugasikan dengan protein lain, seperti toksoid tetanus (PRP-T), toksoid difteri (PRP-D atau PRPCR50), dan dengan kuman menongokokus (PRP-OMPc). Pada pemberian imunisasi awal dengan PRP-T dilakukan tiga kali dengan interval 2 bulan, sedangkan vaksin PRP-OMPc diberikan dua kali dengan interval 2 bulan. Booster dapat diberikan pada usia 15-18 bulan. Efek samping yang timbul dari pemberian vaksin Hib adalah nyeri di tempat suntikkan. Vaksin Hib tidak boleh diberikan untuk orang dengan reaksi hipersensitifitas terhadap vaksin ini.

7. MMR (Measles Mumps Rubela)

Imunisasi MMR merupakan imunisasi yang digunakan untuk menciptakan kekebalan terhadap penyakit campak, gondongan, dan campak Jerman. Dalam imunisasi MMR, vaksin yang digunakan mengandung virus campak starin edmonson yang telah dilemahkan, virus rubella strain RA 27/3, dan virus gondong. Vaksin ini tidak dianjurkan untuk bayi dengan umur dibawah satu tahun, ibu hamil, dan orang dengan immunocompromised.⁸ Efek samping yang mungkin timbul adalah reaksi kulit, demam, dan kelenjar ludah membengkak. Khusus untuk daerah endemik, sebaiknya diberikan imunisasi campak yang monovalen dahulu pada usia 4-6 bulan atau 9-11 bulan dan booster dapat dilakukan MMR pada usia 15-18 bulan.

8. Vaksin Tifoid

Vaksin ini diberikan untuk mencegah terjadinya demam tifoid yang disebabkan karena *Salmonella Typhi*. Vaksin ini mengandung kuman mati yang diberikan dalam suntikan. Imunisasi tifoid tidak dapat dilakukan pada anak kurang dari dua tahun, orang dengan reaksi hipersensitifitas terhadap vaksin tifoid, keadaan sakit sedang atau berat. Efek samping yang dapat timbul diantaranya sakit kepala, demam, kemerahan dan nyeri pada tempat suntikkan, dan nyeri perut. Booster diberikan pada orang yang berisiko tiap tiga tahun.

9. Vaksin Hepatitis A

Imunisasi hepatitis A diberikan dengan tujuan untuk mencegah penyakit hepatitis A. Vaksin ini dapat diberikan pada anak dengan usia

diatas 2 tahun.⁸ Vaksinasi awal dilakukan dengan menggunakan vaksin Havrix yang mengandung virus hepatitis A strain HM 175 yang mati.¹ Frekuensi pemberiannya yaitu dua kali dengan interval 4 minggu. Pemberian booster dilakukan 6 bulan setelahnya. Efek samping yang dapat timbul adalah rasa nyeri pada tempat suntikan, sakit kepala, nafsu makan berkurang, dan rasa letih. Kontra indikasinya pada orang dengan reaksi hipersensitifitas terhadap vaksin ini dan pada keadaan sakit sedang atau berat (Yustanta, 2022).

G. Prosedur Pemberian Imunisasi

Prosedur kerja pelayanan imunisasi meliputi kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

1. Penyiapan Pelayanan Imunisasi
2. Persiapan Tempat Pelayanan Imunisasi
3. Pelaksanaan Pelayanan Imunisasi
4. Pemantauan Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi

Penyiapan Pelayanan Imunisasi, meliputi peralatan logistik imunisasi. Logistik yang dimaksud antara lain meliputi vaksin, Auto Disable Syringe, safety box, emergency kit, dan dokumen pencatatan status imunisasi. Peralatan yang diperlukan untuk pelaksanaan pelayanan imunisasi tergantung pada perkiraan jumlah sasaran yang akan diimunisasi (Hidayat, 2018).

Prosedur pengeluaran vaksin dan pelarut dari lemari es:

1. Sebelum membuka lemari es, tentukan seberapa banyak vial vaksin yang dibutuhkan untuk pelayanan
2. Catat suhu di dalam lemari es
3. Pilih dan keluarkan vaksin sesuai ketentuan yang telah ditetapkan untuk VVM (vaccine vial monitor) dan tanggal kadaluarsa (EEFO, FIFO).

Sebelum melakukan imunisasi, kita harus yakin bahwa vaksin telah aman untuk diberikan, oleh karena itu dilakukan prosedur sebagai berikut:

1. Periksa label vaksin dan pelarut. Jika label tidak ada, jangan gunakan vaksin atau pelarut tersebut.
2. Periksa alat pemantau botol vaksin (VVM). Jika vaksin sudah masuk kriteria C dan D jangan dipergunakan.
3. Periksa tanggal kadaluarsa, jangan gunakan vaksin dan pelarut jika tanggal kadaluarsa telah lewat.

4. Periksa alat pemantau suhu beku dalam lemari es. Jika indikator ini menunjukkan adanya pembekuan atau anda menduga bahwa vaksin yang sensitif beku (vaksin-vaksin DTP, DT, TT, HepB, DTP-HepB) telah membeku, sebaiknya melakukan tes kocok (Hadinegoro, 2018).

Selain itu, penting diperhatikan, bahwa selama proses pelayanan imunisasi harus diperhatikan pemeliharaan cold chain, dengan beberapa poin penting berikut:

1. Selama pelayanan imunisasi, vaksin dan pelarut harus disimpan dalam vaccine carrier dengan menggunakan cool pack, agar suhu tetap terjaga pada temperature 2 – 8°C dan vaksin yang sensitif terhadap pembekuan tidak beku.
2. Hindari vaccine carrier yang berisi vaksin dari cahaya matahari langsung.
3. Sebelum sasaran datang vaksin dan pelarut harus tersimpan dalam vaccine carrier yang tertutup rapat.
4. Jangan membuka vaksin atau melarutkan vaksin bila belum ada sasaran datang.
5. Pada saat pelarutan suhu pelarut dan vaksin harus sama.
6. Petugas imunisasi tidak diperbolehkan membuka vial baru sebelum vial lama habis.
7. Bila sasaran belum datang, vaksin yang sudah dilarutkan harus dilindungi dari cahaya matahari dan suhu luar, seharusnya dengan cara diletakkan di lubang busa yang terdapat diatas vaksin carrier (lihat gambar di bawah).
8. Dalam setiap vaccine carrier sebaiknya terdapat empat cool pack.
9. Bila vaksin yang sudah dilarutkan sudah habis, pelarutan selanjutnya dilakukan bila telah ada anak yang hendak diimunisasi (Marimbi, 2020).

H. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Menggunakan SOAP

Data Subyektif (S):

1. Identitas

Nama anak : By. Ny. B	Nama ibu / ayah : Ny. B / Tn. RTanggal
Iahir : 23-11-2018	Pendidikan ibu / ayah : SMA / SMA
Umur : 11 hari	Pekerjaan ibu / ayah: IRT / Swasta Jenis
Kelamin : Laki-laki	Alamat : Gubeng, Surabaya

2. Alasan datang

Ingin imunisasi BCG.

3. Riwayat natal

a. Masa prenatal

Usia kehamilan preterm, tidak ada penyulit yang dialami ibu selama kehamilan.

b. Masa intranatal

Lahir normal, ditolong bidan di RS berat lahir 2700 gram, PB 47 cm.

c. Masa postnatal

Tidak pernah mengalami kuning maupun kejang. Minum ASI saja hingga saat ini.

4. Riwayat kesehatan

Bayi dalam keadaan sehat, tidak sedang demam, batuk, pilek, ataupun kejang.

5. Riwayat imunisasi

Tanggal. : 23-11-2018

Jenis imunisasi yang didapat : HB 0

6. Pola fungsional kesehatan

a. Nutrisi : Minum ASI saja hingga saat ini.

b. Eliminasi : BAK lancar ± 8 kali per hari warna kuning jernih dan BAB ± 2 kali per hari dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan.

Data Objektif (O):

1. Pemeriksaan umum

Keadaan Umum : baik

Kesadaran : compos mentis

2. Pemeriksaan antropometri

BB : 3100 gram

PB : 50 cm

LK : 36 cm

3. Pemeriksaan Fisik

Wajah : Simetris, tidak pucat ataupun kuning.

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih.

Hidung : Tidak ada nafas cuping hidung.

Dada : Pergerakan dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada maupun suara tambahan.

Ekstremitas : Akral hangat, tidak sianosis, atas dan bawah simetris, gerak aktif.

I. Analisa Data (A)

Bayi usia 11 hari dengan imunisasi BCG

J. Penatalaksanaan (P)

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa bayinya saat ini dalam keadaan sehat dan bisa dilakukan imunisasi, Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini.
2. Menjelaskan manfaat imunisasi BCG, yaitu untuk mencegah terjadinya penyakit TBC, Ibu mengetahui manfaat imunisasi yang akan diberikan.
3. Melakukan informed consent pada terkait rencana tindakan pemberian imunisasi BCG, Ibu setuju anaknya diberikan imunisasi dan sudah menandatangani lembar informed consent.
4. Memberikan imunisasi BCG 0,05 mL IC pada lengan kanan atas bagian luar, Imunisasi telah dilakukan dan bayi terlihat menangis.
5. Menjelaskan efek samping imunisasi BCG, dalam waktu ± 2 minggu akan timbul bintil kemerahan berisi nanah pada tempat suntikan dan menimbulkan bekas, namun tidak perlu diberi apapun dan tidak boleh digosok, Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
6. Menganjurkan kepada ibu untuk melanjutkan pemberian ASI sampai bayi berusia 2 tahun dan tidak memberikan makanan tambahan apapun sampai bayi berusia 6 bulan, Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan
7. Menjelaskan kunjungan ulang untuk imunisasi pentabio 1 dan polio 1 pada usia 3 bulan, Ibu mengerti dan akan kembali sesuai jadwal.
8. Melakukan dokumentasi pada buku KIA dan rekam medik, Pendokumentasian telah dilakukan

K. Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)

1. Seorang bayi laki-laki, umur 2 bulan, dibawa ibunya ke TPMB untuk kontrol. Hasil anamnesis: bayi sehat, menyusu kuat, ASI eksklusif, riwayat imunisasi sebelumnya Polio 1 dan HB 0. Hasil pemeriksaan: BB 4 kg, PB 53 cm, S 36,8°C, P 40 x/menit. Apa imunisasi yang paling tepat diberikan pada kasus tersebut?
 - a. Campak
 - b. DPT 1
 - c. HiB
 - d. HB 1

- e. BCG

Jawaban : e. BCG

Pembahasan : Imunisasi BCG dapat dilakukan pada bayi usia 1-3 bulan. Polio diberikan 1 bulan atau 4 minggu setelah pemberian polio sebelumnya. Imunisasi DPT,Hep B dan HiB saat ini sudah dalam 1 vaksin yaitu pentavalen dan diberikan mulai bayi berusia 2 bulan.

2. Seorang bayi perempuan, umur 12 bulan, dibawa ibunya ke posyandu untuk imunisasi. Hasil anamnesis: masih diberikan ASI, riwayat imunisasi sebelumnya BCG, Polio 1,2,3,4, DPT 1,2,3, Hep B 0,1,2,3. Hasil pemeriksaan: BB 9 kg, PB 74 cm, S 37°C, P 30x/menit. Apa imunisasi yang paling tepat diberikan pada kasus tersebut?

- a. Campak
- b. Polio
- c. PCV
- d. DPT
- e. HiB

Jawaban : a. Campak

Pembahasan : Riwayat imunisasi dasar pada kasus tersebut sudah lengkap kecuali campak. Campak sebagai imunisasi dasar dapat diberikan pada usia 9-12 bulan. Booster campak selanjutnya dapat diberikan pada usia 24 bulan.

3. Seorang bayi laki-laki lahir lahir 2 jam yang lalu di klinik dan sudah dilakukan IMD selama 1 jam dan telah mendapatkan asuhan bayi baru lahir 1 jam pertama. Hasil pemeriksaan : BB 3500 gram, PB 55 cm, frekuensi jantung 110x/menit, S 37°C, gerak aktif, tonus otot baik. Apa prioritas perencanaan selanjutnya pada kasus tersebut?

- a. Lakukan pemeriksaan fisik bayi
- b. Suntikkan imunisasi Hb0
- c. Berikan identitas pada bayi
- d. Berikan suntikan vitamin K1
- e. Lakukan pengukuran antropometri

Jawaban : b. Suntikkan imunisasi Hb0

Pembahasan : Prosedur penatalaksanaan bayi baru lahir setelah dilakukan IMD selesai dan sudah memenuhi usia 1 jam, maka asuhan selanjutnya

adalah pemeriksaan fisik dan antropometri, pemberian Vit K1 dan tetes mata, sedangkan pemberian imunisasi hepatitis B0 diberikan 1 jam setelah pemberian Vit K1. Untuk menjaga pemberian identitas diberikan pada awal asuhan. Sehingga jawaban yang tepat pada kasus tersebut adalah suntikan imunisasi Hb0.

4. Seorang bayi perempuan, lahir lahir 2 jam yang lalu di Puskesmas dan sudah dilakukan IMD selama 1 jam dan telah mendapatkan asuhan bayi baru lahir 1 jam pertama. Hasil pemeriksaan: BB 3200 gram, PB 51 cm, frekuensi jantung 115x/menit, S 36,7°C, gerak aktif, tonus otot baik. Bidan akan melakukan imunisasi HbO uniject, ternyata dijumpai VVM pada label vaksin tersebut dalam kondisi B. Apa Tindakan yang tepat dilakukan pada kondisi tersebut?
 - a. Mengganti dengan vaksin dengan VVM kondisi A
 - b. Meminta pasien pulang dan menjelaskan kondisi vaksin rusak
 - c. Tetap menggunakan vaksin tersebut apabila belum kadaluarsa
 - d. Menyimpan vaksin di lemari pendingan suhu 2-8 derajat celcius selama 24 jam kemudian digunakan kembali esok hari
 - e. Melaporkan kepada Dinas Kesehatan agar diganti dengan vaksin yang baru

Jawaban : c. Tetap menggunakan vaksin tersebut apabila belum kadaluarsa

Pembahasan : Berikut ini merupakan petunjuk pembacaan kondisi vaksin melalui keadaan VVM (vaccine vial monitor) :

Kondisi A : warna segi empat lebih terang dari warna gelap di sekelilingnya (warna lingkaran) menunjukkan vaksin dapat digunakan

Kondisi B : Warna segi empat sudah mulai berwarna gelap namun masih lebih terang dari warna gelap di sekelilingnya menunjukkan vaksin harus segera digunakan dengan catatan kondisi vaksin belum kadaluarsa.

Kondisi C : warna segi empat sama dengan warna gelap di sekelilingnya menunjukkan bahwa vaksin tidak boleh digunakan.

Kondisi D : warna segi empat lebih gelap dibanding dari warna gelap disekelilingnya menunjukkan vaksin tidak boleh digunakan.

Maka dapat disimpulkan vaksin dapat digunakan selama label VVM berada pada kondisi A dan B. Adapun untuk vaksin yang tidak habis pada pelayanan statis di fasilitas pelayanan kesehatan maka dapat digunakan untuk pelayanan hari berikutnya dengan syarat belum kadaluarsa, tidak

terendam air, sterilitas terjamin, disimpan dalam suhu 2 hingga 8 derajat celcius, dan label VVM dalam kondisi A atau B.

5. Seorang bayi laki-laki, umur 2 bulan, dibawa ibunya ke RS untuk kontrol. Hasil anamnesis: bayi sehat, menyusu kuat, ASI eksklusif, riwayat imunisasi sebelumnya Polio 1 dan HB 0. Hasil pemeriksaan: BB 4300 gram, PB 52 cm, S 36,7°C, P 40 x/menit. Bidan telah menyiapkan alat dan vaksin. Apa teknik injeksi yang digunakan dalam pemberian imunisasi pada kasus tersebut?
 - a. Intra vena
 - b. Intra cutan
 - c. Intra muskular
 - d. Sub cutan
 - e. Sub dermal

Jawaban : b. Intra cutan

Pembahasan : Vaksin BCG diberikan melalui suntikan pada lengan atas sebelah kanan yang disuntikkan secara intra cutan (di bawah kulit).

DAFTAR PUSTAKA

- Arias KM. 2020. Investigasi dan pengendalian wabah di fasilitas pelayanan kesehatan. Jakarta: Penerbit EGC. h. 290-3.
- Behrman, Kliegman Arvin. 2019. Ilmu kesehatan anak. Jakarta: Penerbit EGC. h. 22-3.
- Cahyono CBSB. 2020. Vaksinasi. Jakarta: Penerbit Kanisius. h. 72-4.
- Hadinegoro, S. R. 2018. Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi. Jurnal Indonesia, 1-5.
- Heryani, Reni. 2019. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Pra Sekolah. Jakarta: Trans Info Media
- Hidayat AA. 2018. Pengantar ilmu kesehatan anak. Jakarta: Penerbit Salemba Medika. h. 54-60.
- IDAI. 2020. Jadwal imunisasi anak umur 0-18 tahun. Diunduh dari <https://idai.or.id>, 24 Desember 2020.
- Kemenkes RI, 2013. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi: Jakarta.
- Marimbi, Hanung. 2020. Tumbuh Kembang, Status Gizi, dan Imunisasi Dasar Pada Balita. Nuha Medika: Yogyakarta
- Permenkes Nomor 42 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi http://pppl.depkes.go.id/_asset/_regulasi/92_PMK%20No.%2042%20ttg%20Penyelenggaraan%20Imunisasi.pdf (diunggah tanggal 24/08/16 pukul 11.00).
- Soedjatmiko, M. N. 2020. Jadwal Imunisasi Anak Umur 0 – 18 tahun. Jurnal IDAI, Sari Pediatri, Vol. 22, No. 4, 252-260.
- Yustanta, B. F., & Putri, S. M. A. (2022, August). Gemas Si Botak (Gerakan Bersama Imunisasi Booster pada Anak) dalam Meningkatkan Cakupan Imunisasi Booster 18 Bulan. In Prosiding SPIKesNas: Seminar Publikasi Ilmiah Kesehatan Nasional (Vol. 1, No. 01, pp. 145-151).

BAB 2

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH DENGAN MASALAH CACAR AIR

Sry Wahyuni., SST., M.Keb



BAB 2

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH DENGAN MASALAH CACAR AIR

Sry Wahyuni., SST., M.Keb

A. Latar Belakang

Virus Varisela-zoster (VZV) merupakan salah satu dari delapan virus herpes menginfeksi manusia. Virus ini menimbulkan dua penyakit yaitu infeksi primer berupa varisela (cacar air/chickenpox), manifestasi sekunder atau klinis dari infeksi laten berupa herpes zoster (shingles) (Ratianingsih, 2020).

Cacar Varisela-zoster salah satu penyakit menular ditangani serius. Wabah cacar terjadi masa ke masa, namun saat ini telah dituntaskan melalui program vaksinasi yang diadakan di dunia. Kasus cacar terakhir di dunia terjadi pada tahun 1977 di Somalia (Prasetya, 2021).

Pada 90% kasus varisela terjadi pada anak-anak antara usia 1 dan 14 tahun. Varisela penyakit sangat menular dan mempengaruhi hampir semua anak dengan tingkat serangan (attack rate) mendekati 90% setelah paparan. Penularan terutama melalui kontak langsung dan melalui pernapasan mengandung virus, membuat penyakit ini sangat menular bahkan sebelum timbulnya ruam pertama. Varicella masa inkubasi selama 14-16 hari, tetapi bisa berkisar 10 hingga 21 hari, diperpanjang sampai 28 hari apabila imunoglobulin varisela zoster (VZIG) telah diberikan (Aninditya et al., 2018)

Insiden terjadinya herpes zoster meningkat sesuai dengan pertambahan umur. Insiden herpes zoster berdasarkan usia yaitu sejak lahir - 9 tahun = 0,74/1000, usia 10 – 19 tahun= 1,38 /1000, usia 20 – 29 tahun =2,58/1000. Di Negara Amerika, herpes zoster jarang terjadi pada anak-anak, lebih dari 66 % mengenai usia lebih dari 50 tahun, kurang dari 10% mengenai usia di bawah 20 tahun dan 5% mengenai usia kurang dari 15 tahun (Dr, 2009) (M. Black, 2014)

Varicella sebagian besar terjadi pada anak kurang dari 5 tahun. Infeksi varicella dapat didahului infeksi lain dengan varicella sebagai infeksi sekunder. Infeksi varicella biasanya memiliki keparahan rendah. Prevalensi serologis meningkat bertambahnya usia, mulai dari 86% di antara anak usia 6 hingga 11

tahun hingga 99,9% di antara orang dewasa yang berusia 40 tahun atau lebih (Ni Putu Tiza Murtia Marghal & Made Wardhana, 2021).

Varisela bersifat ringan, terutama pada kelompok anak. Kematian biasanya pada kelompok pasien immunocompromised seperti lanjut usia, dalam terapi kortikosteroid, keganasan, atau koinfeksi HIV (Ratianingsih, 2020). Kasus varisela belum mendapatkan perhatian nyata, terutama di negara berpendapatan rendah maupun menengah. Bahkan kesadaran akan adanya penyakit varisela lebih rendah di negara-negara tersebut. Di Indonesia, salah satu negara berkembang tanpa program vaksinasi varisela wajib nasional, kejadian penyakit varisela cukup tinggi, sehingga kasus varisela termasuk varisela neonatal masih ditemukan (Prasetya, 2021).

B. Definisi

Varisela (varicella atau cacar air atau chickenpox) merupakan infeksi primer akibat virus varicella zoster (VVZ) atau human herpesvirus. Virus ini adalah alphaherpesvirus yang memiliki genom DNA rantai ganda. VVZ secara alamiah hanya menginfeksi manusia tanpa mempunyai reservoir hewan (Prasetya, 2021).

Varicella zoster virus (VZV) merupakan famili human (alpha) herpes virus. Virus terdiri atas genome DNA double-stranded, tertutup inti mengandung protein dan dibungkus glikoprotein. Virus dapat menyebabkan dua jenis penyakit yaitu varicella (chickenpox) dan herpes zoster (shingles)(Aninditya et al., 2018). Varicella atau disebut cacar air, berupa infeksi akibat virus varicellazoster (VZV) atau human herpes virus-3 (HHV-3).

C. Penyebab

Penyebab dari penyakit cacar air adalah infeksi suatu virus virus varicella zoster disebarluaskan manusia melalui cairan percikan ludah ataupun cairan berasal dari lepuhan kulit orang yang menderita penyakit cacar air. Orang yang terkena kontaminasi virus cacar air varicella zoster dapat menularkan penyakit cacar air kepada orang lain sekitarnya mulai dari munculnya lepuhan di kulit sampai dengan lepuhan kulit yang terakhir mengering (Susanto, 2022).

D. Tanda dan Gejala

Varicella gambaran gejala khas munculnya lesi pada kulit bersifat makulopapuler, berkembang menjadi vesikel, pustula, dan akhirnya menjadi

krusta atau keropeng. Timbul ruam gatal biasanya berlangsung sekitar 1 minggu. Masa inkubasi varisela yaitu 10–21 hari bahkan muncul di masa 14 – 16 hari (Kemenkes RI, 2016)

Gejala lain bentol tidak dalam waktu bersamaan, bila kering dan mengelupas atau sebagian kering akan mengelupas sebagian. Bahkan mulai mengelupas sebagian atau baru muncul bentol baru. Rasa gatal menyebabkan penderita cacar tidak tahan untuk tidak menggaruknya. Sehingga kulit akan penuh bekas luka dan kemungkinan terjadi infeksi sekunder lebih besar jumlahnya. Untuk itu, sebaiknya orang terkena cacar air menahan diri untuk tidak menggaruknya (Sinaga, 2018)

E. Faktor Risiko

Adapun faktor risiko terkena penyakit cacar air yaitu:

1. Orang yang sebelumnya belum pernah terkena cacar air atau belum pernah mendapatkan vaksinasi cacar air untuk ibu hamil karena ini sangat bermanfaat untuk menjaga janin.
2. Apabila di dalam satu ruangan tertutup lebih dari satu jam bersama penderita cacar air, memudahkan virus menginfeksi melalui udara dihirup bersama, orang yang memiliki kekebalan tubuh cukup lemah, sehingga virus mudah menyerang.
3. Untuk orang yang berada satu atap dengan anak-anak berusia kurang dari 10 tahun ataupun bayi (Hadinegoro, 2010) (Rosyidah & Anam, 2020)

F. Komplikasi

Beberapa komplikasi dapat ditimbulkan varicella seperti demam, Mudah lelah, nafsu makan menurun bahkan hilang, sakit kepala. Sehingga bila tidak segera ditangani menimbulkan komplikasi lebih serius seperti: infeksi kulit, infeksi paru (pneumonia), peradangan pembuluh darah, pembengkakan selaput otak atau saraf tulang belakang (ensefalitis atau meningitis), infeksi aliran darah, tulang, atau persendian (Susanto, 2022).

G. Pencegahan

Upaya pencegahan penyakit varicella, menderita varicella tidak diperlukan tindakan pencegahan, tetapi tindakan pencegahan ditujukan pada kelompok beresiko tinggi untuk menderita varicella yang fatal seperti

neonatus, pubertas, orang dewasa, tujuan mencegah maupun mengurangi gejala varicella. Tindakan pencegahan yang dapat diberikan yaitu:

1. Imunisasi pasif

- a. Menggunakan Varicella zoster immunoglobulin (VZIG), Pemberiannya dalam waktu 3 hari (kurang dari 96 jam) setelah terpapar VZV, pada anak-anak imunokompeten terbukti mencegah varicella sedangkan anak imunokompromais pemberian VZIG dapat meringankan gejala varicella.
- b. VZIG dapat diberikan yaitu :
 - Anak - anak yang berusia < 15 tahun belum pernah menderita varicella atau herpes zoster. Varicella Dan Herpes Zoster.
 - Usia pubertas > 15 tahun belum pernah menderita varicella atau herpes zoster dan tidak mempunyai antibodi terhadap VZV.
 - Bayi yang baru lahir, ibunya menderita varicella dalam kurun waktu 5 hari sebelum atau 48 jam setelah melahirkan.
 - Bayi premature dan bayi usia ≤ 14 hari yang ibunya belum pernah menderita varicella atau herpes zoster.
 - Anak -anak yang menderita leukaemia atau lymphoma belum pernah menderita varicella. Dosis yang diberikan : 125 U/10 kg BB. Dosis minimum : 125 U dan dosis maximal : 625 U, Pemberian dilakukan Intramuscular (IM) tidak diberikan Intra Vena (IV) serta Perlindungan yang didapat bersifat sementara (Husna et al., 2020)

2. Imunisasi aktif

Vaksinasi berupa vaksin varicella virus dan kekebalan yang didapat dapat bertahan hingga 10 tahun, Digunakan di Amerika sejak tahun 1995. Proses pencegahannya melawan varicella berkisar antara 71 - 100%.

Vaksin efektif jika diberikan pada umur ≥ 1 tahun dan direkomendasikan diberikan pada usia 12 – 18 bulan. Anak berusia ≤ 13 tahun tidak menderita varicella diberikan dosis tunggal dan anak lebih tua diberikan dalam 2 dosis dengan jarak 4 - 8 minggu. Adapun Pemberian dilakukan subcutan.

Efek samping : Kadang timbul demam ataupun reaksi lokal seperti ruam makulopapular atau vesikel, terjadi pada 3- 5% anak -anak dan timbul 10-21 hari, setelah pemberian pada daerah penyuntikan.

Vaksin varicella : Varivax, tidak boleh diberikan pada wanita hamil oleh karena dapat menyebabkan terjadinya kongenital varicella (Husna et al., 2020).

H. Penatalaksanaan

Upaya dilakukan pengobatan varisela bersifat simptomatis seperti pemberian calamine lotion lokal pada lesi kulit, untuk mengurangi gatal diberikan kompres dingin, mandi secara teratur, bisa dilakukan pemberian antihistamin. Obat Asiklovir sebagai terapi varisela sudah lama digunakan.

Asiklovir hanya diberikan secara rutin pada pasien imunokompromais dan tidak dianjurkan diberikan secara rutin untuk varisela tanpa penyulit. Walaupun terdapat bukti menyatakan bahwa asiklovir mengurangi demam dan lesi bila diberikan dalam 24 jam pertama setelah timbul ruam (Hadinegoro, 2010)

Pengobatan varisela neonatal menggunakan asiklovir intravena dengan dosis 15 mg/kg per 8 jam selama 7 hari atau hingga 48 jam setelah lesi baru terakhir timbul. Asiklovir bekerja menginhibisi sintesis DNA polimerase virus. Pemberian oral hanya menghasilkan penyerapan 10 – 20% total dosis. Pada neonatus, waktu pemberian asiklovir adalah 5 jam, berkurang menjadi 2,5 jam pada bayi berusia > 3 bulan. Beberapa efek samping harus diwaspadai pada bayi seperti neutropenia, disfungsi renal transien, kristaluria, dan flebitis. Pemberian dianjurkan dengan syringe pump selama 1 jam (Prasetya, 2021).

I. SOAP

Seorang anak perempuan berusia 4 tahun datang ke Puskesmas pada tanggal 7 februari 2023 dengan keluhan utama timbul bentol-bentol kecil berisi cairan di kulit dada sejak satu hari yang lalu. Satu hari sebelum datang ke Polik umum, Keluhan : demam tidak tinggi, naik turun disertai timbulnya bentolan berisi cairan di dada. Anak tidak menderita batuk, pilek, sehingga ibunya hanya memberikan paracetamol untuk menurunkan demam. Pagi hari bentol bertambah banyak dan menyebar ke wajah dan punggung, disertai demam dan anak mengalami nafsu makan sehingga ibu membawa berobat ke Puskesmas.

Adapun riwayat pada kehamilan dan kelahiran, anak tunggal, 38 minggu, PBK spontan dengan berat lahir 3000 gram dan panjang lahir 50 cm. Pada riwayat anak pernah kontak dengan tetangga rumah yang menderita varisela dua minggu sebelumnya. Riwayat imunisasi dasar lengkap namun belum pernah mendapatkan vaksin varisela. Tidak memiliki riwayat alergi obat maupun alergi makanan. Riwayat tumbuh kembang dalam batas normal. Riwayat nutrisi terkesan kualitas dan kuantitas kurang. Hasil pemeriksaan fisik,

kesadaran umum pasien Composmentis, tidak sesak maupun sianosis. Frekuensi nadi 100 kali per menit, teratur, isi cukup dengan frekuensi napas 26 kali per menit, teratur, kedalaman cukup, suhu aksila 38,5°C. Berat badan 18 kg, tinggi badan 105 cm

Pada daerah wajah, dada bagian atas dan punggung tampak beberapa makula, papul, jumlah kurang dari sepuluh vesikel, dengan dinding yang tipis dan tampak seperti tetesan air dengan dasar kemerahan. Tidak vesikel di tempat lain seperti mukosa mulut atau di faring. Pemeriksaan jantung, paru, abdomen, dan ekstremitas dalam batas normal. Berdasarkan riwayat kontak dan pemeriksaan fisis maka diagnosis ditegakkan sebagai varisela/cacar air. Anak diberi paracetamol dan asiklovir 4x400 mg per oral untuk lima hari dan dianjurkan untuk kembali ke Puskesmas setelah obat habis, tetapi pasien tidak kembali karena menurut ibu pasien melalui telpon setelah dua hari minum obat demam sudah turun dan benjolan yang ada.

J. Pendokumentasi Kebidanan Anak Dengan Varicella

Pada Anak "N" Di Puskesmas

Nomor Register : 004

Tanggal Kunjungan : 7 Februari 2023 Pukul : 09.00 Wita

Tanggal Pengkajian : 7 Februari 2023 Pukul : 11.30 Wita

A) DATA SUBYEKTIF

1. Identitas

a. Identitas Bayi

Nama : An "N "

Jenis kelamin : Laki - laki

Tanggal lahir/jam : 07 Juni 2018

Usia Anak : 4 tahun 1 bulan

Anak ke- : 1

b. Identitas Orang Tua

Nama : Ny "N " Nama : Tn "B"

Umur : 25 Tahun Umur : 28 Tahun

Nikah : 5 tahun Nikah : 5 tahun

Suku : Mandar Suku : Jawa

Agama : Islam Agama : Islam

Pendidikan : SMA Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT	Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Sidodadi	Alamat : Sidodadi
No.Telpon : 081354145009	No.Telpon : 081354145009

2. Keluhan

Anak mengeluh panas badan, gatal , perih muncul benjolan berisi cairan

3. Riwayat Kehamilan

- a. Kehamilan yang pertama dan tidak pernah abortus
- b. Umur kehamilan 9 bulan
- c. Riwayat ANC teratur 6 kali, di PKM oleh bidan "A"
- d. Imunisasi TT 2x di puskesmas
- e. Kenaikan BB 10 kg
- f. Keluhan saat hamil: tidak ada
- g. Penyakit saat hamil : tidak ada
- h. Kebiasaan makan : 3x sehari
- i. Obat / jamu : tidak ada
- j. Merokok : tidak ada

4. Riwayat Persalinan

- a. Tanggal lahir : 07 Juni 2018, jam : 17.00 WITA
- b. Jenis persalinan : Normal
- c. Atas indikasi : tidak ada
- d. Penolong : Bidan
- e. Lama persalinan : 3 jam
- f. Komplikasi : tidak ada komplikasi

5. Kebutuhan Anak

a. Nutrisi

Makan Nasi, ikan dan sayur hijau yaitu bayam, kelor

b. Minum Air putih sehari kurang lebih 5 gelas

c. Eliminasi

BAB : 2x

BAK : 5x, warna agak kekuning

d. Istirahat

Anak tidur dua kali sehari pagi jam 09.00-11.00 dan siang jam 14.00-15.30

6. Riwayat psikososial, ekonomi dan spiritual

Orang tua tampak senang dengan keadaan anaknya dan selalu berdoa

B) DATA OBYEKTIIF

1. Pemeriksaan Umum anak
 - a. Keadaan umum anak : Baik
 - b. Kesadaran : Composmentis
 - c. Berat Badan : 18 kg
 - d. Panjang Badan : 105cm
 - e. Jenis kelamin : Laki-laki
 - f. TTV :
Suhu : 38,5°C
Nadi : 100x/mnt
Pernafasan : 26x/mnt
2. Pemeriksaan fisik
 - a. Kepala:
Rambut tebal hitam dan halus, kepala simetris, tidak ada nyeri tekan atau benjolan
 - b. Mata
Simetris, bersih, sclera putih, konjungtiva merah muda, tidak bengkak dan tidak ada kelainan
 - c. Wajah
Muncul bentolan pada wajah berisi cairan kecil-kecil
 - d. Telinga
Simetris, pendengaran baik tidak ada pengeluaran cairan atau bernanah, tidak ada kelainan
 - e. Hidung
Simetris, tidak ada pengeluaran sekret, tidak ada kelainan, terdapat juga bentolan pada sekitaran hdung
 - f. Mulut
Simetris, tidak bibir sumbingi, bibir lembab/tidak pecah-pecah, tidak sianosis dan tidak ada kelainan
 - g. Leher
Tidak ada trauma pada leher dan tidak ada benjolan dan tidak ada kelainan
 - h. Dada

- Puting susu ada dan simetris, tidak ada pernapasan bunyi wheezing dan ronchi, irama jantung teratur, Pernapasan: 24x/mnt, Denyut jantung: 80x/mnt, terdapat juga bentolan berisi cairan pada dada atas
- i. Abdomen
Tidak ada pembesaran perut, simetris kanan kiri, terdapat bentolan berisi cairan di sekitaran perut
 - j. Ginetalia
Ada lubang penis dan terdapat dua scorotum, terdapat juga bentolan berisi cairan sekitar penis.
 - k. Anus
Terdapat lubang anus dan bab lancar 2x sehari
 - l. Ekstremitas
Atas : Tangan simetris kiri dan kanan, pergerakan aktif, jumlah Jari lengkap, terdapat bentolan kecil-kecil berisi cairan.
Bawah : Tangan simetris kiri dan kanan, pergerakan aktif, jumlah jari lengkap dan sudah berjalan maupun lari, terdapat bentolan kecil-kecil berisi cairan di sekitaran kaki
 - m. Punggung
Tidak ada kelainan, tetapi muncul bentolan-bentolan kecil berisi cairan di punggung
 - n. Kulit
Warna tubuh kemerahan dan terdapat bentol-bentol yang berisi cairan di seluruh area kulit tubuh.

K. Analisa

1. Diagnosa aktual : Anak "N" umur 4 tahun dengan cacar air
2. Masalah aktual/keluhan: cacar air
3. Masalah potensial : infeksi pada kulit
4. Tindakan Segera : Konsultasi dan rujukan ke dokter spesialis anak dan kulit
5. Analisa dan interpretasi data
 - a. Anak N umur 4 tahun
 - Ds: ibu mengatakan anaknya umur 4 tahun
 - Do: anak lahir jenis kelamin laki-laki tanggal 07 Januari 2018

Berdasarkan tanggal kelahiran 07 Januari 2018 sampai tanggal pengkajian 8 januari 2023 anak berusia 4 tahun lebih 1 hari dengan jenis kelamin laki-laki.

b. Cacar Air

Ds: Ibu mengatakan anaknya muncul bentol-bentol awalnya didada kecil tapi berisi cairan dan gatal, lama kelamaan menjadi seluruh tubuh benjolan berisi cairan dan disertai demam

Do: Hasil pemeriksaan fisik pada anak N ternyata benjolan berisi cairan semakin banyak pada tubuh anak, warna kemerahan, dan ada beberapa yang pecah dan tumbuh lagi.

Analisa dan Interpretasi data

Timbulnya benjolan pada kulit berisi cairan atau nanah disertai keluhan erbakar, demam, gatal dan semakin lama semakin banyak itu merupakan cacar air. merupakan infeksi primer akibat virus varicella zoster (VVZ) atau human herpesvirus. Virus ini adalah alphaherpesvirus yang memiliki genom DNA rantai ganda (Prasetya, 2021)

L. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang anaknya
Hasil : sudah dilakukan
2. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa anak "N" mengalami cacar air
Hasil : ibu sedih mengetahui anaknya mengalami cacar air
3. Memberitahu ibu untuk memberikan makanan yang sehat dan seimbang seperti nasi,sayur,ikan,telur, dan buah buahan
Hasil: ibu mengerti dan terlihat menu makan seimbang
4. Memberikan informasi kepada ibu untuk tidak menggaruk pada daerah bentolan cacar air agar tidak semakin luka dan infeksi
Hasil : ibu mengerti dan menjaga anaknya agar tidak menggaruk daerah cacar air
5. Memberitahu kepada ibu untuk memberikan parutan jagung muda untuk di baluri ke tubuh atau area yang mengalami cacar air pada anaknya
Hasil : ibu telah membaluri tubuh anak dengan parutan jagung muda sehingga terasa dingin tidak panas
6. Memberitahu ibu untuk memberikan paracetamol dan asiklovir 4x400 mg per oral untuk lima hari

- Hasil : ibu rutin memberikan obat pada anaknya
7. Memberitahukan kepada ibu untuk memisahkan pakaian anaknya yang engalami cacar air dengan anggota keluarga yang sehat
Hasil : ibu sudah memisahkan pakaian yang pada penderita sakit dan anggota keluarga yang sehat.
8. Menjelaskan kepada ibu jika sewaktu-waktu ada gejala lain seperti kejang segera ke puskesmas
Hasil : ibu mengerti
9. Memberi tahu ibu jika obat habis selama lima hari tidak ada perubahan suapaya segera kembali ke puskesmas
Hasil : ibu mengerti

M. Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)

1. Seorang anak umur 4 tahun datang ke Puskesmas dengan keluhan sakit pada seluruh tubuh disertai gatal, malas makan, hasil pemeriksaan Nadi 80x/Menit, S 38,6 C, P 25x/Menit, terlihat bentolan berisi cairan hampir seluruh bagian tubuh.
Apakah diagnosa pada kasus tersebut?
 - a. Monkey pox
 - b. Campak
 - c. Varicella
 - d. Rubella
 - e. Herpes
2. Seorang anak umur 6 tahun datang ke PMB dengan keluhan gatal diseluruh tubuh, kemerahan, panas, disertai muncul bentolan berisi cairan semakin banyak, hasil pemeriksaan Nadi 80x/Menit, S 38C, P 24x/Menit.
Apakah tindakan penanganan pada kasus tersebut?
 - a. Pemasangan infus NaCl untuk dehidrasi
 - b. Pemberian Paracetamol
 - c. Pemberian Asiklovir
 - d. Memandikan air hangat
 - e. Mengolesi lotion untuk bentolan atau lesi
3. Seorang anak umur 6 tahun datang ke PMB dengan keluhan gatal diseluruh tubuh, kemerahan, panas, disertai muncul bentolan berisi cairan semakin banyak, hasil pemeriksaan Nadi 80x/Menit, S 38C, P 24x/Menit
Apakah tindakan mengurangi lesi atau bentolan pada kasus tersebut?

- a. Pemasangan infus NaCl
 - b. Pemberian Paracetamol
 - c. Pemberian Asiklovir
 - d. Memandikan air hangat
 - e. Mengolesi lotion untuk bentolan atau lesi
4. Seorang balita umur 2 tahun 5 bulan datang ke Posyandu dibawa ibunya, anamnesa nafsu makan bagus, sehat, riwayat imunisasi sebelumnya lengkap imunisasi dasarnya, ibu berkeinginan untuk melakukan imunisasi tambahan terhadap cacar air. Hasil pemeriksaan BB 12 kg, TB badan 100 cm, S 36,8 C, Fj 100x/menit.
- Apakah imunisasi tambahan pada kasus tersebut?
- a. DPT lanjutan
 - b. Campak
 - c. Polio
 - d. Hib
 - e. Vaksin Varisella
5. Seorang balita umur 2 tahun 2 bulan datang ke posyandu untuk melakukan kunjungan penimbangan setiap bulan, hasil pemeriksaan BB 11 Kg, TB 102 cm, S 37 C. Pada saat bersamaan diadakan imunisasi tambahan yaitu vaksin varisella untuk balita yang sudah lengkap imunisasi dasanya. Bagaimana cara penberianya vaksin varicella tersebut?
- a. Intracutan(IC)
 - b. Intravena (IV)
 - c. Intramuscular (IM)
 - d. Subcutan (SC)
 - e. Oral

KUNCI JAWABAN :

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| 1. C (Varisella) | 3. C (Pemberian Asiklovir) |
| 2. B (Pemberian Paracetamol) | 4. E (Vaksin Varisella) |
| | 5. D (Subcutan) |

DAFTAR PUSTAKA

- Aninditya, N., Ayu, N., Irawati, V., Kedokteran, F., Lampung, U., Kedokteran, B. P., Kedokteran, F., & Lampung, U. (2018). Infeksi Varisela Zoster pada Kehamilan Varisela Zoster Infection in Pregnancy. 7, 197–201.
- Dr, R. (2009). Penyaji: Ramona Dr. 1–13.
- Hadinegoro, S. R. S. (2010). Terapi Asiklovir pada Anak dengan Varisela Tanpa Penyulit. 11(6).
- Husna, F., Wicaksono, I. A., Studi, P., Apoteker, P., & Farmasi, F. (2020). Farmaka Farmaka. 18, 148–154.
- Kemenkes RI, R. (2016). Pedoman pelaksanaan.
- M.BLACK, J. (2014). KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH (Edisi 8 Bu).
- Ni Putu Tiza Murtia Marghal, & Made Wardhana. (2021). Karakteristik Penderita Cacar Air (Varicella) di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah. Jurnal Medika Udayana, 10(6), 51.
- Prasetya, D. (2021). Varisela Neonatal. January. <https://doi.org/10.55175/cdk.v47i12.1239>
- Ratianingsih, R. (2020). KESTABILAN MODEL MATEMATIKA INFEKSI PRIMER PENYAKIT VARICELLA DAN INFEKSI REKUREN PENYAKIT HERPES ZOSTER OLEH VIRUS VARICELLA ZOSTER. 17, 82–91.
- Rosyidah, D. U., & Anam, Z. H. F. (2020). Laporan Kasus: Cacar Air Pada Remaja Muda Usia 14 Tahun Di Pondok Pesantren. Proceeding Book Call for Paper Thalamus: Medical Research For Better Health, 108–118. <https://publikasiilmiah.ums.ac.id/xmlui/handle/11617/11996>
- Sinaga, E. W. (2018). Tingkat pengetahuan ibu hamil tentang bahaya varicella selama kehamilan di kelurahan sicanang kecamatan medan belawan tahun 2018. 4(2), 583–588.
- Susanto, N. A. (2022). ASUHAN KEPERAWATAN PADA An . M DENGAN VARICELLA (CHICKENPOX) ATAU CACAR AIR Di Ruang Rawat Inap C - Rs Wava Husada Kepanjen PROGRAM STUDI PROFESI NERS UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG.

BAB 3

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH DENGAN MASALAH TIDAK NAIK BERAT BADAN

Dewi Farida., SST., M.K.M



BAB 3

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK

PRASEKOLAH DENGAN MASALAH TIDAK NAIK BERAT BADAN

Dewi Farida., SST., M.K.M

A. Latar Belakang

World Health Organisation (WHO), United Nation Children's Fund (UNICEF) World Bank Group tahun 2020 memperkirakan Kematian anak usia kurang dari 5 tahun yang terkait kekurangan gizi terjadi sekitar 45% di negara berpenghasilan rendah dan menengah. WHO (2020) memperkirakan sebanyak 1,9 miliar orang dewasa menderita kelebihan berat badan atau obesitas, sementara 462 juta kekurangan berat badan. Status gizi balita penting dalam mencapai derajat kesehatan balita yang optimal. Balita yang mengalami malnutrisi akan terhambat pertumbuhan dan perkembangannya. Dampak lainnya pada perkembangan otak, tingkat kecerdasan, peningkatan penyakit infeksi dan berkontribusi terhadap morbiditas dan mortalitas anak (Keytimu et al., 2022)

Salah satu Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 dan dengan ditetapkannya peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2020 adalah menurunkan Angka Kematian Ibu Dan Bayi. Guna mendukung peningkatan kualitas manusia Indonesia, termasuk penguatan struktur ekonomi yang produktif, mandiri dan berdaya saing, Kementerian Kesehatan telah menjabarkan Misi Presiden Tahun 2020- 2024, yang meliputi upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi, Menurunkan angka *stunting* pada balita, memperbaiki pengelolaan Jaminan Kesehatan Nasional serta meningkatkan kemandirian dan penggunaan produk farmasi dan alat kesehatan dalam negeri. Untuk mendukung *major project* tersebut perlu disusun program untuk mengukur pertumbuhan dan perkembangan anak (KEMENKES RI, 2021).

Secara garis besar, ada tiga yang digunakan untuk mengukur pertumbuhan anak di Indonesia. Indikator tersebut adalah berat badan menurut tinggi badan (BB/TB), tinggi badan menurut usia (TB/U), dan berat badan menurut usia (BB/U) (Kurniawan et al., 2022) .

Berdasarkan data SSGI, prevalensi status gizi balita nasional tahun 2019-2021 *stunted* sebanyak 24,4%, *wasted* sebanyak 7,1 %, dan *underweight* sebanyak 17 %. Data menunjukkan bahwa stunting(Kurniawan et al., 2022) merupakan masalah gizi terberat yang perlu penanganan segera. Pemerintah terus mengupayakan penanganan masalah ini dibuktikan dengan dikeluarkan Perpres nomor 72 tahun 2021 tentang percepatan penurunan stunting dimana Kemenkes mempunyai tanggung jawab untuk melakukan publikasi angka stunting di kabupaten kota setiap tahun (SSGI, 2021).

Menurut penelitian Mezzacappa pada tahun 2016 diperkirakan hasil rata-rata penurunan berat badan pada sekitar $6,44 \pm 2,5\%$. Dimana 25,8% mengalami penurunan berat badan yang berlebih dengan rata-rata penurunan berat badan sekitar $9,4\% \pm 1,1\%$, bahkan pada 4,8% terjadi penurunan berat badan yang sangat signifikan yaitu lebih dari 10% neonates (Afian et al., 2021)

Dampak dari kasus gagal tumbuh pada anak yaitu perkembangan anak terhambat, penurunan fungsi kognitif, penurunan fungsi kekebalan tubuh dan gangguan pembakaran. Dampak jangka panjang yaitu pada masa dewasa, timbul risiko penyakit degeneratif seperti diabetes mellitus, jantung dan obesitas. *Stunting* yang parah pada anak-anak akan terjadi jangka panjang dalam perkembangan fisik dan mental sehingga tidak mampu untuk belajar secara optimal di sekolah, dibandingkan anak-anak dengan tinggi badan normal. Hal ini memberikan konsekuensi terhadap kesuksesan anak dalam kehidupannya dimasa yang akan datang (Ciptaningtyas et al., 2012)

B. Definisi

Berat badan merupakan salah satu parameter status nutrisi secara umum yang memberikan gambaran massa tubuh. Berat badan lahir normal berkisar ≥ 2500 -4000 gram. Berat badan pada anak dipengaruhi oleh komposisi air yang ada didalam tubuh. Komposisi air lebih tinggi sekitar 90% dari berat badan. Komposisi air yang berlebih akan berangsur-angsur kurang dalam minggu pertama kelahiran, tampak melalui penurunan berat badan sekitar 5% bahkan lebih. Timbunan cairan pada ekstraseluler akan memicu proses diuresis pada 48 sampai 72 jam setelah kelahiran. Berat badan normal akan bertambah mengikuti pertambahan umur. Terdapat dua kemungkinan perkembangan berat badan yaitu berkembang pesat atau lebih lambat dari keadaan normal (Ciptaningtyas et al., 2012)

Berat badan kurang adalah status nutrisi dan kesehatan balita yang buruk di sebuah negara. Pada tahun 2013 angka kejadian Stunting di Timor Leste tergolong tinggi sekitar 50,2% dibandingkan angka rata-rata untuk wilayah Asia Timur Pasifik yaitu 11,3%. Dari sejumlah balita yang mengalami stunting 38% diantaranya memiliki berat badan kurang (Kurniawan et al., 2022)

Berat badan kurang (*underweight*) adalah keadaan dimana berat tubuh anak berada dibawah rentang normal. Berat badan yang kurang menandakan bahwa bobot tubuh anak tidak sebanding atau lebih rendah dari kelompok usianya. Berat badan anak yang tidak naik atau kurang dari normal merupakan petanda bahwa tubuh anak tidak memperoleh zat gizi yang cukup untuk mendukung pertumbuhan. Kondisi ini sering disebabkan karena anak mengalami penyakit medis tertentu sehingga menyulitkan penambahan berat badan anak (WHO & UNICEF, 2017).

Gagal tumbuh adalah suatu keadaan terjadinya keterlambatan pertumbuhan fisik pada bayi dan anak, dimana terjadi kegagalan penambahan berat badan yang sesuai dengan grafik pertumbuhan normal, dibandingkan dengan tinggi badan. Ukuran antropometri yang terpenting dan paling sering digunakan pada bayi baru lahir adalah berat badan. Berat badan digunakan untuk mendiagnosis bayi normal atau BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah). Pada masa bayi balita berat badan digunakan untuk melihat laju pertumbuhan fisik maupun status gizi, kecuali terdapat kelainan klinis seperti *asites*, *edema*, dehidrasi, dan adanya tumor (KEMENKES RI, 2021)

Hasil perhitungan berat badan dapat digunakan sebagai dasar perhitungan dosis obat dan makanan. Berat badan untuk menilai hasil peningkatan atau penurunan semua jaringan yang ada pada tubuh (tulang, otot, lemak, cairan tubuh) sehingga akan diketahui status gizi anak atau tumbuh kembang anak. Berat badan juga dapat juga sebagai menghitung dosis obat pada anak (Afian et al., 2021)

Perubahan berat badan merupakan yang sangat penting untuk memantau pertumbuhan anak. Apabila kenaikan berat badan anak (BB) anak lebih rendah dari yang seharusnya, pertumbuhan anak terganggu dan anak berisiko mengalami kekurangan gizi dan sebaliknya apabila BB lebih besar dari yang seharusnya merupakan indikasi risiko kelebihan gizi. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007 didapatkan bahwa 74,5% (sekitar 15 juta) balita pernah ditimbang minimal 1 kali selama 6 bulan terakhir, 60,9% ditimbang lebih dari 4 kali. Ketentuan standart antropometri WHO

bahwa gizi kurang atau gizi buruk merupakan status gizi yang didasarkan pada indeks Berat badan menurut Umur (BB/U) yang merupakan padanan istilah *underweight* (gizi kurang) dan *severely underweight* (gizi buruk). Status pertumbuhan anak dapat diketahui dengan yaitu menilai garis pertumbuhan atau menghitung kenaikan berat badan anak dengan kenaikan berat badan minimal (KBM) (Rahmawati, 2019)

C. Penyebab Berat Badan Kurang Pada Anak

Pada salah satu studi cohort yang dilakukan Zhang S, (2022) di Shanghai pada 1.216 pasangan ibu-anak dari Shanghai Maternal-Child Pairs Cohort menyebutkan bahwa BMI Pra kehamilan, pertambahan berat badan ibu selama kehamilan dan gejala depresi prenatal berpengaruh terhadap kelebihan / kekurangan Berat Badan anak pada usia 24 bulan serta meningkatkan resiko masalah internalisasi dan eksternalisasi pada masa anak-anak.

Penurunan berat badan pada anak seringkali disebabkan oleh sebab-sebab seperti mudah membakar kalori, tidak mengonsumsi makanan sehat, sedang sakit, atau memiliki tubuh yang rendah. Penurunan berat badan yang tidak terduga pada anak-anak dapat berdampak buruk pada kesehatan dan perkembangan anak secara keseluruhan (KEMENKES RI, 2021)

Beberapa hal yang dapat menjadi penyebab berat badan kurang pada anak (*underweight*) adalah (KEMENKES RI, 2021):

1. Kelainan genetik

Anak yang memiliki kelainan kromosom seperti sindrom down dan sindrom turner lebih berisiko mengalami berat badan kurang. Hal ini sering kali menyebabkan gangguan kecerdasan yang membuat penderitanya mengalami gangguan makan, menelan, serta mengatur pola makan dengan baik.

2. Kurang asupan gizi

Makanan yang bergizi akan menyediakan energi bagi tubuh anak sehingga tetap sehat. Berat badan kurang dan kekurangan gizi anak disebabkan oleh anak tidak mendapatkan kalori dan nutrisi yang cukup meliputi protein, karbohidrat, lemak, vitamin, dan mineral. Jika asupan makanan yang diberikan pada anak tidak cukup baik, maka dapat menurunkan daya tahan tubuh (imunitas) anak, sehingga anak mudah terserang penyakit infeksi dan dapat mengurangi nafsu makan, akhirnya

anak dapat menderita gizi kurang. Semakin bertambah usia anak, maka semakin bertambah pula kebutuhannya. Konsumsi makanan pada setiap keluarga dipengaruhi oleh jumlah dan daya beli jenis pangan, proses pengolahan makanan, pembagian dalam keluarga, dan kebiasaan makan secara perorangan. Konsumsi makanan juga tergantung pada pendapatan, agama, adat istiadat, dan pendidikan keluarga yang bersangkutan.

Kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup, baik dalam hal kuantitas maupun kualitas gizinya. Ketahanan pangan keluarga terkait dengan ketersediaan pangan, harga pangan dan daya beli keluarga, serta pengetahuan tentang gizi dan kesehatan. Kebutuhan pangan yang bermutu gizi seimbang menuntut adanya ketersediaan sumber zat tenaga (karbohidrat dan lemak), sumber zat pembangun (protein), dan sumber zat pengatur (vitamin dan mineral). Setiap anak diharapkan mengkonsumsi pangan yang beraneka ragam agar dapat saling melengkapi kekurangan zat gizi, karena tidak ada satu jenis pangan pun yang dapat menyediakan gizi secara lengkap (Keytimu et al., 2022).

3. Infeksi

Berat badan kurang pada anak dapat disebabkan oleh infeksi kronis, seperti tuberkulosis dan HIV. Pada kondisi ini walaupun tubuh membutuhkan banyak kalori agar anak tumbuh, tubuh justru menggunakan kalori tersebut untuk melawan infeksi, sehingga berat badan anak tidak bertambah. Anak yang asupan makanannya baik tetapi sering terserang penyakit, seperti diare atau demam, maka anak tersebut dapat menderita gizi kurang. Karena, infeksi dapat menyebabkan hilangnya nafsu makan, malabsorbsi, metabolisme terganggu, dan perubahan perilaku, sehingga berpengaruh terhadap pola makan anak. Penyakit infeksi disebabkan oleh kurangnya sanitasi dan kebersihan, pola asuh anak yang tidak memadai, dan pelayanan kesehatan dasar yang tidak memadai.

4. Kondisi medis tertentu

Penyakit yang memengaruhi fungsi penceranaan, penyerapan nutrisi, dan hormon dapat menghambat pertumbuhan anak. Beberapa contoh penyakit tersebut adalah GERD, fibrosis kistik, penyakit Celiac, dan hipotiroidisme. Penyakit yang menyerang paru-paru, jantung, dan darah juga bisa menjadi penyebab berat badan kurang pada anak. Hal ini dikkarenakan kondisi kesehatan anak memengaruhi peredaran oksigen dan

nutrisi ke seluruh tubuh. Selain tubuh yang kurus, tanda lain yang dapat diperhatikan untuk mengetahui anak memiliki berat badan kurang adalah tulang rusuknya terlihat jelas saat mandi, ukuran pakaian anak tidak bertambah setelah beberapa bulan, serta anak menjadi mudah terserang penyakit (Pinem, L, 2021)

5. Pola asuh anak

Kemampuan keluarga untuk menyediakan waktu, perhatian, dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh dan berkembang dengan sebaik-baiknya secara fisik, mental, dan sosial. Kurang optimalnya pola pengasuhan anak karena pengetahuan ibu yang kurang, kesibukan ibu bekerja, terutama dalam pemberian makanan pada anak mengakibatkan anak tidak mendapatkan makanan sesuai kebutuhan gizi.

Pola pengasuhan anak meliputi sikap dan perilaku ibu atau pengasuh anak dalam hal kedekatannya dengan anak seperti, memberikan makan, merawat, memberikan pendidikan, kebersihan, memberi kasih sayang, dan sebagainya. Hal tersebut berhubungan dengan kesehatan fisik dan mental ibu, status gizi, pendidikan, pengetahuan dan keterampilan tentang pengasuhan anak yang baik, peran dalam keluarga atau masyarakat, pekerjaan sehari-hari, adat kebiasaan keluarga dan masyarakat, dan sebagainya (KEMENKES RI, 2021)

D. Faktor Risiko

Bayi berat lahir rendah sering terjadi pada bayi preterm, Bayi preterm umumnya memiliki risiko poor feeding, defisiensi nutrisi dan hambatan pertumbuhan sehingga perlu dipantau terus berat badannya. Penyakit infeksi pada anak penyerapan nutrisi oleh tubuh saat proses pencernaan. Penyakit infeksi yang disebabkan oleh sanitasi yang buruk seperti diare dan kecacingan dapat mengganggu penyerapan nutrisi pada proses pencernaan. Beberapa penyakit infeksi yang diderita bayi ini dapat menyebabkan berat badan bayi turun. Jika kondisi ini terjadi dalam waktu yang cukup lama dan tidak disertai dengan pemberian asupan yang cukup untuk proses penyembuhan maka dapat mengakibatkan stunting (Ciptaningtyas et al., 2012).

E. Tanda dan Gejala

Pemeriksaan tanda-tanda berat badan kurang meliputi:

1. Memeriksa data pertumbuhan anak

Pemeriksaan data pertumbuhan anak meliputi berat badan, tinggi badan, usia, jenis kelamin, untuk dimasukkan ke tabel *grow chart* atau menghitung indeks massa tubuh (*body mass index*) anak. Untuk melihat data bulan sebelumnya dapat dilakukan dengan memantau data tumbuh kembang anak setiap bulannya pada KMS atau buku KIA.

2. Mencari tahu asupan nutrisi anak

Pengumpulan informasi dilakukan dengan panduan piramida makanan untuk mempermudah pengelompokkan makanan yang disukai dan yang tidak disukai.

3. Melakukan pemeriksaan fisik dan tes laboratorium

Bertujuan untuk mengetahui penyebab berat badan kurang pada anak (KEMENKES RI, 2021).

Gagal tumbuh pada anak ditandai dengan adanya penurunan berat badan yang tidak diketahui dengan jelas penyebabnya dan kurangnya penambahan berat badan pada bayi dan anak yang akan diikuti dengan pertambahan tinggi badan yang tidak sesuai dengan umur.

Beberapa indikasi yang menunjukkan balita mengalami mal nutrisi:

- a. Berat badan 10% atau lebih dibawah berat badan ideal.
- b. Berat badan rendah dengan asupan nutrisi yang adekuat.
- c. Kesukaran makan (menghindari makanan, ketidakmampuan makan atau kurang minat pada makanan).
- d. Terdapat tanda dan gejala masalah pencernaan, seperti nyeri abdomen, kram abdomen, diare dan bising usus hiperaktif.
- e. Kelemahan otot dan penurunan tingkat energi.
- f. Kehilangan rambut berlebihan.
- g. Pucat pada kulit, mukosa dan konjungtiva (Kurniawan et al., 2022)

F. Pencegahan

Adapun cara mencegah terjadinya berat badan tidak naik pada anak meliputi:

- a. Memberikan makanan bergizi lengkap dan seimbang sesuai kebutuhan anak.
- b. Menerapkan pola asuh yang baik.

- c. Memberikan ASI eksklusif hingga usia anak 6 bulan, dilanjutkan dengan memberikan MPASI yang bergizi lengkap dan seimbang.
- d. Mengukur tinggi dan berat badan anak secara berkala (Ciptaningtyas et al., 2012)

Upaya dalam pencegahan pada balita dapat dilakukan melalui peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu. Harapannya ibu memiliki bekal pengetahuan dan terkait gizi yang cukup sehingga ibu mampu berperilaku yang mendukung tercapainya tujuan meliputi pentingnya aspek gizi bagi balita, risiko gizi buruk dan upaya preventif yang dapat dilakukan, sumber gizi dan fortifikasi makanan untuk balita, pembuatan menu makanan yang beraneka ragam kaya akan gizi, hingga penyimpanan makanan agar tidak menurunkan nilai gizi. Intervensi gizi juga dapat dilakukan melalui penguatan program terkait gizi balita yang telah ada di fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit dan posyandu melalui penguatan dan optimalisasi pada tenaga kesehatan dan kader, sebagai ujung tombak dalam penerapan dan pencapaian program gizi yang sesuai target (Afian et al., 2021).

Gejala berat badan kurang pada anak sebaiknya tidak dianggap hal yang biasa. Penting bagi orang tua untuk selalu memantau pertumbuhan anak secara rutin dengan membawanya ke Puskesmas atau Posyandu terdekat. Gejala berat badan tidak naik pada 3 bulan berturut menunjukkan permasalahan pertumbuhan dan perkembangan anak yang dapat beresiko terhadap penyakit tertentu.

Jika berat badan anak tidak mengalami kenaikan selama 2 kali pemeriksaan rutin berturut-turut, maka segera konsultasikan ke dokter. Bagi bayi berusia di bawah 6 bulan, ASI merupakan sumber asupan utama. Jika bayi memiliki berat badan kurang di usia tersebut. Disisi lain pada anak berusia di atas 6 bulan yang mengalami berat badan kurang, berikut ini adalah beberapa cara yang dapat dilakukan oleh orang tua untuk membantu berat badan anak bertambah (Afian et al., 2021):

- a. Pastikan 1/3 piring anak terdiri dari sumber protein, seperti ikan dan hasil laut lainnya, daging sapi, daging, tahu, tempe, dan kacang-kacangan.
- b. Biarkan anak mengonsumsi makanan berlemak, terutama yang mengandung lemak baik. Seperti selai kacang, yogurt atau alpukat.
- c. Berikan makanan berkalsori tinggi pada anak, seperti keju, telur, daging, atau ayam goreng tepung.

- d. Buatlah sup dengan menggunakan susu atau krim. Membuat sup dari susu atau krim dapat menambah asupan kalori anak.
- e. Berikan anak setidaknya 5 porsi buah dan sayuran dalam sehari.

Faktor yang mempengaruhi status gizi balita diantaranya adalah asupan gizi dan akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2020). Asupan gizi yang adekuat memiliki peranan penting dalam mencapai status gizi yang optimal. ASI ekslusif yang merupakan makanan awal bayi, mengandung sumber zat gizi seimbang yang sesuai dengan kebutuhan anak. Pemanfaatan layanan kesehatan oleh masyarakat sangat mendukung pengawasan kesehatan balita. Salah satu layanan kesehatan berbasis masyarakat adalah Posyandu. Kegiatan Posyandu sebagai suatu pendekatan tepat untuk meningkatkan status gizi balita. Melalui kegiatan Posyandu dapat memantau status gizi balita, memberikan pelayanan serta informasi terkait kesehatan balita. Data hasil pengukuran dan penimbangan diplotkan dalam KMS setiap anak (KEMENKES RI, 2021).

G. Penatalaksanaan

Pemeriksaan fisik pada balita perlu dilakukan untuk menilai adanya kelainan atau gagal tumbuh. Indikator yang digunakan meliputi: tinggi badan, berat badan, lingkar kepala, proporsi tubuh, adanya tanda dismorfik. Jika ditemukan seorang anak perempuan dengan gangguan pertumbuhan dalam hal ini perawakan pendek dengan adanya tanda-tanda kelainan dismorfik seperti *web neck*, *cubitus valgus*, garis rambut yang rendah, lengkung *palatum* yang tinggi, keempat yang pendek maka kemungkinan mengalami *sindroma Turner* (Kurniawan et al., 2022)

Pemeriksaan berat badan yang dilakukan menggunakan timbangan/dacin dengan satuan hasil gram atau kilogram. Penimbangan berat badan dilakukan minimal sebulan sekali pada bayi, Balita dan anak prasekolah. Salah satu program rutin untuk penimbangan Berat badan dimasyarakat adalah posyandu balita:

Pertambahan Berat Badan Anak

Berat badan bayi lahir normal berkisar 2.500—4.000 gram.

Usia anak 1 tahun mempunyai berat badan : 3 kali BB lahir.

Usia anak 2 tahun mempunyai berat badan : 4 kali BB lahir.

Menurut Rumus Berhman:

Lahir : 3,25 kg
3-12 bulan : (umur (bulan) +9)
2
1-6 tahun : umur (bulan) x 2 +8

Syarat Pemantauan Pertumbuhan:

1. Anak ditimbang secara teratur setiap bulan (di Posyandu atau di tempat Lain) dan memiliki KMS (Kartu Menuju Sehat) atau Buku KIA
2. Setiap ditimbang KMS anak harus dibawa
3. Berat badan anak harus di PLOT ke dalam KMS
4. Status pertumbuhan anak harus dinilai dengan melihat kurva berat badannya dalam KMS untuk menilai N=naik atau T=tidak naiknya Berat Badan atau Tinggi Badan anak
5. Ibu atau pengasuh balita harus diberikan informasi atau konseling sehubungan dengan status pertumbuhan anak

Pemantauan pertumbuhan ini bertujuan untuk:

1. Mengetahui status pertumbuhan individu balita dari waktu ke waktu secara teratur
2. Mengetahui secara lebih dini (awal) terjadinya gangguan pertumbuhan pada individu balita
3. Memberikan penanggulangan (intervensi) segera pada anak yang mengalami gangguan pertumbuhan agar dapat dikembalikan ke jalur pertumbuhan normalnya (KEMENKES RI, 2021).

Menurut Salma Haniarti (2021), penanganan pada kasus anak tidak naik berat badan sebagai berikut

1. Pilih Makan Berkalori Tinggi

Anak-anak berusia 2 – 3 tahun membutuhkan sekitar 1.000 kilokalori (Kkal) per hari, sedangkan anak-anak usia 4 – 8 tahun membutuhkan 1.200 – 1.400 Kkal per harinya. Jika anak sudah memenuhi kebutuhan kalori per harinya tapi tetap masih kekurangan berat badan, maka tambah asupan kalori sebesar 500 Kkal setiap hari.

Penambahan kalori tersebut dalam waktu 1 minggu dapat meningkatkan 5 ons berat badan anak per minggunya. Makanan kalori

tinggi yang sehat untuk menambahkan berat badan anak antara lain telur, pisang, alpukat, ayam, salmon, dan lainnya.

2. Tambah Asupan Lemak

Menambah asupan lemak sehat pada anak yang kekurangan berat badan bisa jadi salah satu cara meningkatkan badan anak. Contoh: tambah keju leleh, saus krim, minyak zaitun, mentega, mayones pada pasta maupun sayur-sayuran. Mengganti campuran air pada *oatmeal* atau sereal dengan susu segar.

3. Tingkatkan Karbohidrat

Karbohidrat dengan makanan pokok seperti nasi. Namun, anak yang kekurangan berat badan cenderung tidak bisa makan dengan porsi besar. Menambah porsi nasi belum tentu berhasil dalam menambahkan asupan karbohidrat harian guna menggemukkan badan anak. Dapat menambah cemilan berbahan dasar gandum, kentang, ubi, sagu.

4. Kalori dari Minuman

Jika tambahan kalori, lemak sehat, serta karbohidrat pada makanan tidak berhasil dilakukan maka dapat diganti dengan minuman yang tinggi kalori namun menyehatkan. Tambahkan *yogurt* atau susu segar pada jus buah sehingga menjadi *smoothies*. Selain menambah kalori, minuman ini juga kaya akan vitamin dan protein yang penting untuk masa perkembangan anak.

5. Atur Minum Saat Makan

Membatasi jumlah minum pada saat makan bisa jadi salah satu cara menambah berat badan anak, karena banyak minum pada saat makan bisa membuat anak cepat merasa kenyang, sehingga kebutuhan kalori harian pun tidak tercapai.

6. Atur Jadwal Makan

Salah satu yang dapat menyebabkan anak kekurangan berat badan adalah melewatkannya waktu makan. Mengatur jadwal makan yang teratur dan mematuhi membuat kalori dan nutrisi yang dibutuhkan anak per hari terpenuhi dengan baik. Biasakan anak untuk makan 3 kali sehari disertai 2 kali makan selingan di antaranya.

7. Tidur Cukup

Waktu istirahat sangat dibutuhkan anak. Kegiatan anak yang banyak beraktivitas harus diseimbangkan dengan istirahat yang cukup. Aktivitas yang terlalu banyak tanpa istirahat bisa mengakibatkan penurunan berat

badan pada anak. Butuh waktu istirahat seperti tidur siang, wajib bagi balita.

H. Komplikasi

Dampak dari kasus tidak naik berat badan pada anak beresiko pada gagal tumbuh yang dapat mengakibatkan terjadinya: perkembangan anak terhambat, penurunan fungsi kognitif, penurunan fungsi kekebalan tubuh dan gangguan pembakaran. Dampak jangka panjang yaitu pada masa dewasa, timbul risiko penyakit degeneratif seperti diabetes mellitus, jantung dan obesitas. Pada kasus berat badan anak tidak naik, anak akan rentan terinfeksi penyakit, gangguan nafas, serta berpotensi mengalami gizi buruk seperti stunting. Stunting menimbulkan komplikasi jangka pendek dan jangka panjang, di antaranya adalah perkembangan fisik anak, gangguan kognitif, gangguan mental-tingkah laku, kualitas kesehatan yang rendah, dan risiko penyakit (Kurniawan et al., 2022).

I. SOAP

S: Seorang Bayi berumur 12 bulan, dibawa orangtuanya ke Posyandu untuk melakukan pemeriksaan tumbuh kembang. Ibu mengatakan berat saat lahir 3.300 gr, panjang badan 48 cm. Ibu mengeluh anaknya tidak selera makan. Pada KMS tampak hasil penimbangan bulan sebelumnya 9 kg.

O:

K/U	: Baik
Kesadaran	: Composmentis
N	: 84x/menit
RR	: 24x/menit
T	: 36,9°C

Pemeriksaan antropometri :

- BB : 9 kg
- TB : 70 cm
- LK : 46 cm

A: Bayi usia 12 bulan dengan tidak naik berat badan

P:

- Memberitahu ibu hasil pemeriksaan, bahwa berat badan bayinya tidak naik

2. Memberi tahu ibu cara mengatur diet yang menarik dan bergizi untuk anak
3. Mengajurkan ibu memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein untuk menambahkan berat badan anak antara lain telur, pisang, alpukat, ayam, salmon
4. Mengajurkan anak istirahat yang cukup siang 2 jam dan malam 8 jam
5. Mengajurkan ibu untuk konsultasi pada ahli gizi dan dokter spesialis anak.

J. Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)

1. Seorang bayi lahir spontan 2 hari yang lalu di RSU, hasil pemeriksaan warna kulit kemerahan, menagis kuat, aktif, BB 2.300 gram, PB 46 cm, RR 40 x/m, S 36°C. Dan tidak ada kelainan. Ibu ingin segera merawat bayi dirumah. Bagaimana asuhan yang diberikan pada bayi selama dirumah agar suhu tetap stabil?
 - a. Lakukan metode kangguru
 - b. Menutup jendela ruangan
 - c. Sering mengganti popok bayi jika basah
 - d. Menghangatkan bayi dengan lampu 60 watt
 - e. Anjurkan ibu untuk membedung bayi
2. Seorang Bayi berumur 12 bulan, dibawa orangtuanya ke posyandu untuk melakukan pengecekan tumbuh kembang. Hasil pemeriksaan: berat saat lahir 3.300 gr, panjang badan 48 cm. Berapakah penambahan BB normal pada bayi tersebut?
 - a. 2 x BBL
 - b. 2,5 x BBL
 - c. 3 x BBL
 - d. 3,5 x BBL
 - e. 4 x BBL
3. Seorang ibu membawa bayinya yang berusia 3 bulan ke posyandu. Hasil pemeriksaan: BB= 6,5 kg, PB= 58 cm, S 36,5°C, bayi dalam keadaan sehat. Ibu mengatakan anaknya sudah mendapatkan imunisasi DPT-HB-Hib1+Polio 2 pada bulan lalu. Pemberian imunisasi yang paling sesuai pada bulan ini adalah.....

- a. BCG + Polio 1
 - b. DPT-HB-Hib1+Polio 2
 - c. DPT-HB-Hib2+Polio 3
 - d. DPT-HB-Hib3+Polio 4
 - e. Campak
4. Seorang bayi usia 2 jam lahir spontan dengan distosia bahu di RSU, dengan BB 4100 gram dan menangis merintih, kulit bewarna kebiruan. Hasil pemeriksaan: bayi tidak dapat menggerakkan lengan kirinya secara bebas, teraba krepitasi, reflek moro (-), dan terlihat warna kulit kebiruan disekitar lengan kiri. Apakah diagnosis yang tepat pada kasus tersebut ?
- a. Fraktur tengkorak
 - b. Fraktur klavikula
 - c. Fraktur Humerus
 - d. Fraktur cubiti
 - e. Fraktur femur
5. Seorang ibu datang ke Puskesmas dengan bayinya yang berumur 3 hari, mengeluh bayinya malas menyusui dan terlihat kuning, hasil pemeriksaan pada kulit, muka leher berwarna kuning, RR 50 x/menit, suhu 37°C, reflek sucking (+), Apakah penanganan yang tepat untuk kasus tersebut?
- a. Anjurkan ibu untuk memberi larutan gula
 - b. Anjurkan ibu untuk menjemur bayi pada matahari pagi
 - c. Anjurkan ibu untuk memberikan ASI *on demand*
 - d. Rujuk ke RS
 - e. Kolaborasi dengan laboran untuk kadar bilirubin

Kunci Jawaban

1. A
2. C
3. C
4. B
5. B

DAFTAR PUSTAKA

- Afian, D. H., Anam, M. S., Himawan, A. B., & Suswihardhyono, A. N. R. (2021). Faktor yang Berhubungan dengan Kenaikan Berat Badan Bayi Berat Lahir Rendah. *Sari Pediatri*, 23(2), 75. <https://doi.org/10.14238/sp23.2.2021.75-81>
- Ciptaningtyas, R., Sumantri, A., & Ramadhan, M. A. (2012). Evaluasi Berat Badan Tidak Naik pada Bayi di Bawah Dua Tahun Warga Miskin Setelah Pemberian MP-ASI Evaluation on Failure Weight Gain among Toddlers of Low Economy Family After Complementary Biscuits Feeding. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 7(5), 227–232. <https://conferences.unusa.ac.id/index.php/NCU2020/article/view/619/304>
- KEMENKES RI. (2021). Profil Kesehatan Indonesia 2020. In *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-Tahun-2020.pdf>
- Keytimu, Y. M. H., Ringgi, M. S. I. N., & Guru, Y. Y. (2022). Pengaruh Pemanfaatan Pangan Lokal Dengan Metode Pis-Pk Untuk Meningkatkan Status Gizi Balita. *PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(1), 914–924. <https://doi.org/10.31004/prepotif.v6i1.3853>
- Kurniawan, A. W., Maulina, R., & Fernandes, A. (2022). Faktor yang Berhubungan dengan Berat Badan Kurang pada Balita di Timor Leste. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 7(3), 139. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.69648>
- Pinem, L. H., Annasya Kusuma Wardhani, M., Zulfa Safitri, M., Wilda Yana Pratama, P., Oktaviani Anshori, R., Triy Sukmawati, S., Sholeha, W., Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga, S., & Timur, B. (2021). Pemanfaatan Aplikasi Digital Dalam Mencegah Depresi Postpartum: Literature Review. *Jurnal Kesehatan Holistic*, 5(2), 2621–8704. <https://doi.org/10.33377/jkh.v5i2.99>
- Rahmawati, E. (2019). Community Empowering Models To Care for Low Birth Weight Babies. *Prosiding, Who* 2012, 153–160. <http://www.jurnal.lppm.unsoed.ac.id/ojs/index.php/Prosiding/article/view/711>
- WHO, & UNICEF. (2017). *Reaching the Every Newborn National 2020 Milestones Country Progress, Plans and Moving Forward* (Issue May). <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255719/1/9789241512619-eng.pdf?ua=1>

BAB 4

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH DENGAN MASALAH ANAK TIDAK SUKA MAKAN SAYUR

Ike Putri Setyatama., S.ST., M.Kes



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB 4

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK

PRASEKOLAH

DENGAN MASALAH ANAK TIDAK SUKA MAKAN SAYUR

Ike Putri Setyatama., S.ST., M.Kes

A. Pendahuluan

Sayur merupakan salah satu sumber nutrisi yang penting bagi tubuh. Kandungan vitamin, antioksidan, serat, serta air di dalamnya menjadikan sayur sebagai makanan yang wajib dikonsumsi, baik oleh orang dewasa maupun anak-anak. Mengonsumsi sayur dapat membantu memberikan energi untuk anak-anak. Selain itu, anak yang rajin mengonsumsi sayur juga diyakini akan terhindar dari risiko berbagai penyakit kronis, seperti sakit jantung, stroke, serta beberapa jenis kanker (Damayanti, 2018).

Penelitian tahun 2013 oleh Telaumbanua menyatakan bahwa salah satu faktor yang berpengaruh terhadap pertumbuhan adalah adanya masalah pada pola makan yang menurun pada anak serta kesulitan makan yang sangat kerap kali dialami oleh anak-anak. Hasil penelitian tersebut menyebutkan bahwa anak yang sulit makan, yaitu dengan jumlah rata-rata sekitar 25%. Penelitian lainnya oleh The gateshead millennium baby study dalam Kesuma, dkk (2015) menjelaskan bahwa prevalensi kejadian masalah pada anak yang sulit makan pada tahun 2006 di Inggris sebanyak 20%. Di negara Italia sekitar 25-40% orang tua melaporkan anaknya mengalami sulit untuk makan, sedangkan di Amerika Serikat terdapat 19-50% orang tua mengeluh anaknya sangat pilih-pilih terhadap makanan (Sari & Saputri, 2018).

Sulit makan merupakan faktor paling utama pada pertumbuhan pada anak pra sekolah namun masalah ini sangat dikhawatirkan oleh semua orang tua dimana anak yang seharusnya mereka mengonsumsi sayuran. Adapun sayuran ini sangat bermanfaat serta banyak kandungan yang didalam sayuran baik bagi anak. Sayur bukanlah jenis makanan yang banyak digemari anak-anak. Rasanya yang hambar serta terkadang pahit kerap membuat anak susah makan sayur. Untuk membahas lebih lanjut mengenai manfaat sayur serta cara mengatasi anak susah makan sayur (Sari & Saputri, 2018).

Penyebab tidak suka makan sayur bisa saja bersumber pada orang tua yang berperan penting terhadap kebiasaan makan anak. Banyak sekali alasan yang dikeluarkan oleh anak untuk menolak untuk makan sayur. Mulai dari tidak menyukai rasanya, baunya, juga teksturnya. Tetapi selain itu kurang variasi olahan pada sayur yang disajikan sehingga anak menganggap kalau sayur memiliki rasa yang kurang enak.

B. Kebutuhan Sayur Bagi Anak

Asupan sayur dan buah dalam jumlah yang cukup mampu menurunkan obesitas atau kelebihan berat badan karena serat mengandung energi dan kalori yang relatif rendah, serta menimbulkan rasa kenyang lebih lama. Sinyal rasa kenyang dikirimkan ke otak setelah 20 menit, karena terjadi peningkatan waktu pengunahan dan waktu pengosongan lambung sehingga secara perlahan orang tersebut tidak akan tertarik dengan makanan bahkan akan berhenti untuk makan serta menurunkan asupan makanannya. Selain itu, sayur dan buah juga mengandung vitamin, mineral dan antioksidan yang berguna sebagai sistem imun atau sistem pertahanan tubuh dari radikal bebas. Anjuran konsumsi sayur dan buah untuk orang Indonesia menurut Pedoman Gizi Seimbang 2014, sebesar 300-400 g per orang per hari untuk balita dan anak usia sekolah, sekitar dua- pertiga dari jumlah tersebut adalah porsi sayur. (Damayanti, 2018)

Alasan rendahnya konsumsi sayur dan buah pada anak karena adanya kandungan zat phenylthiocarbamide yang menyebabkan rasa pahit pada sayur, sedangkan buah karena tekstur dan rasa asam dari beberapa buah. Kebiasaan atau perilaku dari orang tua termasuk dalam mengendalikan ketersediaan dan aksesibilitas sayur dan buah di rumah berhubungan dengan asupan sayur dan buah pada anak-anak. Sesuai dengan penelitian pada Tahun 2004 yang menyatakan bahwa orang tua menjadi pengaruh utama pada pengembangan pilihan serta pola makan pada anak yang dikenalkan oleh orang tua sejak usia dini. Pengenalan tidak sekedar dalam pengulangan paparan asupan sayur dan buah melainkan penggunaan variasi sayur dan buah secara berulang setiap 3-5 hari.¹² Faktor-faktor lain yang mempengaruhi konsumsi sayur dan buah yaitu usia pengenalan, riwayat ASI, kebiasaan ibu selama hamil, ketersediaan sayur dan buah, pendapatan orang tua, dan tingkat pengetahuan orang tua. (Damayanti, 2018)

Pengenalan sayur dan buah dapat dikenalkan kepada anak saat memasuki usia 6 bulan atau ketika anak telah siap menerima MP ASI. Penelitian Tahun 2010, menyatakan bahwa pengenalan asupan sayur dan buah dapat dilakukan pada saat anak memasuki periode sensitif yaitu usia 4-6 bulan, karena anak lebih mudah dalam menerima makanan baru. Sebelum membahas cara mengatasi anak yang susah makan sayur, ibu perlu lebih dalam memahami 4 fakta pentingnya sayur-mayur (U.S Agriculture Departement, 2021)

1. Kaya Vitamin, Mineral, sertaAntioksidan

Vitamin, mineral, sertaantioksisertadalam sayur bermanfaat untuk menjaga kesehatan otak anak. Kandungan vitamin, terutama vitamin A, dalam sayur mendukung penglihatan yang sehat sertafungsi sistem daya tahan tubuh anak. Adapun mineral yang terkandung dalam sayur berguna meningkatkan kepadatan serta pertumbuhan tulang anak. Sementara itu, antioksidan dalam sayur dapat melindungi sel tubuh sertaotak anak.

2. Meningkatkan Fungsi Kognitif Anak

Brokoli serta sayuran berwarna merah serta ungu dapat membantu meningkatkan fungsi kognitif pada anak, yakni kemampuan belajar serta berpikir anak. Brokoli kaya akan antioksidan serta Vitamin K yang berfungsi membentuk sphingolipids, yakni sejenis lemak yang ditemukan di sel-sel otak. Penelitian menunjukkan bahwa Vitamin K juga membantu memori. Sementara itu, sayuran berwarna merah serta ungu, seperti tomat, kubis ungu, sertabawang ungu, kaya akan antioksidan yang menjaga otak tetap sehat. (Karen Gill, 2021)

3. Mengandung Fitokimia yang Penting untuk Jaga Kesehatan

Fitokimia merupakan zat yang memberikan warna pada sayuran. Zat warna alami sayur ini juga melindungi tanaman dari penyakit, hama atau predator, hingga patogen. Oleh sebab itu, jika anak makan sayur, mereka juga akan mendapatkan manfaat dari fitokimia untuk melindungi tubuh dari penyakit.

4. Rendah Kalori, Tinggi Serat

Sayur memiliki kalori yang rendah sehingga bisa menghindarkan anak dari risiko kenaikan berat badan, tekanan darah, hingga kolesterol. Kandungan serat yang tinggi dalam sayur dapat membantu melancarkan pencernaan anak serta membuang kelebihan racun dari tubuh. Selain itu, serat juga memberikan energi yang lebih tahan lama untuk anak serta

menghindarkan anak dari risiko diabetes tipe-2.(Medical District & Dallas, 2022)

5. Kebutuhan Sayur Yang Harus Dikonsumsi Anak Setiap Hari

Berikut ini jumlah konsumsi sayur yang dibutuhkan anak setiap hari (Dayanti, 2019).

Usia	Laki-laki	Perempuan
2-3 tahun	2,5 porsi	2,5 porsi
4-8 tahun	4,5 porsi	4,5 porsi
9-11 tahun	5 porsi	5 porsi
12-18 tahun	5,5 porsi	5 porsi

C. Cara Mengatasi Anak Susah Makan Sayur

1. Campurkan Sayur dalam Makanan Favorit anak

Tips anak susah makan sayur yang pertama merupakan dengan mencampurkan sayuran ke dalam makanan favorit anak. Anda bisa memasukkan brokoli sertakembang kol ke bakso favorit anak atau melengkapi topping pizza dengan jamur serta bayam.

2. Memperkenalkan Berbagai Macam Sayuran pada Anak Sejak Dini

Jangan mudah menyerah ketika anak menolak memakan satu jenis sayur. Hal yang dapat dilakukan terus menerus adalah memperkenalkan jenis-jenis sayuran lain serta membiarkan anak mencicipinya. (Vaclavik et al., 2021)

3. Mengajak Anak Berbelanja Sayur serta Menyiapkan Makanan yang Berbahan Sayur

Anak akan menjadi lebih tertarik untuk menyantap makanannya jika ia dilibatkan dalam memilih serta memasak sayur yang diinginkannya.

4. Menyajikan Sayur dalam Bentuk serta Warna yang Menggugah Selera

Orang tua juga dituntut menjadi lebih kreatif menyajikan makanan. Penyajian nasi dapat berbentuk berbagi hewan, misalnya panda atau dinosaurus lalu menghiasnya dengan wortel, bayam, kacang polong, serta brokoli. (Liz Healthy Table, 2018)

5. Tambahkan Sayuran ke Dalam Berbagai Olahan Makanan

Solusi anak susah makan sayur yang berikutnya merupakan dengan memasukkan potongan sayuran saat dapat pula membuat saus pasta, bubur, muffin serta kue, nugget ayam, hingga bakso daging sapi. Dengan begitu, anak akan melahap sayuran dengan riang.

6. Hindari Memberi Makanan Tinggi Kalori
Makanan tinggi kalori, seperti kue cokelat serta cookies, akan membuat anak cepat kenyang sehingga enggan memakan sayuran dalam menu makan siang mereka.(Healthy Kids Association, 2021)
7. Ajak Anak Makan Bersama Teman Yang Suka Sayur
Cara agar anak mau makan sayur merupakan dengan memberi contoh nyata kepada mereka. Dapat mengajak anak makan bersama temannya yang gemar memakan sayuran sehingga mereka akan turut tertarik memakan sayur.
8. Buat Camilan dari Sayuran
Biasanya, alasan anak susah makan sayur merupakan karena rasanya yang membosankan. Oleh karenanya, Anda bisa membuat camilan dari sayuran sebagai cara agar anak mau makan sayur. Cobalah membuat brokoli goreng tepung yang renyah sertagurih atau mencampur wortel dalam cupcakes favorit anak. (Good Parenting Brighter Children, 2022)
9. Campur Sayur dalam Minuman
Salah satu alternatif cara mengatasi anak susah makan sayur merupakan membuat smoothies atau jus segar dengan campuran sayur serta buah.
10. Jadilah Role Model
Anak cenderung mencontoh kebiasaan makan orang tuanya. Oleh karena itu, Anda harus rutin mengonsumsi buah sertasayur agar anak juga menyukai makanan-makanan sehat tersebut.
Cara mengatasi anak susah makan sayur di atas masih bisa dikreasikan sedemikian rupa agar sesuai dengan situasi sertakondisi anak. Ibu juga menambahkan susu untuk mendukung pertumbuhan nyata sertamembantu memenuhi kebutuhan nutrisi harian anak (Raisingchildren.net.au, 2021)

D. Pendokumentasian

Dokumentasi kebidanan tidak hanya merupakan dokumen sah, tetapi juga merupakan instrumen untuk melindungi para pasien dan bidan. Atas dasar itu, dalam memberikan pelayanan kebidanan, bidan diharapkan mampu bekerja sesuai dengan standar frosesi yang telah ada. Dokumentasi yang baik dan bermutu adalah dokumentasi yang Akurat: info yang benar tentang klien dan perawatannya dan informasi yang benar-benar mencegah salah pengertian. (Enggar et al., 2022)

Manajemen asuhan kebidanan atau sering disebut manajemen kebidanan adalah suatu metode berfikir dan bertindak secara sistematis dan logis dalam memberi asuhan kebidanan, agar menguntungkan kedua belah pihak baik klien maupun pemberi asuhan. Berikut ini contoh Pendokumentasi Asuhan Kebidanan Pada Balita.

Asuhan Kebidanan Pada Balita X Usia 36 Bulan Dengan Masalah Tidak Suka Makan Sayur Di Puskesmas Slawi

1. Subjektif (S)

- Ibu mengatakan anaknya tidak mau makan jika mengandung sayur
- Ibu mengatakan anaknya tidak selera mengkonsumsi buah maupun sayur
- Ibu mengatakan anaknya menolak jika melihat makanan yang berbahan sayur

2. Objektif (O)

- Keadaan umum bayi baik
- Kesadaran komposmentis
- Tanda-tanda vital : Heart Rate : 140 x/menit. Pernafasan : 48 x/menit. Suhu : 36,9°C
- Berat baserta: 12 kg

3. Assesment (A)

Balita X umur 36 bulan dengan masalah tidak suka makan sayur

4. Planning (P)

a. Mengobservasi tanda-tanda vital

Hasil : Heart Rate : 142 x/menit Pernafasan : 48 x/menit Suhu : 36,9°C

b. Menimbang berat basertabalita.

Hasil : 12 kg

c. Mengajarkan ibu cara merawat anak sehari-hari

Hasil : ibu sudah mengetahui cara merawat anak sehari-hari

d. Menyampaikan pada ibu untuk memberikan nutrisi pada anaknya dengan makanan yang mengandung sayur sertabuah.

Hasil : Ibu mengatakan bersedia memberikan nutrisi pada anaknya dengan makanan yang mengandung sayur sertabuah.

e. Menganjurkan kepada ibu untuk memberikan nutrisi pada anaknya berupa komsumsi makanan bergizi dengan menu seimbang

Hasil : ibu bersedia melakukan apa yang dianjurkan

- f. Mengajurkan ibu untuk membawa anaknya ke Posyandu untuk pemantauan pertumbuhan serta konseling gizi sesuai jadwal di pelayanan kesehatan terdekat
Hasil : ibu bersedia membawa anaknya ke Posyandu sesuai jadwal setempat
- g. Melakukan pendokumentasi
Hasil : Dokumentasi telah dilakukan.

E. Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)

- 1. Seorang anak laki-laki, berusia 2 tahun datang ke Posyandu bersama ibunya untuk pemeriksaan tumbuh kembang. Ibu mengatakan anaknya tidak mau makan jika mengandung bahan sayur dalam makanan. Hasil pemeriksaan KU baik, TB 87 cm, BB 11 kg. Apakah konseling yang tepat diberikan pada kasus tersebut?
 - a. Gizi seimbang
 - b. 4 sehat 5 sempurna
 - c. Kebutuhan gizi balita
 - d. Mengolah makanan sehat
 - e. Variasi menu olahan sayur
- 2. Seorang ibu datang ke Posyandu bersama anak perempuannya berusia 3 tahun. Ibu mengatakan bahwa anaknya tidak suka makan buah dan sayur. Hasil pemeriksaan KU baik, TB 95 cm, BB 12 kg. Apakah konseling yang tepat diberikan pada kasus tersebut?
 - a. Menu seimbang
 - b. 4 sehat 5 sempurna
 - c. Kebutuhan gizi balita
 - d. Subsitusi sayur segar dengan protein nabati
 - e. Variasi menu olahan sayur
- 3. Seorang anak laki-laki berusia 3 tahun, datang diantar ibunya ke Posyandu. Ibu menyampaikan bahwa anaknya kurang suka sayur jika tidak diolah menjadi makanan yang merubah tekstur sayur. Hasil pemeriksaan KU baik, TB 96 cm, BB 13 kg. Apakah konseling yang tepat diberikan pada kasus tersebut?
 - a. Menu seimbang

- b. 4 sehat 5 sempurna
 - c. Kebutuhan gizi anak
 - d. Cara mengolah sayur dan buah
 - e. Jadwal pemberian menu makan sayur
4. Seorang ibu datang ke Posyandu bersama anak perempuan berusia 2 tahun. Ibu mengatakan anaknya sulit makan jika terdapat sayur di dalam piring makanannya. Hasil pemeriksaan TB 86 cm, BB 10 kg. Apakah konseling yang tepat diberikan pada kasus tersebut?
- a. Menu seimbang
 - b. 4 sehat 5 sempurna
 - c. Kebutuhan gizi anak
 - d. Cara mengolah sayur dan buah
 - e. Variasi menu makan sayur
5. Seorang anak laki laki berusia 4 tahun datang ke Posyandu bersama ibunya. Ibu mengatakan bahwa anaknya tidak mau makan jika ada kandungan sayur di dalamnya. Hasil pemeriksaan TB 104 cm, BB 15 kg. Apakah konseling yang tepat diberikan pada kasus tersebut?
- a. Menu seimbang
 - b. 4 sehat 5 sempurna
 - c. Kebutuhan gizi anak
 - d. Memilih sayur kandungan tinggi gizi
 - e. Inovasi olahan sayur dalam bentuk variasi

DAFTAR PUSTAKA

- Damayanti, T. (2018). Hubungan Usia Pengenalan Sayur dan Buah dengan Tingkat Konsumsi. *Journal of Nutrition College*, 7, 1–7.
- Dayanti, N. E. (2019). Upaya Orang Tua Dalam Menghadapi Anak Yang Tidak Suka Mengkonsumsi Sayur. 5–6. <https://eprints.umm.ac.id/63556/0Ahttps://eprints.umm.ac.id/63556/1/PENDAHULUAN.pdf>
- Enggar, Maineny, A., & Veronica, A. (2022). Dokumentasi Asuhan Kebidanan. 2, 1–23.
- Good Parenting Brighter Children. (2022). Here are the Most Amazing Veggies That Make Kids Smarter. Good Parenting Brighter Children. <https://goodparentingbrighterchildren.com/vegetables-for-kids/>
- Healthy Kids Association. (2021). Vegetables - Healthy Kids. Promoting and Influencing Healthy Food Choices for Children. <https://healthy-kids.com.au/food-nutrition/5-food-groups/vegetables/>
- Karen Gill, M. D. (2021). 6 Clever Ways to Get Your Toddler to Eat Vegetables. Healthline. <https://www.healthline.com/nutrition/how-to-get-toddler-to-eat-vegetables>
- Liz Healthy Table. (2018). 19 Ways to Get Kids to Eat (and Love) More Vegetables. Liz Healthy Table.
- Medical District, & Dallas. (2022). How to get kids to eat vegetables. Children's Health. All Rights Reserved. <https://www.childrens.com/health-wellness/how-to-get-kids-to-eat-vegetables>
- raisingchildren.net.au. (2021). Vegetables: tips to encourage your child to eat more - Raising Children Network (Australia). <Https://Raisingchildren.Net.Au/>. <https://raisingchildren.net.au/toddlers/nutrition-fitness/healthy-eating-habits/vegetables>
- Sari, R. S., & Saputri, R. A. (2018). Hubungan Antara Anak Sulit Makan Sayuran dengan Pertumbuhan pada Anak Prasekolah. *Jurnal Kesehatan*, 7(2), 51–60. <https://doi.org/10.37048/kesehatan.v7i2.28>
- U.S Agriculture Departement. (2021). Why is it important to eat vegetables? Javascript:Void(0); <https://ask.usda.gov/s/article/Why-is-it-important-to-eat-vegetables>
- Vaclavik, V. A., Christian, E. W., & Campbell, T. (2021). Vegetables and Fruits. The Nutrition Source - Harvard TH Chan School of Public Health. https://doi.org/10.1007/978-3-030-46814-9_7

BAB 5

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH

DENGAN MASALAH SULIT TIDUR

Endang Sari., SST., M.Keb



BAB 5

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK

PRASEKOLAH DENGAN MASALAH SULIT TIDUR

Endang Sari, SST., M.Keb

A. Pendahuluan

Tidur merupakan kebutuhan paling penting bagi manusia termasuk anak-anak. Aktivitas tidur pada anak akan semakin berkurang sesuai usia anak. Tidur adalah aktivitas utama otak sepanjang awal perkembangan. Maturasi otak in utero dan ekstra uterin dipengaruhi oleh tidur. Fungsi otak manusia pada masa anak, dewasa dan masa tua dipertahankan oleh interaksi kompleks dengan lingkungan selama periode terjaga. Tidur juga berperan dalam konsolidasi interaksi serta membuang pengalaman yang tidak diinginkan (Khairun Nisa, 2023).

Gangguan tidur pada anak harus menjadi perhatian untuk kita semua, anak memiliki nilai yang sangat tinggi untuk keluarga. Setiap orang tua mengharapkan anaknya dapat tumbuh dan berkembang secara optimal. Tercapainya pertumbuhan dan perkembangan yang optimal merupakan hasil interaksi berbagai faktor yang saling berkaitan seperti faktor genetik, lingkungan, pola tidur, dan sebagainya (Khairun Nisa, 2023).

Gangguan tidur pada anak adalah keluhan yang cukup sering dikeluhkan oleh orangtua pada dokter, namun seringkali keluhan ini tidak ditangani secara baik dan benar. Gangguan tidur pada anak bisa merupakan gangguan tidur primer atau sebagai konsekuensi sekunder dari gangguan medis atau kejiwaan yang mendasari, dan bisa berakibat pada fungsi sosial, akademik, dan neurobehavioral (Khairun Nisa, 2023).

Banyak pendapat baik dari masyarakat awam dan sebagian klinisi atau dokter yang masih mengatakan bahwa gangguan tidur adalah hal yang biasa pada anak yang nantinya pada usia tertentu akan membaik dengan sendirinya. Padahal gangguan ini bila tidak tertangani dengan baik dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak. Hal ini dikarenakan sekitar 75% GH (growth hormone) dikeluarkan pada saat anak tidur, di mana GH ini tiga kali lebih banyak dibandingkan ketika dia terbangun. Tingginya kadar GH ini erat hubungannya dengan kondisi fisik anak karena hormon ini punya tugas merangsang pertumbuhan tulang dan jaringan, serta mengatur metabolisme

tubuh, termasuk juga otak anak. Di samping itu, GH juga memungkinkan tubuh anak memperbaiki dan memperbaharui seluruh sel yang ada di tubuh, mulai dari sel kulit, sel darah sampai sel saraf otak (Khairun Nisa, 2023).

B. Definisi

Tidur merupakan keadaan berkurangnya tanggapan dan interaksi dengan lingkungan yang bersifat reversibel dan berlangsung cepat. Dari sudut pandang neurofisiologi, tidur merupakan keadaan khusus dari kewaspadaan otak (Widiastuti, 2021)

Tidur terdiri dari dua komponen yaitu rapid eye movement (REM) dan non-REM atau yang disebut dengan tidur gelombang lambat. tahap REM aktivitas korteks cukup intensif, sedangkan non-REM adalah dengan hilangnya aktifitas korteks yang digambarkan dengan amplitudo yang besar berfrekuensi rendah pada osilasi elektroensefalografi (EEG). Satu siklus tidur yang lengkap pada orang dewasa berlangsung sekitar 90 menit, tetapi pada anak, terlebih bayi berlangsung lebih singkat lagi.

Kebutuhan Tidur Anak (Widiastuti, 2021) :

1. Bayi usia 4-12 bulan harus tidur 12 - 16 jam/24 jam (termasuk tidur siang)
2. Anak usia 1-2 tahun harus tidur 11 -14 jam/24 jam (termasuk tidur siang)
3. Anak usia 3-5 tahun harus tidur 10 - 13 jam/24 jam (termasuk tidur siang)
4. Anak usia 6-12 tahun harus tidur 9 -12 jam/24 jam
5. Remaja berusia 13-18 tahun harus tidur 8-10 jam/24 jam

C. Patofisiologi Sulit Tidur

Kurangnya tidur banyak terutama mempengaruhi fungsi korteks serebral. Perubahan mood, gangguan fungsi kognitif dan performa motorik serta perubahan hormonal merupakan akibat yang mungkin dari kurangnya waktu tidur. Perubahan hormonal yang menyerupai pertambahan usia dapat merupakan akibat dari kurang tidur. Saat tidur dibatasi hanya 4 jam semalam selama 6 malam, tampak jelas perubahan toleransi karbohidrat, peningkatan tonus simpatik, dan penurunan kadar tirotrofin, serta peningkatan sekresi kortisol. Kurang tidur juga dapat mempengaruhi sistem kardiovaskular dan tekanan darah. Kualitas tidur berhubungan erat dengan kesejahteraan seorang anak. Faktor orang tua salah satunya berperan penting pada terbentuknya pola tidur yang cukup baik untuk anak. Terdapat dua hal penting yang berkaitan dengan pola tidur yaitu faktor lingkungan dalam rumah atau kamar tidur dan

faktor internal dari anaknya sendiri. Masih kurangannya pengetahuan ibu tentang pentingnya tidur pada tumbuh kembang anak. Tidak hanya orang dewasa anak juga memiliki jam tidur yang buruk, meski sering biasa terjadi, sebagai orang tua sebaiknya hal ini bisa diminimalisir, karena gangguan susah tidur bisa menyebabkan kondisi emosional pada anak, anak mudah marah, rewel dan gampang kehilangan kosentrasi, dibawah ini beberapa penyebab anak susah tidur (Mellysa Rosalina, 2022).

1. Terbiasa dibantu tidur Beberapa anak setiap malam akan membuat dia tidak bisa belajar untuk tidur sendiri, anak akan menagis untuk mendapatkan apa yang membantu dia untuk bisa tertidur.
2. Terlalu lelah Bayi dibawah usia 5 tahun dan anak prasekolah membutuhkan tidur selama 11-14 jam dalam setiap 24 jam, termasuk tidur malam dan siang hari, rutin untuk mengatur waktu regular untuk tidur, bangun, makam dan bermain.
3. Tidak ada waktu tidur rutin Melakukan hal yang sama setiap malam yaitu memberitahu anak bahwa waktunya sudah tidur, membuat rutinitas tidur dan bersantai, seperti anak mendengarkan dongeng atau cerita serta menghidupkan audio pengantar tidur, melakukan rutinitas yang sama setiap malam.
4. Terlambat Tidur Beberapa anak bisa mengalami keterlambatan tidur, mereka sering membuat alasan untuk tetap terjaga atau meminta lebih banyak cerita, makan, minum atau perjalanan ke toilet, pergilah kekamarnya untuk merespon hal tersebut agar anak tau bahwa waktunya untuk tidur

D. Faktor Risiko

Berbagai dampak negatif, yang hingga kini belum dirinci secara lengkap, diantaranya adalah gangguan pertumbuhan, gangguan kardiovaskuler, fungsi kognitif dan perilaku sehari-hari. Beberapa penelitian menyatakan bahwa gangguan perilaku disruptif, seperti attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), kadang disebabkan oleh gangguan tidur yang tidak terdiagnosa. Kemampuan akademik pada berbagai tingkatan usia juga dapat dipengaruhi oleh gangguan tidur yang tidak terdeteksi. Meskipun dampak gangguan tidur yang tidak disadari ini telah semakin jelas, namun masih sedikit penelitian yang telah dilaporkan. Selain itu pemberian pengetahuan kepada orang tua bahwa tidur adalah salah satu kebutuhan dasar anak untuk tumbuh yang optimal(Ahmad, 2023)

E. Manifestasi Klinis

Berikut maniestasi klinis anak susah tidur

- a. Tampak gelisah
- b. Pandangan mata kosong
- c. Sering rewel dan menangis
- d. Selera makan rendah

(Nur Alina Saidah, 2017)

F. Diagnosis

Terdapat proporsi yang cukup besar dari anak dengan gangguan tidur yang memiliki masalah medis yang dapat mempredisplosis gangguan tidur, antara lain infeksi saluran napas akut, hipoglikemi nokturnal, sindrom nyeri kronis dan enuresis. Penyakit atopi seperti alergi susu sapi dan atopik dermatitis juga dihubungkan dengan gangguan tidur (Widiastuti, 2021).

G. Penatalaksanaan

1. Mengatur jam tidur

- a. Terapkan Anak Tidak Begadang Anak mungkin belum mengerti jadwal tidur yang tepat, sebagai orang tua harus menerapkan jam tidur yang konsisten pada anak. Tujuannya adalah agar anak terbiasa tidur pada jam yang sama setiap harinya dan lama-lama akan terbiasa mengantuk diwaktu tersebut (Ahmad, 2023)
- b. Ciptakan suasana tidur yang nyaman Susana kamar anak yang baik untuk anak adalah gelap dan sejuk. Paparan cahaya selama tidur bisa mempersulit otak untuk beristirahat, sehingga anak tidak bisa tidur nyenyak. Namun, tidak sedikit anak yang takut untuk tidur dalam suasana gelap. Ibu bisa menggunakan lampu tidur tambahan yang memiliki cahaya redup, selain itu anak pakai baju yang nyaman dan menyerap kringat, atur suhu kamarnya menjadi sejuk, tidak terlalu panas tau dingin, agar anak bisa tidur dengan nyaman.
- c. Hindari penggunaan gadget ketika akan tidur Peneliti membuktikan bahwa penggunaan gawai atau membuktikan bahwa penggunaan gawai atau gadget, seperti televisi dan ponsel genggam, ketika anak akan tidur bisa menyebabkan anak terus terjaga walau matanya sudah mengantuk(Ahmad, 2023)

- d. Cegah anak terlalu aktif pada malam hari Terlalu aktif bermain bisa membuat anak kelewat semangat dan tidak mengantuk saat waktu tidur datang, hindari memberikan anak kegiatan yang terlalu aktif seperti menonton tv atau bermain pada 30-60 menit sebelum tidur. Selama waktu tersebut orang tua dapat mengajak anaknya untuk bersiap-siap tidur, kebiasaan sebelum tidur yang baik untuknya mulai dari menyikat gigi, mengganti baju dengan piyama atau baju tidur yang nyaman untuk tidur dan membacakan dongeng untuk anak (Ahmad, 2023)
- e. Hindari makanan atau minuman yang berkafein Kafein tidak hanya pada kopi yang identik dengan minuman orang dewasa. Minuman bersoda, the, coklat panas, atau es krim juga bisa mengandung kafein dan bisa membuat anak terjaga lebih lama untuk tidur (Ahmad, 2023)
2. Pijat Relaksasi Melakukan pijat serta mengajarkan kepada orang tua pijat relaksasi dapat membuat anak merasa rileks dan aman untuk mengatasi susah tidur (Ahmad, 2023)
- a. Manfaat memijat anak, Manfaat memijat anak, pada dasarnya, memijat anak digunakan untuk mempertahankan hubungan psikologi yang sudah terjalin dari dalam kandungan antar orang tua dan anak.
 - b. Persiapan sebelum memijat Persiapan sebelum memijat. Peralatan yang perlu dipersiapkan sebelum memijat adalah baby oil, handuk, dan baju ganti. Sementara itu, persiapan yang harus Anda lakukan sebelum memijat anak adalah pastikan tangan sudah bersih dan hangat. Lepaskan perhiasan serta benda lainnya dari tangan yang dapat mengganggu pemijatan. Duduklah dengan posisi yang nyaman dan tenang. Baringkan anak di atas permukaan kain yang rata, bersih, dan lembut. Sambil memijat, pandanglah mata anak dengan pancaran kasih sayang agar ia merasa tenang. Waktu yang baik untuk memijat anak adalah setiap hari sebelum mandi pagi dan malam hari sebelum tidur sejak umur 0 bulan-3 tahun selama 10-15 menit. Dengan setelah dipijat agar anak merasa segardemikian, mandikanlah anak. Hal yang harus dihindari saat memijat anak :
 - Jangan memijat anak jika baru selesai makan.
 - Jangan memijat jika anak tidak sehat.
 - Jangan membangunkan anak yang sedang tidur untuk melakukan pemijatan.
 - Jangan memaksakan posisi pijat tertentu jika anak tidak mau

- c. Cara dan Langkah Memijat anak Pertambahan umur anak memengaruhi dapat diterapkan pada anak. Cara pemijatan anak usia 3 bulan sampai 3 tahun dilakukan dengan usapan ke seluruh badan disertai tekanan dengan waktu yang lebih meningkat. Sebelum dan selama pemijatan, sebaiknya tubuh anak dilumuri baby oil sesering mungkin. Awali pemijatan dengan sentuhan ringan kemudian secara bertahap disertai dengan tekanan di sepanjang sisi muka dan usaplah rambutnya. Gerakan pembuka ini bertujuan agar anak tahu kalau waktu pemijatan akan dimulai. Urutan memijat sebaiknya diawali dari kaki karena umumnya anak lebih menerima apabila dipijat di daerah kaki (telapak, punggung, dan jari kaki). Setelah itu, lakukan pijatan pada daerah tangan, perut, dada, muka, dan diakhiri pada bagian punggung. Berikut cara yang dapat dilakukan sesuai bagian tubuh anak yang akan dipijat.
- d. Kaki dan Tangan Gerakan memijat kaki dilakukan dari bagian tumit umur sampai jari kaki. Mulailah dengan memegang kaki anak pada pangkal paha kemudian usapkan tangan ke pergelangan kaki secara bergantian pada kedua kaki. Setelah dipijat alangkah baiknya jika kulit anak dilap dengan menggunakan air hangat untuk menghilangkan baby oil pada kulit anak
- e. Perut Usap-usaplah perut anak seperti gerakan mengayuh pedal sepeda, lakukan dari atas ke bawah perut. Bisa juga dengan mengkombinasikan dengan membuat gerakan melingkar dengan jari-jari tangan searah putaran jarum jam dimulai tangan kanan dan diikuti kanan kiri dan juga bisa dilakukan dengan gerakan membentuk huruf I, L dan U dari kiri perut ke kanan perut anak. Terakhir adalah gerakan gelembung. Gerakan ini dimaksudkan untuk memindahkan gelembung udara yang terdapat tangan dalam perut. Gerakan ini dilakukan dengan gerakan menekan sesuai kanan bawah ke kiri. Namun, hindari menekan terlalu keras
- f. Dada Gerakan memijat pada dada dilakukan dengan meletakkan kedua tangan di tengah dada kemudian usapkan ke arah samping luar atau ke arah sisi dada anak. Gerakan kedua yaitu dengan meletakkan kedua tangan di ulu hati kemudian buat gerakan ke atas sampai di bawah leher, lalu ke samping di atas selangka, setelah itu mengombinasikan kembali ke ulu hati. Lanjutkan dengan gerakan mengusap dari ulu hati ke arah bahu lalu kembali ke ulu hati

- g. Muka Urutan gerakan pijatan pada bagian muka dimulai dengan menutup wajah anak kemudian gerakan ke arah samping atau kedua sisi wajah. Gerakan senyuman baik pertama, kedua, dan ketiga adalah gerakan menekan dengan kedua ibu jari seolah membuat garis senyuman. Gerakan senyuman pertama meletakkan kedua ibu jari pada pertengahan kedua alis kemudian turun melalui tepi hidung dan pipi samping. Kedua ibu jari pada senyuman kedua diletakkan di bawah lubang hidung kemudian arahkan ke samping dan ke atas daerah pipi. Gerakan senyuman terakhir dengan meletakkan kedua ibu jari di tengah dagu lalu gerakkan dari tengah ke samping kemudian ke atas. Terakhir, pijatan di belakang telinga ada dua jenis gerakan. Gerakan pertama adalah membuat gerakan menekan secara lembut dari belakang telinga kanan dan kiri. Gerakan kedua adalah pijatan dari belakang telinga membentuk lingkaran kecil ke seluruh kepala
- h. Punggung Memijat bagian punggung mempunyai kemiripan gerakan ketika memijat perut anak. Hanya saja ketika memijat punggung, si kecil diposisikan dalam keadaan tengkurap. Letakkan kedua telapak tangan di bawah leher kemudian lakukan pemijatan maju mundur sampai pantat. Gerakan selanjutnya adalah mengusap kedua sisi tulang belakang dengan lembut mulai dari pantat ke atas sampai ke bahu. Gerakan selanjutnya adalah gerakan melingkar. Gerakan melingkar dilakukan dengan cara membuat lingkaran kecil dengan jari-jari tangan, mulai dari batas leher atas, turun ke bawah, telapak sampai batas leher bawah, kemudian ke samping menyusuri bahu kanan dan kiri. Terakhir adalah membuat gerakan seperti menggaruk ke bawah memanjang sampai ke pantat

H. Contoh Kasus dan Manajemen Asuhan Kebidanan SOAP

Ra adalah seorang anak usia 3 tahun. Ra mengalami gangguan tidur berupa sulit untuk memulai tidur. Ra hanya memiliki durasi tidur 4 jam sehari. Ra sering mengeluh sakit kepala dan sering tidak focus. Gangguan tidur Ra disebabkan oleh kebiasaan yang akhirnya menjadi gangguan. Karena tidak bisa tidur maka Ra menonton TV dan orang tua pun tidak melarang, pada waktu diperiksa anak kelihatan lesu, sklera agak pucat, TTv normal.

- a) Data Subjektif
 - Ra anak usia 3 tahun

- Ra sulit memulai tidur
 - Durasi tidur Ra 4 jam sehari
 - Ra sering mengeluh sakit kepala
 - Ra menonton TV kalau tidak tidur
- b) Data Objektif
- Ra kelihatan lesu
 - TTV normal
 - Sclera agak pucat
- c) Analisis
- Berdasarkan uraian kasus diatas diagnose klien adalah anak dengan insomnia yang ditandai adanya kesulitan dalam memulai tidur. Anak tidur larut malam sehingga durasi tidur anak lebih sedikit. Kurangnya durasi tidur tersebut membuat anak sering sakit kepala.
- d) Penatalaksanaan
- Melakukan konseling kepada orang tua untuk bertekat kuat dalam membantu klien mengatasi sulit tidur dan membantu klien agar tidur lebih cepat karena dukungan social dan dukungan orang- orang terdekat sangat dibutuhkan Ra.
 - Kolaborasi dengan silokolog karena untuk merubah kebiasaan tingkah laku Ra perlu psikoterapi.

I. Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)

1. Seorang anak usia 5 tahun, mengeluh susah tidur terlihat gelisah, pandangan mata kosong. Sering murung, selera makan rendah. Hal ini adalah bagian dari?
 - a. Factor resiko sulit tidur
 - b. Manifestasi klinis sulit tidur
 - c. Pengkajian sulit tidur
 - d. Penatalaksanaan sulit tidur
 - e. Diagnosi sulit tidur
2. Banyak pendapat baik dari masyarakat awam dan sebagian klinisi atau dokter yang masih mengatakan bahwa gangguan tidur adalah hal yang biasa pada anak yang nantinya pada usia tertentu akan membaik dengan

- sendirinya. Padahal gangguan ini bila tidak tertangani dengan baik dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak. Hal ini dikarenakan?
- a. 70% GH (growth hormone) dikeluarkan pada saat anak tidur,
 - b. 73% GH (growth hormone) dikeluarkan pada saat anak tidur,
 - c. 75% GH (growth hormone) dikeluarkan pada saat anak tidur,
 - d. 65% GH (growth hormone) dikeluarkan pada saat anak tidur,
 - e. 77% GH (growth hormone) dikeluarkan pada saat anak tidur,
3. Tidur merupakan keadaan berkurangnya tanggapan dan interaksi dengan lingkungan yang bersifat reversibel dan berlangsung cepat. Dari sudut pandang neurofisiologi, tidur merupakan keadaan khusus dari kewaspadaan otak. Ada beberapa tahapan pada waktu tidur. Tahapan aktivitas korteks cukup intensif disebut :
- a. Rapid eye movement (REM)
 - b. Non rapid eye movement (REM)
 - c. Elektroensefalografi (EEG).
 - d. Non elektroensefalografi (EEG).
 - e. Semua benar
4. Seorang anak usia 5 tahun mengalami susah tidur. Suka makan es krim dan makan coklat. Anak suka melakukan banyak aktifitas seperti menonton TV dan bermain gedjet. Orang tua anak membawa nya ke bidan untuk diobati. Hal yang diberikan bidan adalah:
- a. Konseling tentang cara anak bagaiman agar patuh mendengarkan orang tua
 - b. Konseling tentang mengurangi anak makan es krim dan coklat karena makanan tersebut mengandung kafein dan membuat peraturan ketat tentang larang menonton TV dan bermain gadget.
 - c. Konseling tentang mengurangi anak makan es krim dan coklat karena makanan tersebut mengandung kafein dan membuat peraturan ketat tentang larang menonton TV dan bermain gadget dan kolaborasi dengan psikolog
 - d. Konseling tentang mengurangi anak makan es krim dan coklat karena makanan tersebut mengandung kafein dan merubah kebiasaan di rumah

- e. Konseling tentang membuat peraturan ketat tentang larang menonton TV dan bermain gadget
5. Kurangnya tidur terutama mempengaruhi fungsi korteks serebral. Perubahan mood, gangguan fungsi kognitif dan performa motorik serta perubahan hormonal. Penatalaksanaan sulit tidur diantaranya adalah, ***kecuali***:
- a. Terapkan Anak Tidak Begadang Anak mungkin belum mengerti jadwal tidur yang tepat, sebagai orang tua harus menerapkan jam tidur yang konsisten pada anak.
 - b. Ciptakan suasana tidur yang nyaman Susana kamar anak yang baik untuk anak adalah gelap dan sejuk
 - c. Hindari penggunaan gadget ketika akan tidur Peneliti membuktikan bahwa membuktikan bahwa penggunaan gawai atau gadget, seperti televisi dan ponsel genggam, ketika anak akan tidur bisa menyebabkan anak terus terjaga
 - d. Memberikan anak kegiatan yang terlalu aktif seperti menonton tv atau bermain pada 30-60 menit sebelum tidur akan membuat anak lelah sehingga anak akan gampang tidur.
 - e. Hindari makanan atau minuman yang berkafein Kafein tidak hanya pada kopi yang identik dengan minuman orang dewasa. Minuman bersoda, the, coklat panas, atau es krim juga bisa mengandung kafein dan bisa membuat anak terjaga lebih lama untuk tidur(Khairun Nis, et.al, 2023)

Kunci jawaban :

- 1. B
- 2. C
- 3. A
- 4. C
- 5. D

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, M. (2023). EFEKTIVITAS PIJAT BAYI TERHADAP KUALITAS TIDUR PADA BAYI USIA 2-12 BULAN DI SABRINA CARE KOTA BOGOR TAHUN 2022. *Jurnal Kesehatan Karya Husada*, 1 Nomor 3.
- Khairun Nisa, et. a. (2023). LITERATUR REVIEW: INSTRUMEN PENILAIAN KUALITAS TIDUR PADA ANAK. *JURNAL ILMIAH OBSGIN*, 15(1), 184–190. <https://stikes-nhm.e-journal.id/JOB/article/view/1024>
- Mellysa Rosalina, et. a. (2022). GAMBARAN KUALITAS TIDUR BAYI USIA 6-12 BULAN. *Jurnal Medika Hutama*, 3 nomor 4, 2956–2965. <http://jurnalmedikahutama.com/>
- Nur Alina Saidah. (2017). *Terapi perilaku untuk meningkatkan durasi tidur pada anak insomnia: Vol. 5 Nomor 2*.
- Widiastuti, I. A. K. S. (2021). *Pemenuhan Kebutuhan Tidur Pada Anak*.

BAB 6

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH DENGAN MASALAH SULIT BUANG AIR BESAR (KONSTIPASI)

Agustina., S.SiT., MKM



BAB 6

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK

PRASEKOLAH DENGAN MASALAH SULIT BUANG AIR BESAR

(KONSTIPASI)

Agustina., S.SiT., MKM

A. Latar Belakang

Anak ialah seseorang yang masih dalam tahap perkembangan manusia. menurut WHO (*World Health Organization*) definisi anak ialah dihitung sejak seseorang di dalam kandungan sampai dengan usia 19 tahun (Ariansyah, 2020). Anak tentunya seseorang yang menjadi penerus bangsa sehingga selaku orang dewasa sudah seharusnya mendidik serta memberikan mereka pemahaman-pemahaman yang baik sehingga mereka akan menjadi penerus bangsa yang teladan.

Namun di sisi lain anak merupakan manusia yang rentan terhadap penyakit selain lansia, sehingga penjagaan seorang ibu maupun seorang ayah haruslah maksimal terhadap kesehatan anaknya, salah satu penyakit yang rentan terhadap balita maupun anak kecil pada umur menuju remaja yaitu kontipasi dan pengerasan feces, hal tersebut dikarenakan seringnya terjadi keterlambatan defekasi yang terus menerus, sehingga hal tersebut membuat pengerasan pada feces dan berakibat menjadikan anak tersebut susah untuk buang air besar. Kontifikasi merupakan suatu kondisi yang ditandai oleh perubahan konsistensi feses menjadi keras dan ukuranya besar penurunan frekuensi ataupun kesulitan defekasi (Karima, 2019).

Penelitian X inians I dan Mavroundi A (2015) ditemukan hasil prevalensi konstipasi 0,7-29,6% dari keseluruhan populasi di dunia dimana 80% merupakan kasus konstipasi fungsional pada anak-anak. Sekitar 3% kunjungan ke dokter anak 10-15% kasus yang ditangani ahli gastroenterologi yang merupakan kasus konstipasi kronis. Sebagian besar (90-95%) konstipasi pada anak adalah konstipasi fungsional dan hanya sekitar 5-10% merupakan kasus dengan konstipasi organik (Silvia, 2017).

Menurut Erna 2018 Konstipasi adalah suatu gejala sulit buang air besar yang ditandai dengan konsistensi feses keras, ukuran besar, dan penurunan frekuensi buang air 3 besar selain itu menurut *North American Society for*

Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (NAPSGAN) 2016, mengatakan konstipasi merupakan kelambatan ataupun kesusahan dalam defekasi yang terjadi dalam 2 minggu ataupun lebih serta cukup membuat penderita sakit (Kadim, 2015). Konstipasi biasa terjadi pada anak 40% diantaranya diawali sejak anak berusia 1 - 4 tahun, pada anak usia 7 - 8 tahun angka kejadiannya menurun hingga sebesar 1,5 % dan usia 10 - 12 tahun menjadi sekitar 0,8 % saja. Frekuensi buang air besar pada anak dialami setiap hari kedua dan ketiga. Anak-anak yang sering makan makanan cepat saji seperti burger, kentang goreng, milkshake, permen, kue, minuman ringan manis biasanya lebih sering konstipasi. Pada bayi, konstipasi dapat terjadi akibat transisi dari ASI ke susu formula bayi, atau dari makanan bayi ke makanan padat (Kadim, 2015).

Lebih dari 90% bayi baru lahir akan mengalami proses pengeluaran mekonium dalam kurun waktu 24 jam pertama sedangkan sisa pengeluaran mekonium akan terjadi pada 36 jam pertama kelahiran. Jika hal ini tidak terjadi maka hal ini harus dipikirkan adanya obstipasi. Tetapi yang perlu diingat adalah ketidakteraturan pengeluaran sisa makanan bukanlah suatu obstipasi pada bayi yang menyusu pada ibunya yang terjadi dengan keadaan tanpa defekasi selama 5-7 hari dan tidak menunjukkan adanya gangguan, yang kemudian akan mengeluarkan tinja dalam jumlah yang banyak sewaktu buang air besar. Hal ini masih dikatakan normal. Bertambahnya usia dan variasi dalam dietnya akan menyebabkan pengeluaran sisa makanan menjadi lebih jarang dan tinjanya lebih keras. (Sudarti, 2016)

Sulit Buang Air Besar pada anak merupakan penyakit yang bermasalah dan sangat membuat anak menderita, menurut Van den Berg MM sekitar 12% anak di dunia mengalami gejala konstipasi dari mulai gejala yang ringan sampai gejala yang berat (Karima, 2019). Di Indonesia sendiri data terkait prevalensi konstipasi fungsional pada anak masih sangat sedikit. Penelitian yang dilakukan oleh Eva tentang prevalensi konstipasi pada anak usia 3-6 tahun didapatkan prevalensi konstipasinya adalah 15,1% sedangkan berdasarkan data prevalensi konstipasi di Indonesia pada tahun 2014 sebesar 3.857.327 jiwa pada anak usia 3-12 tahun. Penyebab utama dari kontipasi adalah seringnya anak dalam menahan buang air besar secara terus-menerus, hal tersebutpun dikarenakan pengalaman anak tersebut yang merasakan nyeri saat buang air besar sebelumnya, hal ini yang harus orang tua perhatikan karena ketika hal tersebut dilakukan anak secara terus menerus akan

mengakibatkan konstipasi dan ketika anak telah memberanikan diri untuk mengeluarkan tinja secara paksa akan mengakibatkan fisura ani (robekan atau belahnya lapisan anus), hal tersebut yang sangat berbahaya bagi anak dan harusnya di pantau dengan baik oleh orang tuanya. Ada dua cara untuk menyembuhkan sembelit pada anak: metode farmakologis dan non-obat. Pijat adalah manipulasi gerakan jaringan lunak di berbagai bagian tubuh untuk memberikan kenyamanan kesehatan, seperti relaksasi, meningkatkan kualitas tidur, mengurangi kecemasan, atau memperbaiki bagian fisik tertentu dari tubuh, seperti nyeri otot (Suarsyaf, 2015).

B. Defnisi

Konstipasi atau sulit buang air besar adalah ketidakmampuan untuk buang air besar secara tuntas, yang tercermin dalam tiga aspek, yaitu lebih jarang buang air besar dari biasanya, tinja lebih keras dari sebelumnya dan massa feses yang teraba (Muzal, 2017). Sembelit adalah ketidakmampuan usus besar untuk mengeluarkan isi rongga atau peningkatan resistensi eksternal karena disfungsi panggul dan anorektal, yang menyebabkan kesulitan buang air besar (Maghfuroh, 2018).

Sembelit adalah gangguan eliminasi yang disebabkan oleh konstipasi tinja kering atau keras melalui usus besar. Kondisi ini bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan gejala awal yang disertai frekuensi buang air besar dengan pengeluaran tinja yang sulit, keras dan menyusahkan. Buang Air Besar yang keras dapat menyebabkan rasa sakit secara langsung pada bagian rectum. Kondisi ini muncul karena Kotoran tinggal di usus lebih lama, sehingga lebih banyak air yang diserap. Perjalanan feses jauh karena jumlah air yang terserap sangat tinggi kurang membuat feses kering dan keras (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015). Sembelit dan kelemahan otot perut buang air besar kurang dari 2 kali seminggu (PPNI, 2017).

Sembelit adalah buang air besar yang terjadi tidak lebih dari sekali dalam tiga hari. Pada anak normal, konsistensi tinja dan frekuensi buang air besar dapat bervariasi. Bayi yang disusui mungkin buang air besar setelah setiap menyusui atau hanya sekali setiap 7-10 hari. Bayi yang disusui dan anak yang lebih besar dapat buang air besar setiap 2-3 hari. Oleh karena itu, buang air besar yang lebih jarang atau tinja yang sedikit lebih kental dari biasanya tidak selalu perlu diperlakukan sebagai konstipasi (Eka, 2014).

C. Penyebab

Dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (D.00049 PPNI, 2018) penyebab Konstipasi pada anak adalah:

1. Penurunan motilitas astrointestinal.
2. Ketidakadekuatan pertumbuhan gigi
3. Ketidakcukupan diet
4. Ketidakcukupan asupan serat
5. Ketidakcukupan asupan cairan.
6. Aganglionik (mis. Hirschsprung)
7. Kelemahan otot abdomen
8. Konfusi
9. Depresi
10. Gangguan emosional

Berat feses berhubungan dengan serat makanan yang dikonsumsi. Waktu singgah feses melalui saluran pencernaan lebih cepat bila mengkonsumsi banyak serat.

Penyebab tersering konstipasi pada anak yaitu menahan defekasi akibat pengalaman nyeri saat proses defekasi sebelumnya. Hal ini menyebabkan anak menahan feses saat ada hasrat untuk defekasi karena merasakan nyeri saat defekasi. Kebiasaan menahan inilah menyebabkan peregangan rektum, kemudian kolon sigmoid menampung feses. Feses yang berada di kolon akan terus mengalami reabsorpsi air dan elektrolit. Proses ini akan terus berulang 30 dengan sendirinya, akhirnya konsistensi feses menjadi semakin keras dan besar menjadi lebih sulit dikeluarkan.

Berkurangnya aktivitas fisik, yang sebelumnya aktif kemudian menjadi pasif, misalnya akibat sakit, paska bedah, kecelakaan, atau gaya hidup yang bermalas-malasan. Stres dan perubahan aktivitas rutin sehari-hari juga dapat mempengaruhi pola defekasi, seperti liburan, ketersediaan toilet, dan masalah psikososial dapat menyebabkan konstipasi (Jurnalis, 2013).

Menurut SDKI, PPNI (2017), penyebab sulit buang air besar atau sembelit pada bayi dan balita secara fisiologis terdiri dari gangguan motilitas pada saluran cerna, pertumbuhan kurang, gizi kurang, asupan serat kurang, asupan cairan dan nutrisi pada anak yang tidak cukup. Penyebab konstipasi pada anak yang paling umum adalah keterlambatan buang air besar karena rasa sakit yang dialami saat buang air besar sebelumnya, biasanya disertai dengan kondisi fisura anus (robekan atau retakan pada lapisan anus). Retensi

tinja berulang meregangkan rektum dan kemudian kolon sigmoid, yang menerima bolus tinja berikutnya. Tinja di usus besar terus menyerap air dan elektrolit dan membentuk skibala (pengerasan tinja). Seluruh proses berulang, yaitu tinja yang keras dan besar menjadi lebih sulit untuk melewati anus dan menyebabkan rasa sakit saat buang air besar (Juffrie, 2009).

Selain konstipasi pada anak saat BAB, penyebab lain konstipasi pada anak antara lain tidak mengkonsumsi makanan berserat tinggi, kurang cairan, kurang olah raga dan penyakit lain seperti kanker dubur juga dapat menyebabkannya. dan obstruksi usus (Madanijah, 2014). Sulit buang air besar dapat disebabkan oleh banyak faktor, terutama faktor mekanik, faktor fisiologis, faktor mental dan faktor farmakologis (Nanda, 2015). Variabel mekanis diidentifikasi pada masalah neurologis. Awalnya, penurunan efisiensi mesin menyebabkan menjadi stasioner. (Ginting et al., 2015).

Sembelit pada bayi dapat terjadi karena makanan pendamping diberikan terlalu dini. Usia optimal untuk memulai Makanan Tambahan ASI (MPASI) adalah usia 6 bulan. merekomendasikan untuk memulai MP-ASI saat berusia -6 bulan. Seiring dengan perkembangan penelitian, menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif selama enam bulan memiliki banyak manfaat bagi bayi dan ibu (Mona, 2018).

D. Faktor Risiko

Identifikasi dini faktor risiko konstipasi dapat mencegah konstipasi terjadi sembelit. Beberapa faktor yang berhubungan dengan sembelit pada anak yang telah diteliti yaitu asupan serat yang tidak adekuat, psikologi, Alergi susu sapi di awal kehidupan. Abnormalitas terkait Usus besar dan rektum, seperti cangkang yang tidak dapat ditekan, tonjolan, dan celah anus (Silvia, 2017)

E. Asupan Serat Harian

Serat adalah bahan dalam makanan nabati yang tidak dapat dipecah oleh enzim pada sistem pencernaan dalam tubuh manusia. Berdasarkan analisis kimia, serat makanan dibagi menjadi dua kelompok. Kelompok pertama adalah selulosa ini adalah polisakarida. Selulosa adalah seratnya Sering ditemukan pada sayuran dan buah-buahan. Pada kelompok lain terdiri dari pektin, gom dan lendir, yang merupakan polisakarida non-selulosa. Pektin memiliki sifat membentuk gel saat digabungkan dengan Air. Gum biasanya terbentuk saat

kulit tanaman digaruk dan juga terdapat pada biji-bijian seperti buncis, kacang polong, dan kacang kapri

1. Asupan cairan harian

Pada anak-anak, jumlah cairan yang dibutuhkan untuk melunakkan tinja sekitar 6-8 gelas/hari. Jumlah cairan yang dikonsumsi mempengaruhi komposisi tinja. Proses penambahan cairan ke usus besar dan Massa tinja membuat tinja lunak dan ringan lulus. Oleh karena itu, pasien dengan konstipasi harus diutamakan dengan banyak mengkonsumsi cairan setiap hari, misalnya minum tujuh gelas air dalam sehari.

2. Riwayat konstipasi dalam keluarga.

Beberapa peneliti mengungkapkan hal ini dalam sejarah sembelit Keluarga adalah salah satu risiko sembelit. masalah ini Selain faktor genetik, perilaku orang tua mengajarkan toilet training Pendidikan itu penting. Pelatihan toilet dapat diabaikan atau bahkan orang tua pun terlalu banyak mengajarkan hal ini kepada anak Anak menolak saat diminta buang air besar.

3. Riwayat penyakit kronis

Tidak ada hubungan antara penyakit kronis dan sembelit tentu diketahui dari beberapa kajian sastra. Mempelajari Firmansyah (2007) menemukan adanya hubungan dengan penyakit kronis seperti tuberkulosis dan penyakit saraf (cerebral palsy, dll.) Epilepsi). Studi lain telah menemukan anak-anak dengan penyakit kronis seperti asma dan tumor berhubungan dengan konstipasi.

4. Mental

Hal ini merupakan hasil penelitian Inan et al (2007) di Sri Lanka Trauma fisik dan psikologis terkait dengan munculnya sembelit hal ini diamati pada anak usia sekolah yaitu 10-16 tahun stres sekolah seperti ujian, pendidikan, kehilangan pekerjaan dan orang tua sering menghukum mereka merupakan faktor risiko konstipasi.

5. Alergi susu sapi dan kelebihan susu formula

Hal ini ditunjukkan oleh beberapa penelitian tentang alergi susu sapi Anak yang mengkonsumsi susu sapi atau susu pada usia pertama Hidup adalah kotoran padat dan itu salah faktor yang menyebabkan risiko konstipasi. masalah ini karena susu sapi mengandung lebih banyak mineral dan lemak dan mengandung lebih sedikit karbohidrat dan mengandung asam Palmitate pada posisi Sn1 dan Sn3 membutuhkan asam palmitat

dihidrolisis oleh lipase pankreas. Proses hidrolisis ini menghasilkan asam palmitar bebas yang bereaksi dengan kalsium yang membentuk sabun asam lemak-kalsium, yang sulit diserap. Pembentukan Sabun kalsium (calcium soaps) ini secara signifikan berhubungan dengan tingkat kepadatan tinja untuk anak-anak yang menggunakan susu untuk buang air besar yang lebih padat dan dapat menyebabkan konstipasi (Silvia, 2017).

F. Tanda dan Gejala

Menurut Aryani (2017), gejala klinis pada konstipasi adalah BAB kurang dari tiga kali per minggu, BAB nyeri, BAB keras, sering mengejan saat BAB, merasa tidak puas BAB. Keluhan lain berupa nyeri pada bagian perut, kembung, pendarahan dubur (feses keras dan hitam), Menghindari toilet (tanda-tanda bahwa anak Anda melakukan hal ini mencakup mengepalkan pantat, menyilangkan kaki , berubah merah , berkeringat , atau menangis).

Keluhan ini bahkan bisa semakin parah hingga menunjukkan gejala sumbatan usus. Menurut PPNI (2016) tanda dan gejala konstipasi disajikan dalam tabel :

Tabel 6.1 Tanda dan gejala Mayor Konstipasi

Subjektif	Objektif
Pengeluaran kurang dari 2 kali seminggu	Feses keras
Pengeluaran feses lama dan sulit	Peristaltic usus menurun

Sumber : PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2016)

Tabel 6.2 Tanda dan gejala Minor Konstipasi

Subjektif	Objektif
Mengejan saat defekasi	Feses keras
	Peristaltic usus menurun

Sumber : Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2016)

G. Pencegahan

Beberapa tindakan dalam mencegah sulit BAB pada anak menurut Claudina, Rahayuning dan Kartini (2018) adalah sebagai berikut:

1. Diet kaya serat dan konsumsi air

Serat melembutkan dan meningkatkan massa feses. Serat ditemukan di banyak sayuran, buah-buahan dan gandum. Batasi makanan tinggi lemak, makanan tinggi gula dan makanan rendah serat seperti es krim, keju, daging dan *fast food*. Cairan membuat feses lunak dan mudah dikeluarkan. Hindari cairan yang banyak mengandung zat kafein, minuman ini dapat mengeringkan sistem pencernaan anak. Jus yang mengandung sorbitol, seperti jus apel dan pir, dapat mengurangi sembelit pada bayi dan anak di atas 6 bulan. Namun, terlalu banyak mengonsumsi jus buah juga dapat menimbulkan masalah yang berbahaya pada sistem pencernaan. Jadi memastikan donasinya sesuai kebutuhan.

2. Mobilisasi

Mobilisasi yang teratur pada anak dapat menjaga saluran pencernaannya tetap terjaga sehat dan aktif. Dukung anak dalam beraktivitas dan berolahraga setiap hari.

3. Berikan Penjelasan

Jelaskan pada anak bahwa jangan menahan diri untuk ke toilet apalagi sampai menunggu dan menunda karena hal ini hanya akan memperparah keadaan sembelit. Maka jadilah orang tua yang sering bangun pagi agar anak memiliki cukup waktu sebelum ke toilet.

H. Penatalaksanaan

Prinsip penatalaksanaan sulit buang air besar adalah menentukan akumulasi feses (penyumbatan tinja), defekasi (kerusakan tinja), kontrasepsi mendukung akumulasi tinja yang sering dan buang air besar secara teratur terapi pemeliharaan mulut, pendidikan orang tua dan evaluasi hasil Terapi. Perlunya menjelaskan penatalaksanaan konstipasi kepada orang tua butuh waktu lama dan tidak ada perbaikan cepat dalam situasi ini.

Pendidikan orang tua, termasuk pendidikan tentang patogenesis penyakit langkah pertama dalam mengobati sembelit. Pendidikan bagi orang tua penting dilakukan agar mereka dapat mengatur pola makan dan nutrisi yang tepat menghilangkan mitos yang tidak benar tentang sembelit. di atas dan di luar, Mendidik orang tua juga mengurangi kecemasan mereka dan

meningkatkan kemauan mereka untuk berpartisipasi dalam tata laksana kasus susah buang air besar (Dianne et al. 2013).

a. Farmakologi

Pengobatan peroral menggunakan mineral oil (paraffin liquid) dengan dosis 15-30 ml/tahun umur (maksimal 240ml/hari) kecuali pada bayi. Dan larutan polietilen glikol (PEG) 20 ml/jam/kgBB/jam (maksimum 1000-34 ml/jam) diberikan dengan selang nasogastric selama 4 jam/hari. Apabila obat perrektel menggunakan enema fosfat hipertonik (3 ml/kgBB, 2 kali sehari, maksimum 6 kali), dan menggunakan enema garam fisiologis (600-1000 ml), atau 120 ml mineral oil. Pada bayi menggunakan suppositoria atau enema gliserin 25 ml (Liem, et al, 2009).

b. Non-Farmakologi

- (1) Perbaikan jenis makanan Anak dianjurkan untuk banyak minum, mengkonsumsi karbohidrat, dan serat. Serat dapat didapat kan dari buah papaya, semangka, melon, bengkuang, yang mana buah-buahan tersebut juga mengandung air yang lebih banyak, sehingga dapat digunakan untuk melunakan tinja. Jumlah serat yang dianjurkan dikonsumsi oleh anak adalah 19-25 gram/hari. Sedangkan pada kasus anak yang mengalami konstipasi dianjurkan mengonsumsi serat yaitu 25-38 gram/hari
- (2) Toilet Training Yaitu segera setelah makan pagi dan malam, anak dianjurkan untuk buang air besar. Tidak perlu terburu-buru, karena jika terburu-buru dapat membuat anak semakin tertekan. Berikan waktu 10-15 menit bagi anak untuk buang air besar

I. Komplikasi

Menurut Loka et al (2014), Sulit buang air besar kronis yang terjadi pada anak dapat menyebabkan beberapa komplikasi yaitu wasir akibat mengedan buang air besar atau robeknya kulit di sekitar anus. melemaskan sfingter. Efek lain dari konstipasi adalah divertikulosis, penyakit yang ditandai dengan terbentuknya divertikula (kantong) di usus besar, biasanya disebabkan oleh peningkatan tekanan yang terjadi di usus besar pada sistem pencernaan.

J. Contoh SOAP

Kasus : Seorang anak perempuan (A) umur 4 tahun, datang dengan konstipasi sejak 1 tahun yang lalu. Menurut orang tuanya A selalu terlihat kesakitan setiap

mau BAB (Buang air besar), dan keluarnya sedikit sekali, kadang-kadang 4 hari sekali, demikian beulang-ulang. Sampai sejak 2 minggu yang lalu si anak selalu menahan kalau mau BAB, dan selalu berdiri terasa mulus dan tidak mau ke toilet. Sering terlihat adanya bercakan feses di celananya.

Subjektif (S)

Tanggal Pengkajian : 17 Februari 2023

1. Identitas/Biodata

a. Anamnesa

Identitas

Nama Anak : An. A
Umur : 4 tahun
Tanggal Lahir : 17 Februari 2019
Jenis kelamin : Perempuan
Anak ke : 1 dari 2 bersaudara
No.Status Reg : 23450

Nama ibu : Ibu. A	Nama Ayah : Bapak. P
Umur : 35 Tahun	Umur : 43 Tahun
Agama : Islam	Agama : Islam
Pendidikan : SMA	Pendidikan : SMA
Kebangsaan : Indonesia	Kebangsaan : Indonesia
Pekerjaan : IRT	Pekerjaan : Wiraswasta

b. Alasan Kunjungan :

Ibu mengatakan ingin memeriksakan anaknya yang berusia 4 Tahun. Keluhan : Ibu mengatakan anaknya terlihat kesakitan setiap mau BAB dan keluarnya sedikit sekali, kadang-kadang BAB 1 minggu sekali demikian beulang-ulang. Sampai sejak 2 minggu yang lalu si anak selalu menahan kalau mau BAB, dan selalu berdiri terasa mulus dan tidak mau ke toilet. Sering terlihat adanya bercakan feses di celananya.

c. Riwayat Keluarga

1) Data Keluarga

Anak ke : 1 (pertama)

2) Riwayat kesehatan keluarga :

Ibu dan keluarga tidak pernah dan tidak sedang menderita penyakit jantung, asma, diabetes melitus, hipertensi, hepatitis, malaria, TBC dan HIV

3) Riwayat Imunisasi

- BCG : 20 Maret 2019
- Hepatitis B : 18 Februari 2019
- Polio : 15 April 2019
- DPT : 15 April 2019
- Campak : 10 November 2019

4) Pola Kebiasaan sehari-hari

a. Pola nutrisi

- Makan : Frekuensi: 3x sehari
- Menu : 1 piring kecil nasi, 1 potong lauk pauk, 1 mangkok kecil sayur, 1 potong tahu/tempe.
- Keluhan : Anak tidak suka makan buah
- Minum : Frekuensi 4 gelas /hari
- Jenis : Air putih, susu
- Keluhan : Tidak ada

b. Pola eliminasi

- BAB : frekuensi 1x/ minggu
konsistensi : keras
warna : kuning, khas feses
keluhan : nyeri ketika BAB
- BAK : frekuensi 3-4x/ hari
warna : kuning jernih
keluhan : tidak ada

c. Pola Istirahat

- Tidur Siang : ± 2 jam
- Tidur Malam : ± 8-9 jam

d. Pola Personal Hygiene anak :

Mandi 2x / hari, ganti baju 2-4x / hari, keramas 1x / hari

e. Pola Aktivitas :

Bermain bersama orang tua / keluarga dan teman sebayu

Objektif (O)

1. Pemeriksaan Umum
 - Keadaan umum : Baik
 - Kesadaran : komposmentis
2. Tanda-tanda Vital
 - Nadi : 90x/menit
 - Suhu : 36,8°C
 - Pernafasan : 22x/menit
 - Jenis kelamin : perempuan
3. Pemeriksaan Antropometri
 - Berat badan : 18,2 kg
 - Tinggi badan : 106 cm
 - LILA : 17,1 cm
4. Pemeriksaan Fisik
 - a. Kepala : Warna rambut hitam, tidak ada rambut rontok, tidak ada ketombe, penyebaran rambut merata, tidak ada lesi, tidak ada oedema
 - b. Mata : Bentuk simetris, warna bola mata hitam, konjungtiva merah muda, sklera putih, keadaan bersih
 - c. Hidung : Simetris kanan dan kiri, tidak ada sekret dan tidak ada tanda kesulitan bernafas
 - d. Mulut : Bersih, bibir tidak sumbing, bibir lembab, warna bibir merah muda, lidah bersih, gusi kemerahan, tidak ada karies gigi
 - e. Telinga : Simetris kanan dan kiri, tidak ada serumen, tidak tampak adanya kelainan.
 - f. Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, vena jugularis maupun kelenjar limfe
 - g. Dada : Bentuk dada simetris, gerakan dada simetris, suara nafas tidak ada wheezing, bunyi jantung teratur
 - h. Tangan : Warna ekstremitas tidak pucat, kuku bersih
 - Gerakan aktif
 - Jumlah jari tidak ada polidaktili dan sindaktili
 - Kelainan tidak ada

- i. Abdomen : Bentuk bulat simetris, ada bising usus, perut kembung, teraba massa di atas simphisis
- j. Genitalia : Jenis kelamin perempuan, bersih, tidak ada pembengkakan, tidak ada pengeluaran darah atau cairan dan tidak ada kelainan
- k. Anus : Normal
- l. Kaki : Warna ekstremitas tidak pucat, kuku bersih, tidak ada oedema

Assesment (A)

Diagnosa :

Anak Aulia usia 4 tahun dengan konstipasi

DS :

Ibu mengatakan anak sulit BAB sejak 1 tahun yang lalu yang lalu. Sampai sejak 2 minggu yang lalu si anak selalu menahan kalau mau BAB, dan selalu berdiri terasa mulus dan tidak mau ke toilet. Sering terlihat adanya bercakan feses di celananya. Anak hanya BAB 1x dalam 1 minggu terakhir, konsistensi keras. Anak tidak suka makan buah-buahan

DO :

- Keadaan umum : Baik
- Kesadaran : Composmentis
- TTV
- Denyut nadi : 90x/menit
- Pernafasan : 22x/menit
- Suhu : 36,8 °C
- Pemeriksaan fisik : Perut kembung, teraba massa di atas simphisis

Masalah : Anak merasa nyeri saat BAB

DS : Anak tidak mau ke toilet karena merasa nyeri saat BAB

DO : Tidak ada

Planning(P)

1. Beritahu hasil pemeriksaan pada Ibu dan keluarga

Memberitahukan hasil dari pemeriksaan yang telah dilakukan pada Ibu dan keluarga bahwa keadaan umum anak baik, dalam batas normal, namun pada pemeriksaan fisik ditemukan perut kembung dan teraba massa feses di perut bagian atas simphisis.

TTV normal :

Denyut nadi : 90x/menit

Pernafasan : 22x/menit

Suhu : 36,8 °C

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan bidan mengenai hasil pemeriksaan pada anaknya

2. Pendidikan kesehatan mengenai penyebab konstipasi pada anak

Memberikan Penkes kepada ibu dan keluarga mengenai penyebab konstipasi pada anaknya yakni karena pola makanan yang tidak cukup serat seperti buah-buahan, kekurangan asupan cairan, dan anak yang takut ke toilet.

Evaluasi : Ibu dan keluarga telah mengerti tentang penyebab konstipasi pada anaknya

3. Pendidikan kesehatan cara menangani konstipasi pada anak

- Memberikan Penkes pada ibu dan keluarga tentang cara menangani konstipasi pada anaknya yakni dengan cara :
- Memenuhi asupan makanan anak dengan makanan tinggi serat seperti buah-buahan (pepaya, semangka atau melon).
- Mencukupi kebutuhan cairan anak dengan banyak minum air putih atau jus buah. Kebutuhan air pada anak 5 tahun sekitar 6-7 gelas/hari.
- Mengajarkan anak untuk BAB teratur 1x setiap hari. dapat dilakukan setelah selesai makan dan beri waktu 10-15 menit untuk anak BAB

Evaluasi :

Ibu dan keluarga mengerti tentang cara menangani konstipasi pada anak dan bersedia melakukan anjuran bidan

4. Beritahu ibu dan keluarga pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan yang tepat untuk anaknya memberitahukan ibu dan keluarga pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan yang tepat untuk anaknya. Pemenuhan kebutuhan nutrisi disesuaikan dengan usia anak. Pada anak usia 5 tahun membutuhkan asupan karbohidrat, protein, lemak dan vitamin yang seimbang. Anjurkan ibu untuk memvariasikan menu makanan pada anak setiap harinya. Ibu dapat memberikan buah-buahan atau biskuit sebagai makanan selingan untuk anak. Pemenuhan kebutuhan cairan anak didapat dari air putih, susu atau jus buah. Kebutuhan minimal cairan pada anak usia 4-6 tahun sekitar 6-7 gelas/hari.

Evaluasi :

Ibu dan keluarga telah mengerti tentang pemenuhan nutrisi dan cairan yang baik bagi anaknya serta ibu dan keluarga bersedia melaksanakan anjuran bidan

5. Anjurkan ibu untuk mempertahankan perawatan sehari-hari pada anaknya menganjurkan ibu dan keluarga untuk mempertahankan perawatan sehari-hari pada anaknya meliputi pola istirahat, kebersihan, dan aktivitas anaknya.
Evaluasi: Ibu dan keluarga telah mengerti dan bersedia mempertahankan perawatan sehari-hari pada anaknya
6. Anjurkan ibu dan keluarga agar tetap memberikan stimulasi kepada anak untuk tumbuh kembang anaknya menganjurkan ibu dan keluarga agar tetap memberikan stimulasi kepada anak untuk tumbuh kembang anaknya, seperti :
 - Minta anak menceritakan apa yang dilakukan
 - Dengarkan anak ketika bicara
 - Ajak anak mulai melibatkan diri dalam kegiatan bersama di keluarga
 - Biasakan anak untuk berkata jujur, berterima kasih dan meminta
 - maaf
 - Kembangkan kreativitas anak dan kemampuan bergaul
 - Ajari anak bermain sepeda
 - Ajari anak mengenai warna, huruf, angka, dan benda-benda yang ada di sekitar.
 - Ajari anak konsep waktu, seperti tahun, bulan, hari, dan jam.

Evaluasi :

Ibu dan keluarga bersedia untuk tetap memberikan stimulasi kepada anak untuk tumbuh kembangnya

7. Beritahu ibu dan keluarga untuk meningkatkan pengawasan kepada anaknya dalam beraktivitas. Beritahu ibu dan keluarga untuk meningkatkan pengawasan kepada anaknya dalam beraktivitas. Pada usia 5 tahun anak sangat aktif mengeksplorasi lingkungannya oleh karena itu, ibu dan keluarga harus meningkatkan kewaspadaan dengan memperhatikan barang-barang disekitar anak yang mungkin dapat melukai anaknya. Selain itu, ibu dan keluarga harus selalu mendampingi anak ketika bermain.
Evaluasi : Ibu dan keluarga telah mengerti dan bersedia meningkatkan pengawasan kepada anaknya ketika beraktivitas
8. Beritahu ibu dan keluarga untuk kunjungan ulang jika gejala berlanjut. Beritahu ibu dan keluarga untuk kunjungan ulang 1 minggu kemudian pada

tanggal 2 maret 2016 atau jika konstipasi disertai dengan demam, muntah, darah dalam tinja, pembengkakan perut, tonjolan usus keluar dari anus (dubur).

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dan bersedia memeriksakan kembali anak jika gejala konstipasi tidak berkurang setelah 1 minggu atau jika ditemui tanda yang disebutkan oleh bidan.

K. Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)

1. Seorang Bayi Perempuan, umur 3 bulan , dibawa orang tuanya ke Tempat Praktik Mandiri Bidan(TPMB), dengan keluhan utama tidak BAB sudah 4 hari. Hasil anamnesis: perut kembung, nyeri saat BAB, demam dan ibu sudah diberikan susu formula. Hasil pemeriksaan: BB 5 Kg, PB 54 cm, S 37,5°C, P 36x/ menit. Penyebab paling tepat pada kasus diatas adalah?

- a. Kurang seimbangnya cairan yang diberikan kepada bayi
- b. Bayi belum terbiasa minum susu formula
- c. Rasa susu formula tidak enak
- d. Kandungan susu formula yang terlalu tinggi sehingga susah dicerna oleh usus bayi
- e. Peralatan untuk mempersiapkan susu formula kurang steril

Jawaban: d

2. Seorang Anak perempuan, umur 2 tahun, dibawa orang tuanya ke Tempat Praktik Mandiri Bidan(TPMB) dengan keluhan tidak mau ke Toilet saat BAB dikarenakan Selama 7 hari dan tidak mau makan sayur dan buah. Hasil anamnesis: perut kembung, nyeri saat BAB, demam, makan 2x/sehari porsi sedang. Hasil pemeriksaan: BB 10 Kg, PB 84 cm, S 37°C, P 34x/ menit. Konseling yang tepat untuk kasus diatas adalah?

- a. Stimulasi kepada anak untuk tumbuh kembang
- b. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan kaya serat
- c. Ajarkan Toilet Training
- d. Pengawasan kepada anaknya dalam beraktivitas
- e. Pendidikan kesehatan tentang personal hygiene

Jawaban : b

3. Seorang bayi perempuan, umur 8 bulan, dibawa ibunya ke puskesmas dengan keluhan tidak BAB selama 7 hari . Hasil anamnesis: perut kembung, merintih saat ingin BAB dan demam. Hasil pemeriksaan: BB 6 Kg, PB 64 cm,

S 37°C, P 34x/ menit. Diagnosa apakah yang paling tepat pada anak tersebut

- a. Diare
- b. GERD
- c. Konstipasi
- d. Gastroenteritis
- e. Hemoroid

Jawaban: c. Konstipasi

4. Seorang Anak laki-laki, umur 1 tahun, dibawa ibunya ke Puskesmas dengan keluhan tidak BAB selama 4 hari . Hasil anamnesis: perut kembung, demam, riwayat imunisasi dasar lengkap, makan tidak teratur dan tidak suka sayur dan buah. Hasil pemeriksaan: BB 9 Kg, PB 80 cm, S 37°C, P 37x/ menit. Rencana Asuhan apakah yang paling tepat pada kasus tersebut?
- a. Memberikan Pemenuhan Nutrisi Seimbang
 - b. Beritahu ibu dan keluarga untuk meningkatkan pengawasan kepada anaknya dalam beraktivitas
 - c. Memberikan stimulasi untuk tumbuh kembang anak
 - d. Anjurkan ibu untuk memvariasikan menu makanan pada anak setiap harinya.
 - e. Anjurkan Ibu mengatur pola tidur anak

Jawaban : d

5. Seorang anak perempuan, umur 3 tahun, dibawa ibunya ke Tempat Praktik Mandiri Bidan dengan keluhan nyeri anus saat BAB dan keluarnya sedikit sekali, kadang-kadang BAB 1 minggu sekali demikian berulang-ulang. anak selalu berdiri dan menahan saat mau BAB, Bidan telah memberikan Pendidikan kesehatan pada ibu dan keluarga tentang cara menangani konstipasi pada anak. Tindakan bidan yang tepat pada kasus diatas termasuk pada
- a. Promotif
 - b. Preventif
 - c. Kuratif
 - d. Rehabilitatif
 - e. Renovatif

Jawaban : b

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, M., & Firmansyah, M. A. Critical Appraisal on Journal of Clinical Trials. *Acta Medica Indonesiana*, 44(4): 337-343. (2012).
- Aryani. Asuhan Bayi dan Balita usia 3 tahun. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.(2017)
- Claudina I, Rahayuning D, Kartini A. Hubungan asupan serat makanan dan cairan dengan kejadian konstipasi fungsional pada remaja di SMA kesatrian 1 semarang. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro. 2018
- Eka, P. yuliasti. penyakit pada neonatus bayi dan balita (kedua). yogyakarta: Fitramaya. (2014)
- Ferlina Mega Silvia. Hubungan Pemberian Susu Sapi dengan Kejadian Konstipasi Pada Bayi Usia 1-6 Bulan di Puskesmas Kopela Darussalam. (2018) Diakses dari <http://etd.uinsyah.ac.id/baca/index.php?id=37169&page=1> dikutip bulan Maret 2019
- Herlina Loka, dkk. (2014). Hubungan Kejadian Gejala Refluks Gastroesofageal dengan Konstipasi Funisionsl Pada Anak. Volume 46 No. 3, Sumatera Utara (UNSU) : Majalah Kedokteran Nusantara
- Liem O, Harman J, Benninga M, Kelleher K, Mousa H, Di Lorenzo C. Health utilization and cost impact of childhood constipation in the United States. *J Pediatr.* 2009;154:258– 62.
- Mona, R. 2018. Pintar ASI dan Menyusui. Jakarta: noura books
- Nurdyana and Karima, N. 'Perawatan Metode Kanguru Bayi Berat Lahir Rendah', JK Unila, 3(2), pp. 326–329. (2019)
- Suarsyaf, Hani Zahiyah., Sumezar, Dyah Wulan. Pengaruh Terapi Pijat terhadap Konstipasi. Majority, 4, 9 (2015)
- Sudarti. Kelainan dan penyakit pada bayi dan anak. (W. Kristianasari, Ed.). Yogyakarta: Medika Nuha (2016)
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia (2016),

BAB 7

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH DENGAN MASALAH ANAK TIDAK BISA DIAM (HIPERAKTIF)

Siswati., S.Si.T., M.Kes



BAB 7

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK

PRASEKOLAH DENGAN MASALAH ANAK TIDAK BISA DIAM

(HIPERAKTIF)

Siswati., S.Si.T., M.Kes

A. Latar Belakang

Masa balita merupakan periode emas pertumbuhan fisik, intelektual, mental dan emosional anak, dimana pemenuhan kebutuhan akan asah, asih dan asuh melalui pemenuhan aspek fisik hingga biologis (gizi, kebersihan, imunisasi, vitamin A dan pelayanan kesehatan yang bermutu), kasih sayang dan stimulasi yang memadai pada usia balita akan meningkatkan kelangsungan hidup anak dan mengoptimalkan kualitas anak sebagai generasi penerus Indonesia. Namun sebaliknya masa balita juga periode kritis di mana segala bentuk penyakit, kekurangan gizi, serta kekurangan kasih sayang maupun kekurangan stimulasi pada usia ini akan membawa dampak negatif yang menetap sampai masa dewasa bahkan sampai usia lanjut. Balita yang mengalami hambatan atau gangguan pertumbuhan dan perkembangan akan berdampak pada periode kehidupan selanjutnya.

Anak hiperaktif adalah anak yang mengalami gangguan ini ditandai dengan ketidakmampuan menfokuskan perhatian kepada sesuatu yang dihadapi. Pada saat mengikuti pembelajaran perhatian mudah beralih pada suatu hal ke hal yang lain. Melakukan suatu kegiatan tidak terkontrol (hiperaktif) dan tidak sabaran (impulsif). Perilaku hiperaktif dan impulsif dapat mengganggu perkembangan anak dalam hal kognitif, perilaku, sosialisasi dan komunikasi.

Kecenderungan pola tingkah laku anak pada usia dini maupun usia sekolah pada umumnya bersikap aktif. Sikap aktif pada anak umumnya merupakan sebagai tanda bahwa anak tersebut memiliki energi berlebih dan memiliki aktivitas gerak lebih tinggi dibandingkan dengan anak-anak lainnya. Anak yang memiliki perilaku yang tidak terkontrol (impulsif, kurang sopan, dan tidak segan-segan berbuat nekat), cenderung bersikap ceroboh, mudah tersinggung, tidak bisa fokus dalam waktu yang lama, tidak bisa menyelesaikan tugas dengan baik dapat dikategorikan sebagai anak

Hiperaktif atau ADHD. Anak hiperaktif mengalami gangguan perkembangan baik itu secara kognitif, perilaku, sosialisasi dan komunikasi. Dampak dari perilaku yang tidak normal ini menjadikan anak tersebut memiliki "label" sebagai anak nakal, anak bandel, bahkan sampai dikatakan sebagai anak idiot tanpa adanya perhatian khusus. Anak-anak yang memiliki pola tingkah laku seperti ini seharusnya mendapatkan pendampingan secara khusus dari orang tua, guru, dan tenaga ahli yang terkait dengan anak.

Namun demikian, anak hiperaktif memiliki taraf kecerdasan yang tergolong rata-rata atau lebih dibandingkan anak seusianya. Beberapa anak memiliki kecerdasan yang sangat tinggi (IQ di atas 130) atau sering disebut dengan anak gifted. Saat memasuki usia sekolah, anak-anak giftedumumnya juga tidak bisa diam, menampilkan perilaku banyak berkeliling dikelas karena tugasnya sudah selesai. Sehingga untuk menentukan apakah seorang anak mengalami gangguan ADHD atau bahakn anak gifted memerlukan pemeriksaan dari ahlinya.

Di Indonesia sendiri belum ada angka yang pasti berapa persen anak-anak yang menyandang ADHD. Sementara itu, orang tua yang memiliki anak dengan kecenderungan pola tingkah laku yang hiperaktif lebih memilih untuk memberikan penanganan melalui obat-obatan yang dianggap akanmenekan perilaku anak menjadi lebih tenang padahal efek samping dari pemberian obat-obatan merasakan sulit tidur, hilangnya nafsu makan dan perubahan perilaku secara tiba-tiba tegantung dari masing-masing kondisi anak. Selain itu efek samping yang serius dari pemberian obat secara bertahap adalah perkembangan yan tidak tekontrol yang berakibat tubuh anak mengalami kejang-kejang dan verbalisasi yang terganggu.

Dilihat dari dampak dan efek samping pemberian obat pada anak hiperaktif, maka penanganan yang dianggap tepat adalah terapi yang diberikan melalui stimulus-stimulus, menjalin kedekatan yang lebih kepada anak, memberikan perhatian khusus yang berbeda dengan anak normal, dan yang terpenting adalah kasih sayang dari orang tua dan lingkungan terdekatnya

B. Pengertian Hiperaktif / ADHD / ADDAttention

Hiperaktif pada dasarnya diambil dari istilah ADHD (Attention Deficit Hyperactive Desorders). Definisi ADHD adalah suatu peningkatan aktifitas motorik hingga pada tingkatan tertentu yang menyebabkan gangguan

perilaku yang terjadi, setidaknya pada dua tempat dan suasana yang berbeda. Aktifitas anak yang tidak lazim dan cenderung berlebihan yang ditandai dengan gangguan perasaan gelisah, selalu menggerak-gerakkan jari-jari tangan, kaki, pensil, tidak dapat duduk dengan tenang dan selalu meninggalkan tempat duduknya meskipun pada saat dimana dia seharusnya duduk dengan tenang. Terminologi lain yang dipakai mencakup beberapa kelainan perilaku meliputi perasaan yang meletup-letup, aktifitas yang berlebihan, suka membuat keributan, membangkang dan destruktif yang menetap (Yuwono, n.d.).

Deficit / Hyperactive Disorder atau ADHD adalah nama yang diberikan untuk anak-anak, remaja, dan beberapa orang dewasa, yang kurang mampu memperhatikan, mudah dikacaukan, dengan over aktif, dan juga impulsif. ADHD adalah suatu gangguan neurobiologi, dan bukan penyakit yang mempunyai penyebab yang spesifik. Banyak macam faktor yang disebut sebagai penyebab ADHD (Prasasti & Wahyun, n.d.).

"*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*" (ADHD) adalah sebagai gangguan yang menyebabkan individu memiliki kecenderungan untuk mengalami masalah pemuatan perhatian, kontrol diri, dan kebutuhan untuk selalu mencari stimulasi. bahwa ADHD merupakan suatu peningkatan aktifitas motorik hingga pada tingkatan tertentu yang menyebabkan gangguan perilaku yang terjadi, setidaknya pada dua tempat dan suasana yang berbeda. Aktifitas anak yang tidak lazim dan cenderung berlebihan yang ditandai dengan gangguan perasaan gelisah, selalu menggerak-gerakkan jari-jari tangan, kaki, pensil, tidak dapat duduk dengan tenang dan selalu meninggalkan tempat duduknya meskipun pada saat dimana dia seharusnya duduk dengan tenang.

Terminologi lain yang dipakai mencakup beberapa kelainan perilaku meliputi perasaan yang meletup-letup, aktifitas yang berlebihan, suka membuat keributan, membangkang dan destruktif yang menetap. Dengan demikian Hiperaktif atau disebut juga dengan ADHD merupakan gangguan yang di alami oleh anak , remaja, atau pun orang dewasa yang mengarah ke terganggunya pemuatan konsentrasi (I-Atensi), Impulsivitas, dan Hiperaktivitas. Sejalan dengan itu, hiperaktif juga mengarah ke perilaku anak yang tidak lazim dan cenderung berlebihanseperti : tidak dapat duduk dengan tenang, gelisah dan selalu mengerakkan jari maupun kakinya (Anggara&Satiningsih, 2021).

C. Patofisiologi

Kurang konsentrasi atau gangguan hiperaktivitas ditandai dengan gangguan konsentrasi, sifat impulsif, dan hiperaktivitas. Tidak terdapat bukti yang meyakinkan tentang sesuatu mekanisme patofisiologi ataupun gangguan biokimiawi. Anak pria yang hiperaktif, yang berusia antara 6 – 9 tahun serta yang mempunyai IQ yang sedang, yang telah memberikan tanggapan yang baik terhadap pengobatan–pengobatan stimulan, memperlihatkan derajat perangsangan yang rendah (*a low level of arousal*) di dalam susunan syaraf pusat mereka, sebelum pengobatan tersebut dilaksanakan, sebagaimana yang berhasil diukur dengan mempergunakan elektroensefalografi, potensial–potensial yang diakibatkan secara auditorik serta sifat penghantaran kulit.

Anak pria ini mempunyai skor tinggi untuk kegelisahan, mudahnya perhatian mereka dialihkan, lingkup perhatian mereka yang buruk serta impulsivitas. Dengan 3 minggu pengobatan serta perawatan, maka angka–angka laboratorik menjadi lebih mendekati normal serta penilaian yang diberikan oleh para guru mereka memperlihatkan tingkah laku yang lebih baik.

D. Faktor Penyebab

Penyebab ADHD telah banyak diteliti dan dipelajari tetapi belum ada satu pun penyebab pasti yang tampak berlaku bagi semua gangguan yang ada. Berbagai virus, zat-zat kimia berbahaya yang banyak dijumpai di lingkungan sekitar, faktor genetika, masalah selama kehamilan atau kelahiran, atau apa saja yang dapat menimbulkan kerusakan perkembangan otak, berperan penting sebagai faktor penyebab ADHD ini. Terdapat beberapa hal yang diduga menjadi penyebab terjadinya ADHD, secara umum karena ketidakseimbangan kimiawi atau kekurangan zat kimia tertentu di otak yang berfungsi untuk mengatur “perhatian dan aktivitas”.

Beberapa penelitian menunjukkan adanya kecenderungan faktor keturunan (herediter) tetapi banyak pula penelitian yang menyebutkan bahwa faktor-faktor sosial lingkunganlah yang lebih berperan. Ada dugaan kuat bahwa televisi, komputer, dan videogame mempunyai andil dalam memunculkan atau memperberat gejala ini. Anak dengan ciri ADHD tetapi tidak ditemukan adanya kelainan neurologis, penyebabnya diduga ada kaitan dengan faktor emosi dan pola pengasuhan (Prasasti&Wahyun, n.d.).

Menurut (Prasasti&Wahyun, n.d.), faktor yang berpengaruh terhadap munculnya ADHD yaitu :

1) Faktor Genetika

Bukti penelitian menyatakan bahwa faktor genetika merupakan faktor penting dalam memunculkan tingkah laku ADHD. Satu pertiga dari anggota keluarga ADHD memiliki gangguan, yaitu jika orangtua mengalami ADHD, maka anaknya beresiko ADHD sebesar 60%. Pada anak kembar, jika salah satu mengalami ADHD, maka saudaranya 70-80% juga beresiko mengalami ADHD. Pada studi gen khusus beberapa penemuan menunjukkan bahwa molekul genetika gen-gen tertentu dapat menyebabkan munculnya ADHD. Dengan demikian temuan-temuan dari aspek keluarga, anak kembar, dan gen-gen tertentu menyatakan bahwa ADHD ada kaitannya dengan keturunan.

2) Faktor Neurobiologis

Beberapa dugaan dari penemuan tentang neurobiologis diantaranya bahwa terdapat persamaan antara cirri -ciri yang muncul pada ADHD dengan yang muncul pada kerusakan fungsi lobus prefrontal. Demikian juga penurunan kemampuan pada anak ADHD pada tes neuropsikologis yang dihubungkan dengan fungsi lobus prefrontal. Temuan melalui MRI (pemeriksaan otak dengan teknologi tinggi) menunjukkan ada ketidaknormalan pada bagian otak depan. Bagian ini meliputi korteks prefrontal yang saling berhubungan dengan bagian dalam bawah korteks serebral secara kolektif dikenal sebagai basal ganglia. Bagian otak ini berhubungan dengan atensi, fungsi eksekutif, penundaan respons, dan organisasi respons. Kerusakan-kerusakan daerah ini memunculkan ciri -ciri pada ADHD. Informasi lain bahwa anak ADHD mempunyai korteks prefrontal lebih kecil dibanding anak yang tidak ADHD.

Etiologi ADHD melibatkan saling keterkaitan antara faktor genetic dan lingkungan.

a) Pengaruh Genetik

Gejala ADHD menunjukkan pengaruh genetic yang cukup kuat. Twin studi menunjukkan bahwa sekitar 75% dari variasi gejala ADHD di dalam populasi adalah karena faktor genetic (hereditas perkiraan 0,7-0,8). Pengaruh genetik tampaknya mempengaruhi distribusi gelaja ADHD di seluruh penduduk dan bukan hanya dalam kelompok sub klinis.

b) Pengaruh Lingkungan

Berbagai faktor yang mempengaruhi perkembangan otak saat perinatal dan anak usia dini berhubungan dengan peningkatan resiko ADHD tanpa

gangguan hiperaktif. Faktor biologis yang berpengaruh terhadap ADHD yaitu ibu yang merokok, mengkonsumsi alkohol, dan mengkonsumsi heroin selama kehamilan. Heroin sendiri menyebabkan berat lahir sangat rendah dan hipoksiajanin, cedera otak dan terkena racun. Faktor resiko tidak bertindak dalam isolasi, tapi berinteraksi satu sama lain. Sebagai contoh, resiko ADHD terkait dengan konsumsi alkohol ibu pada kehamilan mungkin lebih kuat pada anak-anak dengan transporter dopamine. Berdasarkan pendapat diatas dapat disimpulkan faktor penyebab hiperaktif adalah faktor genetik dan pengaruh lingkungan. Faktor genetik adalah faktor yang diturunkan dari orang tua maupun silsilah dalam keluarga sehingga apabila gen orang tua sebagai pencetus maka anaknya pun akan menurunkan faktor pembawa tersebut. Sementara pengaruh lingkungan merupakan pengaruh yang berkaitan dengan anak. Apabila seorang ibu seorang pemimun alcohol atau pun pemakai obat –obatan maka anaknya pun beresiko menderita gangguan penyakit tertentu.

E. Gejala Hiperaktif

Gejala hiperaktif merupakan gejala yang disebabkan adanya ketidaknormalan pada perkembangan otak. Sehingga membuat pertumbuhan sang anak menjadi tidak normal seperti anak pada umumnya. Pada balita, baru dapat dipastikan menjelang usia –usia masuk sekolah atau di atas usia 4 sampai 5 tahun. Gejala GPPH atau Gangguan Pemusatkan Perhatian dan Hiperaktivitas sebagaimana yang tercantum di dalam "Diagnostic And Statistical Annual Of Mental Disorder terdiri dari utama, yaitu :

1. Intensivitas atau tidak ada perhatian atau tidak menyimak, terdiri dari:
 - a) Gagal menyimak hal yang terperinci
 - b) Kesulitan bertahan pada satu aktivitas
 - c) Tidak mendengarkan sewaktu diajak bicara
 - d) Sering tidak mengikuti instruksi
 - e) Kesulitan dalam mengatur jadwal tugas dan kegiatan
 - f) Sering menghindar dari tugas yang memerlukan perhatian lama
 - g) Sering kehilangan barang yang dibutuhkan untuk tugas
 - h) Sering beralih perhatian oleh stimulus dari luar
 - i) Sering pelupa dalam kegiatan sehari-hari
2. Impulsivitas atau tidak sabaran, bisa impulsive motorik dan impulsive verbal atau kognitif, terdiri dari :

- a) Sering memberi jawaban sebelum pertanyaan selesai
 - b) Sering mengalami kesulitan dalam menunggu giliran
 - c) Sering memotong atau menyela orang lain
 - d) Sembrono, melakukan tindakan berbahaya tanpa berpikir panjang
 - e) Sering berteriak di kelas
 - f) Tidak sabaran
 - g) Usil, suka mengganggu anak lain
 - h) Permintaannya harus segera dipenuhi
 - i) Mudah frustasi dan putus asa
3. Hiperaktifitas atau tidak diam, terdiri dari :
- a) Sering menggerakkan kaki atau tangan dan sering menggeliat
 - b) Sering meninggalkan tempat duduk di keles
 - c) Sering berlari dan memanjat
 - d) Mengalami kesulitan melakukan kegiatan dengan tenang
 - e) Sering bergerak seolah diatur oleh motor penggerak
 - f) Sering berbicara berlebihan

Sekilas memang sulit membedakan mana anak yang termasuk mengalami gangguan dan mana yang tidak mengalami gangguan dan mana yang tidak mengalami gangguan. Pada dasarnya balita yang aktif adalah wajar, karena inilah usia dimana anak yang sedang giat-giatnya mengeksplorasi lingkungannya. Mengidentifikasi sebagai berikut : anak dengan gejala hiperaktif tidak dapat duduk diam, banyak ulah, mengganggu ketenangan dan tentunya sulit untuk berkonsentrasi. Ia sering mendapatkan hukuman atau teguran dari guru. Begitu pula halnya dengan lingkungan orangtuanya, di rumah sering mengganggu orang lain, malas belajar maunya main terus. Tentunya ia akan sering mendapatkan teguran atau kena marah, orang tua secara tidak sadar akan membandingkan dengan saudaranya yang lain atau anak lain. Sebagai akibatnya anak merasakan stress, merasa ditolak oleh orang tuanya.

Hal ini dapat menimbulkan perasaan bahwa dirinya bodoh, jelek tidak seperti anak lain. Semangat belajar menurun bahkan dapat berkembang menjadi perasaan benci pada pelajaran sekolah. Dari uraian tersebut maka perilaku anak hiperaktif dapat digolongkan pada perilaku yang menyimpang dengan ditandai oleh aktivitas gerakan berfrekuensi tinggi, sulit untuk duduk manis dan diam tidak bisa konsentrasi penuh dan banyak ulah. Bukan hanya itu, anak-anak yang berperilaku demikian, akan mendapatkan cemoohabaik

dari guru atau pun orang tua secara sadar atau tidak. Sehingga menimbulkan pesimistik dalam diri anak tersebut untuk melakukan suatu hal dan menganggap dirinya bodoh dan tidak mampu

F. Manifestasi Klinis

Menurut (Kemenkes, 2014), anak dengan GPPH memiliki masalah dengan perhatian yaitu:

1. Sering gagal memberi perhatian penuh untuk hal yang rinci atau membuat kesalahan ceroboh.
2. Sering memiliki kesulitan mempertahankan perhatian pada tugas yang membutuhkan waktu lama (tabel diagnosis).
3. Kesulitan mengikuti instruksi dan mengorganisasi tugas dan aktivitas juga merupakan karakteristik anak dengan GPPH.
4. Kontrol impuls yang buruk menyebabkan anak memiliki kesulitan menunggu giliran, sering menjawab pertanyaan sebelum pertanyaan selesai diucapkan, dan sering menginterupsi atau memotong orang lain.

G. Usia Awal GPPH

Menurut (Kemenkes, 2014), usia awal GPPH adalah :

1. Pada masa bayi ada riwayat iritabilitas, sakit perut dan sulit tidur
2. Pada umumnya orang tua mulai menyadari karena anak tidak bisa duduk tenang untuk belajar jalan-jalan di kelas
3. 7 tahun ketika perilaku terstruktur dibutuhkan

H. Variasi GGPH

Menurut (Kemenkes, 2014), variasi GPPH meliputi :

1. GPPH dengan gejala dominant Hiperaktivitas dan impulsivitas
2. GPPH dengan gejala dominant kesukaran memusatkan perhatian
3. GPPH dengan tipe kombinasi

I. Diagnosa

Menurut (Kemenkes, 2014), bila didapatkan seorang anak dengan usia 6 hingga 12 tahun yang menunjukkan tanda-tanda hiperaktif dengan prestasi akademik yang rendah dan kelainan perilaku, hendaknya dilakukan evaluasi awal kemungkinan. Untuk mendiagnosis ADHD digunakan kriteria DSM IV

yang juga digunakan, harus terdapat 3 gejala : Hiperaktif, masalah perhatian dan masalah konduksi

Kriteria Diagnostik GPPH

1. Salah satu dari (1) atau (2) atau keduanya :

- a. Inatensi : 6 atau > gejala sebagai berikut, telah menetap selama sekurangnya 6 bulan sampai tingkat maladaptive dan tidak konsisten dengan tingkat perkembangan anak :
 - 1) Sering gagal memberikan perhatian secara rinci dan kurang berhati-hati dalam tugas sekolah atau aktivitas lain
 - 2) Sering mengalami kesulitan dalam mempertahankan perhatian terhadap tugas atau aktivitas permainan (cepat bosan dan berganti permainan sebelum selesai)
 - 3) Sering tampak tidak mendengarkan ketika sedang bercakap-cakap
 - 4) Sering tidak mengerjakan tugas sesuai instruksi dan gagal menyelesaikan tugas sekolah
 - 5) Sering mengalami kesulitan dalam mengatur tugas dan kegiatan
 - 6) Sering menghindari, enggan atau menolak terlibat tugas yang memerlukan usaha mental yang lama (sepe sekolah atau PR)
 - 7) Sering kehilangan hal-hal barang yang diperlukan tugas dan kegiatan di sekolah atau di rumah
 - 8) Perhatiannya mudah dialihkan oleh rangsang dari luar. Sering lupa dengan aktivitas rutin sehari-hari

2. Hiperaktivitas dan impulsive (min 6 gejala)

a) Hiperaktivitas

- (1) Sering gelisah, tangan dan kakinya bergerak-gerak menggeliat di tempat duduk
- (2) Di kelas selalu bergerak-gerak dan meninggalkan duduk tanpa izin guru, sering mengalami kesulitan bermain atau aktivitas waktu luang secara tenang
- (3) Sering mengalami kesulitan dalam bermain atau waktu luang secara tenang
- (4) Selalu bergerak atau bertindak seakan-akan "di dorong oleh sebuah motor"
- (5) Banyak bicara

b) Impulsivitas

- (1) Sulit menunggu giliran (misal antrian) tidak sabar
- (2) Sering menjawab pertanyaan yang belum diucapkan tanpa dipikir
- (3) Usil dan mengganggu anak lain
- c) Beberapa gejala hiperaktif- impulsif atau inatenasi yang menyebabkan gangguan telah ada sebelum usia 7 tahun
- d) Gejala tersebut tampak pada dua (atau lebih) situasi yang berbeda misal: dirumah dan disekolah
- e) Harus ada bukti jelas adanya gangguan yang bermakna secara klinis dalam fungsi sosial dan skolastik (pendidikan formal)
- f) Gejala tersebut di atas bukan disebabkan autism, skizofrenia, gangguan depresi, dan/ atau gangguan cemas.

Yang Perlu Diperhatikan Dalam Membuat Diagnosis GPPH

Menurut (Kemenkes, 2014), yang perlu diperhatikan dalam membuat diagnosis GPPH adalah :

- a. Perhatikan perilaku anak
- b. Cari masalah lain/komorbiditas
- c. Melihat situasi keluarga : konflik, pola asuh
- d. Situasi sekolah: suasana belajar-mengajar
- e. Lihat kemampuan Skolastik anak

Standar Penanganan

Menurut (Kemenkes, 2014), standar penanganan GPPH meliputi :

- a. Pendekatan pendidikan
- b. Pendekatan perilaku
- c. Terapi okupasi
- d. Pemberian pengobatan
- e. Bila perlu rujuk ke psikiater

Cara Mendeteksi Gangguan Perilaku dan Masalah Mental Emosional Pada Anak TK

(Rencana diganti dengan KMME dalam Buku SISTK).

Menurut (Kemenkes, 2014), cara mendeteksi gangguan perilaku dan masalah mental emosional pada anak TK (Rencana diganti dengan KMME dalam Buku SISTK)

No	Perilaku Anak	Tidak Terdapat	Kadang-kadang	SeringTerdapat
1.	Tidak biasa duduk diam			
2.	Tidak bisa tenang, gugup, gelisah			
3.	Merusak barang (milik sendiri atau orang lain)			
4.	Berkelahi dengan anak lain			
5.	Tidak disukai anak lain			
6.	Khawatir dengan banyak hal			
7.	Lebih suka untuk bekerja dan bermain sendiri			
8.	Mudah tersinggung dan cepat marah			
9.	Tampak murung, sedih dan tidak tertekan			
10.	Terdapat gerakan-gerakan yang tidak terkendali pada wajah dan badannya			
11.	Menggigit jari atau kuku			
12.	Tidak menurut kalau disuruh			
13.	Sukar memusatkan perhatian/ konsentrasi			
14.	Takut menghadapi situasi atau barang baru			
15.	Rewel atau banyak menuntut			
16.	Berbohong			
17.	Masih Mengompol atau berak dicelana			
18.	Gugup			
19.	Mempunyai kesulitan bicara			
20.	Suka mengganggu atau menyakiti orang lain			
21.	Tidak ada perhatian terhadap lingkungan			
22.	Tidak mau meminjamkan/memberi mainan pada anak lain			

23.	Mudah menangis /cengeng			
24.	Menyalahkan orang lain			
25.	Mudah putus asa			
26.	Tidak memperhatikan kepentingan orang/anak lain			
27.	Menunjukkan gangguan dalam perilaku seksual			
28.	Menendang, menggigit atau memukul anak lain			
29.	Suka bengong, melamun			
30.	Apakah anda menganggap anak ini mempunyai masalah tingkah laku			

Keterangan:

Interprestasi :

1. Bila jumlah nilai kurang dari 11, anak tidak perlu dirujuk
2. Bila jumlah nilai lebih dari 11, anak perlu dirujuk

J. Pemeriksaan Penunjang

Tidak ada pemeriksaan laboratorium yang akan menegakkan diagnosis gangguan kekurangan perhatian. Anak yang mengalami hiperaktivitas dilaporkan memperlihatkan jumlah gelombang-gelombang lambat yang bertambah banyak pada elektorensenfrogram mereka, tanpa disertai dengan adanya bukti tentang penyakit neurologik atau epilepsi yang progresif, tetapi penemuan ini mempunyai makna yang tidak pasti. Suatu EEG yang dianalisis oleh komputer akan dapat membantu di dalam melakukan penilaian tentang ketidakmampuan belajar pada anak itu.

K. Komplikasi

1. Diagnosis sekunder : gangguan konduksi, depresi dan penyakit ansietas.
2. Pencapaian akademik kurang, gagal di sekolah, sulit membaca dan mengerjakan aritmatika (sering kali akibat abnormalitas konsentrasi).
3. Hubungan dengan teman sebaya buruk (sering kali akibat perilaku agresif dan kata-kata yang diungkapkan).

L. Penatalaksanaan

Anak-anak dengan GPPH sangat membutuhkan layanan yang tepat dan sesuai, oleh karena itu dibutuhkan adanya asesmen agar pelayanan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan mereka. Asesmen pada anak berkebutuhan khusus dalam hal ini adalah anak dengan GPPH merupakan suatu langkah yang penting, esensial dan fundamental dalam menentukan tahapan-tahapan dan instrumen yang akan digunakan untuk menjawab tantangan dalam memberikan layanan, meyusun program atau penatalaksanaan khususnya bagi anak-anak ADHD (Kemenkes, 2014).

1. Pengobatan serta perawatan yang harus dilaksanakan pada anak yang mengalami gangguan hiperaktif ditujukan kepada keadaan sosial lingkungan rumah dan ruangan kelas penderita serta kepada kebutuhan-kebutuhan akademik dan psikososial anak yang bersangkutan, suatu penjelasan yang terang mengenai keadaan anak tersebut haruslah diberikan kepada kedua orang tuanya dan kepada anak itu sendiri.
2. Anak tersebut hendaklah mempunyai aturan yang berjalan secara teratur menurut jadwal yang sudah ditetapkan dan mengikuti kegiatan rutinnya itu, dan sebaiknya selalu diberikan kata-kata pujian.
3. Perangsangan yang berlebihan serta kelelahan yang sangat hebat haruslah dihindarkan, anak tersebut akan mempunyai saat-saat santai setelah bermain terutama sekali setelah ia melakukan kegiatan fisik yang kuat dan keras
4. Periode sebelum pergi tidur haruslah merupakan masa tenang, dengan cara menghindarkan acara-acara televisi yang merangsang, permainan-permainan yang keras dan jungkir balik.
5. Lingkungan di sekitar tempat tidur sebaiknya diatur sedemikian rupa, barang-barang yang membahayakan dan mudah pecah dihindarkan.
6. Tehnik-tehnik perbaikan aktif yang lebih formal akan dapat membantu, dengan memberikan hadiah kepada anak tersebut berupa bintang atau tanda sehingga mereka dapat mencapai kemajuan dalam tingkah laku mereka.
7. Terapi Medis
 - a. Terapi farmakologi :
Farmakoterapi kerap kali diberikan kepada anak-anak yang mengalami gangguan hiperaktif. Farmakologi yang sering digunakan adalah *dekstroamfetamin*, *metilfenidat*, magnesium pemolin serta

fenotiazin. obat tersebut mempunyai pengaruh-pengaruh sampingan yang lebih sedikit. Cara bekerja obat tersebut mungkin sekali adalah dengan mengadakan modifikasi di dalam gangguan-gangguan fundamental pada rentang perhatian, konsentrasi serta impulsivitas. Oleh karena respon yang akan mereka berikan terhadap pengobatan tidak dapat diramalkan sebelumnya, maka biasanya diperlukan suatu masa percobaan klinik, mungkin akan dibutuhkan waktu 2-3 minggu dengan pemberian pengobatan setiap hari untuk menentukan apakah akan terdapat pengaruh obat itu atau tidak.

b. Dosis:

Obat tersebut diberikan setelah makan pagi dan makan siang, agar hanya memberikan pengaruh yang minimal kepada nafsu makan dan tidur penderita.

(1) Metilfenidat : dosis yang diberikan berbeda-beda sesuai dengan usia masing-masing anak akan tetapi berat badan tidak berpengaruh terhadap dosis.pada awalnya mereka diberikan 5 mg pada saat makan pagi serta pada waktu makan siang. Jika tidak ada respon yang diberikan maka dosis di naikan dengan 2,5 mg dengan selang waktu 3-5 hari. Bagi anak-anak yang berusia 8-9 tahun dosis yang efektif adalah 15-20 mg/24 jam. Sementara itu anak yang berusia lebuh lanjut akan memerlukan dosis sampai 40 mg/jam. Pengaruh obat ini akan berlangsung selama 2-4 hari. Biasanya anak akan bersifat rewel dan menangis. Jika pemakaian obat ini sudah berlangsung lama dan dosis yang diberikan lebih dari 20 mg/jam rata-rata mereka akan mengalami pengurangan 5 cm dari tinggi yang diharapkan.

(2) Dekstroamfetamin : dapat diberikan dalam bentuk yang dilepaskan (showreleased) secara sedikit demi sedikit. Dosis awalnya adalah 10 mg dengan masa kerja selama 8-18 jam sehingga penderita hanya membutuhkan satu dosis saja setiap hari, pada waktu sarapan pagi. Dosisnya kira sebesar setengah dosis metilfenidat, berkisar antara 10-20 mg/jam

(3) Magnesium pemolin : dianjurkan untuk memberikan dosis awal sebesar 18,75 mg, untuk selanjutnya dinaikkan dengan setengah tablet/minggu. Akan dibutuhkan waktu selama 3-4 minggu untuk menetapkan keefektifan obat tersebut. Efek samping dari obat

tersebut adalah berpengaruh terhadap fungsi hati, kegugupan serta kejutan otot yang meningkat.

- (4) Fenotiazin : dapat menurunkan tingkah laku motorik anak yang bersangkutan, efek samping : perasaan mengantuk, iritabilitas serta distonia.
- c. Secara umum efek samping dari pemakaian obat-obatan tersebut diatas adalah anoreksia dan penurunan berat badan, nyeri perut bagian atas serta sukar tidur, anak akan mudah menangis serta peka terhadap celaan ataupun hukuman, detak jantung yang meningkat serta penekanan pertumbuhan. Jika terjadi hal demikian maka pengurangan dosis atau penghentian penggunaan obat-obatan perlu dihentikan.

Deteksi Dini Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktifitas (Gpph) Pada Anak

1. Tujuannya adalah mengetahui secara dini anak adanya Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH) pada anak umur 36 bulan ke atas (Kemenkes RI, 2016).
2. Dilaksanakan atas indikasi bila ada keluhan dari orang tua/pengasuh anak atau ada kecurigaan tenaga kesehatan, kader kesehatan, BKB, petugas PAUD, pengelola TPA dan guru TK. Keluhan tersebut dapat berupa salah satu atau lebih keadaan di bawah ini:
 - a. Anak tidak bisa duduk tenang
 - b. Anak selalu bergerak tanpa tujuan dan tidak mengenal lelah
 - c. Perubahan suasana hati yang mendadak/impulsive(Kemenkes RI, 2016).
3. Alat yang digunakan adalah formulir deteksi dini Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas/GPPH (Abbreviated Conners Rating Scale), Formulir ini terdiri 10 pertanyaan yang ditanyakan kepada orang tua/pengasuh anak/guru TK dan pertanyaan yang perlu pengamatan pemeriksa (Kemenkes RI, 2016).
4. Cara menggunakan formulir deteksi dini GPPH
Menurut (Kemenkes RI, 2016), cara menggunakan formulir deteksi dini GPPH meliputi :
 - a. Ajukan pertanyaan dengan lambat, jelas dan nyaring, satu persatu perilaku yang tertulis pada formulir deteksi dini GPPH. Jelaskan kepada orangtua/pengasuh anak untuk tidak ragu-ragu atau takut menjawab.

- b. Lakukan pengamatan kemampuan anak sesuai dengan pertanyaan pada formulir deteksi dini GPPH.
 - c. Keadaan yang ditanyakan/diamati ada pada anak dimanapun anak berada, misal ketika di rumah, sekolah, pasar, toko, dll); setiap saat dan ketika anak dengan siapa saja.
 - d. Catat jawaban dan hasil pengamatan perilaku anak selama dilakukan pemeriksaan.
 - e. Teliti kembali apakah semua pertanyaan telah dijawab.
 5. Interpretasi
- Menurut (Kemenkes RI, 2016), beri nilai pada masing-masing jawaban sesuai dengan "bobot nilai" berikut ini, dan jumlahkan nilai masing-masing jawaban menjadi nilai total
- a. Nilai 0: jika keadaan tersebut tidak ditemukan pada anak.
 - b. Nilai 1: jika keadaan tersebut kadang-kadang ditemukan pada anak.
 - c. Nilai 2: jika keadaan tersebut sering ditemukan pada anak.
 - d. Nilai 3: jika keadaan tersebut selalu ada pada anak.
 - e. Bila nilai total 13 atau lebih anak kemungkinan dengan GPPH.

6. Intervensi

Menurut (Kemenkes RI, 2016), intervensi anak dengan GPPH meliputi:

- a. Anak dengan kemungkinan GPPH perlu dirujuk ke Rumah Sakit yang memberi pelayanan rujukan tumbuh kembang atau memiliki fasilitas kesehatan jiwa untuk konsultasi dan lebih lanjut.
- b. Bila nilai total kurang dari 13 tetapi anda ragu-ragu, jadwalkan pemeriksaan ulang 1 bulan kemudian. Ajukan pertanyaan kepada orang-orang terdekat dengan anak (orang tua, pengasuh, nenek, guru, dsb).

M. Pendokumentasian

ASUHAN KEBIDANAN PADA BALITA X Usia 36 Bulan dengan Hiperaktivitas di PUSKESMAS Slawi

1. Subjektif (S)

Ibu mengatakan anaknya mengalami kesulitan bertahan pada satu aktivitas

Ibu mengatakan anaknya tidak mendengarkan sewaktu diajak bicara

Ibu mengatakan anaknya sangat aktif dan tidak mau diam.

2. Objektif (O)

Keadaan umum bayi baik

Kesadaran komposmentis

Tanda-tanda vital : Heart Rate : 140 x/menit. Pernafasan : 48 x/menit. Suhu : 36,9°C
4. Berat badan : 12 kg

Hasil pemeriksaan GPPH : nilai total 13 atau lebih anak kemungkinan dengan GPPH.

3. Assesment (A)

Balita X umur 36 bulan dengan Hiperaktivitas

4. Planning (P)

- a. Mengobservasi tanda-tanda vital

Hasil : Heart Rate : 142 x/menit Pernafasan : 48 x/menit Suhu : 36,9°C

- b. Menimbang berat badan balita.

Hasil : 12 kg

- c. Mengajarkan ibu cara merawat anak sehari-hari

Hasil : ibu sudah mengetahui cara merawat anak sehari-hari

- d. Memberikan nutrisi pada anaknya.

Hasil : bayi sudah menyusui pada ibunya

- e. Menganjurkan kepada ibu untuk mengkomsumsi makanan bergizi

Hasil : ibu bersedia melakukan apa yang dianjurkan

- f. Pengobatan serta perawatan yang harus dilaksanakan pada anak yang mengalami gangguan hiperaktif ditujukan kepada keadaan sosial lingkungan rumah dan ruangan kelas penderita serta kepada kebutuhan-kebutuhan akademik dan psikososial anak yang bersangkutan, suatu penjelasan yang terang mengenai keadaan anak tersebut haruslah diberikan kepada kedua orang tuanya dan kepada anak itu sendiri.

- g. Anak tersebut hendaklah mempunyai aturan yang berjalan secara teratur menurut jadwal yang sudah ditetapkan dan mengikuti kegiatan rutinnya itu, dan sebaiknya selalu diberikan kata-kata pujian.

- h. Perangsangan yang berlebihan serta keletihan yang sangat hebat haruslah dihindarkan, anak tersebut akan mempunyai saat-saat santai setelah bermain terutama sekali setelah ia melakukan kegiatan fisik yang kuat dan keras

- i. Periode sebelum pergi tidur haruslah merupakan masa tenang, dengan cara menghindarkan acara-acara televisi yang merangsang, permainan-permainan yang keras dan jungkir balik.
 - j. Lingkungan di sekitar tempat tidur sebaiknya diatur sedemikian rupa, barang-barang yang membahayakan dan mudah pecah dihindarkan.
 - k. Teknik-teknik perbaikan aktif yang lebih formal akan dapat membantu, dengan memberikan hadiah kepada anak tersebut berupa bintang atau tanda sehingga mereka dapat mencapai kemajuan dalam tingkah laku mereka.
 - l. Melakukan pendokumentasian
- Hasil : sudah melakukan pendokumentasian.

N. Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)

1. Seorang balita laki-laki dengan usia 36 bulan dilakukan pemeriksaan DDST di puskesmas. Dari hasil pemeriksaan didapatkan ada 1 caution untuk tugas perkembangan di sektor motorik halus, ada 1 tugas perkembangan yang menolak di sebelah kanan usia pada sektor personal social dan 1 gagal pada perkembangan bahasa. Apakah hasil deteksi perkembangan pada kasus tersebut?

- a. Delay
- b. Refuse
- c. Normal
- d. Caution
- e. Advance

Pembahasan :

Fokus pada pertanyaan : Apakah hasil deteksi perkembangan pada kasus tersebut? kemudian perhatikan masalah utamanya ada 1 caution untuk tugas perkembangan di sektor motorik halus, ada 1 tugas perkembangan yang menolak di sebelah kanan usia pada sektor personal social dan 1 gagal pada perkembangan bahasa. Interpretasi dari nilai Denver II meliputi:

1. Advanced

Bila anak mampu melaksanakan tugas pada item disebelah kanan garis umur, lulus kurang dari 25% anak yang lebih tua dari usia tersebut.

2. Normal

Bila anak gagal/ menolak tugas pada item disebelah kanan garis umur, lulus/gagal/menolak pada item antara 25-75% (warna putih).

3. Caution

Tulis C pada sebelah kanan blok, gagal/menolak pada item antara 75-100% (warna hijau).

4. Delay

Gagal/menolak item yang ada disebelah kiri dari garis umur.

2. Seorang ibu membawa anaknya yang berumur 3 tahun ke Puskesmas untuk diperiksa tumbuh kembangnya. Hasil pemeriksaan KPSP menunjukkan interpretasi meragukan. Tindakan apakah yang harus dilakukan pada alur rujukan dini pada kasus tersebut?

a. Dilakukan tindakan intervensi 2 minggu

- b. Lakukan rujukan ke dokter spesialis anak
- c. Dilakukan tindakan intervensi 4 minggu
- d. Lakukan rujukan ke klinik tumbuh kembang
- e. Segera dilakukan pemeriksaan ulang 2 bulan

Pembahasan :

Fokus pada pertanyaan Tindakan apakah yang harus dilakukan pada alur rujukan dini pada kasus tersebut? Kemudian perhatikan masalah utamanya yaitu hasil pemeriksaan KPSP menunjukkan interpretasi meragukan.

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. Seorang ibu membawa anak laki-lakinya yang berumur 3 tahun ke Puskesmas untuk pemeriksaan tumbuh kembang. Hasil pemeriksaan KPSP menunjukkan anak mampu melakukan 7 dari 10 tahap perkembangan. Bagaimanakah interpretasi hasil KPSP anak tersebut?
- a. Refuse
 - b. Sesuai

- c. Bay report
- d. Meragukan**
- e. Penyimpangan

Pembahasan :

Fokus pada pertanyaan : Bagaimana interpretasi hasil KPSP anak tersebut? Kemudian focus pada masalah utamanya hasil pemeriksaan KPSP menunjukkan anak mampu melakukan 7 dari 10 tahap perkembangan untuk interpretasi KPSP caranya dengan : 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).

4. Seorang ibu membawa bayinya yang berusia 4 bulan ke Puskesmas untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangannya. Hasil pemeriksaan S 36,7 derajat C, dan skreening dengan KPSP anak belum bisa mengangkat kepalanya, didapatkan nilai 7 M, TTV normal. Apakah tindakan yang diberikan pada kasus tersebut
 - a. Berikan petunjuk pada ibu untuk melakukan stimulasi seperlunya
 - b. Lakukan penilaian ulang KPSP 4 minggu kemudian sesuai umur anak
 - c. Lakukan penilaian ulang KPSP 3 minggu kemudian sesuai umur anak
 - d. Ajarkan pada ibu untuk melakukan intervensi stimulasi usia 5 bulan
- e. Lakukan pemeriksaan kesehatan untuk mengetahui penyebab penyimpangan perkembangan**

Pembahasan :

Focus pada pertanyaan : Apakah tindakan yang diberikan pada kasus tersebut? Kemudian perhatikan masalah utamanya anak belum bisa mengangkat kepalanya, didapatkan nilai 7 M.

Bila perkembangan anak meragukan (M), lakukan tindakan berikut : a. Beri petunjuk pada ibu agar melakukan stmulasi 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).

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).

5. Seorang anak umur 36 bulan datang Bersama orang tuanya ke RS dengan keluhan anaknya sangat aktif, tidak dapat duduk tenang, selalu bergerak tanpa tujuan, dan impulsive. Apakah yang terjadi pada kasus tersebut?
 - a. Autism
 - b. Sindrom down
 - c. Hiperaktivitas
 - d. GPPH**
 - e. Retardasi mental

Pembahasan :

Fokus pada pertanyaan : apakah yang terjadi pada kasus tersebut?kemudian perhatikan masalah utama anaknya sangat aktif, tidak dapat duduk tenang, selalu bergerak tanpa tujuan, dan impulsive. Anak dengan GPPH mempunyai gejala : sering gagal memberi perhatian penuh untuk hal yang rinci atau membuat kesalahan ceroboh, sering memiliki kesulitan mempertahankan perhatian pada tugas yang membutuhkan waktu lama, kesulitan mengikuti instruksi dan mengorganisasi tugas dan aktivitas juga merupakan karakteristik anak dengan GPPH, kontrol impuls yang buruk menyebabkan anak memiliki kesulitan menunggu giliran, sering menjawab pertanyaan sebelum pertanyaan selesai diucapkan, dan sering menginterupsi atau memotong orang lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggara&Satiningsih, O. F. (2021). Penyusunan Asesmen Kebutuhan Anak Dengan Gangguan Pemusatkan Perhatian dan Hiperaktifitas (GPPH). *Jurnal Ilmu Psikologi*, 12(2), 196 – 207.
- Kemenkes, 2014. (2014). Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan, dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak. *Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1524*, 365.
- Kemenkes RI. (2016). *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak*.
- Prasasti&Wahyun, S. (n.d.). *Peran Orang Tua dalam Penanganan Anak Hiperaktif*.
- Yuwono, I. (n.d.). *Alternatif Penanganan Anak Hiperaktif Menggunakan Terapi Gelombang Otak*. <http://eprints.ulm.ac.id/319/1/JURNAL 2.pdf>

BAB 8

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH DENGAN MASALAH ANAK TIDAK MAU MAKAN

Elwitri Silvia, S.ST., M.Keb



BAB 8

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK

PRASEKOLAH DENGAN MASALAH ANAK TIDAK MAU MAKAN

Elwitri Silvia, S.ST., M.KEB

A. Pendahuluan

Pemberian makan sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan anak. Sebuah studi potong lintang yang dilakukan di Indonesia tahun 2018 menyatakan bahwa ada hubungan yang positif antara praktik pemberian makan ibu dengan frekuensi penolakan makan pada anak. Semakin awal praktik pemberian makan yang benar dilakukan, maka semakin jarang terjadi penolakan makan pada anak. Praktik pemberian makan yang tepat dapat berdampak positif pada status gizi anak (Hizni, Muis, Kunaepah, & Sulistiyon, 2019).

Perilaku makan anak merupakan pondasi untuk pembentukan pola makan di kemudian hari, bahkan perilaku ini cenderung menetap hingga remaja sampai dewasa (Ogden, 2014). Orang tua, khususnya ibu yang mengasuh anak memainkan peranan dalam penataan pengalaman pertama anak terkait makanan dan makan (Infant and Toddler Forum, 2016). Kurangnya kesadaran ibu dalam memberikan aturan makan yang benar seperti cara memberikan ASI, MPASI dan susu formula yang sesuai, bisa menyebabkan kesulitan makan pada anak. Jika seorang anak mengalami kesulitan menerima MPASI, dapat menyebabkan hambatan dalam peralihan ASI ke MPASI yang berisiko terjadinya malnutrisi(UNICEF, 2019b)

Malnutrisi pada balita merupakan masalah kesehatan yang serius di Indonesia dengan angka kejadian mencapai 19,6%. Kesulitan makan dan penolakan makan (tidak mau makan) telah menjadi masalah utama baik dalam proses pemberian makan maupun dalam pemenuhan kebutuhan gizi. Kesulitan makan pada anak yang tidak segera ditangani dapat menyebabkan malnutrisi, stunting, dehidrasi, kekurangan berat badan, ketidakseimbangan elektrolit, gangguan perkembangan kognitif, gangguan kecemasan dan keadaan berat lainnya yang bisa saja mengancam nyawa (Almatsir, Soetardjo, & Moesijanti, 2017).

B. Definisi

Tidak mau makan (*food aversion/food refusal/fussy eating*) adalah ketika balita atau anak menolak makanan yang disajikan kepadanya meskipun sesuai dengan perkembangannya. Ada berbagai faktor yang mungkin berperan dalam pengalaman makan, termasuk masalah sensori makanan (Brown, 2020).

Penolakan makan mencakup berbagai masalah makan anak yang didefinisikan sebagai penolakan anak untuk makan semua atau sebagian besar makanan yang disajikan sehingga mengakibatkan kegagalan anak untuk memenuhi kalori atau nutrisinya. Penolakan makan juga tergambar pada perilaku tertentu seperti menoleh dan menutup mulut bergantung pada penyajian makanan, memuntahkan makanan, berlama-lama dengan makanan, tersedak bahkan muntah (UNICEF, 2019a)

C. Patofisiologi

Ada beberapa penyebab anak tidak mau makan :

1. Masalah makan sering terjadi pada anak karena jumlah makanan yang dimakan anak sangat berubah selama 3 tahun pertama kehidupannya. Pada usia 8 bulan, anak mulai menunjukkan minat untuk makan sendiri, misalnya dengan meraih sendok. Antara usia 12 dan 24 bulan, anak-anak mulai makan makanan yang sama dengan anggota keluarga lainnya dan mulai mengembangkan preferensi terhadap makanan tertentu. Pada usia 18 bulan, batita sering belakar makan sendiri dengan sendok. Pada usia 24 bulan, mereka mulai mempelajari lebih banyak pengendalian diri dan keterampilan sosial seputar makan, seperti duduk diam. Pada usia 36 bulan, meskipun preferensi makanan berkembang dan anak-anak meningkatkan variasi makanan yang mereka makan, nafsu makan mereka mungkin menurun. Semua perubahan ini seharusnya mendapat support system yang baik, baik dari sisi ibu/orang tua/pengasuh (terkait dengan pengetahuan tentang *feeding rules* dan praktik pemberian makan yang benar) maupun lingkungan dimana anak berada.
2. Laju pertumbuhan balita melambat sehingga menjadi hal yang mengejutkan ketika bayi usia 18 bulan, porsi makannya lebih sedikit dibandingkan ketika mereka berusia 10 bulan. Berat badan bayi naik kira-kira 1 kg dalam dua bulan. Antara usia 1 sampai dengan 3 tahun pertumbuhan balita melambat dan berat badan balita hanya naik 2 kg

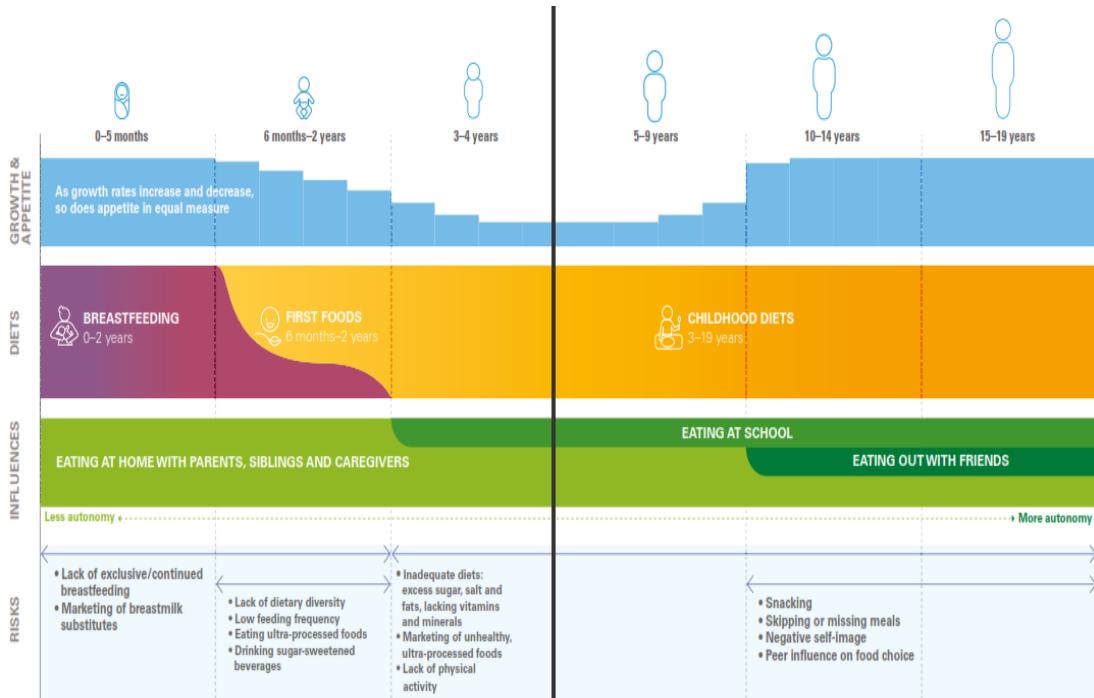
dalam setahun. Jadi nafsu makan balita sedikit menurun dibandingkan ketika bayi karena jumlah makanan yang dibutuhkan seorang anak tergantung pada kecepatan mereka bertumbuh.

3. Kebiasaan minum susu dalam porsi lebih besar dari yang seharusnya sesuai usia anak akan menurunkan nafsu makan anak. Cairan manis seperti jus (dari buah dan pemanis seperti gula) seiring diberikan pada balita yang sama sekali tidak diperlukan dalam pemenuhan gizi balita. Sebaiknya hindari minum banyak air sesaat sebelum makan.
4. Balita sudah mulai mandiri dan sudah bisa mengatakan "tidak".
5. Menunda pemberian MPASI pada anak. Penelitian menunjukkan bahwa penundaan pemberian MPASI pada anak sampai usia 10 bulan meningkatkan risiko *fussy eater* pada anak.

(Central Coast Healthy, 2017)

D. Faktor Risiko

Pada segala usia, anak-anak yang dibiarkan terus menerus melakukan penolakan makan tanpa diberi intervensi, tidak akan mengonsumsi makanan dengan nutrisi atau keragaman yang cukup dan mereka akan mengonsumsi terlalu banyak gula, garam dan lemak baik dari susu, minuman manis maupun dari cemilan. Risiko pada segala usia dapat menyebabkan satu atau lebih bentuk malnutrisi: stunting, wasting, overweight dan obesitas. Kondisi ini dapat mempengaruhi prestasi belajar di sekolah dan peluang ekonomi seumur hidup serta meningkatkan risiko buruk terkait kesehatan hingga dewasa (UNICEF, 2019a)



Sumber : (UNICEF, 2019a)

Pada setiap tahap masa kanak-kanak, anak-anak memiliki kebutuhan nutrisi, risiko dan perilaku makan yang unik (UNICEF, 2019a)

E. Manifestasi Klinis

Penolakan makan tergambar pada perilaku tertentu seperti menoleh dan menutup mulut bergantung pada penyajian makanan, memuntahkan makanan, berlama-lama dengan makanan, tersedak bahkan muntah (UNICEF, 2019a). Terdapat manifestasi klinis tertentu merupakan tanda bahaya yang harus dievaluasi dan ditangani secara komprehensif oleh ahli yang kompeten dan simultan pada setiap keluhan masalah makan, yaitu:

1. Kelainan struktural

- Abnormalitas naso faring: atresiakoana, bibir sumbing, sekuens Pierre Robin, makroglosia, ankiloglosia
- Abnormalitas laring dan trakea: *laryngeal cleft*, kista laring, stenosis subglotis, laringo-trakeomalasia
- Abnormalitas esofagus: fistula trakeoesophageal, atresia/stenosis esofagus, striktur esofagus, cincin vaskular

2. Kelainan neurodevelopmental

- Palsi serebral
- Malformasi Arnold-Chiari

- Meningomielokel
 - Disautonomia familial
 - Distrofi muskular
 - Miastenia gravis
 - Distrofi okulofaringeal
3. Tanda dan gejala yang mengindikkan adanya masalah medis yang mendasari masalah makan, antara lain:
- Muntah/regurgitasi berulang
 - Posisi Sandifer (back arching)
 - Diare berulang/diare kronik/diare berdarah
 - Batuk lebih dari 2 minggu atau batuk lebih dari 3 episode dalam kurun waktu 3 bulan
 - Tampak kesakitan/menangis/menjengking saat diberi makan
 - Pucat
 - Demam yang tidak diketahui penyebabnya selama 2 minggu
 - Pembesaran kelenjar getah bening (KGB) leher/inguinal/aksila
 - Sesak saat minum
- (Sjarif et al., 2014)

F. Pencegahan

Beberapa hal yang bisa dilakukan agar anak tidak terjadi masalah makan / *food refusal* pada anak:

1. Ikuti *feeding rules* / aturan pemberian makan pada anak, seperti tabel dibawah ini:

Tabel 8.1 Aturan Pemberian Makan (*Feeding Rules*)

<i>Feeding Rules</i> (Aturan Pemberian Makan)	
Jadwal	Ada jadwal makanan utama dan makanan selingan (<i>snack</i>) yang teratur yaitu tiga kali makanan utama dan dua kali makanan kecil diantaranya. Susu dapat diberikan dua-tiga kali sehari. Waktu makan tidak boleh lebih dari 30 menit Hanya boleh mengonsumsi air putih diantara waktu makan
Lingkungan	Lingkungan yang menyenangkan (tidak boleh ada paksaan untuk makan) Tidak ada distraksi (mainan, televisi, perangkat, permainan elektronik) saat makan Jangan memberikan makanan sebagai hadiah Dorong anak untuk makan sendiri

Prosedur	Bila anak menunjukkan tanda tidak mau makan (mengatupkan mulut, memalingkan kepala, menangis) tawarkan kembali makanan secara netral yaitu tanpa membujuk ataupun memaksa. Bila setelah 10-15 menit anak tetap tidak mau makan, akhiri proses makan (Sjarif et al., 2014)
----------	--

2. Sesuaikan tekstur makanan, frekuensi makan dan porsi makanan dengan usia anak, seperti tabel dibawah ini

Tabel 8.2 Cara Pemberian Makan

Usia	Tekstur Makanan	Frekuensi Makan	Banyak Makanan per sekali makan
0-6 bulan	Kebutuhan energi dan nutrisi dapat terpenuhi seluruhnya oleh Air Susu Ibu (ASI)		
6-9 bulan	- Puree (saring) - Mashed (lumat)	2-3 kali makan besar dan 1-2 kali makan selingan	2-3 sendok makan, ditingkatkan perlahan hingga setengah mangkuk ukuran 250 ml
9-12 bulan	- Minced (Cincang halus) - Chopped (Cincang Kasar) - Finger Food	3-4 kali makan besar dan 1-2 kali makan selingan	Setengah mangkuk ukuran 250 ml
12-24 bulan	- Makanan Keluarga	3-4 kali makan besar dan 1-2 kali makan selingan	Tiga perempat hingga satu mangkuk penuh ukuran 250 ml
24 bulan atau lebih	Makanan Keluarga	3-4 kali makan besar dan 2 kali makan selingan	1/3 -1/2 porso makanan orang dewasa

Keterangan :

- Puree adalah makanan yang dihaluskan hingga menjadi bubur kental
- Mashed adalah makanan yang dilumatkan hingga halus
- Minced adalah makanan yang dicincang halus
- Chopped adalah makanan yang dicincang kasar
- Finger Food adalah makanan yang dapat dipegang oleh anak

(Setiyani, Sukes, & Esyuananik, 2016)

3. Makan bersama keluarga, mintalah anak untuk makan di meja makan
4. Tetapkan rutinitas untuk makan dan kudapan:
 - a. Beritahu anak bahwa makanan akan siap dalam beberapa menit
 - b. Atur tempat anak di meja
 - c. Siapkan semuanya sebelum mendudukkan anak di meja bersama keluarga
 - d. Tempatkan anak di tempat duduk yang sesuai seperti kursi makan anak
 - e. Sepanjang waktu makan, kenali isyarat anak ketika dia lapar dan kenyang
5. Berikan porsi dan tekstur sesuai usia
 - a. Untuk batita, makanan yang lebih keras sebaiknya dihaluskan atau dipotong kecil-kecil
 - b. Balita dan anak prasekolah harus mendapatkan berbagai nutrisi dengan menawarkan makanan dari semua kelompok makanan: roti/biji-bijian, sayuran, buah-buahan, susu, daging dan sumber protein lainnya.
 - c. Secara umum, ukuran porsi buah, sayuran, biji-bijian seharusnya sebesar ukuran kepalan tangan anak. Porsi daging, unggas dan ikan seharusnya sebesar telapak tangan anak
6. Jangan memaksa anak untuk menghabiskan makanannya. Hindari menjadikan makan sebagai insentif atau hukuman.
7. Hadiah perilaku makan yang baik dengan memperhatikan dan memuji saat anak makan. Berikan perhatian dan pujian untuk hal-hal seperti makan dengan benar menggunakan sendok, mencoba makanan baru atau tetap duduk selama makan

(Infant and Toddler Forum, 2016)

G. Diagnosis

Berdasarkan hasil penelitian nasional multisenter yang melibatkan 1116 anak usia 1-3 tahun dari 11 provinsi di Indonesia yang mengalami masalah makan atau berat badan, didapatkan bahwa terdapat tiga temuan utama yang menjadi acuan penegakan diagnosis yaitu keluhan orangtua, status gizi dan penerapan *feeding rules*. Berdasarkan tiga temuan ini, masalah makan dapat diklasifikasikan menjadi :

1. Inappropriate feeding practice

2. Small eaters
3. Parental misperception

Inappropriate feeding practice dapat terjadi primer karena kurangnya pengetahuan orangtua mengenai pemberian makan yang benar atau sekunder sebagai respon terhadap *small eaters, parental misperception dan food preference*. Ketidakmampuan orangtua untuk memberi makan secara benar dapat mengakibatkan masalah makan. Ketidakmampuan ini dapat disebabkan karena kurangnya pengetahuan mengenai empat aspek cara pemberian makan yang benar yaitu:

1. Tepat waktu
2. Kuantitas dan kualitas makanan
3. Penyiapan dan penyajian yang higienis
4. Pemberian makan yang sesuai dengan tahapan perkembangan anak dengan menerapkan *feeding rules*

Inappropriate feeding practice adalah perilaku makan yang salah, yaitu tidak mengikuti *feeding rules* atau pemberian makanan yang tidak sesuai usia. Praktik pemberian makan yang salah, meliputi jenis makanan dan perilaku makan, berkontribusi besar terhadap terjadinya *inappropriate feeding practice*. Praktik pemberian makan yang salah sering kali sudah terjadi sejak proses penyapihan, yaitu saat dimulainya pemberian makanan pendamping ASI (MPASI). Periode penyapihan merupakan periode penting untuk mengenalkan makanan dan melatih kemampuan oromotor agar anak dapat mengonsumsi makanan keluarga

(Sjarif et al., 2014)

H. Penatalaksanaan dan Kemungkinan Komplikasi

1. *Inappropriate feeding practice*

Inappropriate feeding practice adalah masalah makan yang disebabkan oleh perilaku yang salah ataupun pemberian makanan yang tidak sesuai dengan usia. Penyebab *inappropriate feeding practice* perlu ditelusuri lebih lanjut, primer atau sekunder. *Inappropriate feeding practice* primer disebabkan karena kurangnya pengetahuan orang tua mengenai empat aspek cara pemberian makan yang benar, yaitu: (1)tepat waktu, (2) kuantitas dan kualitas makanan, (3) penyiapan dan penyajian yang higienis, serta (4) pemberian makan yang sesuai dengan tahapan perkembangan anak dengan menerapkan *feeding rules*.

Penatalaksanaan *inappropriate feeding practice* adalah edukasi feeding rules yang benar sebagai bagian dari penerapan asuhan nutrisi pediatrik. Perlu diberikan edukasi mengenai pemberian makanan sesuai usia (*age-appropriate food*) serta kualitas dan kuantitas makanan. Pemberian makanan sesuai usia mencakup aspek tekstur dan rasio makanan padat dan cair. Beberapa orang tua mengeluhkan anak tidak mampu mengonsumsi makanan dengan tekstur yang sesuai dengan usianya, misalnya anak usia 1 tahun hanya mampu mengonsumsi makanan lumat atau diblender. Pada anak sehat dengan perkembangan normal, hal ini umumnya terkait dengan kurangnya latihan oromotor pada periode kritis yaitu 6-12 bulan. Rasio makanan padat dan cair juga harus diperhatikan, untuk anak usia 1 tahun, dianjurkan makanan padat sebanyak 70% dan makanan dalam bentuk cair (susu) sebanyak 30% dari total kebutuhan kalori dalam sehari.

Kualitas dan kuantitas makanan juga perlu dievaluasi. Kuantitas makanan yang cukup akan menghasilkan status gizi yang baik, namun tidak otomatis menyatakan kualitas makanan yang baik. Contoh, sebuah penelitian menyatakan bahwa pada anak dengan gizi baik terdapat 10% anak yang mengalami defisiensi besi (feritin serum <10 ng/mL). Kualitas makanan dinilai dari kelengkapan konsumsi empat kelompok utama makanan, yaitu (1) karbohidrat, (2) protein, (3) sayur dan buah, dan (4) susu. Konsumsi makanan yang tidak seimbang berisiko menyebabkan defisiensi makronutrien dan mikronutrien tertentu

2. *Small eaters*

Small eaters/infantile anorexia/vigorous child with little interest feeding adalah masalah makan pada anak dengan keluhan makan sedikit, status gizi kurang dan *feeding rules* benar. Anak pada kelompok ini memiliki respons otonomik yang berbeda. Onset penolakan makan umumnya terjadi pada saat transisi ke MPASI atau makan mandiri yaitu pada usia 6 bulan sampai 3 tahun. Anak dengan *small eaters* adalah anak aktif, perkembangan normal, seringkali lebih tertarik pada lingkungan dibandingkan makanan dan tidak memiliki masalah medis yang mendasari. Orangtua yang memiliki anak dengan masalah ini umumnya menjadi cemas dan mengompensasi makan yang sedikit dengan pemberian camilan yang justru menurunkan selera terhadap makanan utama dan pada akhirnya menyebabkan orangtua memaksa anak makan.

Bila *small eaters* tidak ditangani dengan benar, anak dapat mengalami gagal tumbuh.

Tata laksana ditujukan untuk meningkatkan nafsu makan dengan menciptakan rasalapar, sehingga anak dapat menikmati makan. Ini dapat dicapai dengan penerapan Ifeeding rules, yaitu adanya jadwal makan yang terstruktur dan teratur sehingga menciptakan rasa lapar dan kenyang. Walaupun anak hanya makan sedikit, perlu diingatkan agar orang tua tidak tergoda untuk menawarkan makanan maupun susu di luar jadwal jam makan. Orangtua juga disarankan agar mengurangi seminimal mungkin distraksi selama proses pemberian makan. Distraksi dapat berupa televisi, mainan, perangkat permainan elektronik, dan lain-lain.

Anak dengan *small eaters* berisiko mengalami gagal tumbuh karena asupan yang kurang. Oleh karena itu, pertumbuhan harus dipantau berkala dan berta badan harus sesuai grafik pertumbuhan. Untuk menangani gagal tumbuh pada kelompok ini, dibutuhkan peningkatan desnitas energi dan nutrien yang dapat dicapai dengan beberapa cara. Keletzko dan Doukopil menyarankan pendekatan berikut secara berurutan untuk meningkatkan densitas energi:

- a. Analisis diet, kebutuhan kalori dan masalah makan
- b. Konseling individu mengenai asupan diet dan praktik pemberian makan
- c. Tawarkan makanan utama dan camilan lebih sering
- d. Peningkatan kalori makanan rumah atau formula dengan polimer glukosa dan/atau lemak dalam bentuk minyak, mentega, santan atau susu
- e. Penggunaan suplemen nutrisi oral (ONS, *Oral Nutrition Supplement*)
- f. Pemberian nutrisi enteral
- g. Pemberian nutrisi parenteral

Makanan yang dianjurkan untuk anak usia 1-3 tahun terdiri dari makanan keluarga berupa makanan padat dan ASI/susu dengan rasio 70% makanan padat dan 30% ASI/susu. Perhitungan kebutuhan kalori total dilakukan berdasarkan rekomendasi asupan nutrisipediatrik IDAI. Susu formula untuk anak usia 1-3 tahun dikelompokkan sebagai susu formula pertumbuhan. Susu formula untuk anak usia 6-36 bulan memiliki kalori 60-85 kkal/100mL.

3. Food preference

Terminologi *food preference* mencakup keluhan pilih-pilih makanan atau penolakan terhadap makanan tertentu. Terdapat gradasi yang cukup luas dalam hal *food preference*. Anak normal dapat neufobia dalam fase perkembangannya yaitu penolakan terhadap makanan baru. Dovey dalam rekomendasi IDAI tentang Pendekatan Diagnosis dan Tata Laksana Masalah Makan pada Batita di Indonesia menyatakan bahwa terminologi ini berasal dari teori Rozin's *omnivore's dilemma*, yaitu suatu proses yang digambarkan sebagai mekanisme evolusi *survival* yang menguntungkan untuk membantu anak menghindari konsumsi substansi beracum saat sang anak sudah memiliki kemampuan mobilitas dan memilih makanannya sendiri tanpa pengawasan orangtua. Terdapat argumen mengenai onset usia terjadinya *food neophobia*. Beberapa literatur menyatakan *food neophobia* mulai terjadi pada usia 1-3 tahun dan mencapai puncak pada usia 2-6 tahun. Perilaku ini menurun seiring bertambahnya usia dan relatif stabil pada titik terendah pada usia dewasa.

Mennela dalam rekomendasi IDAI tentang Pendekatan Diagnosis dan Tata Laksana Masalah Makan pada Batita di Indonesia menyatakan bahwa paparan terhadap rasa sudah terjadi melalui cairan amnion *in utero* atau melalui ASI. Neufobia yang merupakan fase normal dalam perkembangan seorang anak dapat berlanjut menjadi penolakan berkepanjangan dan konsisten terhadap makanan tertentu sehingga menimbulkan masalah makan berupa *food preference*, yang memiliki spektrum mulai dari *picky eater* sampai *selective eater*.

Picky eater umumnya didefinisikan sebagai anak yang mau mengonsumsi berbagai jenis makanan baik yang sudah maupun yang belum dikenalnya tetapi menolak mengonsumsi dalam jumlah yang cukup. Selain kuantitas makanan yang tidak adekuat, *picky eating* juga mencakup masalah rasa dan tekstur makanan. Sedangkan *food neophobia* adalah terminologi yang menyatakan penolakan terhadap jenis makanan yang belum dikenal. Pada dasarnya *picky eater* dibedakan dari *food neophobia* melalui *novelty* makanan apakah makanan tersebut baru bagi sang anak).

Pada rekomendasi IDAI, *food preference* dikelompokkan menjadi dua berdasarkan kelengkapan kelompok makanan yang dikonsumsi, yaitu *picky eater* dan *selective eater*. *Picky eater* didefinisikan sebagai anak yang menolak makanan tertentu atau pilih-pilih makan, namun masih

mengonsumsi minimal satu macam dari setiap kelompok makanan, yaitu karbohidrat, protein, sayur/buah dan susu, sedangkan *selective eater* adalah anak yang menolak semua jenis makanan dalam kelompok makanan tertentu, misalnya menolak semua makanan sumbernya protein. *Picky eater* masih merupakan fase normal dalam perkembangan seorang anak, sedangkan *selective eater* merupakan *food preference* yang patologis karena menyebabkan hilangnya asupan salah satu dari keempat kelompok makanan sehingga akhir berisiko mengalami defisiensi makronutrien atau mikronutrien tertentu. *Selective eater* umumnya terjadi pada anak dengan gangguan perkembangan tertentu, misalnya *autism spectrum disorder*, *posttraumatic feeding disorder*, gangguan menelan, keterlambatan oromotor dan kelainan gastrointestinal.

Faktor yang mempengaruhi terjadinya *food neophobia* dan *food preference* antara lain paparan makanan pada usia dini, tekanan dalam proses makan, tipe kepribadian, *parental feeding styles*, dan pengaruh lingkungan. Intervensi perilaku berupa pengenalan makanan bar sejak usia dini merupakan salah satu upaya pencegahan *picky eater*. Tata laksana *picky eater* maupun *selective eater* adalah mengatasi ketidaksukaan terhadap makanan dengan pengenalan sistematis terhadap makanan baru (*systematic introduction of new food*), menggunakan prinsip berikut:

- a. Sajikan makanan dalam porsi kecil
- b. Pilihan makanan orangtua akan mempengaruhi menu yang disajikan bagi anak. Oleh karena itu, perlu diperhatikan agar orangtua menyajikan berbagai jenis makanan walaupun makanan tersebut bukan kesukaan orangtua
- c. Paparkan anak terhadap makanan baru sebanyak 10-15 kali. Penelitian menunjukkan 10 atau lebih paparan dibutuhkan untuk meningkatkan penerimaan terhadap makanan pada anak usia 2 tahun, sedangkan untuk anak usia 4-5 tahun dibutuhkan 8 sampai 15 kali paparan. Untuk pengenalan awal, makanan dapat disajikan di piring orangtua.
- d. Sajikan makanan di meja pada jarak yang terjangkau oleh anak, tanpa menawarkan ke anak. Batita umumnya lebih tertarik mencoba makanan baru bila mereka memegang kendali, namun bila mereka diminta atau disuruh memakan sesuatu, maka umumnya mereka secara spontan akan menolak.

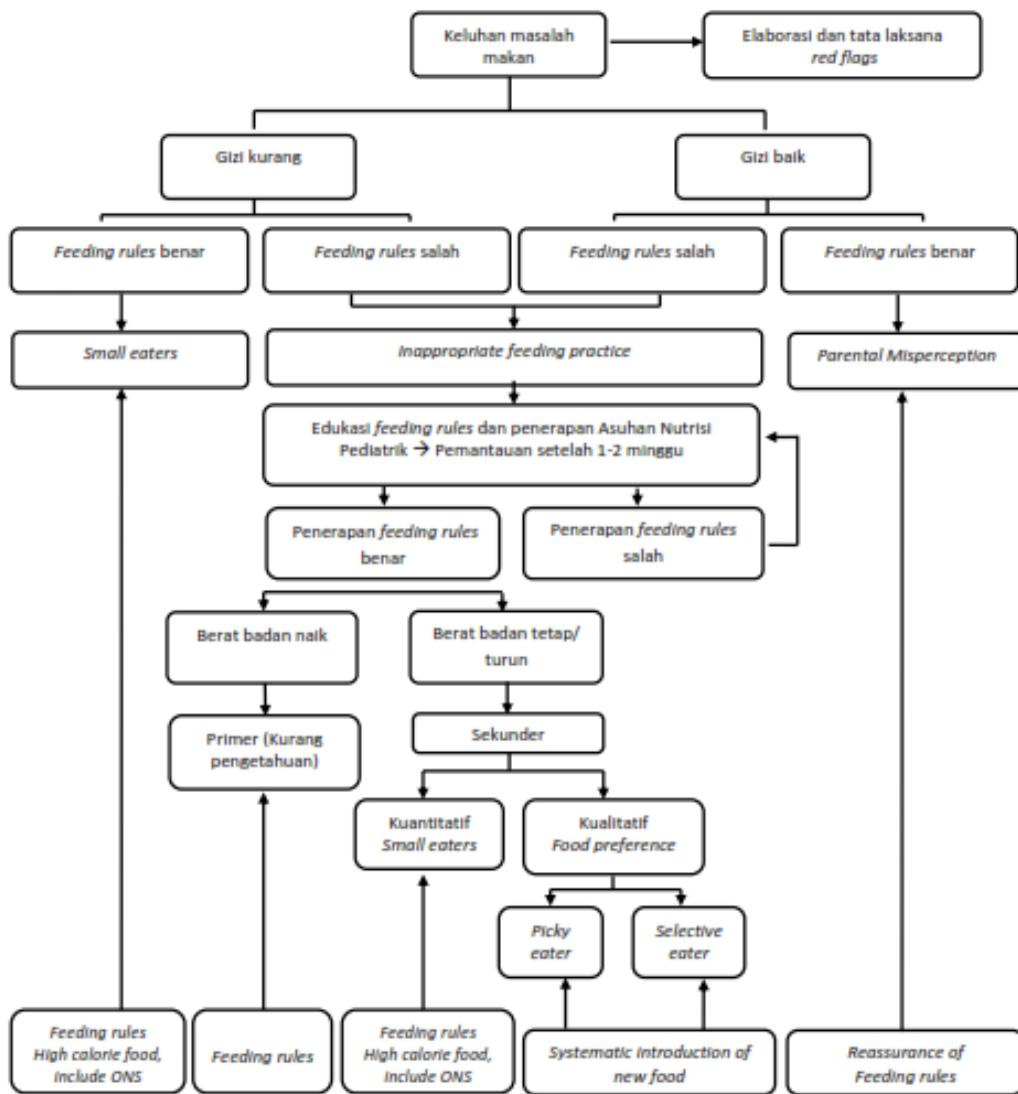
- e. Orangtua membeberikan contoh makan yang menyenangkan tanpa menawarkan makanan sampai ketakutan anak menghilang dan anak mengekspresikan ketertarikan pada makanan. Semakin banyak orang di sekitar anak yang makan makanan serupa, maka anak akan makin tertarik.
- f. Jika paparan terhadap makanan menyebabkan anak ingin muntah atau bahkan muntah, hentikan makanan tersebut dan cobalah makanan yang lebih medekati makanan yang disukai anak
- g. Campurlah sedikit makanan baru dengan makanan yangs udah disukai anak dan perlahan-lahan tingkatkan proporsi makanan baru (*food chaining*)
- h. Orangtua harus tetap bersikap dan berpikir netral dan tenang dalam menyikapi asupan makanan anak.

Salah satu metode pengenalan makanan secara sistematik adalah *food chaining*, yaitu suatu program pemberian makanan yang dirancang secara individual, bertujuan meningkatkan khasanah makanana dengan menekankan pada gambaran yang sama (rasa, suhu, penampilan dan tekstur) antara makanan yang telah diterima dan makanan yang ditargetkan untuk diberikan. Sebagai contoh, pemberian modifikasi olahan kentang memungkinkan progresivitas dari *frech fries* ke pai ayam. Penelitian Cox dalam rekomendasi IDAI tentang Pendekatan Diagnosis dan Tata Laksana Masalah Makan pada Batita di Indonesia pada anak usia 1-14 tahun dengan *foos selectivity ekstrim* menunjukkan bahwa *food chaining* selama tiga bulan dapat meningkatkan penerimaan makanan secara bermakna

4. *Parental misperception*

Parental misperception didefinisika sebagai anak yang menurut pendapat orangtua memiliki masalah makan, namun setelah dianamnesi lebih lanjut orangtua/pengasuh sudah menerapkan *feeding rules* dengan benar dan anak memiliki status gizi baik. Pada kasus ini, diberikan *reassurance* dan apresiasi pada ornagtua bahwa status gizi anak sudah baik dan orang tua sudah menerapkan *feeding rules* dengan benar.

(Sjarif et al., 2014)



Bagan 8.1 Algoritma Pendekatan Diagnosis dan Tata Laksana Masalah Makan
(Sjarif et al., 2014)

Penegakan Diagnosis

1. Pengkajian tentang penerapan feeding rules terkait dengan jadwal makan, kondisi lingkungan ketika makan dan prosedur makan (Lihat Tabel 1. Aturan Pemberian Makan (*Feeding Rules*))(IDAI, 2015)
2. Pengkajian tentang cara pemberian makan pada anak terkait dengan kesesuaian tekstur makanan, frekuensi makan dan porsi makanan dengan usia anak (Lihat Tabel 2. Cara Pemberian Makan). (Setiyani et al., 2016)
3. Penilaian Status Gizi
Status gizi dinilai menurut 3 indeks yaitu Berat Badan Menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U), Berat Badan Menurut Tinggi Badan

(BB/TB). BB/U adalah berat badan anak yang dicapai pada umur tertentu. TB/U adalah tinggi badan anak yang dicapai pada umur tertentu. BB/TB adalah berat badan anak dibandingkan dengan tinggi badan yang dicapai. Ketiga nilai indeks status gizi ini dibandingkan dengan baku pertumbuhan WHO. Z-score adalah nilai simpangan BB atau TB dari nilai BB atau TB menurut baku pertumbuhan WHO.

Tabel 8.3 Pengertian Kategori Status Gizi Balita

Indikator	Status Gizi	Z-Score
BB/U	Gizi Buruk	<-3,0 SD
	Gizi Kurang	-3,0 SD s/d <-2,0 SD
	Gizi Baik	-2,0 SD s/d 2,0 SD
	Gizi Lebih	>2,0 SD
TB/U	Sangat Pendek	<-3,0 SD
	Pendek	-3,0 SD s/d -2,0 SD
	Normal	≥-2,0 SD
BB/TB	Sangat Kurus	<-3,0 SD
	Kurus	-3,0 SD s/d <-2,0 SD
	Normal	-2,0 SD s/d 2,0 SD
	Gemuk	>2,0 SD

Interpretasi dari ketiga penilaian indeks status gizi ini adalah :

- Underweight*/Berat Badan Kurang/Gizi Kurang adalah gabungan gizi buruk dan gizi kurang
- Stunting*/Pendek adalah gabungan sangat pendek dan pendek
- Wasting*/Kurus adalah gabungan sangat kurus dan kurus

(Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017)

I. Contoh Kasus

Seorang ibu membawa anak laki-lakinya usia 3 tahun 8 bulan ke BPM Ani dengan tujuan ingin meminta vitamin agar nafsu makan anak meningkat. Ibu mengeluhkan anaknya sulit makan. Setiap kali makan anaknya hanya makan 1-2 suapan. Anak masih minum susu formula 5-6 botol ukuran 250 ml per hari. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan bahwa berat badan anak 11 kg; tinggi badan 94 cm; tanda-tanda vital dalam batas normal. Berdasarkan kasus diatas apa diagnosis yang tepat?

- Inappropriate feeding practice dengan gizi baik
- Inappropriate feeding practice dengan gizi kurang
- Small eaters

d. Parental misperception

Jawaban : B. Inappropriate feeding practice dengan gizi kurang

J. Manajemen SOAP

Data Subjektif :

- Ibu mengatakan anaknya sulit makan, hanya mau makan 1-2 suapan setiap makannya
- Anak mengatakan anaknya minum susu formula 5-6 botol ukuran 250 ml setiap harinya

Data Objektif :

- Berat badan : 11 kg
- Tinggi badan : 9,4 kg
- Tanda-tanda vital dalam batan normal

Asessment :

Anak dengan inappropriate feeding practice – gizi kurang.

Dasar diagnosis

- a. Feeding rules salah karena anak minum susu sampai dengan 5-6 kali setiap harinya. Seharusnya anak usia 1 tahun ke atas perbandingan makan padat dan cair adalah 70% dan 30%.
- b. Gizi kurang. Hal ini dapat dilihat dari BB anak usia 3 tahun 8 bulan adalah 11 kg yang berada pada z-score antara -3 SD s.d <-2 SD

Pelaksanaan

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa anak ibu mengalami inappropriate feeding practice dengan gizi kurang yang salah satu penyebabnya adalah tidak menerapkan aturan pemberian makan dan cara pemberian makan dengan benar.
2. Memberikan edukasi pada ibu tentang aturan pemberian makan yang benar terkait jadwal makan, lingkungan yang mendukung perilaku makan yang baik dan prosedur atau langkah-langkah yang harus dilakukan terhadap respon anak ketika makan
3. Memberikan edukasi pada ibu tentang cara pemberian makan yang benar terkait tekstur makanan, frekuensi makan besar dan frekuensi camilan, dan banyaknya makanan (porsi) per sekali makan.

4. Memotivasi ibu untuk konsisten dalam menerapkan aturan pemberian makan dan cara pemberian makan dengan benar
5. Mengajurkan ibu untuk memantau berat badan dan tinggi badan anak secara berkala
6. Mengedukasi ibu tentang hal-hal yang harus diterapkan untuk menunjang pemberian makan dengan benar yaitu :
 - Makan bersama keluarga, mintalah anak untuk makan di meja makan
 - Tetapkan rutinitas untuk makan dan kudapan
 - Jangan memaksa anak untuk menghabiskan makanannya. Batasi waktu makan anak hanya 30 menit. Hindari menjadikan makan sebagai insentif atau hukuman
 - Hadiah perilaku makan yang baik dengan memperhatikan dan memuji saat anak makan. Berikan perhatian dan pujian untuk hal-hal seperti makan dengan benar menggunakan sendok, mencoba makanan baru atau tetap duduk selama makan

K. Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)

1. Seorang ibu datang ke Puskesmas dengan membawa anak perempuannya berumur 4 tahun 6 bulan. Ibu tersebut menceritakan bahwa di sekolah anaknya baru saja diadakan penyuluhan tentang stunting dan pengukuran berat badan dan tinggi badan. Menurut petugas yang memberikan penyuluhan di sekolah anaknya tadi, anak ibu tergolong pendek. Ibu merasa khawatir dengan kondisi anaknya. Berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan pada anak tersebut didapatkan bahwa berat badan 11,9 kg; tinggi badan 94,5 cm, tanda-tanda vital dalam batas normal. Ibu mengatakan anaknya makan 3 kali sehari dengan menu nasi, sayur, kadang-kadang ditambah dengan goreng tempe. Anak enggan untuk memakan telur, ayam, daging dan ikan. Apa diagnosa yang tepat untuk anak tersebut?
 - a. Food preference
 - b. Small eater
 - c. Selective eater
 - d. Parental misperception
 - e. Picky eater
2. Seorang ibu datang ke BPM Rika dengan membawa anak laki-lakinya yang berusia 7 bulan. Ibu mengeluhkan bahwa berat badan anaknya tidak naik

selama 2 bulan berturut-turut setelah dilakukan penimbangan di posyandu. Ibu khawatir dengan kondisi anaknya. Ibu mengatakan telah memberikan MPASI pada anaknya sejak usia 6 bulan, 3 kali dalam sehari dan memberikan makanan selingan 2 kali sehari, namun makanan yang diberikan tidak pernah habis bahkan anak sering tersedak sampai muntah. Makanan yang diberikan ibu berupa sayur potong (seperti wortel rebus), daging ikan rebus, kentang goreng yang telah dipotong kecil-kecil. Hasil pemeriksaan berat badan 6,1 kg, tinggi badan 66,5 cm. Ibu masih menyusui anaknya. Berdasarkan kasus di atas apa kemungkinan penyebab masalah makan pada anak tersebut?

- a. Tekstur makanan tidak tepat
 - b. Frekuensi makan terlalu sering
 - c. Anak yang masih diberi ASI
 - d. Jadwal makan tidak teratur
 - e. Durasi makan terlalu lama
3. Seorang ibu datang ke BPM bersama anak perempuannya berusia 18 bulan dengan tujuan menanyakan tentang susu tinggi kalori yang ingin dibeli ibu di apotek. Ibu mengeluhkan anaknya tidak mau makan nasi, sehingga ibu selalu memberikan cemilan mengenyangkan mseperti biscuit, teh manis, puding, dan lain-lain. Ibu mengatakan anaknya sehat dan aktif. Berdasarkan hasil anamnesa, ibu telah menerapkan feeding rules dengan benar. Hasil pemeriksaan berat badan 7,5 kg; panjang badan 75,6 cm. Berdasarkan kasus diatas, apa asuhan yang paling tepat diberikan?
- a. Sajikan cemilan dalam porsi yang lebih banyak
 - b. Tingkatkan frekuensi makan menjadi 4-5 kali sehari
 - c. Paparkan anak terhadap makanan baru sesering mungkin
 - d. Berikan edukasi pada ibu untuk meningkatkan nafsu makan dengan menciptakan rasa lapar
 - e. Anjurkan ibu agar membiarkan anaknya makan sampai bosan (tidak ada batasan durasi makan)
4. Seorang ibu datang ke BPM bersama anak perempuannya berusia 11 bulan. Ibu mengatakan berat badan anaknya tidak naik pada bulan ini padahal kondisi anaknya sehat. Menurut ibu hal itu terjadi karena anaknya sulit makan sehingga setiap pagi dan sore ibu membawa anaknya jalan-jalan menggunakan sepeda dorong sambil menuapi makan. Ibu mengatakan

menyuapi anak dengan bubur buatan sendiri 3-4 kali sehari dan memberi camilan dua kali sehari. Berdasarkan kasus diatas, apa penyebab masalah makan pada anak tersebut?

- a. Frekuensi makan terlalu sering
 - b. Jadwal makan tidak tepat
 - c. Kebiasaan makan dengan distraksi
 - d. Sebaiknya diberi makanan fortifikasi
 - e. Durasi makan terlalu lama
5. Seorang ibu datang ke BPM bersama anak perempuannya usia 15 bulan. Ibu mengatakan ingin meminta vitamin penambah nafsu makan untuk anaknya karena ibu merasa nafus makan anaknya berkurang akhir-akhir ini. Ibu mengatakan biasanya penambahan berat badan anaknya tiap bulan 300-400 gram, namun pada bulan ini hanya 200 gram. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu sudah menerapkan *feeding rules* dan cara pemberian makan dengan benar. Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa berat badan anak 11,6 kg; tinggi badan 79,8 cm. Apa diagnosis pada kasus diatas?
- a. Inappropriate feeding practice
 - b. Small eater
 - c. Food preference
 - d. Parental misperception
 - e. Food activity

Kunci Jawaban :

1. C
2. A
3. D
4. C
5. D

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsir, S., Soetardjo, S., & Moesijanti, S. (2017). *Gizi Seimbang Dalam Daur Kehidupan* (II). Jakarta.
- Brown, T. (2020). Food Aversion 101 : What You Need to Know. Retrieved from <https://napacentre.com.au/food-aversion/>
- Central Coast Healthy. (2017). Good Bite for Chidcare Staff. *Central Coast Public Healthy/Community Nutrition Team*, (54), 1–2.
- Hizni, A., Muis, A. A., Kunaepah, U., & Sulistiyon, P. (2019). Feeding Practices and Frequency of Food Refusal in Children. *Pakistan Journal of Nutrition*, 19(1), 25–31. <https://doi.org/10.3923/pjn.2020.25.31>
- IDAI. (2015). *Rekomendasi Praktik Pemberian Makan Berbasis Bukti pada Bayi dan Batita di Indonesia untuk Mencegah Malnutrisi*. Ikatan Dokter Anak Indoensia. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Infant and Toddler Forum. (2016). Understanding and Managing Extreme Food. In *Infant and Toddler Forum* (pp. 1–8). Retrieved from www.infandtoddlerforum.org
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Buku Saku Pemantaua Status Gizi*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Ogden, J. (2014). *The Psychology of Eating: From Healthy to Disordered Behavior*. Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1111/j.1467-3010.2010.01825.x>
- Setiyani, A., Sukesi, & Esyuananik. (2016). *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Sjarif, D. R., Yuliarti, K., Sembiring, T., Lubis, G., Anzar, J., Prawitasari, T., ... Baso, A. J. (2014). *Rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia Pendekatan Diagnosis dan Tatalaksana Masalah Makan pada Batita di Indonesia*.
- UNICEF. (2019a). *Children, food and nutrition : growing well in a changing world*. (Vol. 2).
- UNICEF. (2019b). Indonesia Complementary Feeding. UNICEF. Retrieved from <https://www.unicef.org/indonesia/media/2701/file/Framework-of-Action-Complementary-Feeding-2019.pdf>

BAB 9

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH DENGAN MASALAH ANAK TIDAK BISA MENDENGAR

Evy Ernawati, S.ST., M.Kes



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB 9

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH DENGAN MASALAH ANAK TIDAK BISA MENDENGAR

Evy Ernawati, S.ST., M.Kes

A. Latar Belakang

Berdasarkan data WHO tahun 2018, 466 juta penduduk dunia mengalami gangguan pendengaran dan 34 juta diantaranya adalah anak-anak. Target Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Gangguan Pendengaran pada tahun 2030 menurut permenkes no 82 tahun 2020 yaitu penurunan angka gangguan pendengaran menjadi kurang dari 1,7 % (satu koma tujuh persen) dari populasi penduduk.

Gangguan pendengaran berbeda dengan kecacatan fisik lainnya. Pada anak usia dini yang mempunyai gangguan pendengaran tidak nampak secara visual sehingga deteksi dini gangguan pendengaran pada anak usia dini relatif lebih sulit jika dibandingkan dengan gangguan pada fisik yang lainnya (jauhari, 2020).

Integritas sistem pendengaran penting untuk komunikasi individu dan interaksi sosial. Saat ini, ketulian dianggap sebagai masalah kesehatan masyarakat karena prevalensinya yang tinggi, dan terutama karena konsekuensi yang merugikan terhadap aspek intelektual, sosial, linguistik, kognitif, emosional dan budaya dari perkembangan manusia. Kehilangan pendengaran memengaruhi akses ke bahasa lisan, yang dapat memengaruhi kognisi dan perkembangan, dan dapat memengaruhi kesejahteraan

B. Definisi

Gangguan pendengaran dikonseptualisasikan sebagai gangguan kemampuan untuk mendengar dan/atau mendeteksi pembicaraan atau suara lingkungan, terlepas dari penyebab, jenis, atau derajatnya. Ini dapat terjadi pada berbagai tahap kehidupan; selama kehamilan atau persalinan, di masa kanak-kanak, dewasa atau usia tua. Perlu dicatat bahwa penuaan adalah penyebab paling umum gangguan pendengaran sensorineural diikuti oleh gangguan pendengaran akibat kebisingan, dan keduanya terkait erat dengan

pembentukan spesies oksigen reaktif. Suplementasi antioksidan diet telah digunakan sebagai strategi terapeutik untuk mencegah dan/atau menunda risiko penyakit utama pada manusia.(Souza et al., 2018)

Proses pendengaran pada anak usia dini pada prinsipnya sama dengan proses pendengaran pada orang dewasa. Perbedaannya terdapat pada anatomis liang telinga, dimana pada anak lebih pendek jika dibandingkan dengan orang dewasa. Gelombang suara dialirkan oleh liang telinga melalui udara atau tulang telinga menuju ke daerah koklea. Gelombang bunyi atau suara yang mengalir melalui udara memiliki frekuensi yang lebih baik apabila dibandingkan dengan gelombang bunyi atau suara yang mengalir melalui tulang. Gelombang suara diterima oleh daun telinga disalurkan menuju ke bagian telinga sampai dengan menggetarkan membran timpani, sehingga membaran timpani menjadi bergetar (Soepardi & Iskandar, 2016).

Gelombang bunyi yang berbentuk getaran atau energi mekanis menggerakkan pengungkit osikulus jendela oval. Gelombang mekanis ini kemudian dialirkan melalui cairan telinga dalam koklea yang akan dikonversi menjadi energi listrik oleh adanya perbedaan ion natrium dan kalium. Energi listrik diteruskan ke cabang-cabang saraf pendengaran (saraf vestibulokoklearis) yang berfungsi mempertahankan keseimbangan dan mengantarkan impuls listrik ke otak. Impuls listrik yang diterima oleh otak akan dipersepsi sebagai stimulus suara atau bunyi (Jauhari, 2020)

Gangguan pendengaran adalah masalah kesehatan yang berkaitan dengan gangguan pada fungsi pendengaran, ketika telinga tidak dapat menangkap atau mendengarkan suara pada salah satu atau kedua telinga. Gangguan pendengaran bisa terjadi semenjak lahir, bayi, balita, dan dewasa. Jika gangguan pendengaran ini telah terjadi sejak bayi atau balita, perkembangan kemampuan anak dalam hal berbicara, sosial, dan emosional bisa ikut terganggu. Hal ini dikarenakan indera pendengaran menjadi salah satu sumber anak belajar banyak hal dari mendengar (agustiana, 2023)

Jenis gangguan pendengaran pada anak usia dini (PAUD) antara lain; gangguan pendengaran sensoneural, gangguan pendengaran kombinasi. serta gangguan pendengaran konduksi. Gangguan sensoneural adalah gangguan yang terjadi akibat adanya kerusakan pada telinga dalam dan juga dapat terjadi akibat kerusakan saluran yang menuju ke daerah otak. Gangguan pendengaran konduksi yaitu terdapat permasalahan pada saluran telinga bagian luar atau bagian tengah yang menyebabkan gelombang suara tidak

bisa di alirkan menuju ke bagian telinga dalam yang mengakibatkan penurunan tingkat kerasnya suara yang masuk pada telinga, namun tidak menimbulkan distorsi atau gangguan pada kejernihan suara yang diterima. Gangguan pendengaran kombinasi adalah jenis campuran yang merupakan kombinasi keduanya yang merupakan gabungan tuli konduksi dan sensorineural (jauhari,2020)

C. Faktor Risiko

Penyebab gangguan pendengaran pada anak bisa bermacam-macam. Setengah dari seluruh kasus gangguan pendengaran anak disebabkan oleh kelainan genetik dan beberapa di antaranya memiliki riwayat gangguan pendengaran yang menurun di keluarga. Menurut agustiana (2023) gangguan pendengaran pada anak selain kelainan genetik, juga bisa disebabkan oleh:

1. Infeksi pada ibu hamil, misalnya infeksi virus atau bakteri.
2. Penggunaan obat-obatan yang ototoksik oleh ibu pada saat hamil.
3. Trauma lahir.
4. Riwayat trauma kepala pada anak.
5. Memiliki riwayat penyakit kuning .
6. Riwayat infeksi pada otak atau tulang belakang.
7. Riwayat infeksi telinga.

Beberapa faktor risiko yang mungkin menyebabkan gangguan pendengaran menurut (Jauhari, 2020) antara lain:

1. Bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 1500 gram
2. Bayi yang dilahirkan kurang bulan (bayi prematur)
3. Bayi yang memiliki riwayat perawatan di ruang intensive NICU (Neonatal Intensive Care Unit),
4. ibu memiliki riwayat infeksi TORCH (Toksoplasma, Rubela, Sitomegalovirus, Herpes) pada saat hamil
5. Bayi dengan peningkatan kadar bilirubin darah atau hiperbilirubinemia
6. Terdapat kelainan bentuk telinga dan wajah,
7. Memiliki riwayat mendapat pengobatan yang memiliki efek samping merusak sistem pendengaran (ototoksik),
8. Terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan pendengaran sejak lahir dan bayi pernah mengalami infeksi pada selaput otak atau meningitis

D. Tanda dan Gejala

Menurut Agustiana (2023) tanda dan gejala pendengaran anak adalah sebagai berikut:

1. Usia 1-9 bulan

- a. Tidak terkejut ketika mendengar suara dengan volume tinggi.
- b. Tidak terlihat menanggapi ketika dipanggil oleh suara yang familiar.
- c. Tidak berceloteh "ma-ma", "da-da", "ta-ta", atau sejenisnya.
- d. Tidak tertarik dengan mainan yang mengeluarkan bunyi.

2. Usia 9-15 bulan

- a. Tidak memikirkan berbagai macam suara dengan berbagai suku kata.
- b. Tidak menunjukkan tanggapan ketika namanya dipanggil.
- c. Saat anak rewel, tidak bisa ditenangkan oleh orang disekitarnya.
- d. Tidak mengeluarkan berbagai macam informasi untuk mengungkapkan rasa senang, kesal, atau sedih.

3. Usia 15-24 Bulan

- a. Tidak tertarik mendengarkan cerita atau lagu.
- b. Tidak sering bernyanyi atau berbicara.
- c. Tidak mampu menunjuk anggota tubuh saat orang tua meminta menunjuk.
- d. Tidak mampu mengucapkan kata sederhana yang rutin dilakukan sehari-hari seperti "makan", "mama", dan "papa".

4. Lebih dari 2 Tahun

- a. Tidak menjawab ketika dipanggil.
- b. Sering menonton televisi dengan volume sangat keras.
- c. Jika ditanya, anak sering kali menjawab dengan 'tidak nyambung'.
- d. Artikulasi bicara tidak jelas.
- e. Kemampuan bicara lebih lambat dibandingkan anak seusianya
- f. Mengalami kesulitan belajar di sekolah.

E. Pencegahan

Deteksi dapat dilakukan dengan melakukan rangsangan daya dengar yang dapat dilakukan sejak usia dini. Deteksi dengan metode dan peralatan yang sederhana dapat difahami dan dilakukan oleh semua profesi yang berhubungan dengan anak usia dini baik itu guru pada lembaga pendidikan maupun tenaga kesehatan. Deteksi gangguan pendengaran sejak dini dapat

menbantu untuk melakukan intervensi pada anak, sehingga dapat mengurangi resiko gangguan perkembangan dan permasalahan sosial emosial anak.

F. Deteksi Dini

Tujuan tes daya dengar menurut kemenkes RI tahun 2016 adalah menemukan gangguan pendengaran sejak dini, agar dapat segera ditindaklanjuti untuk meningkatkan kemampuan daya engar 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.

Dalam pemeriksaan tes daya dengar menggunakan instrument sesuai dengan umur anak dimana sebelum melakukan pemeriksaan kita menanyakan tanggal, bulan dan tahun lahir anak. Instrument yang telah disiapkan sesuai umur anak kemudian ditanyakan kepada pengasuh atau orang tua anak dengan ketentuan sebagai berikut:

1. 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. Membacakan 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.
2. 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 atau cara membaca hasil dari pemeriksaan dengan instrument tes daya dengar adalah sebagai berikut:

- 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.

G. Intervensi

Menurut kemenkes RI (2016) apabila ditemukan hasil yang kurang dalam deteksi dini maka dapat diberikan tindak lanjut sesuai dengan buku pedoman yang ada dan apabila tidak dapat ditanggulangi segera rujuk ke RS bila tidak dapat ditanggulangi.

H. Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)

1. Seorang perempuan membawa anaknya yang berumur 20 bulan ke Puskesmas dengan keluhan mengalami keterlambatan bicara. Ibu mengatakan anaknya akan segera merespon jika ibuknya menggunakan nada tinggi.
Apa jenis skrining/deteksi dini yang digunakan pada kasus tersebut?
 - a. TDL
 - b. TDD**
 - c. KMPE
 - d. M-CHAT
 - e. GPPH
2. Seorang perempuan datang ke klinik untuk memeriksakan anaknya pada tanggal 12 februari 2023. ibu mengeluh jika anaknya keterlambatan bicara dibandingkan dengan anak seusianya. Ibu mengatakan anaknya akan segera merespon jika ibuknya menggunakan nada tinggi Ibu mengatakan bahwa anaknya lahir pada tanggal 11 desember 2021
Instrument usia berapakah yang digunakan untuk kasus diatas?
 - a. 6 bulan
 - b. 9 bulan
 - c. 12 bulan**
 - d. 15 bulan
 - e. 18 bulan

3. Seorang anak usia 12 bulan datang ke klinik untuk memeriksakan perkembangan anaknya. Dari hasil pemeriksaan didapatkan BB 10,5 kg, TB 75 cm. dari pemeriksaan perkembangan di dapatkan 8 item dapat dilakukan dan 2 item yang belum dapat dilalui.
Apakah kesimpulan perkembangan yang tepat untuk kasus diatas?
- a. Normal
 - b. Advance
 - c. **Meragukan**
 - d. Menyimpang
 - e. Keterlambatan
4. Seorang anak usia 12 bulan datang ke klinik untuk memeriksakan perkembangan anaknya. Dari hasil pemeriksaan didapatkan BB 10,5 kg, TB 75 cm. Dari pemeriksaan perkembangan di dapatkan 8 item dapat dilakukan dan 2 item yang belum dapat dilalui.
Apakah tindakan yang tepat pada kasus diatas?
- a. Merujuk ke rumah sakit
 - b. Melakukan pendokumentasian
 - c. Memuji ibu pertumbuhan normal
 - d. Mengajurkan untuk datang kembali 2 minggu
 - e. **Mengajurkan untuk stimulasi item yang belum dilalui**
5. Seorang ibu datang ke klinik untuk memeriksakan anaknya yang berumur 10 bulan. Ibu mengatakan anaknya kurang respons jika di ajak bermain dan bercerita. Ibu mengatakan pernah dirawat di rumah sakit karena suhu badan tinggi saat kehamilan 3 bulan. Dari hasil pemeriksaan BB 9 kg, PB 70 cm
Apakah faktor risiko keluhan ibu pada kasus diatas?
- a. **Panas saat hamil**
 - b. Anak kurang respon
 - c. Berat badan kurang
 - d. Panjang badan kurang
 - e. Stimulasi terhadap anak kurang.

I. Contoh Kasus SOAP

ASUHAN KEBIDANAN ANAK BALITA KHUSUSNYA PADA An. A DENGAN GANGGUAN PENDENGARAN

I. PENGAJIAN

Pengajian Tanggal : 12 Februari 2023 jam : 10.00 WIB

Sumber Data : Autoanamnesa

A. Data Subjektif

1. Identitas

Identitas Anak

Nama : An. A

Umur : 26 bulan

Tanggal lahir : 11-12-2021

Anak ke : 1 (satu)

Jenis Kelamin : laki laki

2. Identitas orang tua

Nama : Ny. A Tn. N

Umur : 25 tahun 26 tahun

Agama : Islam Islam

Suku/ bangsa: Jawa/ Indonesia Jawa/ Indonesia

Pendidikan : SMA SMA

Pekerjaan : IRT Karyawan

Alamat : Yogyakarta

3. Alasan Kunjungan

Ibu mengatakan ingin memeriksa pertumbuhan dan perkembangan anaknya

4. Keluhan Utama

Ibu mengatakan kurang merespon jika di ajak komunikasi

5. Riwayat Imunisasi

Jenis imunisasi	Umur	Tanggal pemberian	Tempat pemberian	Diberikan oleh
HB -0	0-7 hari	11-12-2021	Puskesmas	Bidan
BCG	1bln	23-12-2022	Puskesmas	Bidan
Polio	0 hari 2 bulan 3 bulan 4 bulan	17-2-2022	Puskesmas	Bidan

DPT	2 bulan 3 bulan 4 bulan	24-3-2022	Puskesmas	Bidan
Campak	9 bulan	30-10-2022	Puskesmas	Bidan

6. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat kesehatan keluarga

Ayah bayi mengalami gangguan pendengaran.

Keluarga ibu maupun suami tidak pernah atau saat ini mengalami penyakit menurun (jantung, asma, paru-paru) menahun (hipertensi, ginjal, DM) menular (hepatitis, HIV/AIDS, TBC)

b. Riwayat penyakit anak

Ibu mengatakan anaknya tidak sedang menderita penyakit

7. Pola Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a. Pola Nutrisi

Makan

Frekuensi : 3 kali sehari

Jenis : nasi, sayur, lauk pauk, buah dan makanan yang gurih seperti krupuk ciki ciki, dan gorengan

Alergi : tidak ada

Pantangan: tidak ada

Minum

Frekuensi : 6-7 gelas sehari

Jenis : air putih, susu

b. Pola Eliminasi

BAK

Frekuensi : 3-4 kali sehari

Warna : kuning jernih

Keluahan : tidak ada

BAB

Frekuensi : 1 kali sehari

Bau : khas feses

Warna : kuning kecoklatan

Konsistensi : padat, lembek

Keluahan : tidak ada

c. Istirahat

Tidur siang : 1-2 jam per hari

Tidur malam : 9-10 jam per hari

Aktivitas sehari-hari : ibu mengatakan aktivitas anaknya sehari-hari adalah bermain dengan teman sebayanya

d. Personal Hygiene

Mandi : 2 kali sehari

Keramas : 3 kali seminggu

Gosok gigi : 2 kali sehari

Ganti baju : 2 kali sehari

Ganti pakaian dalam : 2 kali sehari

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : compositus

2. Pemeriksaan Antropometri

Lingkar kepala : 45 cm

Tinggi badan : 76 cm

Berat badan : 10,6 kg

3. Tanda-tanda vital

Nadi : 110 x/mnt

Pernapasan : 35x/m

Suhu : 36,5 °C

4. Pemeriksaan fisik

a. Kepala : keadaan bersih, tidak ada benjolan, warna rambut hitam, tidak ada nyeri tekan, kulit kepala bersih, tidak ada ketombe.

b. Wajah : bentuk oval, tidak ada bekas luka, tidak oedema, tidak ada cloasma

c. Telinga : simetris, ada lubang telinga, ada gendang telinga, tidak ada serumen atau sekret, reflek pendengaran baik.

d. Mata : simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada infeksi, penglihatan baik.

e. Hidung : simetris, bentuk hidung biasa, tidak ada polip, tidak ada secret.

f. Mulut : simetris, tidak ada sariawan, bibir tidak pecah-pecah, gigi bersih dan tidak terjadi caries, gusi tidak Bengkak, tidak ada

- pembekakan kelenjar tonsil, tidak ada tanda infeksi pada tenggorokan.
- g. Leher : tidak ada pembengkakan kelenjar parotis, tiroit, getah bening dan vena jugularis.
- h. Dada : dada simetris, terdapat payudara, tidak terdengar mengi saat bernafas, denyut jantung teratur, tidak terdapat retraksi dinding dada.
- i. Mamae : simetris, puting susu mulai tampak (menonjol), tidak ada cekungan, masa, benjolan pada payudara, tidak terjadi hiperpigmentasi.
- j. Abdomen : tidak ada bekas operasi, tidak ada masa.
- k. Genitalia : bersih, tidak ada pembesaran kelenjar bartholini, tidak oedema, tidak ada varises, tidak terdapat secret.
- l. Anus : tidak ada hemoroid, ada lubang anus, anus bersih
- m. Ekstermitas
- Atas : simetris, kuku tidak anemis, jari lengkap, tidak ada kelainan, reflek patela baik.
- Bawah : simetris, kuku tidak anemis, jari lengkap, tidak ada kelainan, reflek patela baik.

5. Pemeriksaan khusus

a. Pertumbuhan

Status gizi pasien baik, pertumbuhan sesuai dengan grafik KMS

b. Perkembangan

Pada hasil dari pemeriksaan dengan menggunakan instrument kpsp untuk anak usia 12 bulan didapatkan hasil: 8 dengan katagori "ya" dan 2 katagori "tidak". Katagori "tida" pada hasil pemeriksaan yaitu:

- 1) Anak belum bisa mengeluarkan kata 'ma-ma' atau "pa-pa"
- 2) Anak tidak meniru kata2 yang diucapkan oleh pengasuh/orang tua

II. INTERPRETASI DATA

A. Diagnosa Kebidanan

An. A umur 14 bulan dengan perkembangan meragukan

Data dasar:

Data Subjektif

Ibu mengatakan suaminya mengalami gangguan pendengaran

Data objektif

- b. Pertumbuhan
 - Status gizi pasien baik,pertumbuhan sesuai dengan grafik KMS
 - c. Perkembangan

Pada hasil dari pemeriksaan dengan menggunakan instrument kpsp untuk anak usia 12 bulan didapatkan hasil: 8 dengan katagori "ya" dan 2 katagori "tidak". Katagori "tida" pada hasil pemeriksaan yaitu:

 - 1) Anak belum bisa mengeluarkan kata 'ma-ma" atau "pa-pa"
 - 2) Anak tidak meniru kata2 yang diucapkan oleh pengasuh/orang tua

III. DIAGNOSA/ MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

IV. ANTISIPASI TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. PERENCANAAN

Hari/tanggal : Selasa, 19 Februari 2018 Jam : WIB

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan tumbuh kembang
 2. Beri puji kepada orang tua/pengasuh karena pertumbuhannya bagus dan sesuai dengan grafik pertumbuhan
 3. Anjurkan ibu untuk melakukan stimulasi perkembangan anak untuk mengatasi penyimpangan/mengejar ketertinggalan
 4. Anjurkan ibu untuk memberi nutrisi yang cukup
 5. Anjurkan ibu untuk memeriksakan kembali setelah 2 minggu untuk dilakukan penilaian ulang
 6. Lakukan pendokumentasian

VI. PELAKSANAAN

Hari/tanggal : Selasa, 19 Februari 2019 Jam : WIB

- Memberitahu ibu hasil pemeriksaan tumbuh kembang
 - Memberi pujian kepada orang tua/pengasuh karena pertumbuhannya bagus dan sesuai dengan grafik pertumbuhan

3. Mengajurkan ibu untuk melakukan stimulasi perkembangan anak untuk mengatasi penyimpangan/mengejar ketertinggalan
4. Mengajurkan ibu untuk memberi makanan yang sehat dan bergizi (gizi seimbang)seperti bubur sayur,ikan,buah-buahan,dan susu yang berguna untuk pertumbuhan dan perkembangan yang optimal bagi anaknya
5. Mengajurkan ibu untuk memeriksakan kembali setelah 2 minggu untuk dilakukan penilaian ulang
6. Melakukan pendokumentasian

VI. EVALUASI

Hari/tanggal : Senin, 19 Februari 2018 Jam : WIB

1. Ibu senang mendengar keadaan anaknya
2. Ibu mengerti pertumbuhan dan perkembangan anaknya normal
3. Ibu bersedia memantau perkembangan dan pertumbuhan anaknya
4. Ibu bersedia memberi nutrisi yang sehat dan bergizi
5. Sudah dilakukan pendokumentasian

DAFTAR PUSTAKA

- Agustiana, 2023. Kenali Gejala Gangguan Pendengaran pada Anak dan Penyebabnya. <https://www.siloamhospitals.com/informasi-siloam/artikel/deteksi-dini-gangguan-pendengaran-pada-anak> diakses pada tanggal 2 maret 2023
- Jauhari, J. (2020). Deteksi Gangguan Pendengaran pada Anak Usia Dini. GENIUS: *Indonesian Journal of Early Childhood Education*, 1(1), Article 1. <https://doi.org/10.35719/gns.v1i1.8>
- Kementerian Kesehatan RI (2016) Pedoman Pelaksanaan stimulasi, deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang anak.
- Menteri kesehatan RI (2020) Peraturan Menteri Kesehatan No 82 tahun 2020 tentang gangguan penglihatan dan pendengaran.
- Soepardi & Iskandar (2016) Buku Ajar ilmu kesehatan telinga Hidung dan Tenggorokan. Fakultas kedokteran universitas Indonesia: Jakarta
- Souza, M. E. D. C. A. de, Costa, K. V. T. da, Vitorino, P. A., Bueno, N. B., & Menezes, P. de L. (2018). Effect of antioxidant supplementation on the auditory threshold in sensorineural hearing loss: A meta-analysis. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 84(3), 368–373. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2017.07.011>

BAB 10

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH DENGAN MASALAH PERIKSA BERAT BADAN DAN TINGGI BADAN

Gina Muthia, S.SiT., M.Keb



BAB 10

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK

PRASEKOLAH DENGAN MASALAH PERIKSA BERAT BADAN DAN

TINGGI BADAN

Gina Muthia, S.SiT., M.Keb

A. Pendahuluan

Kesehatan merupakan hak azasi manusia dan sebagai investasi sehingga harus diperjuangkan dan ditingkatkan oleh setiap individu. Kesehatan merupakan kebutuhan manusia yang paling utama sebagai ukuran kualitas hidup yang mendasar karena dengan kondisi yang sehat akan memudahkan setiap orang beraktifitas dalam upaya memenuhi kebutuhan hidupnya (Sri Wahyuni & Septalia Dale, 2019).

Pemantauan pertumbuhan merupakan serangkaian kegiatan yang terdiri dari penilaian pertumbuhan anak secara teratur yang dilakukan melalui penimbangan setiap bulan pengisian Kartu Menuju Sehat (KMS), menentukan status pertumbuhan berdasarkan kenaikan BB dan menindaklanjuti setiap kasus pertumbuhan berdasarkan kenaikan BB dan menindaklanjuti setiap kasus gangguan pertumbuhan (Riawati & Hanifah, 2017).

Perubahan berat badan merupakan indikator yang sangat penting untuk memantau pertumbuhan anak. Jika kenaikan berat badan (BB) anak lebih rendah dari yang seharusnya maka pertumbuhan anak akan terganggu dan anak berisiko mengalami kekurangan gizi, sebaliknya jika BB lebih besar dari yang seharusnya maka anak akan terindikasi mengalami risiko kelebihan gizi (Riawati & Hanifah, 2017).

Kecukupan gizi pada anak dapat dilihat dari pertumbuhan anak, salah satu caranya adalah dengan pengukuran antropometri. Parameter ukuran antropometri yang digunakan dalam penilaian pertumbuhan fisik adalah berat badan, tinggi badan, lingkar kepala, lipatan kulit, lingkar lengan atas, panjang lengan, proporsi tubuh, lingkar kepala dan panjang tungkai. Selain pemeriksaan antropometri, penilaian pertumbuhan dapat juga dilakukan melalui pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan radiologi. Berat badan dan tinggi badan merupakan parameter yang sering digunakan dalam

pengukuran antropometri gizi untuk menilai pertumbuhan fisik atau keadaan gizi (Sri Wahyuni & Septalia Dale, 2019)

B. Berat Badan

Berat badan menggambarkan jumlah protein, air, lemak dan mineral yang terdapat di dalam tubuh. Berat badan merupakan komposit pengukuran ukuran total tubuh. Alasan digunakannya berat badan sebagai parameter antropometri adalah karena perubahan berat badan mudah terlihat dalam waktu singkat dan menggambarkan status gizi saat ini. Pengukuran berat badan memerlukan alat yang hasil ukurannya akurat. Persyaratan alat ukur berat badan yang digunakan agar mendapatkan hasil yang akurat adalah alat ukur harus mudah digunakan dan dibawa, mudah mendapatkannya, harga alat relatif murah dan terjangkau, ketelitian alat ukur sebaiknya 0,1 kg (terutama alat yang digunakan untuk memonitor pertumbuhan), skala jelas dan mudah dibaca, cukup aman jika digunakan serta alat yang selalu dikalibrasi (Candra, 2020).

Beberapa jenis alat timbang berat badan yang biasa digunakan untuk mengukur berat badan adalah dacin untuk menimbang berat badan balita, timbangan detecto, bathroom scale (timbangan kamar mandi), timbangan injak digital dan timbangan berat badan lainnya (Candra, 2020)

Cara Penimbangan Berat Badan

1. Menggunakan timbangan bayi
 - a. Timbangan bayi digunakan untuk menimbang anak sampai umur 2 tahun atau selama anak masih bisa berbaring/duduk tenang
 - b. Letakkan timbangan pada meja yang datar dan tidak mudah bergoyang
 - c. Lihat posisi jarum atau angka harus menunjuk ke angka 0
 - d. Bayi sebaiknya telanjang, tanpa topi, kaos kaki, sarung tangan
 - e. Baringkan bayi dengan hati-hati diatas timbangan
 - f. Lihat jarum timbangan sampai berhenti
 - g. Baca angka yang ditunjukkan oleh jarum timbangan atau angka timbangan
 - h. Bila bayi terus menerus bergerak, perhatikan gerakan jarum, baca angka di tengah-tengah antara gerakan jarum ke kanan dan ke kiri
2. Menggunakan timbangan dacin

- a. pastikan dacin masih layak digunakan, periksa dan letakkan banul geser pada angka nol. Jika ujung kedua dacin tidak dalam posisi lurus maka timbangan tidak layak digunakan dan harus dikalibrasi
 - b. Masukkan balita ke dalam sarung timbang dengan pakaian seminimal mungkin dan geser bandul sampai jarum tegak lurus
 - c. Baca berat badan balita dengan melihat angka di ujung bandul geser
 - d. Catat hasil penimbangan dengan benar
 - e. Kembalikan bandul ke angka nol dan keluarkan balita dari sarung timbang
3. Menggunakan timbangan injak (timbangan digital)
 - a. Letakkan timbangan di lantai yang datar sehingga tidak mudah bergerak
 - b. Lihat posisi jarum atau angka harus menunjuk ke angka 0
 - c. Anak sebaiknya memakai baju sehari-hari yang tipis, tidak memakai alas kaki, jaket, topi, jam tangan, kalung, dan tidak memegang sesuatu
 - d. Anak berdiri diatas timbangan tanpa dipegangi
 - e. Lihat jarum timbangan sampai berhenti
 - f. Baca angka yang ditunjukkan oleh jarum timbangan atau angka timbangan
 - g. Bila anak terus menerus bergerak, perhatikan gerakan jarum. baca angka ditengah-tengah antara gerakan jarum ke kanan dan ke kiri

C. Tinggi Badan

Tinggi badan atau panjang badan adalah ukuran pertumbuhan massa tulang yang terjadi akibat dari asupan gizi. Tinggi badan digunakan sebagai parameter antropometri untuk menggambarkan pertumbuhan linier. Pertambahan tinggi badan atau panjang terjadi dalam waktu yang lama sehingga sering disebut akibat masalah gizi kronis (Candra, 2020).

Tinggi badan digunakan untuk anak yang diukur dengan cara berdiri, sedangkan panjang badan digunakan untuk anak yang diukur dengan berbaring (belum bisa berdiri). Anak berumur 0-2 tahun diukur dengan ukuran panjang badan sedangkan anak yang berumur lebih dari 2 tahun dengan menggunakan microtoise. Alat ukur yang digunakan untuk mengukur tinggi badan atau panjang badan harus mempunyai ketelitian 0,1 cm (Candra, 2020).

Tinggi badan diukur dengan menggunakan microtoise, kelebihan dari alat ukur ini adalah memiliki ketelitian 0,1 cm, mudah digunakan, tidak memerlukan tempat khusus, dan memiliki harga yang relatif terjangkau. Kelemahannya adalah setiap kali akan melakukan pengukuran harus dipasang pada dinding, pengukur panjang badan diukur menggunakan infantometer (Candra, 2020).

Cara Mengukur Tinggi Badan/Panjang Badan

1. Pengukuran Panjang Badan untuk anak 0-24 bulan

Cara mengukur dengan posisi berbaring

- a. Sebaiknya dilakukan oleh 2 orang
- b. Bayi dibaringkan telentang pada alas yang datar
- c. Kepala bayi menempel pada pembatas angka
- d. Petugas 1 : kedua tangan memegang kepala bayi agar tetap menempel pada pembatas angka 0 (pembatas kepala)
- e. Petugas 2 : membaca angka di tepi diluar pengukur
- f. Jika anak umur 0-24 bulan diukur berdiri, maka hasil pengukurannya dikoreksi dengan menambahkan 0,7 cm

2. Pengukuran Tinggi Badan untuk anak 24-72 bulan

Cara mengukur dengan posisi berdiri

- a. Anak tidak memakai sandal atau sepatu
- b. Berdiri tegak menghadap ke depan
- c. Punggung, pantat dan tumit menempel pada tiang pengukur
- d. Turunkan batas atas pengukur sampai menempel di ubun-ubun
- e. Baca angka pada batas tersebut
- f. Jika anak umur diatas 24 bulan diukur telentang, maka hasil pengukurannya dikoreksi dengan mengurangkan 0.7 cm (Direktorat Kesehatan Departmen Kesehatan Keluarga, 2016).

D. Indeks Standar Antropometri Anak

Standar antropometri anak digunakan untuk menilai atau menentukan status gizi anak. Penilaian status gizi anak dilakukan dengan membandingkan hasil pengukuran berat badan dan panjang/tinggi badan dengan Standar Antropometri Anak. Klasifikasi penilaian status gizi berdasarkan Indeks Antropometri sesuai dengan kategori status gizi pada WHO Child Growth

Standars untuk anak usia 0-5 tahun dan The WHO Reference 2007 untuk anak 5-18 tahun (Kemenkes RI, 2020)

Umur yang digunakan pada standar ini merupakan umur yang dihitung dalam bulan penuh, contohnya bila umur anak 2 bulan 29 hari maka dihitung sebagai umur 2 bulan. Indeks Panjang Badan (PB) digunakan pada anak umur 0-24 bulan dengan posisi telentang, bila anak usia 0-24 bulan diukur dengan posisi berdiri maka hasil pengukurannya dikoreksi dengan menambahkan 0,7 cm. Indeks Tinggi Badan (TB) digunakan pada anak usia diatas 24 bulan dengan posisi berdiri, jika anak usia diatas 2 tahun diukur dengan posisi telentang maka hasil pengukurannya dikoreksi dengan mengurangkan 0,7 cm (Kemenkes RI, 2020).

Standar antropometri anak didasarkan pada parameter berat badan dan panjang/tinggi badan yang terdiri atas 3 indeks yaitu

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

Indeks ini menggambarkan berat badan relatif dibandingkan dengan umur anak. Kategori dan Ambang batas Status Gizi Anak dengan Indeks BB/U anak usia 0-60 bulan adalah

- a. Berat badan sangat kurang (severely underweight) dengan ambang batas (Z-score)nya adalah <-3 SD
- b. Berat badan kurang (underweight) dengan ambang batas (Z-score)nya adalah -3 SD sd <-2 SD
- c. Berat badan normal dengan ambang batas (Z-score)nya adalah -2 SD sd $+1$ SD
- d. Risiko berat badan lebih dengan ambang batas (Z-score)nya adalah $> +1$ SD

Jika seorang anak dengan BB/U rendah kemungkinan mengalami masalah pertumbuhan sehingga perlu dikonfirmasi dengan BB/PB atau BB/TB atau IMT/U sebelum diintervensi

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

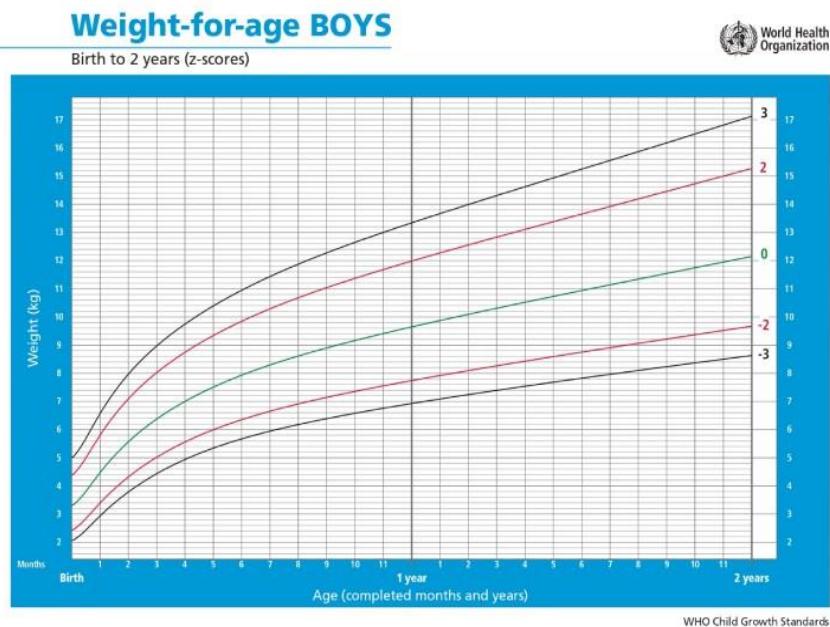
Indeks ini menggambarkan pertumbuhan panjang atau tinggi badan anak berdasarkan umurnya. Kategori dan Ambang batas Status Gizi Anak dengan Indeks PB/U atau TB/U anak usia 0-60 bulan adalah

- a. Sangat pendek (severely stunted) dengan ambang batas (Z-score)nya adalah <-3 SD

- b. Pendek (stunted) dengan ambang batas (Z-score) nya adalah -3 SD sd <-2 SD
 - c. Normal dengan ambang batas (Z-score) nya adalah -2 SD sd +3 SD
 - d. Tinggi dengan ambang batas (Z-score) nya adalah > +3 SD
- Anak-anak yang tergolong tinggi menurut umurnya juga dapat diidentifikasi. Anak-anak dengan tinggi badan diatas normal (tinggi sekali) biasanya disebabkan oleh gangguan endokrin tetapi jarang terjadi di Indonesia
3. Indeks Berat Badan menurut Panjang Badan/ Tinggi Badan menurut Umur (BB/PB atau BB/TB)
- Indeks ini menggambarkan apakah berat badan anak sesuai terhadap pertumbuhan panjang/tinggi badannya. Kondisi gizi buruk biasanya disebabkan oleh penyakit dan kekurangan asupan gizi yang baru saja terjadi (akut) maupun yang telah lama terjadi (kronis). Kategori dan Ambang batas Status Gizi Anak dengan Indeks PB/U atau TB/U anak usia 0-60 bulan adalah
- a. Gizi buruk (severely wasted) dengan ambang batas (Z-score)nya adalah <-3 SD
 - b. Gizi kurang (wasted) dengan ambang batas (Z-score)nya adalah -3 SD sd <-2 SD
 - c. Gizi baik (normal) dengan ambang batas (Z-score)nya adalah -2 SD sd +1 SD
 - d. Berisiko gizi lebih (possible risk of overweight) dengan ambang batas (Z-score)nya adalah > +1 SD sd +2 SD
 - e. Gizi lebih (overweight) dengan ambang batas (Z-score)nya adalah > +2 SD sd +3 SD
 - f. Obesitas (obese) dengan ambang batas (Z-score)nya adalah > +3 SD (Kemenkes RI, 2020)

Grafik Pertumbuhan

Indeks BB/U



Gambar 10.1 Grafik BB/U Laki-Laki Usia 0-6 bulan

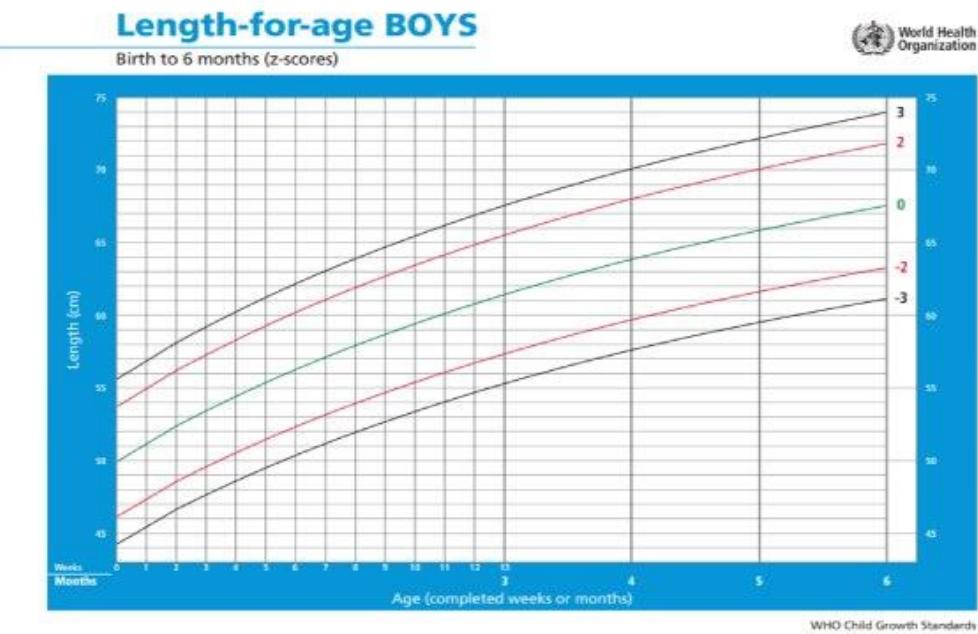
Sumber : Buku KIA, 2019



Gambar 10.2 Grafik BB/U Perempuan Usia 0-2 tahun

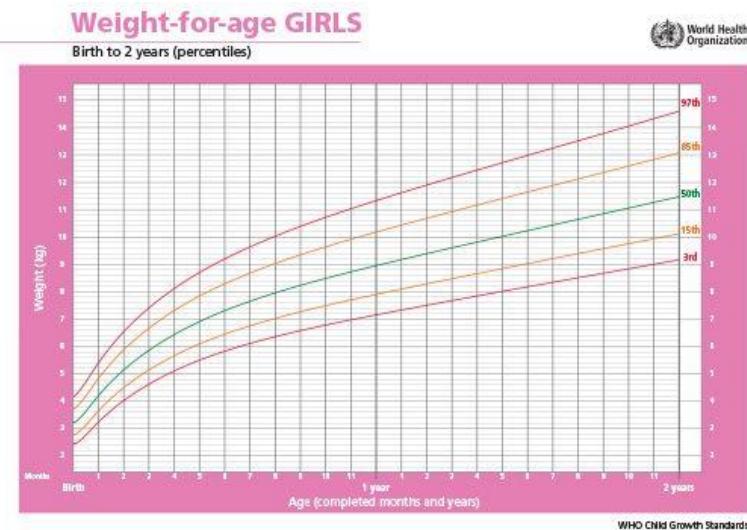
Sumber : Buku KIA, 2019

Indeks PB/U



Gambar 10.3. Grafik PB/U Laki-Laki Usia 0-6 bulan

Sumber : Buku KIA, 2019



Gambar 10.4 Grafik PB/U Perempuan Usia 0-2 tahun

Sumber : Buku KIA, 2019

E. Contoh Kasus dengan Pendokumentasi SOAP

Seorang ibu membawa balita perempuannya ke posyandu untuk dilakukan pemantauan pertumbuhan. Balita ini lahir tanggal 20 Februari 2021.

Hasil pemeriksaan didapatkan BB = 11 kg, PB = 70 cm, TTV dalam batas normal.

PENDOKUMENTASIAN SOAP

SUBJEKTIF

- a. Ibu mengatakan anaknya perempuan
- b. Ibu mengatakan anaknya lahir tanggal 20 Februari 2021

OBJEKTIF

Usia anak = 2 tahun 11 hari

ANALISIS

Diagnosa : An. balita usia 2 tahun 11 hari, KU bayi baik

Dasar :

- a. Balita lahir tanggal 20 Februari 2021
- b. Ibu datang ke posyandu tanggal 03 Maret 2023
- c. TTV dalam batas normal

PLANNING

- a. Jelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan
- b. Tentukan status gizi balita dengan indeks BB/U, PB/U dan BB/PB
- c. Interpretasikan hasil indeks pengukuran antropometri ke dalam grafik pertumbuhan KMS
- d. Beritahu kepada ibu untuk datang ke posyandu satu bulan lagi

F. Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)

1. Seorang wanita berusia 27 tahun datang ke posyandu membawa balita perempuannya yang berumur 10 bulan. Setelah ditimbang didapatkan BB bayi 9 kg dan PB 71 cm. Bidan menentukan status gizi balita melalui indeks PB/U, hasil penilaianya adalah < SD -3 (z score).
Apakah status gizi balita tersebut?
A. Pendek
B. Sangat Pendek
C. Tinggi
D. Sangat Tinggi
E. Normal

2. Seorang wanita berusia 27 tahun datang ke posyandu membawa balita perempuannya yang berumur 10 bulan. Setelah ditimbang didapatkan BB bayi 9 kg dan PB 71 cm. Bidan menentukan status gizi balita melalui indeks PB/U, hasil penilaiannya adalah $< SD -3$ (z score).
Apakah intervensi yang dapat diberikan pada kasus balita tersebut?
- A. Segera rujuk ke klinik tumbuh kembang
 - B. Jadwalkan kunjungan berikutnya
 - C. Asupan gizi ditingkatkan dan jadwalkan kunjungan berikutnya
 - D. Puji keberhasilan ibu dan anak
 - E. Jadwalkan kunjungan berikutnya dan puji keberhasilan ibu
3. Seorang wanita berusia 30 tahun datang ke TPMB membawa balita laki-laki yang berumur 10 bulan. Setelah ditimbang didapatkan BB bayi 13 kg dan PB 71 cm. Bidan menentukan status gizi balita melalui indeks BB/PB, hasil penilaiannya adalah $> +2 SD$ sd $+3 SD$ (z score).
Apakah status gizi balita tersebut?
- A. Normal
 - B. Gizi kurang
 - C. Overweight
 - D. Obesitas
 - E. Gizi buruk
4. Seorang wanita berusia 30 tahun datang ke TPMB membawa balita laki-laki yang berumur 10 bulan. Setelah ditimbang didapatkan BB bayi 13 kg dan PB 71 cm. Bidan menentukan status gizi balita melalui indeks BB/PB, hasil penilaiannya adalah $> +2 SD$ sd $+3 SD$ (z score).
Apakah intervensi yang dapat diberikan pada kasus balita tersebut?
- A. Tentukan penyebab
 - B. Segera rujuk ke klinik tumbuh kembang
 - C. Segera rujuk ke puskesmas
 - D. Konseling gizi sesuai penyebab
 - E. Puji keberhasilan ibu dan anak

5. Seorang wanita berusia 27 tahun datang ke posyandu membawa balita perempuannya yang berumur 10 bulan. Setelah ditimbang didapatkan BB bayi 9 kg dan PB 71 cm. Bidan menentukan status gizi balita melalui indeks BB/U, hasil penilaiannya adalah -2 SD sd +1 SD (z score). Apakah status gizi balita tersebut?
- A. Underweight
 - B. Obesitas
 - C. Normal
 - D. Severely underweight
 - E. Risiko berat badan lebih

Kunci Jawaban

- 1. B. Sangat pendek
- 2. A. Segera rujuk ke klinik tumbuh kembang
- 3. C. Overweight
- 4. D. Konseling gizi sesuai penyebab
- 5. C. Normal

DAFTAR PUSTAKA

Candra, A. (2020). Pemeriksaan Status Gizi (1st ed.). Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Retrieved from http://eprints.undip.ac.id/80671/1/BUKU_PEMERIKSAAN_STATUS_GIZI_KOMPLIT.pdf

Direktorat Kesehatan Departmen Kesehatan Keluarga. (2016). Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak. Bakti Husada.

Kemenkes RI. (2020). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak.

Riawati, D., & Hanifah, L. (2017). Evaluasi Pertumbuhan Balita Berdasarkan Umur Dan Berat Badan. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 8(2), 85–96. Retrieved from <https://jurnal.stikesmus.ac.id/index.php/JKebIn/article/download/18/17>

Sri Wahyuni, R., & Septalia Dale, D. (2019). Pemeriksaan Pertumbuhan Tinggi Badan Dan Berat Badan Bayi Dan Balita. *Celebes Abdimas : Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 1(1), 16.

BAB 11

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH DENGAN MASALAH DIARE

Nita Hestiyana, SST., M. Kes



BAB 11

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK

PRASEKOLAH DENGAN MASALAH DIARE

Nita Hestiyana, SST., M. Kes

A. Latar Belakang

Penyakit Diare merupakan penyakit endemis yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan masih menjadi penyumbang angka kematian di Indonesia terutama pada balita. LINTAS DIARE (Lima Langkah Tuntaskan Diare) menganjurkan bahwa semua penderita diare harus mendapatkan oralit maka target penggunaan oralit adalah 100% dari semua kasus diare yang mendapatkan pelayanan di puskesmas dan kader.

Manfaat oralit yaitu sebagai cairan yang harus diberikan pada setiap penderita diare untuk mencegah terjadinya dehidrasi. Selain oralit, balita juga diberikan zink selama 10 hari berturut-turut yang merupakan mikronutrien yang berfungsi untuk mengurangi lama dan tingkat keparahan diare, mengurangi frekuensi buang air besar, mengurangi volume tinja serta mencegah terjadinya diare berulang serta diare pada tiga bulan berikutnya (Kemenkes RI, 2020).

B. Definisi

Menurut *World Health Organization (WHO)*, definisi diare yaitu suatu penyakit yang ditandai dengan perubahan bentuk dan konsistensi tinja yang lembek sampai mencair dan bertambahnya frekuensi buang air besar yang lebih dari biasanya yaitu 3x atau lebih dalam sehari (Saputri, 2019) sedangkan menurut Kemenkes (2014), Diare adalah suatu penyakit dengan tanda-tanda adanya perubahan bentuk dan konsistensi pada tinja yakni lebih lembek atau lebih cair serta frekuensi buang air besar lebih banyak dari biasanya.

C. Penyebab

Penyebab diare berasal dari berbagai faktor, yaitu :

1. Faktor Makanan

Faktor makanan disebabkan oleh makanan yang sudah basi, makanan beracun dan alergi makanan yang menyebabkan usus tidak mampu untuk menyerap makanan dengan baik (Ngastiyah, 2014).

2. Faktor Infeksi

Menurut Ariani (2016) faktor infeksi meliputi:

- a. Infeksi enteral yaitu infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama pada diare pada anak, meliputi:
 - 1) Infeksi bakteri: vibrio E Coli, salmonella, shigella, compylobacter, yersinia, aeromonas, dan sebagainya
 - 2) Infeksi virus: enterovirus (virus ECHO, coxsackie, polimeilitis), adenovirus rotavirus, astrovirus dan lain-lain.
 - 3) Infeksi parasit: cacing (ascaris, trichuris, oxyuris, strongilodes), jamur (*candida albicans*).
- b. Infeksi parenteral, yaitu infeksi di bagian tubuh lain di luar alat pencernaan seperti Otitis Media Acut (OMA), tonsiloperingitic, broncopneumatic, ensefalitik, dan sebagainya. Keadaan ini terutama terdapat pada bayi dan anak berumur di bawah 2 tahun.

3. Faktor Malabsorbsi

Faktor malabsorbsi karbohidrat yaitu terganggunya sistem pencernaan yang berpengaruh terhadap penyerapan karbohidrat dalam tubuh. Gejala ini dapat berupa diare berat, tinja berbau sangat asam, sakit di daerah perut, terganggunya penyerapan lemak dalam tubuh, dan terganggunya penyerapan protein lemak dalam tubuh (Ngastiyah, 2014).

4. Faktor Psikologis

Faktor psikologis yang dapat mempengaruhi terjadinya peristaltik usus sehingga mempengaruhi proses penyerapan makanan.

5. Penggunaan botol yang tidak bersih sehingga dapat menyebabkan kuman masuk
6. Menyimpan makanan ditempat yang terpapar kuman.
7. Penggunaan air minum yang tercemar bakteri dari feses, hal ini disebabkan karena tangan yang tercemar atau terkontaminasi oleh bakteri mengenai air sewaktu mengambil air dari tempat penyimpanan.
8. Tidak mencuci tangan setelah buang air besar, membuang feses, atau sebelum memasak makanan.

D. Faktor Risiko

Adapun faktor Risiko penyebab diare yaitu:

1. Faktor Umur

Diare terjadi pada kelompok umur 6-11 bulan saat diberikan MP-ASI. Hal ini menggambarkan kombinasi efek penurunan kadar antibodi ibu, kurangnya kekebalan bayi dalam pengenalan makanan yang mungkin terkontaminasi dengan bakteri tinja.

2. Faktor Musim

Pola musim terjadi menurut keadaan geografis di Indonesia, dimana diare disebabkan oleh rotavirus yang terjadi sepanjang tahun musim kemarau, dan bakteri pada diare yang cenderung meningkat saat terjadi musim hujan.

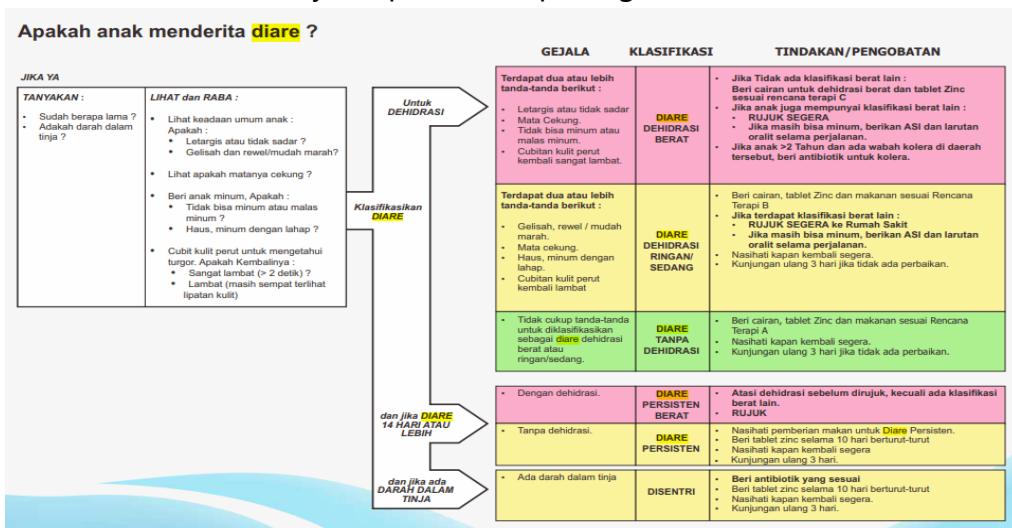
3. Faktor Lingkungan

Kepadatan lingkungan rumah, tersedianya sarana air bersih, pemanfaatan sarana air bersih dan kualitas air bersih mempengaruhi faktor risiko diare.

E. Tanda dan Gejala

Menurut Dwinenda (2014), tanda dan gejala awal diare yaitu anak menjadi rewel/cengeng, gelisah, suhu badan meningkat, nafsu makan menurun, tinja berbentuk cair baik terdapat lender, lender dengan darah atau tidak, anus lecet, dehidrasi (bila terjadi dehidrasi berat maka volume darah berkurang, nadi cepat dan kecil, denyut jantung cepat, tekanan darah menurun, keadaan menurun diakhiri dengan syok), berat badan menurun, turgor kulit menurun, mata dan ubun-ubun cekung, mulut dan kulit menjadi kering.

Berdasarkan buku bagan MTBS (2015), tanda dan gejala diare berdasarkan klasifikasinya dapat dilihat pada gambar dibawah ini:



Sumber: Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), Kemenkes RI

2015

F. Pencegahan

Pencegahan Diare yaitu:

- 1. Pemberian ASI Eksklusif**

ASI adalah makanan yang paling baik untuk bayi. ASI saja sudah cukup untuk menjaga pertumbuhan sampai umur 6 bulan. ASI bersifat steril, berbeda dengan sumber susu lain seperti susu formula atau cairan lain yang disiapkan dengan air atau bahan-bahan dapat terkontaminasi dalam botol yang kotor. ASI mempunyai khasiat preventif secara imunologik dengan adanya antibodi dan zat-zat lain yang dikandungnya.

- 2. Makanan pendamping ASI**

Perilaku pemberian makanan pendamping ASI yang baik meliputi perhatian terhadap kapan, apa, dan bagaimana makanan pendamping ASI diberikan. Saran untuk meningkatkan pemberian makanan pendamping ASI yaitu memberikan makanan lunak ketika anak berumur 6 bulan dan dapat dilanjutkan dengan makanan pendamping ASI, tambahkan minyak, lemak, dan gula kedalam nasi atau bubur dan biji-bijian untuk menambah energi serta tambahkan hasil olahan kacang-kacangan, susu, telur, ikan, daging, buah-buahan, dan sayuran.

- 3. Penyediaan air bersih**

Mengingat bahwa ada beberapa penyakit yang dapat ditularkan melalui air antara lain adalah diare, kolera disentri, hepatitis, penyakit kulit, penyakit mata, dan berbagai penyakit lainnya, maka penyediaan air bersih baik secara kuantitas dan kualitas mutlak di perlukan dalam memenuhi kebutuhan air sehari-hari termasuk untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan. Untuk mencegah terjadinya penyakit tersebut, penyediaan air bersih yang cukup setiap rumah tangga harus tersedia. Disamping itu perilaku hidup bersih harus tetap dilaksanakan

- 4. Mencuci tangan**

Kebiasaan yang berhubungan dengan kebersihan perorangan yang penting dalam penularan kuman diare adalah mencuci tangan. Mencuci tangan dengan sabun, terutama sesudah buang air besar, sesudah membuang tinja anak, sebelum menyiapkan makanan, sebelum menuapni makan anak dan sebelum makan, mempunyai dampak dalam kejadian diare (menurunkan angka kejadian diare sebesar 47%).

5. Pemberian imunisasi campak

Pemberian imunisasi campak pada bayi sangat penting untuk mencegah agar bayi tidak terkena penyakit campak. Anak yang sakit campak sering disertai diare, sehingga pemberian imunisasi campak juga dapat mencegah diare.

6. Pengelolaan sampah

Sampah merupakan sumber penyakit dan tempat berkembang biaknya vektor penyakit seperti lalat, nyamuk, tikus, kecoa dsb. Selain itu sampah dapat mencemari tanah dan menimbulkan gangguan kenyamanan dan estetika seperti bau yang tidak sedap dan pemandangan yang tidak enak di lihat. Oleh karena itu pengelolaan sampah sangat penting, untuk mencegah penularan penyakit tersebut. Tempat sampah harus di sediakan, sampah harus di kumpulkan setiap hari dan di buang ke tempat penampungan sementara, bila tidak terjangkau oleh pelayanan pembuangan sampah ke tempat pembuangan akhir dapat di lakukan pemusnahan sampah dengan cara ditimbun atau di bakar.

7. Menggunakan jamban

Pengalaman di beberapa negara membuktikan bahwa upaya penggunaan jamban mempunyai dampak yang besar dalam penurunan risiko terhadap penyakit diare. Keluarga yang tidak mempunyai jamban harus membuat jamban dan keluarga harus buang air besar di jamban. Yang harus diperhatikan oleh keluarga:

- a. Keluarga harus mempunyai jamban yang berfungsi baik dan dapat dipakai oleh seluruh anggota keluarga.
- b. Bersihkan jamban secara teratur
- c. Gunakan alas kaki bila akan buang air besar

8. Membuang tinja bayi dengan benar

Banyak orang beranggapan bahwa tinja bayi tidak berbahaya. Hal ini tidak benar karena tinja bayi dapat pula menularkan penyakit pada anak-anak dan orang tuanya. Tinja bayi harus dibuang secara benar. Yang harus diperhatikan oleh keluarga

- a. Kumpulkan segera tinja bayi
- b. Bantu anak buang air besar di tempat yang bersih dan mudah di jangkau olehnya.

- c. Pilih tempat untuk membuang tinja salah satunya seperti di dalam lubang atau di kebun kemudian ditimbun.
- d. Bersihkan dengan benar setelah buang air besar dan cuci tangan dengan sabun.

G. Penatalaksanaan

Salah satu prinsip tatalaksana diare yaitu dengan *lintas diare atau 5 langkah tuntaskan diare*. Menurut kemenkes RI (2014), program lintas diare yaitu:

1. Penggunaan Oralit

Oralit merupakan bahan yang dapat digunakan untuk mengganti cairan yang hilang yang mengandung glukosa dan larutan elektrolit seperti Na, K, Cl dan HCO₃. Pemberian oralit di harapkan dapat bermanfaat dalam mengganti cairan tubuh yang hilang pada saat terjadi diare terutama untuk mencegah dehidrasi. Oralit juga dapat mengurangi volume tinja hingga 25% dan mengurangi mual muntah hingga 30% agar penderita tidak mengalami dehidrasi berat dan tidak sampai menggunakan cairan intravena. Oralit diberikan pada hari pertama diare sampai diare berhenti. Oralit dapat mencegah dehidrasi sehingga dapat dilakukan mulai dari rumah tangga dengan memberikan oralit osmolaritas rendah, dan bila tidak tersedia berikan cairan rumah tangga seperti air tajin, kuah sayur, air matang. Oralit merupakan cairan yang terbaik bagi penderita diare untuk mengganti cairan yang hilang. Pemberian oralit didasarkan pada derajat dehidrasi.

Menurut MTBS (2015), dalam pemberian cairan terdapat penderita diare terdapat beberapa rencana terapi tambahan, yaitu rencana terapi A, rencana terapi B dan rencana terapi C yang dapat dilihat pada gambar berikut:

PEMBERIAN CAIRAN TAMBAHAN UNTUK DIARE DAN MELANJUTKAN PEMBERIAN MAKAN / ASI

(lihat anjuran PEMBERIAN MAKAN PADA ANAK SEHAT MAUPUN SAKIT)

Rencana Terapi A : Penanganan Diare di Rumah

Jelaskan pada ibu tentang aturan perawatan di rumah

1. BERI CAIRAN TAMBAHAN (sebanyak anak mau) JELASKAN PADA IBU

- Beri ASI lebih sering dan lebih lama pada setiap kali pemberian
 - Jika anak memperoleh ASI Eksklusif, berikan oralit atau air matang sebagai tambahan
 - 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 :
- Anak telah diobati dengan Rencana Terapi B atau C dalam kunjungan ini
 - Anak tidak dapat kembali ke klinik jika diarena bertambah parah

AJARI IBU CARA MENCAMPUR DAN MEMBERIKAN ORALIT BERIKUT IBU 6 BUNGKUS ORALIT UNTUK DIBERIKAN DI RUMAH

TUNJUKAN KEPADA IBU BERAPA BANYAK HARUS MEMBERIKAN ORALIT/CAIRAN LAIN YANG HARUS DIBERIKAN SETIAP KALI ANAK BUANG AIR BESAR

- Sampai umur 1 tahun : 50 - 100 ml setiap kali buang air besar
- Umur 1 sampai 5 tahun : 100 - 200 ml setiap kali buang air besar

Katakan kepada ibu :

- Agar meminimumkan sedikit-sedikit tapi sering dari mangkuk/cangkir/gelas
- Jika anak muntah, tunggu 10 menit. Kemudian berikan lebih lambat
- Lanjutkan pemberian cairan tambahan sampai diaire berhenti

2. BERI TABLET ZINC SELAMA 10 HARI

3. LANJUTKAN PEMBERIAN MAKAN

4. KAPAN HARUS KEMBALI

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

- Minumkan sedikit-sedikit tapi sering dari cangkir/mangkuk/gelas
- Jika anak muntah, tunggu 10 menit. Kemudian berikan lagi lebih lambat.
- Lanjutkan ASI selama anak mau.
- Bila kelopak mata Bengkak, hentikan pemberian oralit dan berikan air masak atau ASI

BERIKAN TABLET ZINC SELAMA 10 HARI

SETELAH 3 JAM :

- Ulangi pemeriksaan dan klasifikasi kembali derajat dehidrasinya
- Pilih rencana terapi yang sesuai untuk melanjutkan pengobatan

JIKA IBU MEMAKSA PULANG SEBELUM PENGOBATAN SELESAI :

- Tunjukkan cara menyiapkan cairan oralit di rumah.
- Tunjukkan berapa banyak oralit yang harus diberikan di rumah untuk menyelesaikan 3 jam pengobatan
- Beri oralit yang cukup untuk rehidrasi dengan menambahkan 6 bungkus lagi sesuai yang dijanjikan dalam rencana terapi A.
- Jelaskan 4 langkah penanganan diaire di rumah:

 1. BERI CAIRAN TAMBAHAN
 2. BERI TABLET ZINC SELAMA 10 HARI
 3. LANJUTKAN PEMBERIAN MAKAN
 4. KAPAN HARUS KEMBALI

Lihat Rencana Terapi A

Sumber: Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), Kemenkes RI

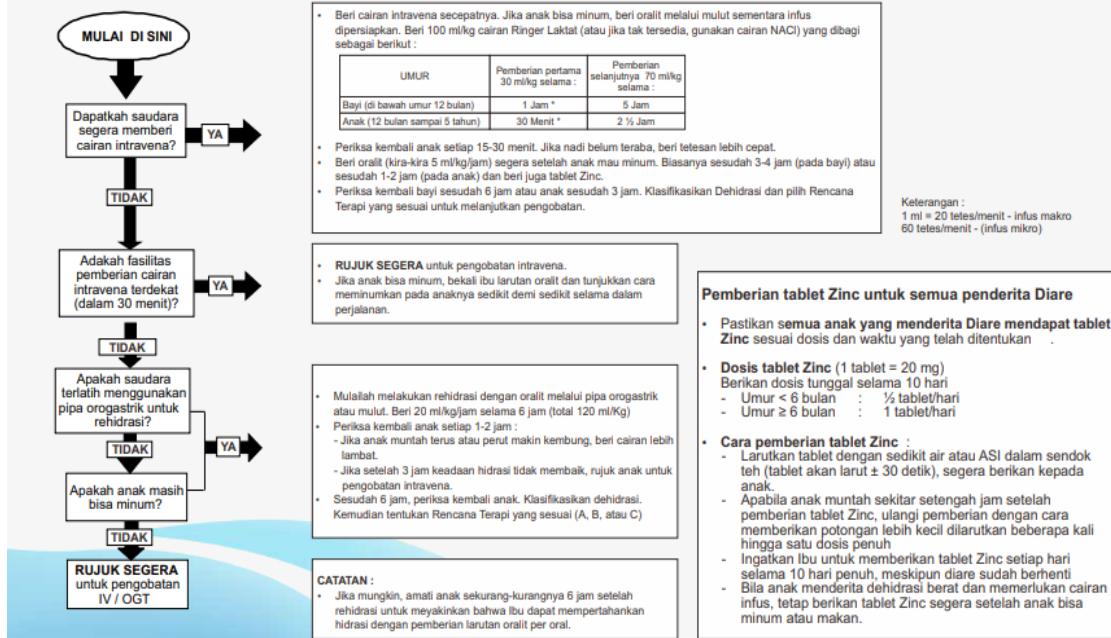
2015

PEMBERIAN CAIRAN TAMBAHAN UNTUK DIARE DAN MELANJUTKAN PEMBERIAN MAKAN / ASI

(lihat anjuran PEMBERIAN MAKAN PADA ANAK SEHAT MAUPUN SAKIT)

Rencana Terapi C: Penanganan Dehidrasi Berat dengan Cepat

IKUTI TANDA PANAH, JIKA JAWABAN "YA", LANJUTKAN KE KANAN, JIKA "TIDAK", LANJUTKAN KE BAWAH



Sumber: Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), Kemenkes RI 2014

2. Pemberian Zinc selama 10 hari berturut-turut

Zinc merupakan salah satu mikronutrien yang penting dalam tubuh. Pemberian zinc harus segera diberikan saat anak mengalami diare hal ini terbukti mampu dalam mengurangi lama dan tingkat keparahan diare, mengurangi frekuensi buang air besar, mengurangi volume tinja, serta menurunkan kekambuhan kejadian diare pada 3 bulan berikutnya. Zinc harus tetap diberikan selama 10 hari walaupun diare sudah berhenti.

3. Meneruskan pemberian ASI dan makanan

Pemberian makanan selama diare bertujuan untuk memberikan gizi pada penderita terutama pada anak agar tetap kuat dan tumbuh serta mencegah berkurangnya berat badan. Anak yang masih minum ASI harus lebih sering di beri ASI. Anak yang minum susu formula juga diberikan lebih sering dari biasanya. Anak usia 6 bulan atau lebih termasuk bayi yang telah mendapatkan makanan padat harus diberikan makanan yang mudah dicerna dan diberikan sedikit lebih sedikit dan lebih sering. Setelah diare berhenti, pemberian makanan ekstra harus diteruskan selama 2 minggu untuk pemulihan berat badan

4. Pemberian antibiotik secara selektif

Antibiotika tidak boleh digunakan secara rutin karena kecilnya kejadian diare pada balita yang disebabkan oleh bakteri. Antibiotika hanya bermanfaat pada penderita diare dengan darah dan suspek kolera.

5. Pemberian Nasihat Pada Ibu atau Keluarga

Ibu atau pengasuh saling berhubungan erat dengan balita. Oleh karena itu, perlu diberi nasehat tentang cara memberikan cairan dan obat di rumah dan kapan balita harus dibawa kembali ke petugas kesehatan. Balita yang mengalami diare harus dibawa kembali ke petugas kesehatan bila mengalami diare lebih sering, muntah yang berulang, sangat haus, makan dan minum sedikit, timbul demam, tinja berdarah dan tidak membaik dalam 3 hari.

H. Komplikasi

Menurut Dwienda (2014), diare dapat menimbulkan kehilangan cairan elektrolit secara mendadak yang dapat mengakibatkan berbagai komplikasi, yaitu:

1. Dehidrasi (ringan, sedang, berat, hipotonik, isotonik, hipertonik)

Dehidrasi adalah kehilangan air dari tubuh atau jaringan atau keadaan yang merupakan akibat kehilangan air abnormal. Terdapat banyak sebab kehilangan cairan tubuh dan kandungan elektrolit diantaranya kehilangan melalui kulit seperti diaphoresis, luka bakar. Kehilangan cairan tubuh melalui saluran perkemihan, misalnya karena dieresis osmotic, diabetes insipidus

2. Hipokalemia (dengan gejala ineteorismus, lemah, bradikardi).
3. Hipoglikemi

Gejala hipoglikemia yang sering terjadi adalah sering merasa ngantuk, lemas, dan sering sakit kepala. Hal ini tidak boleh dibiarkan berlarut-larut. Hipoglikemi adalah suatu keadaan dimana kadar gula darah dibawah normal. Padahal kinerja tubuh terutama otak dan system syaraf, membutuhkan glukosa dalam darah yang berasal dari makanan berkarbohidrat dalam kadar yang cukup. Otak memerlukan gula darah sebagai energy karena dalam metabolisme, tubuh kita dapat menggunakan bermacam-macam sumber energy, misalnya lemak. Sedangkan sel-sel otak yang dapat menggunakan sumber energy yang berasal dari karbohidrat yang berupa glukosa. Oleh sebab itu, jika kadar gula darah terlalu rendah maka organ pertama yang terkena dampaknya adalah beserta system saraf pusat

4. Kejang terutama pada dehidrasi hipertonik.
5. Gangguan gizi

Hal ini dapat terjadi karena asupan makanan yang kurang dan output yang berlebihan. Gangguan gizi akan bertambah berat bila pemberian makanan dihentikan, serta penderita pernah mengalami kejadian malnutrisi (kekurangan gizi)

Contoh Kasus Diare

S	Ibu mengatakan bahwa anaknya berumur 4 tahun mengeluh BAB sebanyak 7 kali, disertai panas dan anaknya gelisah serta rewel.
O	: anak tampak lemah, Kesadaran : komposmentis TTV : T 36,5°C, N 100x/mnt, R: 30 x/mnt. Pemeriksaan Fisik Wajah : pucat

	Mata : conjungtiva merah muda, sclera putih, mata cekung Mulut : mukosa bibir kering Abdomen : kembung (+), bising usus (+) meningkat Kulit : kering, cubitan kulit kembali lambat Ekstremitas : tidak ada oedema Anus : lecet dan kemerahan
A	Anak umur 4 tahun dengan diare dehidrasi sedang
P	<p>1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu yaitu keadaan anaknya masih tampak lemah, tanda-tanda vital anak yaitu suhu badan: 36,5 °C, Nadi : 100x/mnt, Pernapasan: 30 x/mnt. <i>"ibu sudah mengetahui kondisi anaknya"</i></p> <p>2. Menjelaskan kepada ibu, tanda bahaya diare yaitu mual muntah yang berlebihan, tidak mau makan dan minum, pusing dan lemas atau lemas. <i>"Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan"</i></p> <p>3. Mempertahankan pola makan anak dan tetap memperhatikan makanan yang bergizi pada anak yaitu dengan tetap mengkonsumsi nasi, sayur, tahu, tempe dan daging serta banyak mengkonsumsi air putih <i>"Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan"</i></p> <p>4. Memberikan terapi obat sesuai advis dokter: 1 saset oralit dilarutkan dalam satu gelas air matang yang hangat diberikan sedikit demi sedikit pada anak setiap kali BAB, zinc selama 10 hari, dan paracetamol <i>"Ibu sudah memberi minum obat pada anaknya"</i></p> <p>5. Memotivasi untuk menjaga kebersihan diri anak maupun orang tua dengan cara cuci tangan sebelum dan sesudah makan, cuci tangan sebelum dan sesudah buang air (BAK dan BAB), cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan aktifitas. <i>"Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran yang berikan"</i></p> <p>6. Memotivasi pada ibu pertahankan pola istirahat anak dengan tidur siang 1-2 jam/hari dan tidur malam 7-8 jam/hari. <i>"Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran yang berikan".</i></p>

I. Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)

1. Seorang bayi perempuan, umur 1 tahun, dibawa ibunya ke puskesmas dengan keluhan mencret sejak 2 hari yang lalu. Hasil anamnesis: bayi rewel, BAB 3-5 kali sehari, konsistensi cair, tidak ada darah dalam tinja, minum banyak. Hasil pemeriksaan: kesadaran: comatos, BB 8,9 Kg, PB 75 cm, S 37,5°C, P 36 x/menit, mata cekung, turgor kulit kembali lambat.
Diagnosis apakah yang paling tepat pada kasus tersebut?
 - a. Disentri
 - b. Diare Persisten
 - c. Diare tanpa dehidrasi
 - d. Diare dengan dehidrasi berat
 - e. Diare dengan dehidrasi sedang**
2. Seorang bayi laki-laki, umur 1 tahun, dibawa ibunya ke puskesmas dengan keluhan mencret sejak 3 hari yang lalu. Hasil anamnesis: bayi rewel, BAB 3-5 kali sehari, konsistensi cair, tidak ada darah dalam tinja, tidak mau makan dan minum. Hasil pemeriksaan: kesadaran: tidak sadar, BB 8,5 Kg, PB 74 cm, S 37,5°C, P 36 x/menit, mata cekung, turgor kulit kembali sangat lambat.
Rencana asuhan apakah yang paling tepat pada kasus tersebut?
 - a. **Berikan cairan intravena segera**
 - b. Berikan zink selama 1 minggu
 - c. Berikan oralit
 - d. Berikan nutrisi
 - e. Berikan antibiotik
3. Seorang balita, umur 2 tahun, dibawa ibunya ke puskesmas dengan keluhan mencret yang belum sembuh sejak 2 minggu yang lalu. Hasil anamnesis: balita masih mau minum dan makan, BAB 3-4 kali sehari, konsistensi cair, ada darah dalam tinja, minum dan makan biasa. Hasil pemeriksaan: kesadaran: CM, S 37°C, P 34x/menit, mata tidak cekung, turgor kulit kembali cepat.
Diagnosis apakah yang paling tepat pada kasus tersebut?
 - a. **Disentri**
 - b. Diare Persisten
 - c. Diare tanpa dehidrasi
 - d. Diare dengan dehidrasi berat
 - e. Diare dengan dehidrasi sedang

4. Seorang bayi laki-laki, umur 13 bulan, dibawa ibunya ke puskesmas dengan keluhan mencret sejak 2 hari yang lalu. Hasil anamnesis: bayi rewel, BAB 3-5 kali sehari, konsistensi cair, tidak ada darah dalam tinja, tidak mau makan dan minum. Hasil pemeriksaan: kesadaran: tidak sadar, BB 8,6 Kg, PB 74 cm, S 37,5°C, P 36 x/menit, mata cekung, turgor kulit kembali sangat lambat. Diagnosis apakah yang paling tepat pada kasus tersebut?
- a. Disentri
 - b. Diare Persisten
 - c. Diare tanpa dehidrasi
 - d. Diare dengan dehidrasi berat**
 - e. Diare dengan dehidrasi sedang
5. Seorang bayi laki-laki, umur 1 tahun, dibawa ibunya ke Puskesmas dengan keluhan mencret sejak 2 hari yang lalu. Hasil anamnesis: bayi rewel, BAB 3-5x sehari, konsistensi cair, tidak ada darah dalam tinja, minum banyak. Hasil pemeriksaan: kesadaran compositus, BB 9 kg, PB 75 cm, S 37,5° C, P 34x/menit, mata tidak cekung, turgor kulit kembali cepat. Rencana asuhan apakah yang paling tepat pada kasus tersebut?
- a. Pemberian infus
 - b. Pemberian antibiotik
 - c. Pemberian antipiretik
 - d. Pemberian oralit**
 - e. Pemberian zinc selama 1 minggu

DAFTAR PUSTAKA

- Ariani. 2016. *Diare Pencegahan dan Pengobatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Dwinenda, Octa. 2014. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi/Balita dan Anak Prasekolah Untuk Para Bidan*. Ed. 1. Cet. 1. Yogyakarta: Deepublish.
- Kemenkes RI.2015. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
- Kemenkes RI. 2015. *Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
- Kemenkes RI. 2021. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Ngastiyah. 2014. Perawatan Anak Sakit. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Saputri. 2019. "Hubungan Faktor Lingkungan Dengan Kejadian Diare Pada Balita di Puskesmas Bernung. Ilmu keperawatan dan kebidanan". 10 (1). pp.101-110.

BAB 12

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH DENGAN MASALAH PANAS/DEMAM

Mareza Yolanda Umar, S.ST., M. Kes



BAB 12

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK

PRASEKOLAH DENGAN MASALAH PANAS / DEMAM

Mareza Yolanda Umar, S.ST., M. Kes

A. Latar Belakang

Anak adalah penerus generasi negeri. Dalam masa pertumbuhannya masa anak-anak paling rentan terhadap berbagai penyakit, terutama pada balita yaitu pertama kehidupanya. bayi dan anak dibawah usia 5 tahun rentan terhadap berbagai penyakit disebabkan oleh sistem tubuh anak dan balita yang belum terbentuk sempurna. Penyakit yang sering dialami pada masa anak-anak yaitu demam, cacar air, diare, infeksi kulit, pneumonia, muntah.

Anak yang mengalami demam akan merasa tidak nyaman, badan dan wajah anak yang panas tampak merah serta anak menggigil. Anak yang mengalami demam merasa tidak nyaman sehingga anak menangis berkepanjangan, lemas, selera makan menurun dan sulit tidur. demam dapat meningkatkan resiko penguapan dan terbuangnya cairan tubuh. Demam merupakan suatu gangguan yang sering terjadi pada bayi atau anak. Anak dikatakan demam apabila suhu tubuh anak lebih dari 37°C . Suhu tubuh normal pada manusia berkisar antara $36\text{-}37^{\circ}\text{C}$. Suhu tubuh anak yang terus meningkat seringkali menjadi pengalaman yang menakutkan bagi orang tua

Semua tingkat umur manusia dapat mengalami panas tinggi atau demam, itu terjadi karena berbagai kemungkinan masuknya bibit penyakit ke dalam tubuh. Namun kasus demam pada bayi dan anak balita itu tidak dapat diabaikan begitu saja. Perlakuan dan penanganannya jauh berbeda dengan orang dewasa, apabila perlakuan dan penanganannya salah, lambat dan tidak tepat akan mengakibatkan terganggunya perkembangan dan pertumbuhan tubuh pada balita dan keselamatan jiwanya dapat juga terancam.

Di Asia, balita yang mengalami demam sekitar 10-15% yang berhubungan dengan gejala-gejala atau tanda dari suatu penyakit. Kejadian ini terjadi pada rentang usia 1 bulan sampai 5 tahun, dan insiden kejadian Demam paling banyak terjadi pada usia 14-18 bulan. Di Indonesia sendiri, dilaporkan angka kejadian hipertermia pada tahun 2012- 2013 3-4% dari anak yang berusia 6 bulan – 5 tahun. Demam sangat berhubungan dengan usia, hampir tidak pernah ditemukan sebelum usia 6 bulan dan setelah 6 tahun. Berdasarkan

data statistik Riset Dasar Kesehatan Indonesia, penyakit dengan tanda gejala demam yaitu; Infeksi Saluran Pernapas (17,7%) dan Pneumonia (5,5%) .

Data dari World Health Organization (WHO) tahun 2013 kasus demam diseluruh dunia yang kematianya tiap tahunya mencapai 16-33 juta dengan 500- 600 ribu jumlah anak di dunia. Hasil dari Survei Demografi dan Kesehatan Nasional (SDKN) di tahun 2019 tentang angka kematian bayi di Indonesia yaitu 24 per 1000 kelahiran hidup dan kematian balita 32 per 1000 kelahiran hidup. Pada kelompok anak balita penyebab kematian terbanyak yaitu diare, dan penyebab lainnya diantaranya pneumonia, demam, malaria, campak dan lainnya.

Demam adalah salah satu gangguan kesehatan yang sering dialami oleh anak. Demam terjadi apabila terdapat peningkatan suhu tubuh anak mencapai kenaikan suhu anatara 0,80C -1,10C atau lebih dari suhu tubuh normal yaitu 37,50C. Infeksi virus, paparan panas yang berlebihan, kehilangan cairan (dehidrasi), alergi dan gangguan sistem kekebalan tubuh merupakan penyebab dari demam pada anak. Apabila demam tidak segera diatasi bisa terjadi kejang pada anak dan membahayakan keselamatan anak, kejang yang berlangsung lebih dari 15 menit dapat mengakibatkan apneu, hipoksia, hipoksemia, asidosis, hipotensi sehingga menyebabkan kelainan anatomis di otak dan terjadi epilepsi dan mengakibatkan pertumbuhan dan perkembangan anak terganggu.

B. Definisi

Demam merupakan keadaan yang sering ditemui sehari-hari dalam kehidupan terutama pada anak yang tubuhnya masih rentan terhadap penyakit. Demam merupakan respon normal terhadap berbagai kondisi, yang paling umum adalah infeksi. Demam terjadi ketika suhu tubuh meningkat, karena termostatnya disetel ulang ke suhu yang lebih tinggi dari biasanya. Hampir setiap anak akan mengalami demam pada suatu saat.

Demam adalah keadaan suhu tubuh lebih dari normal, yaitu lebih dari 38 derajat celcius, yang diakibatkan oleh kondisi tubuh yang menciptakan lebih banyak panas dari pada yang dapat dikeluarkan. Demam bukanlah suatu penyakit melainkan gejala, demam merupakan suatu respon tubuh terhadap adanya infeksi.

Demam terjadi apabila terdapat peningkatan suhu tubuh anak mencapai kenaikan suhu anatara 0,8°C - 1,1°C atau lebih dari suhu tubuh

normal yaitu $37,5^{\circ}\text{C}$. Infeksi virus, paparan panas yang berlebihan, kehilangan cairan (dehidrasi), alergi dan gangguan sistem kekebalan tubuh merupakan penyebab dari demam pada anak

Demam merupakan suhu tubuh lebih dari normal dan demam berbahaya apabila suhu tubuh sudah $> 41^{\circ}\text{ C}$ dan apabila demam tidak segera ditangani akan berpotensi kejang demam, dehidrasi, dan gangguan lainnya.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan demam sebagai suhu ketiak $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ dan merupakan respon fisiologis normal terhadap penyakit yang memfasilitasi dan mempercepat pemulihan. Meskipun sering dikaitkan dengan penyakit yang sembuh sendiri, hal itu menimbulkan kekhawatiran yang signifikan bagi kedua orang tua dan petugas kesehatan yang merawat. Demam itu sendiri tidak merugikan, melainkan merupakan respons fisiologis normal terhadap infeksi atau penyakit. Dengan tidak adanya diagnosis, pengobatan dengan tujuan tunggal untuk menurunkan suhu tidak tepat dan beberapa anak demam akan sembuh lebih cepat jika demam tidak diobati.

Demam yaitu peningkatan suhu tubuh lebih dari 38° celcius yang berhubungan dengan ketidakmampuan mekanisme kehilangan panas untuk mengimbangi produksi panas yang berlebih sehingga terjadi peningkatan suhu tubuh, demam dikatakan tidak berbahaya apabila suhu masih dibawah 39° celcius. Hal ini menunjukan bahwa demam disebabkan oleh infeksi dengan ditandai suhu tubuh meningkat.

Cara Pengukuran Suhu Tubuh:

1. Suhu tubuh harus diukur di ketiak, atau di telinga menggunakan termometer timpani inframerah (hanya setelah usia 4 minggu).
2. Rute oral dan rektal tidak boleh digunakan untuk mengukur suhu tubuh pada anak.
3. Termometer yang dapat digunakan kembali harus dibersihkan dengan benar di antara penggunaan.
4. Pembacaan suhu mungkin tidak akurat jika anak memakai banyak pakaian atau dibungkus selimut. Dalam keadaan ini mereka harus dibiarkan dingin sebelum mengambil suhu.

Cara pengukuran suhu di aksila.

1. Jangan mengukur suhu langsung setelah mandi.

2. Pastikan ketiak anak dalam keadaan kering.
3. Jika menggunakan termometer kaca, sebelum meletakkannya di aksila, goyangkan termometer hingga cairan berada pada atau di bawah 36°garis C.
4. Tempatkan ujung termometer di ketiak dan tekan perlahan siku anak ke dada untuk menutup ujung termometer di ketiak.

Baca suhu:

1. Jika menggunakan termometer kaca: setelah 4 menit.
2. Jika menggunakan termometer kaca: setelah 4 menit.

Pengukuran Timpani (telinga) Inframerah

1. Pasang filter lensa baru ke ujung termometer setiap kali digunakan.
2. Hidupkan termometer.
3. Tarik perlahan ke belakang (posterior) cuping telinga untuk membuka liang telinga
4. Masukkan probe termometer ke dalam liang telinga dan tekan tombol aktivasi sampai terdengar bunyi bip.
5. Lepaskan termometer dari telinga dan baca suhu di layar LCD.

Thermometer Infra merah non kontak

1. Penggunaan termometer nonkontak pada anak dengan demam tidak dianjurkan.
2. Termometer nonkontak yang mengukur suhu saat dipegang beberapa sentimeter dari kulit (misalnya dahi) dapat memiliki nilai prediktif negatif yang baik dan dapat membantu dalam skrining untuk menyingkirkan demam pada anak yang tidak demam.
3. Pada anak dengan demam, alat ini seringkali tidak dapat diandalkan dan tidak memberikan pembacaan suhu tubuh yang akurat jika dibandingkan dengan pengukuran aksila atau timpani. Perangkat harus dikalibrasi dengan benar, dan pembacaan dapat bervariasi tergantung pada tingkat kesusahan anak, jarak antara perangkat genggam dan kepala anak, dan jumlah pembacaan yang dilakukan.

Demam biasa terjadi pada beberapa bayi setelah mendapatkan imunisasi tertentu. Jika bayi mengalami demam tetapi tetap memperlihatkan nafsu makan yang baik dan tidak rewel bisa menjadi pertanda tubuh bayi sedang melawan serangan virus atau infeksi dengan kekebalan tubuhnya. Demam seperti ini biasa terjadi pada usia 4-9 bulan yang dikenal sebagai masa transisi. Biasanya tubuh bayi tidak lebih dari 38°C dan panasnya akan segera turun dalam beberapa jam. Oleh karena itu tidak ada yang perlu dikhawatirkan dengan gejala demam seperti ini. Demam perlu dikhawatirkan apabila demam tersebut mengakibatkan menurunnya nafsu makan, bayi terlihat sakit atau suhu tubuhnya mencapai 39°C.

C. Penyebab

Sebagian besar demam disebabkan oleh infeksi virus yang dapat sembuh sendiri, tetapi infeksi bakteri, malaria, dan penyebab lainnya harus disingkirkan. Terjadinya demam tinggi disebabkan karena endotoksin yang dilepaskan oleh bakteri kemudian merangsang sintesis dan pelepasan pirogen dan menyebabkan demam, demam akan berbahaya bila suhu demam mencapai 41,1°C.

Meskipun demam pada anak-anak sering kali jinak dan dapat sembuh sendiri, penyebab demam dapat menimbulkan tantangan diagnostik bagi penyedia layanan kesehatan. Namun, dengan identifikasi tepat waktu, anak yang berisiko mengalami penyakit serius dapat ditangani dengan tepat dan segera dirujuk ke rumah sakit jika perlu.

Penyebab demam pada anak bisa karena infeksi, suhu lingkungan atau setelah mendapatkan imunisasi. Tanda dan gejala demam pada anak adalah rewel, kulit kemerahan, kulit hangat, nafas cepat, menggilir, dehidrasi, dan tidak nafsu makan (IDAI, 2015). Infeksi bakteri serius lebih sering terjadi pada bayi <usia 1 tahun. Setiap demam pada bayi berusia <3 bulan adalah signifikan dan harus diselidiki secara menyeluruh dan dirujuk ke perawatan spesialis atau rumah sakit jika sumber demam tidak dapat ditemukan.

D. Patofisiologi

Gejala demam dihasilkan oleh aksi sitokin yang menyebabkan peningkatan titik referensi suhu di pusat pengatur suhu di hipotalamus. Sitokin sebagai pirogen endogen (penghasil panas) dapat menyebabkan demam dengan memproduksi prostaglandin yang kemudian

meningkatkan titik tolok ukur termoregulasi hipotalamus. Dengan peningkatan titik patokan, hipotalamus mengirimkan sinyal untuk meningkatkan suhu tubuh.

E. Faktor Risiko

Demam bukanlah diagnosis, melainkan gejala penyakit. Diagnosis penyakit yang mendasari sangat penting untuk memulai pengobatan yang tepat. Namun, dengan identifikasi tepat waktu, anak yang berisiko mengalami penyakit serius dapat ditangani dengan tepat dan segera dirujuk ke rumah sakit jika perlu. Ketika risiko penyakit serius rendah, orang tua dan pengasuh perlu diyakinkan, dan anak harus dikelola dengan tepat di rumah dengan obat antipiretik, jika diindikasikan, untuk membuat mereka lebih nyaman.

Instruksi yang jelas untuk memberi tahu orang tua dan pengasuh tentang kapan mencari perawatan lebih lanjut untuk anak mereka akan membantu mengurangi morbiditas yang terkait dengan penyakit masa kanak-kanak.

F. Tanda dan Gejala

Gejala demam ditandai dengan temperatur suhu tubuh lebih dari 38 derajat celcius hingga 40 derajat celcius, menggigil, berkeringat, tidak nafsu makan, nadi dan respirasi meningkat. Oleh karena itu tindakan penanganan demam harus segera ditangani tidak harus menunggu saat anak demam tinggi.

Tanda – tanda klinis pada demam ini terjadi ketika suhu naik di atas 37 derajat celcius dan bisa secara tiba – tiba naik lebih tinggi, dan hal ini berakibat terjadi pengaruh kerusakan sel, zat – zat pirogen, ataupun dehidrasi pada hipotalamus. Dengan adanya respons panas maka akan muncul meriang, kedinginan, kulit dingin, menggigil, dan peningkatan suhu tubuh dan ketika demam di atas 41°C dapat menyebabkan kerusakan parenkim sel di seluruh tubuh terutama pada otak. Saat suhu sudah diatas 40 derajat celcius disertai kejang, sulit bernafas, muntah harus segera membawa anaknya ke dokter.

**Gejala Dan Tanda Yang Menunjukkan
Risiko Rendah, Sedang, Dan Tinggi Untuk Penyakit Serius**

	Risiko Rendah	Risiko Sedang	Risiko Tinggi
Usia		Umur 3-6 bulan dengan suhu $\geq 39^{\circ}\text{C}$	Usia <3 bulan dengan suhu $> 38^{\circ}\text{C}$
Warna	Warna normal kulit, bibir dan lidah	Pucat kulit, bibir atau lidah dilaporkan oleh orang tua dan pengasuh	Pucat/berbintik-bintik/kulit pucat/biru, bibir atau lidah
Aktivitas	<ul style="list-style-type: none"> 1. Menanggapi biasanya untuk isyarat social 2. Tersenyuman 3. Tetap terjaga atau terbangun dengan cepat 4. Tetap kuat saat sedang atau tidak menangis 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Tidak merespon normal pada isyarat social 2. Tidak tersenyum 3. Terbangun setelah diberikan stimulasi yang panjang 4. Aktivitas menurun 5. Pemberian makan yang buruk pada bayi 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada respons terhadap isyarat 2. Tampak sakit untuk perawatan kesehatan professional 3. Tidak bangun atau jika dibangunkan tidak tetap terjaga 4. Lemah, nada tinggi, menangis terus menerus
Pernapasan		<ul style="list-style-type: none"> 1. Pembesaran hidung 2. Tingkat pernapasan > 50 napas/minit (usia 1-12 bulan) atau > 40 kali/minit (usia > 12 bulan) 3. saturasi oksigen $\leq 95\%$ 4. Retak di dada 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Mendengkur 2. Tingkat pernapasan > 60 napas per menit 3. gambaran Dada sedang atau berat
Sirkulasi Dan hidrasi	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kulit dan mata normal 2. Membran lendir lembab 3. cukup Buang air kecil 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Detak jantung > 160 kali/minit (usia < 12 bulan) atau > 150 denyut/minit (usia 12-24bulan) atau > 140 denyut/minit (usia 2-5 tahun) 2. Pengembalian kapiler ≥ 3 detik 3. Membrane lender kering 	turgor Kulit berkurang

		4. Pengeluaran urine berkurang	
Lainnya	Tidak ada faktor risiko menengah atau tinggi yang ada	1. Demam > 5 hari 2. Kaku 3. Pembengkakan sendi atau tungkai 4. Anggota tubuh yang tidak menahan beban atau tidak menggunakan ekstremitas	1. Ruam tidak memucat 2. ubun-ubun Menonjol 3. Leher kaku 4. Status epilepticus 5. tanda-tanda neurologis fokal 6. kejang fokal

G. Pencegahan

Pemeriksaan lengkap wajib dilakukan pada semua anak yang mengalami demam, dengan identifikasi gejala dan tanda yang memprediksi risiko penyakit serius. Bergantung pada wilayah geografis, perhatian harus diberikan pada kemungkinan sumber infeksi. Secara khusus, malaria dan campak, dua penyebab penting kematian anak, harus disingkirkan.

Tanda-tanda bahaya pada anak dengan demam mengharuskan rujukan segera ke praktisi medis

1. Anak berusia kurang dari 3 bulan.
2. Anak tidak makan atau minum secara normal.
3. Anak tidak berperilaku normal; misalnya, Tidak responsive, Lesu, Menangis terus-menerus, tidak dapat dihibur, atau menangis saat disentuh.
4. Demam lebih dari 2 hari (48 jam).
5. Suhu lebih tinggi dari 40°C.
6. Muntah terus-menerus.
7. Pernapasan tidak normal.
8. Kejang.
9. Ruam tidak pucat.
10. Urine berwarna sangat gelap, dan/atau anak menangis saat buang air kecil.
11. Pembengkakan anggota tubuh atau sendi.
12. Anak tampak sangat sakit atau menunjukkan tanda-tanda dehidrasi atau syok: Fontanel cekung, Mulut kering, Tidak adanya air mata, Mata cekung, Penampilan keseluruhan yang buruk.
13. Tanda bahaya yang berhubungan dengan malaria berat : Gangguan kesadaran, Kelemahan umum, kejang, Asidosis, Hipoglikemia, Anemia malaria berat ($Hb \leq 5$ g/dL atau hematokrit $\leq 15\%$ pada usia anak-anak < 12

tahun dengan jumlah parasit > 10.000/uL), Gangguan ginjal, Penyakit kuning, Edema paru, Pendarahan yang signifikan.

H. Penatalaksanaan

Manajemen demam ada dua terapi yang bisa dilakukan untuk penangangan demam pada anak yaitu dengan farmakologis seperti dengan pemberian antibiotik untuk mengahancurkan bakteri pirogen dan menghilangkan stimulus terhadap demam, pemberian obat antibiotik ini harus berdasarkan instruksi dari dokter dan nonfarmakologis, yaitu dengan memberikan metode tepid sponge, kompres di daerah aksila dan lipatan pah.

Upaya penanganan ibu untuk menangani demam bisa dilakukan dengan tindakan nonfarmakologis, yaitu dengan memakaikan anak dengan pakaian yang tipis, tidak menyelimuti dengan selimut tebal, kompres hangat, tepid sponge.

Berikut ini terapi farmakologis yang dapat diberikan kepada pasien demam:

1. Obat antipiretik

Baik parasetamol atau ibuprofen (tidak keduanya) dapat digunakan untuk membuat anak lebih nyaman.

2. Dosis obat antipiretik untuk bayi dan anak di atas usia 3 bulan:

a. Parasetamol: 15 mg/kg berat badan (hingga 1 g) setiap 6 jam sesuai kebutuhan (dosis harian maksimum adalah 90 mg/kg atau total 4 g),

Dosis Paracetamol yang tepat pada anak didasarkan pada 3 hal yaitu usia anak, berat badan dan kekuatan Paracetamol. Dosis yang dianjurkan untuk anak berdasarkan berat badan adalah 10 mg – 15 mg/kg BB diberikan setiap 4 jam-6 jam.

Usia	Dosis	Interval Waktu
12-16 tahun	480 mg – 750 mg	setiap 4 jam-6 jam
10-12 tahun	480 mg – 500 mg	
8-10 tahun	360 mg – 375 mg	
6-8 tahun	240 mg – 250 mg	
4-6 tahun	Tidak lebih dari 240mg	
2-4 tahun	Tidak lebih dari 180mg	
6 bulan -2 tahun	Tidak lebih dari 120mg	
3-6 bulan	50 – 70mg	
2-3 bulan	40 – 60mg	
< 2 bulan	tidak direkomendasikan	

Waspadai efek samping Parasetamol yang diminum. Efek samping parasetamol bersifat individual sebagai berikut: Kerusakan Hati (Hepatotoksik), Reaksi Kulit, Sindrom Steven - Johnson, Nekrosis Epidermal Toksik, Mual, Muntah, Sakit Perut, Kehilangan nafsu makan, Urin berwarna gelap dan kulit kuning. pendidikan kesehatan dapat meningkatkan sikap ibu. Pemberian informasi merupakan faktor yang dapat mempengaruhi orang tua dalam menentukan sikap, sehingga mampu mengambil keputusan yang tepat dalam menghadapi demam pada anak.

Pengetahuan yang kurang membuat penanganan demam kurang tepat sehingga perilaku ibu cenderung berlebihan (Notoatmodjo, 2014). Peran orang tua sangat berpengaruh terhadap penanganan demam pada anak. Orang tua yang memiliki pengetahuan yang berbeda dapat menyebabkan penanganan demam yang berbeda pada anak. Banyak orang tua yang beranggapan jika demam pada anak tidak ditangani akan semakin tinggi. Karena kesalahpahaman ini, banyak orang tua mengobati demam ringan yang sebenarnya tidak perlu diobati. Orang tua punya berbagai kekhawatiran ketika anaknya demam

- b. Ibuprofen: 10 mg/kg berat badan setiap 6 jam sesuai kebutuhan (Panduan referensi cepat untuk praktisi harian maksimum adalah 40 mg/kg)

Dosis berdasarkan berat badan untuk cairan oral:

Ibuprofen 100 mg/5 mL setiap 6 jam

Berat badan (kg)	Dosis (dalam mL)
6	3.0
9	4.5
12	6.0
15	7.5
18	9.0
21	10.5
24	12.0
27	13.5
≥30	15.0
Jangan melebihi 40 mg/kg per hari	

Dalam penanganan demam diperlukan pengetahuan dan sikap bagi ibu untuk memberikan intervensi yang tepat. Kemampuan ibu dalam penanganan pada anak yang sedang mengalami demam merupakan

suatu hal yang paling penting agar bisa mengatasi dengan benar demam pada anak, seperti ibu harus memiliki pengetahuan, sikap yang tepat dalam menangani dan memberikan perawatan pada anak

Sebagai seorang bidan dapat memberikan asuhan kepada orang tua dengan cara memberitahukan pengelolaan demam pada anak. Adapun manajemen pengelolaan demam anak dirumah adalah:

Manajemen Pengelolaan Demam Di Rumah

Yang seharusnya dilakukan	Yang tidak boleh dilakukan
<ol style="list-style-type: none">1. Anjurkan anak untuk minum cairan secara teratur (apabila anak masih dibawah 2 tahun ASI adalah cairan yang terbaik untuk anak).2. Pastikan obat diberikan dalam dosis yang tepat pada waktu yang tepat.3. Dapatkan saran medis lebih lanjut jika demam tidak membaik dalam 48 jam, atau jika kondisi anak memburuk.	<ol style="list-style-type: none">1. Jangan memakaikan pakaian berlebihan atau membungkus anak dengan selimut tebal.2. Jangan biarkan anak minum obat langsung dari botolnya.3. Jangan berikan obat antipiretik dosis lain segera jika suhu tidak turun setelah satu dosis. Tunggu interval pemberian dosis yang sesuai dan hanya berikan dosis lain pada waktu yang tepat.4. Jangan membangunkan anak yang sedang tidur hanya untuk memberikan obat antipiretik. Jangan memberikan obat antipiretik kepada anak lebih dari 2 hari tanpa berkonsultasi dengan dokter.

Berikut ini merupakan pembagian risiko demam pada anak yang harus diketahui oleh tenaga kesehatan.

Anak-anak tergolong berisiko rendah :

1. Yakinkan orang tua/pengasuh dan beri tahu mereka tentang manajemen rumah.
2. Anjurkan tindak lanjut jika gejala tidak sembuh dalam 24-48 jam.
3. Berikan saran umum tentang kapan harus mencari bantuan medis lebih lanjut (apabila demam lebih dari 48 jam segera hubungi dokter)

Anak-anak tergolong berisiko tinggi :

1. Anak-anak berisiko tinggi dengan penyakit yang mengancam jiwa dan neonatus di bawah usia 1 bulan harus dirujuk ke rumah sakit atau perawatan spesialis.
2. Sebelum dipindahkan ke rumah sakit atau perawatan spesialis, pastikan pernapasan dan stabilitas hemodinamik dan obati hipoglikemia.
3. Jika waktu dari rujukan ke rumah sakit adalah >1 jam, dan diindikasikan, berikan dosis pertama antibiotik intramuskular yang sesuai.
4. Anak-anak yang diharapkan berada di bagian gawat darurat rumah sakit untuk >1 jam harus mendapatkan dosis antibiotik IV pertama mereka segera setelah diputuskan bahwa itu diperlukan; yaitu, sebelum pergi ke bangsal atau unit yang lebih tinggi.
5. Di daerah endemik malaria, lakukan tes cepat untuk memastikan adanya malaria. Di mana malaria dicurigai dan tes diagnostik segera tidak mungkin dilakukan, atau jika tesnya positif, berikan dosis pertama obat antimalaria. Jika perlu, rujuk segera ke rumah sakit.

I. Komplikasi

Demam pada anak balita dapat menimbulkan komplikasi yaitu dehidrasi dan Apabila demam tidak segera diatasi bisa terjadi kejang pada anak dan membahayakan keselamatan anak, kejang yang berlangsung lebih dari 15 menit dapat mengakibatkan apneu, hipoksia, hipoksemia, asidosis, hipotensi sehingga menyebabkan kelainan anatomis di otak dan terjadi epilepsi dan mengakibatkan pertumbuhan dan perkembangan anak terganggu.

Ketika demam di atas 41°C dapat menyebabkan kerusakan parenkim sel di seluruh tubuh terutama pada otak. Kerusakan pada organ lain seperti hati, ginjal, dapat mengganggu fungsi tubuh yang akhirnya dapat menyebabkan kematian. Apabila demam cepat tertangani hasilnya akan menjadi lebih baik dan tentunya menyelamatkan jiwa, dan untuk mencapai hal ini ada hal penting yang harus dicapai yaitu kemampuan penanganan penyakit, dan pemberian obat dengan dosis yang benar.

Pertolongan pertama pada anak yang mengalami kejang demam adalah dengan memindahkan anak ke tempat yang datar, posisikan anak tidur miring,

kendurkan pakaian terutama bagian leher, jangan paksakan badan untuk bergerak, jaga posisi tetap aman, lakukan tidak memasukkan benda apapun ke dalam mulutnya, mengucapkan kata-kata yang menenangkan, amati kondisi saat kejang, terutama jika saat kejang anak mengalami kesulitan bernapas, atau wajah pucat/kebiruan, perhatikan berapa lama kejang berlangsung, dan segera membawa mereka ke layanan kesehatan jika ada tanda-tanda kekurangan oksigen/kejang tidak berhenti.

J. Contoh Kasus UKOM (Uji Kompetensi)

1. Seorang perempuan datang ke TPMB dengan membawa anaknya yang berusia 18 bulan dengan keluhan demam sejak 8 jam yang lalu setelah mendapatkan imunisasi booster MR. Setelah dilakukan pemeriksaan didapatkan keadaan umum dalam keadaan baik, S : 38°C RR : 24x /menit P : 70x /menit. Apakah penatalaksanaan yang tepat pada kasus diatas
 - a. Kompres Air hangat secara teratur
 - b. Anjurkan anak untuk minum cairan secara teratur**
 - c. Pastikan obat diberikan dalam dosis yang tepat pada waktu yang tepat.
 - d. Berikan obat antipiretik ibuprofen 10 mg/kg berat badan setiap 6 jam sesuai kebutuhan
 - e. Berikan obat antipiretik Parasetamol: 15 mg/kg berat badan (hingga 1 g) setiap 6 jam sesuai kebutuhan
2. Seorang anak laki-laki usia 5 tahun dibawa ibunya ke TPMB dengan alasan lemas dan demam sejak kemarin. Setelah dilakukan pemeriksaan didapatkan TB : 100cm dan BB : 18 kg, S : 38,5°C RR : 24x /menit P : 75x /menit. Berapakah dosis maksimal obat antipiretik ibuprofein yang dianjurkan diberikan kepada anak tersebut?
 - a. 7,5 mg/kg BB**
 - b. 8 mg/kg BB
 - c. 8,5 mg/kg BB
 - d. 9 mg/kg BB
 - e. 9,5 mg/kg BB
3. Seorang anak laki-laki usia 5 tahun dibawa ibunya ke TPMB dengan alasan lemas dan demam sejak kemarin. Setelah dilakukan pemeriksaan didapatkan TB : 100cm dan BB : 18 kg, S : 38,5°C RR : 24x /menit P : 75x /menit. Berapakah

dosis maksimal obat antipiretik paracetamol yang dianjurkan diberikan kepada anak tersebut?

- a. 360 mg – 375 mg
- b. 240 mg – 250 mg

c. Tidak lebih dari 240mg

- d. Tidak lebih dari 180mg
- e. Tidak lebih dari 120mg

4. Seorang anak perempuan usia 10 tahun dibawa ibunya ke TPMB dengan alasan lemas dan demam sejak kemarin. Setelah dilakukan pemeriksaan didapatkan TB : 133 cm dan BB : 28 kg, S : 39°C RR : 28x /menit P : 75x /menit. Berapakah dosis maksimal obat antipiretik ibuprofein yang dianjurkan diberikan kepada anak tersebut?

- a. 9,5 mg/kg BB
- b. 10,5 mg/kg BB
- c. 11,5 mg/kg BB
- d. 12,5 mg/kg BB

e. 13,5 mg/kg BB

5. Seorang anak perempuan usia 10 tahun dibawa ibunya ke TPMB dengan alasan lemas dan demam sejak kemarin. Setelah dilakukan pemeriksaan didapatkan TB : 133 cm dan BB : 28 kg, S : 39°C RR : 28x /menit P : 75x /menit. Berapakah dosis maksimal obat antipiretik paracetamol yang dianjurkan diberikan kepada anak tersebut?

- a. 480 mg – 750 mg
 - b. 480 mg – 500 mg
- c. 360 mg – 375 mg**
- d. 240 mg – 250 mg
 - e. Tidak lebih dari 240mg

DAFTAR PUSTAKA

- Green C, Krafft H, Guyatt G, Martin D (2021) Symptomatic fever management in children: A systematic review of national and international guidelines. *PLOS ONE* 16(6): e0245815. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245815>
- James W. Antoon, David C. Peritz, Michael R. Parsons, Asheley C. Skinner, Jacob A. Lohr; Etiology and Resource Use of Fever of Unknown Origin in Hospitalized Children. *Hosp Pediatr* March 2018; 8 (3): 135–140. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2017-0098>
- Kurniawati, Darini. Gaghauna, Eirene E.M. Ariani, Malisa. 2021, Handling Fever In Toddlers At Homes In The Village Of Manarap Lama, JURNAL EMPATHY Pengabdian Kepada Masyarakat Vol. 2, No.2, Desember 2021 DOI : <https://doi.org/10.37341/jurnalempathy.v0i0.64>
- Meriati B.A.Purba, Vebrina Sianturi, 2022, Gambaran Pengetahuan Ibu Tentang Penanganan Demam Pada Balita di Desa Sihonongan Kecamatan Paranginan Tahun 2022, Jurnal Ilmiah Pannmed (Pharmacyst, Analyst, Nurse, Nutrition, Midwifery, Enviroment, dental Hygiene) Vol. 17 No.2 Mei – Agustus 2022
- Ouldali N, Toubiana J, Antona D, et al. Association of Intravenous Immunoglobulins Plus Methylprednisolone vs Immunoglobulins Alone With Course of Fever in Multisystem Inflammatory Syndrome in Children. *JAMA*. 2021;325(9):855–864. doi:10.1001/jama.2021.0694
- Robin Green, David Webb, Prakash Mohan Jeena, Mike Wells, Nadia Butt, Jimmy Mapenzi Hangoma, Rajatheran (Sham) Moodley, Jackie Maimin, Margreet Wibbelink, Fatima Mustafa, Management of acute fever in children: Consensus recommendations for community and primary healthcare providers in sub-Saharan Africa, African Journal of Emergency Medicine, Volume 11, Issue 2, 2021, Pages 283-296, ISSN 2211-419X, <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2020.11.004>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211419X20301336>)
- Schellack N, Schellack G, 2021/01/01, doi: 10.10520/ejc-mp_pnt_v25_n2_a4, Professional Nursing Today, SP - 13, EP - 20, VL - 25, IS 2 :Medpharm Publications
- Simbolon, N., Hizkia, I. and Tampubolon, A. T. (2022) "Description of faDescription Of Family Knowledge Performing Emergency First Aid For Fever Seizures In Toddlers At The Rami Pematmily knowledge performing emergency first aid for fever seizures in toddlers at the rami pematangsiantar health center in 2021.", *Science Midwifery*, 10(3), pp. 2286-2289. doi: 10.35335/midwifery.v10i3.312.
- Wafa, Hesti, Fani, 2019, Gambaran Pengetahuan Ibu Mengenai Penanganan Demam Pada Anak Balita di Poliklinik Anak RSUD Dr Slamet Garut, Jurnal Keperawatan BSI, Vol. 7 No. 2 September 2019,

BAB 13

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH DENGAN MASALAH BELUM BISA BERBICARA

Novita Ayu Indraswati, S.ST., M.Tr.Keb



BAB 13

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK

PRASEKOLAH DENGAN MASALAH BELUM BISA BERBICARA

Novita Ayu Indraswati, S.ST., M.Tr.Keb

A. Latar Belakang

Bagi keluarga dan negara yang sedang mengalami proses pembangunan yang pesat, anak usia dini merupakan investasi masa depan untuk menjalani kehidupan baru. Masa ini bisa juga disebut Periode emas atau golden age. Selama tahap perkembangan ini, kepribadian anak sangat mudah dibentuk dan terbuka terhadap pengaruh dari hal-hal yang mereka lihat, dengar, rasakan, dan sentuh. Agar anak berkembang, mereka perlu didorong untuk mengeksplorasi lingkungannya.

Anak-anak sangat diuntungkan dengan melibatkan kedua orang tua secara aktif dalam pengasuhan mereka. Prosesnya akan dimulai dari lingkungan rumah terlebih dahulu. Dalam proses ini pasti ada interaksi orang tua-anak yang mempengaruhi tumbuh kembang anak. Biarkan pendidikan dan cinta orang tua untuk anak-anak mereka tercermin sepenuhnya. Agar usaha orang tua dalam membesarkan anaknya melalui pendidikan dan kasih sayang dapat mencapai potensinya secara maksimal.

Berbicara sangat penting untuk kehidupan sehari-hari dan kelangsungan hidup. Salah satu cara paling mendasar di mana manusia terhubung satu sama lain adalah melalui pertukaran bahasa. Selain itu, kemampuan setiap orang untuk berkomunikasi juga merupakan kemampuan setiap orang untuk beradaptasi dengan lingkungan. Perkembangan anak sangat bergantung pada kemampuan berbahasanya. Keluarga yang tidak mendorong komunikasi terbuka antar anggota dapat berkontribusi pada pertumbuhan anak-anak yang tidak dapat melakukannya. Karena itu, ada berbagai macam keterampilan linguistik anak-anak. Bayi dan balita mengembangkan keterampilan yang diperlukan untuk berkomunikasi dengan orang lain.

Pada usia 5 tahun, anak-anak telah menguasai hampir 800 kata, dan anak prasekolah usia 6 tahun diperkirakan telah mempelajari 6 hingga 10 kata per hari; Namun, jika kemampuan pengucapannya tidak tepat sesuai dengan

waktunya, sangat tidak menguntungkan bagi anak untuk bisa menjadi pembicara yang baik.

Di sisi lain, beberapa anak tidak belajar berbicara karena mereka memiliki masalah perkembangan. Seorang anak biasanya dapat mengucapkan dan memahami sekitar 20 kata pada saat mereka berusia 18 bulan, dan pada saat mereka berusia 2 tahun, mereka dapat membentuk kalimat sederhana dengan dua kata, seperti "mama makan", "susu mama"., "Ayo," dll. Bertumbuh dalam kemampuan berkomunikasi hanyalah salah satu aspek dari perkembangan normal masa kanak-kanak. Perkembangan anak tidak terhambat jika ia mampu berbicara, atau mengucapkan kata-kata yang sesuai dengan usianya. Namun, jika anak terus-menerus kesulitan mengucapkan kata-kata tersebut, maka akan berdampak negatif pada tumbuh kembang anak.

B. Definisi Gangguan Berbicara

Berbicara adalah proses mental yang melibatkan gerakan fisik. Oleh karena itu, ada dua kategori besar gangguan bahasa. Pertama, kerusakan mesin bicara berdampak pada penyakit organic dan Gangguan bicara psikologis.

C. Penyebab

Penyebab utama ketidakmampuan anak belum bisa berbicara adalah masalah oromotor (gerakan mulut), yang terjadi akibat gangguan pada bagian otak yang mengatur kemampuan berbicara anak. Gangguan inilah yang membuat koordinasi antara bibir, lidah, dan rahang menjadi lebih sulit untuk menghasilkan suara yang bermakna. Anak yang kurang berbicara juga bisa menjadi penyebab mengapa anak belum bisa berbicara.

D. Faktor Risiko

Faktor penyebab ketidakmampuan berbicara memerlukan identifikasi penyebab untuk menentukan upaya yang tepat untuk mengelola dan meningkatkan kemampuan berbicara anak. Kondisi tersebut juga sebaik identifikasi penyebab masalah.

Pedoman penentuan penyebab telah dikaji oleh berbagai pihak dan disiplin ilmu. Pendekatan psikologi perkembangan Wahyuni (2019) menyarankan berbagai alasan ketidakmampuan anak untuk berbicara,

termasuk, menurut temuan, anak tidak memiliki panutan yang baik untuk diikuti, kurangnya motivasi anak, dan kurangnya kesempatan untuk berbicara. Papalia (2018) mengungkapkan pandangan yang berbeda, berfokus pada penyebab genetik dan biologis sebagai faktor ketidakmampuan anak untuk berbicara.

Ketidakmampuan anak berbicara, sebagaimana dibuktikan dengan penyajian data tersebut di atas, mungkin disebabkan oleh kurangnya panutan di mana fungsi bicara anak dapat diamati, ditiru, dan diinternalisasi. Overby, dkk. (2019) menyelidiki dampak mobilitas orang tua, penyakit orang tua dan perceraian orang tua terhadap perkembangan anak yang tidak mampu berbicara. Seperti halnya anak FD, mereka harus pergi ke panti asuhan pada usia tiga tahun karena orang tuanya membutuhkan perawatan intensif. Kemampuan anak untuk berbicara dan mengekspresikan diri sangat dipengaruhi oleh kualitas panutan pertama yang mereka miliki di rumah, yaitu orang tua (Sasikala & Cecil, 2016).

E. Tanda dan Gejala

1. Tidak mengoceh pada usia 15 bulan.
2. Anak tidak bisa mengucapkan kata-kata dengan jelas ketika dia berusia 2 tahun.
3. Tidak dapat berbicara kalimat pendek pada usia 3 tahun.
4. Kesulitan mengikuti petunjuk
5. Tidak mengoceh pada usia 15 bulan.
6. Kesulitan mengikuti petunjuk.
7. Kata-kata yang tidak jelas atau pengucapan yang tidak jelas.
8. Kesulitan menggabungkan kata-kata menjadi suatu kalimat

F. Pencegahan

Jika mencurigai buah hati mengalami keterlambatan bicara, berikut adalah langkah pertama menuju pencegahan:

1. Fokus pada apa yang dilakukan anak dan bagaimana dia melakukannya.
Fokus pada gerak gerik bayi dan berasiksilah sesuai dengan itu. Dengan cara ini, anak-anak dapat belajar mengekspresikan diri. Ketika seorang anak melambaikan tangan, Anda mungkin mengatakan "selamat tinggal" padanya. Atau, jika bayi menunjuk sesuatu, ucapkan beberapa patah kata tentang apa yang dilihatnya.

2. Orang tua tetap dapat mendorong anaknya untuk berbicara dan berbagi cerita meskipun kemampuan berbahasa anaknya masih berkembang. Anda dapat membaca buku cerita pengantar tidur favorit anak Anda atau hanya memberi tahu mereka tentang hari Anda.
3. Akui kata-kata anak saat diucapkan Pastikan untuk menanggapi kata-kata pertama anak Anda dengan kegembiraan dan kegembiraan. Biarkan saja jika ejaan kata yang dia gunakan tidak aktif. Dengarkan anak itu, dan tanggapi secara positif untuk meningkatkan kepercayaan diri dan dorongannya.
4. Menggunakan bahasa yang sesuai usia Banyak keluarga, termasuk yang memiliki anak kecil, menggunakan bahasa yang tidak pantas, seperti kata-kata yang tidak jelas. Jangan terus menggunakan pendekatan ini jika Anda atau orang yang Anda cintai masih melakukannya. Dorong ucapan alami anak-anak dengan mendorong mereka menggunakan leksikon yang kaya akan kata-kata yang tepat. Daripada mengulang kalimat yang menyinggung anak, seperti "Aku mau num tutu", orang tua bisa mengatakan sesuatu seperti, "Ooh, kakak mau minum susu".
5. Membantasi Penggunaan Gadget
Maksimal dua jam setiap hari harus dihabiskan untuk perangkat elektronik. Karena mereka masih dalam tahap pendewasaan dan berkembang, terutama dalam hal kemampuan bahasanya, hal ini diharapkan. Komunikasi adalah jalan dua arah yang mengharuskan mendengarkan dan menanggapi satu sama lain. Namun, perangkat elektronik hanya dapat mengirimkan informasi dalam satu arah. Anak hanya bisa bereaksi dengan mendengarkan, sehingga tidak ada komunikasi dua arah.

G. Penatalaksanaan

1. Sebanyak tiga kali, tekan bibir atas selama tiga detik, lalu bibir bawah dengan jumlah waktu yang sama (posisi jari telunjuk memanjang atau menyamping).
2. Melakukan peniupan dengan pluit
3. Pijat sampai pipi anak tidak terasa kaku. Lakukan dari pipi kanan pipi kiri bergantian sebanyak 3 kali.
4. Sapuan pijatan dimulai dari atas dan turun ke gusi, ke kanan atas dan kiri, dan kembali ke tempat dimulainya dari bawah. Memijat langit-langit

- dengan pola angka delapan dari depan (dekat gigi) ke tengah langit-langit tiga kali satu putaran.
5. Ada baiknya menyikat lidah ke depan dan memijatnya. Dan pijat mulut, terutama jika sering dilakukan, dapat membantu mengatasi anak yang belum bisa berbicara

H. Komplikasi

Terapi bicara pada anak tidak memiliki komplikasi khusus. Intervensi ini menggunakan prosedur yang tidak invasif dan lebih mengandalkan interaksi antara anak dan terapis. Oleh sebab itu, intervensi ini tidak berisiko menyebabkan luka ataupun mencelakai anak.

Anak dengan belum bisa bicara yang tidak mendapat terapi tepat waktu justru akan mengalami luaran klinis lebih buruk. Terapi bicara yang dilakukan lebih dini (pada usia anak lebih muda), cenderung memberikan luaran yang lebih baik.

Anak yang tidak atau terlambat mendapat terapi bicara bisa mengalami komplikasi berupa gangguan kemampuan mengerti dan mengekspresikan bahasa yang menetap. Ini bisa mengganggu performa anak secara akademik dan sosial. Gangguan bicara yang tidak diterapi juga meningkatkan risiko menderita berbagai masalah di masa depan, termasuk gangguan emosi, perilaku, kognitif, ansietas, depresi, iritabilitas, agresif, dan kecenderungan mencederai diri sendiri.

I. Mekanisme Berbicara

Produksi ucapan, atau mekanisme bicara, melibatkan tindakan terkoordinasi dari pita suara, lidah, rongga mulut dan otot kerongkongan, dan paru-paru. Gangguan bicara dapat diklasifikasikan menjadi kategori paru, kategori laring, kategori lingual, kategori rongga mulut dan esofagus, dan kategori faring, tergantung penyebab yang mendasari (resonantal).

J. Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)

1. Seorang anak perempuan usia 24 bulan datang ke klinik. BB : 9 Kg Ibu mengatakan anak nya sampai saat ini belum begitu banyak bisa mengucapkan kata-kata. Bagaimana penatalaksanaan yang harus dilakukan dan pengkajian yang dapat dilakukan
 - a. Memeriksa tanda vital

- b. Memeriksa tanda-tanda gangguan pendengaran
 - c. Melakukan terapi dirumah sesuai dengan petunjuk yg disarankan
 - d. Melakukan rujukan ke dokter spesialis anak
 - e. Meminta ibu memberikan obat
2. Seorang anak laki-laki usia 2,5 tahun dibawa ke poliklinik tumbuh kembang dengan keluhan belum bisa mengucapkan dua fase kata dan hanya bisa dipahami 25% oleh orang lain. Bagaimana kesimpulan terhadap kondisi anak tersebut ?
- a. Sesuai dengan usia anak
 - b. Merupakan caution (peringatan)
 - c. Kemampuan anak diatas usianya
 - d. Terjadi keterlambatan perkembangan bahasa
 - e. Anak mampu dan sesuai usia nya
3. Seorang anak usia 3,5 tahun dibawa ke poli tumbuh kembang dengan keluhan belum mampu mengucapkan banyak kata. Berbicara belum dapat dimengerti. Bidan akan melakukan test perkembangan dengan menggunakan KPSP. Apa yang harus dilakukan oleh bidan sebagai langkah awal pada kasus anak ?
- a. Tentukan usia kronologis anak
 - b. Menyiapkan alat pemeriksaan
 - c. Menanyakan tugas perkembangan pada anak kemudian dicocokan dengan KPSP
 - d. Melakukan pendekatan pada anak
 - e. Merujuk ke dokter spesialis anak
4. Anak perempuan usia 16 bulan datang ke praktek bidan S. Hasil pemeriksaan semua normal anak sehat. Ibu menceritakan pengalaman anak temenya usia 3,5 belum bisa berbicara sehingga membuat ibu bertanya metode apa yang dapat dilakukan untuk menghindari anak belum bisa bicara
- a. Sering melihatkan hp
 - b. Menonton youtube
 - c. Melatih dan mengajarkan anak dalam melakukan interaksi sosial dengan lingkungan.
 - d. Melakukan terapi bicara

- e. Melakukan bonding dengan orang tua
5. Anak usia 29 bulan datang ke praktek bidan. Ibu mengeluh anak nya Tidak mengoceh, tidak bisa mengucapkan kata-kata dengan jelas,Tidak dapat berbicara kalimat pendek, Kesulitan mengikuti petunjuk, apa bia mau sesuatu hanya bisa menunjuk dan menarik tangan ibunya. bidan melakukan pra skrining perkembangan. hasil kpsp nilai anak 6 apa tindakan penatalksanaan yang selanjutnya diberikan
- a. Berdoa
 - b. Mengajak bermain
 - c. Melakukan rujukan ke dokter spesialis anak untuk melakukan terapi bicara
 - d. Pemeriksaan laboratorium
 - e. Melakukan bonding terus menerus dengan orang tua

Kunci Jawaban

- 1. D. Melakukan rujukan ke dokter spesialis anak
- 2. D. Terjadi keterlambatan perkembangan bahasa
- 3. C. Menanyakan tugas perkembangan pada anak kemudian dicocokan dengan KPSP
- 4. C. Melatih dan mengajarkan anak dalam melakukan interaksi sosial dengan lingkungan.
- 5. C. Melakukan rujukan ke dokter spesialis anak untuk melakukan terapi bicara.

DAFTAR PUSTAKA

- Dewi, Vivian Nanny Lia. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Jakarta: Salemba Medika
- Green, Carol J. 2012. *Rencana Asuhan Keperawatan Maternal & Bayi Baru Lahir*. Jakarta: EGC
- Mochtar, Rustam. 2018. *Sinopsis: Obstetri Fisiologis, Obstetri Patologi*. Jakarta
- JNPK-KR. 2018. *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. 2020. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kemenkes dan JICA
- Kemenkes RI. 2013. *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu Edisi Kedua*. Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Ibu.
- Patricia. Ramona. 2013. *Buku Saku Asuhan Ibu dan Bayi Baru Lahir*. Edisi 5: Jakarta: EGC
- Sudarti, Endang K. 2010. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi dan Anak Balita*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Varney H, Jan MK, Carolyn LG. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 5 Vol 3*. Jakarta: EGC
- Wahyuni, Sari. 2011. *Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita*. Jakarta: EGC

BAB 14

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH DENGAN MASALAH KULIT GATAL / SEBORRHEA

Lida Khalimatus Sa'diya, SSiT., M.Kes



BAB 14

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK

PRASEKOLAH DENGAN MASALAH KULIT GATAL / SEBORRHEA

Lida Khalimatus Sa'diya, SSiT., M.Kes

A. Latar Belakang

Seborrhea adalah suatu peradangan pada kulit bagian atas, yang merupakan penyakit umum, kronik, dan merupakan inflamasi superfisial dari kulit, ditandai oleh pruritus, berminyak, bercak merah dengan berbagai ukuran dan bentuk pada kulit yang banyak mengandung kelenjar sebasea, seperti kulit kepala, muka, dan telinga. Daerah lain yang jarang terkena seperti daerah dada, yang di sebabkan oleh jamur *Pitysporum Ovale* yang secara alami terdapat pada kulit kepala dan bagian kulit lainnya. Sekitar 10-20% anak diketahui mengalami seborrhea yang terjadi sebelum usia satu tahun.

Di Indonesia prevalensi penyakit kulit cukup tinggi baik oleh bakteri, virus atau jamur. Selain itu bergantung pada lingkungan dan kondisi setiap individu. Salah satu penyakit kulit pada bayi adalah seborrhea. Seborrhea dapat dijumpai pada bayi cukup bulan, pada minggu-minggu pertama pasca kelahiran. Seborrhea menetap beberapa minggu dan menghilang tanpa pengobatan yang terjadi pada sekitar 40% bayi baru lahir. Seborrhea berhubungan erat dengan keaktifan glandula sebasea. Glandula sebasea aktif pada bayi usia di bawah 6 bulan, karena hormon androgen milik ibunya masih tersisa di dalam tubuhnya, biasanya ketika bayi usia 8 sampai 12 bulan jumlah hormon androgen akan berkurang, sehingga produksi kelenjar sebasea tidak sebanyak pada saat awalawal kelahiran.

B. Pengertian Seborrhea

Seborrhea adalah suatu peradangan pada kulit bagian atas, yang menyebabkan timbulnya sisik pada kulit kepala, wajah dan kadang pada bagian tubuh yang lainnya. (Octa Dwienda R dkk., 2015).

Seborrhea merupakan kelainan kulit berupa peradangan superfisial yang kronik di daerah-daerah seborroik yakni daerah yang kaya akan kelenjar sebasea, seperti pada kulit kepala, alis, kelopak mata, naso labial, bibir, telinga, dada, axilla, umbilikus, selangkangan dan glutea. Seborrhea menjadi suatu

bentuk eksim yang sangat sering terjadi pada bayi, biasanya dimulai pada minggu-minggu awal kehidupan dan lambat-lambat menghilang sekitar periode mingguan atau bulanan. Seborrhea ini juga merupakan radang berupa sisik yang berlemak dan eritema pada daerah yang memiliki banyak kelenjar sebaseanya, biasanya di daerah kepala. (Taufiqoh & Anifah, 2022)

Seborrhea adalah sebum lemak yang berlebihan, terjadi pada 3 bulan pertama kehidupan. Seborrhea merupakan satu masalah di kulit yang sering terjadi. Ketika menyerang kulit kepala dikenal dengan sebutan ketombe. Namun sebenarnya seborrhea dapat menyerang bagian wajah, sekitar hidung dan mata dan bulu mata. Pada daerah tubuh tidak jarang seborrhea menyerang bagian dada dan kulit sekitar lengan, dibawah payudara serta bokong. Seborrhea juga dikenal dengan sebutan topi kulit karena pada keadaan kronis seluruh permukaan kulit kepala dapat tertutupi oleh kerak berwarna putih dan menimbulkan gatal dan dapat menumbulkan perlukaan. (Hasnidar et al., 2021).



Gambar 14.1 Seborrhea
Sumber : google.com seborrhea pada bayi

C. Etiologi Seborrhea

Penyebab dari seborrhea belum diketahui secara pasti, tetapi sejenis jamur yaitu pityrosporum ovale mungkin merupakan faktor penyebab seborrhea. Meskipun jamur ini merupakan flora normal kulit, bila jumlahnya berlebih ataupun karena respon imun host yang abnormal, maka dapat bermanifestasi sebagai seborrhea (Hasnidar dkk., 2021).

Beberapa ahli yang menyatakan ada beberapa faktor penyebab seborrhea, yaitu sebagai berikut:

- a. Faktor hereditas, yaitu bisa disebabkan karena adanya faktor keturunan dari orang tua

- b. Intake makanan yang tinggi lemak dan kalori
- c. Asupan minuman beralkohol
- d. Adanya gangguan emosi

D. Faktor Predisposisi Seborrhea

Fakor predisposisi yaitu faktor yang mendasai untuk terjadinya seborrhea (Arvin, 2020). Yang menjadi faktor predisposisi seborrhea antara lain sebagai berikut:

- 1. Aktivitas kelenjar sebum yang berlebihan
- 2. Infeksi pityroporum ovale
- 3. Infeksi oleh candida atau staphylococcus
- 4. Hipersensitif terhadap bakteri ataupun antigen epidermal
- 5. Kelainan neurotransmitter (misalnya pada penyakit parkinson)
- 6. Respon emosional terhadap stress atau kelelahan
- 7. Proliferasi epidermal yang menyimpang
- 8. Diet yang abnormal
- 9. Obat-obatan (arsen, emas, metildopa, cimetidin, dan neuroleptik)
- 10. Faktor lingkungan (temperatur dan kelembaban)
- 11. Imunodefisiensi

E. Tanda dan Gejala Seborrhea

Menurut (Association et al., 2017). Kulit kepala yang berskuama dan berkrusta lokal atau difus, atau disebut cradle cap, dapat menjadi lesi awal atau kadang-kadang merupakan satu-satunya gambaran klinis. Adapun tanda dan gejala Seborrhea antara lain:

1. Serpihan/Sisik

Merupakan tanda yang paling mudah dilihat. Sisik tersebut adalah tanda bahwa kulit di kepala anda rontok dan waktu pergantian sel-sel pada kulit kepala menjadi lebih cepat. Serpihan-serpihan/sisik berwarna kuning dengan berbagai ukuran dan bentuk yang terdapat di kulit kepala, rambut, dapat juga melekat pada baju.

Pergantian sel kulit kepala biasanya tidak terdeteksi oleh mata. Namun dengan dipercepatnya proses pergantian ini, menyebabkan timbul seborrhea. Jadi, setiap butir serpihan/sisik yang anda lihat sebetulnya adalah kumpulan dari sejumlah sel sel kulit kepala yang mati dalam jumlah besar,

sehingga mudah menjadi perhatian. Pada bayi dan balita serpihan ini berwarna kekuningan.

2. Gatal

Satu tanda lagi bahwa bayi mengalami seborrhea adalah gatal pada kulit kepala. Gatal tersebut terjadi karena timbul peradangan pada kulit kepala yang disebabkan oleh jamur *Pityroporum.Ovale*. Jamur inilah yang menyebabkan timbulnya seborrhea dan gatal pada kulit kepala.

F. Epidemiologi Seborrhea

Dermatitis seboroik atau Seborrhea bisa ditemukan pada seluruh ras, dan lebih banyak terjadi pada pria dibandingkan wanita. Hal ini mungkin disebabkan karena adanya aktifitas kelenjar sebasea yang diatur oleh hormon androgen.

Seborrhea menyerang 2% – 5% populasi. Seborrhea dapat menyerang bayi pada tiga bulan pertama kehidupan dan pada dewasa pada umur 30 hingga 60 tahun. Insiden memuncak pada umur 18–40 tahun. Seborrhea lebih sering terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan.

Berdasarkan pada suatu survey pada 1.116 anak-anak, dari perbandingan usia dan jenis kelamin, didapatkan prevalensi dermatitis seboroik menyerang 10% anak laki-laki dan 9,5% pada anak perempuan. Prevalensi semakin berkurang pada setahun berikutnya dan sedikit menurun apabila umur lebih dari 4 tahun. Kebanyakan pasien (72%) terserang minimal atau dermatitis seboroik ringan.

Pada penderita AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), dapat terlihat pada hampir 35% pasien. Terdapat peningkatan insiden pada penyakit Parkinson, paralisis fasial, pityriasis versicolor, cedera spinal, depresi dan yang menerima terapi psoralen ditambah ultraviolet A (PUVA). Juga beberapa obat-obatan neuroleptik mungkin merupakan faktor, kejadian ini sering terjadi tetapi masih belum dibuktikan. Kondisi kronik lebih sering terjadi dan sering lebih parah pada musim dingin yang lembab dibandingkan pada musim panas. (Arvin, 2020)

G. Patofisiologis Seborrhea

Adanya gangguan dari metabolisme asam lemak, gangguan nutrisi, dan atau imunitas juga oleh karena infeksi *piterosporum ovale* diperkirakan

berperan dalam timbulnya penyakit ini, tapi tidak ditemukan adanya hubungan yang kuat. (Taufiqoh & Anifah, 2022)

H. Pencegahan Seborrhea

Penggunaan sampo bisa saja dilakukan karena sampo merupakan produk yang dibuat khusus untuk membersihkan kulit kepala dari kotoran. Penggunaan sampo untuk membersihkan kulit kepala memang sangat efektif. Banyak bayi dan anak yang aktif di luar rumah sehingga banyak mengeluarkan keringat dan membuat kepalanya bau. Bila ingin menggunakan sampo setiap hari, pilih sampo jenis mild.

Untuk ketombe yang disebabkan jamur, bisa menanganinya dengan mengontrol populasi jamur. Mencuci rambut anak setiap hari dan pijatlah kulit kepala dengan sampo secara perlahan karena akan menghilangkan jamur lewat serpihan kulit yang lepas. Biasakan untuk selalu mencuci tangan sesudah menyentuh kulit kepala anak yang terkena infeksi. Hal ini dilakukan untuk menghindari penularan lebih lanjut. (Arvin, 2020)

I. Diagnosis Seborrhea

Diagnosis dapat ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisis, riwayat penyakit, gambaran klinis maupun hasil dari pemeriksaan penunjang. Dari riwayat didapatkan bahwa dermatitis ini terjadi pada bayi terutama yang berusia 3 bulan, tampak sebagai peradangan yang mengenai kulit kepala dan lipatan-lipatan intertriginosa yang disertai skuama berminyak dan krusta. Daerah-daerah lain seperti seperti bagian tengah wajah, dada dan leher juga dapat terkena. Pada kasus yang berat sering didapatkan bercak-bercak kemerahan berlapis dan tidak gatal di wajah, badan dan tungkai. Penegakkan diagnosis lainnya dapat dilakukan berdasarkan:

Karakteristik skuamanya khas. Kulit kepala di daerah frontal dan parietal akan ditutupi dengan krusta yang berminyak, tebal dan sering dengan fissura (crusta lactea/milk crust, cradle cap). Rambut tidak rontok dan peradangan jarang. Dalam perjalannya, kemerahan semakin meningkat dan daerah dengan skuama akan membentuk bercak eritem yang jelas dan diatasnya dilapisi skuama berminyak. Dapat terjadi perluasan hingga ke frontal melampaui daerah yang berambut. Lipatan retroaurikular, daun telinga dan leher juga sangat mungkin terkena. Otitis eksterna, dermatitis intertriginosa

maupun infeksi-infeksi oportunistik dari *C. albicans*, *S. aureus*, dan bakteri-bakteri lainnya, sering muncul bersama-sama dengan dermatitis seboroik.

Pada berbagai gejala dari gambaran klinis yang ditemukan pada dermatitis seboroik atau Seborrhea juga dapat dijumpai pada dermatitis atopik atau psoriasis, sehingga diagnosis sangat sulit untuk ditegakkan oleh karena baik gambaran klinis maupun gambaran histologi dapat serupa. Oleh sebab itu, perlu ketelitian untuk membedakan Seborrhea dengan penyakit lain sebagai diferensial diagnosis. Psoriasis misalnya yang juga dapat ditemukan pada kulit kepala, kadang disamakan dengan Seborrhea, yang membedakan ialah adanya plak yang mengalami penebalan pada liken simpleks.

Pemeriksaan histopatologi: gambaran dermatitis kronis, spongiosis lebih jelas. Pada epidermis dapat ditemukan parakeratosis fokal dengan abses Munro. Pada dermis terdapat pelebaran ujung pembuluh darah di puncak stratum papilaris disertai sebuahan sel-sel neutrofil dan monosit. Pemeriksaan KOH 10-20 %: negatif, tidak ada hifa atau blastokonidia. Pemeriksaan lampu Wood: fluoresen negatif (warna violet). (Hasnidar et al., 2021)

J. Diagnosa Banding Seborrhea

Diagnosis banding dermatitis seboroik tergantung pada lokasi dari kelainan dan umur dari pasien. Pada anak, diferensial diagnosisnya adalah dermatitis atopik, tinea kapitis dan psoriasis (Hasnidar et al., 2021)

1. Psoriasis Vulgaris

Psoriasis vulgaris meskipun jarang pada bayi, memiliki ciri yang mirip dengan dermatitis seboroik atau Seborrhea. Bedanya terdapat skuama yang tebal, kasar, dan berlapis-lapis. Tempat predileksinya juga berbeda, psoriasis sering terdapat di ekstremitas bagian siku, lutut, kuku dan daerah lumbosakral. Perbedaannya ialah skuamanya lebih tebal dan putih.



Gambar 14.2 Psoriasis Vulgaris
Google.com psoriasis Vulgaris

2. Pitiriasis Rosea



Gambar 14.3 Pityriasis Rosea

Sumber: Google.com pityriasis rosea

Pitiriasis rosea ialah penyakit kulit yang belum diketahui penyebabnya, dimulai dengan lesi inisial berbentuk eritema dan skuama halus, bentuk oval dan terdiri atas eritema serta skuama halus dan tidak berminyak di pinggir. Lesi berikutnya lebih khas yang dapat dibedakan dengan Seborrhea, yaitu lesi yang menyerupai pohon cemara terbalik. Tempat predileksinya juga berbeda, lebih sering pada badan, lengan atas bagian proksimal dan paha atas, jarang pada kulit kepala.

3. Tinea Kapitis

Tinea kapitis adalah kelainan pada kulit dan rambut kepala yang disebabkan oleh spesies dermatofit dan biasanya menyerang anak-anak. Kelainan pada tinea kapitis dapat ditandai dengan lesi bersisik, kemerah, dan kadang-kadang terjadi gambaran klinis yang lebih berat, yaitu kerion. Bercak-bercak Seborrhea pada kulit kepala yang berambut kadang-kadang membingungkan.

Biasanya lesi Seborrhea pada kulit kepala lebih merata dan mempunyai lesi kulit yang simetris distribusinya. Pada tinea kapitis dan tinea kruris, eritema lebih menonjol di pinggir dan pinggirannya lebih aktif dibandingkan di tengahnya. Pada pemeriksaan didapatkan KOH positif dimana terlihat hifa yang bersekat, bercabang, serta spora. Untuk menyingkirkan tinea kapitis dapat dilakukan pemeriksaan kerokan kulit pada kultur jamur.



Gambar 14.4 Tinea Kapitis

Sumber: google.com/tinea_kapitis

4. Dermatitis Atopik

Dermatitis Atopik adalah keadaan peradangan kulit kronis dan residif, disertai gatal. Biasanya terjadi pada bayi atau anak-anak. Skuama kering dan difus, berbeda dengan Seborrhea yang skuamanya berminyak dan kekuningan. Selain itu, pada dermatitis atopik dapat terjadi likenfikasi.

Ciri khas yang paling berguna sebagai pembeda dermatitis seboroik atau Seborrhea dari dermatitis atopik adalah adanya lesi yang makin meningkat jumlahnya di daerah dahi dan dagu pada tahap awal, dan di axilla pada tahap lebih lanjut. Selain itu dermatitis seboroik biasanya hilang spontan dalam usia 6-12 bulan. Tes-tes dengan bahan-bahan allergen dan pemeriksaan kadar IgE merupakan tanda khas dermatitis atopik.



Gambar 14.5 Dermatitis Atopik

Sumber: google.com/dermatitis_atopik

5. Systemic Lupus Erythematosus

SLE adalah penyakit yang biasanya bersifat akut, multisistemik dan menyerang jaringan konektif dan vaskular. SLE sulit dibedakan dengan DS, oleh karena pada SLE juga dapat dijumpai skuama. Yang dapat membedakan ialah lesi SLE berbentuk seperti kupu-kupu, tersering di area

molar dan nasal dengan sedikit edema, eritema dan atrofi. Terdapat gejala demam, malaise, serta tes antibodi-antinuklear (+).



Gambar 14.6 Systemic Lupus Erythematosus

Sumber: google.com Systemic Lupus Erythematosu

6. Rosasea

Rosasea adalah penyakit kulit kronis pada derah sentral wajah (yang menonjol/cembung). Gambaran histopatologi terdapat daerah eksasia vaskular, edema dermis dan diorganisasi jaringan konektif dermis. Ditandai dengan kemerahan pada kulit dan talangiekstasis, disertai episode peradangan yang memunculkan erupsi, papul, pustul dan edema.



Gambar 14.7 Rosasea

Sumber: google.com rosasea

7. Kandidosis

Kandidiasis adalah penyakit jamur yang disebabkan oleh spesies Candida, biasanya oleh Candida albicans. Kandidosis kadang sulit dibedakan dengan Seborrhea jika mengenai lipatan paha dan perianal. Lesi dapat berupa bercak yang berbatas tegas, bersisik dan basah. Perbedaannya ialah pada kandidiasis terdapat eritema berwarna merah cerah berbatas tegas dengan satelit-satelit di sekitarnya. Predileksinya juga bukan pada daerah-

daerah yang berminyak, tetapi lebih sering pada daerah yang lembab. Selain itu, pada pemeriksaan dengan larutan KOH 10 %, terlihat sel ragi, blastospora atau hifa semu.



Gambar 2.8 Kandidosis
Sumber: google.com/kandidosis

K. Penatalaksanaan Seborrhea

Kerak kulit kepala sebaiknya dikendalikan dengan shampo anti seboroik. Untuk ruam bersisik tebal di kulit kepala, bisa dioleskan minyak mineral yang mengandung asam salisilat secara perlahan dengan menggunakan sikat gigi yang lembut pada malam hari. Selama sisik masih ada, kulit kepala juga dicuci dengan sampo setiap hari; setelah sisiknya menghilang cukup dicuci 2 kali/minggu. Kulit kepala dicuci dengan sampo bayi yang lembut dan diolesi dengan krim hydrocortisone. Banyak sediaan krim, lotion, dan shampoo di pasaran untuk membasmi ketombe. Produk-produk yang digunakan untuk mengatasi ketombe biasanya mengandung asam salisilat, coal tar, zinc pyrithione, selenium sulfida dan belerang. Walaupun sebagian digolongkan sebagai obat yang dijual bebas dan sebagian digolongkan sebagai kosmetik, produk-produk tersebut hanya dapat mengatasi gejala-gejala dari ketombe, tetapi tidak mengatasi penyebab ketombe. (Arvin, 2020)

Penyembuhan bisa dilakukan dengan obat- obat topikal, seperti sampo yang tidak berbusa (keramasihal kepala bayi setiap hari) dan krim selenium sulfida/ Hg-presipitatus albus 2%.

Menurut (Hasnidar et al., 2021) Untuk sisik yang melekat dengan erat dan tebal, sampo yang mengandung selenium sulfida atau sampo ketokonazol 2% dapat membantu. Sebagai terapi alternatif dapat dioleskan kream ketokonazol 2%, hidrokortison 0,5-1%, kream pikrolimus, salep takrolismus yang dioleskan 2 kali sehari. (Asuhan kebidanan pada bayi dengan seborrhea.

L. Contoh Kasus

Bayi An M, usia 3 bulan, jenis kelamin laki-laki. Ny. S datang ke PMB membawa bayinya mengatakan bayinya rewel di kepala bagian atas dan bagian belakang bayinya terdapat kerak, kering dan menempel sangat banyak dan tebal sejak 1 minggu yang lalu

SOAP :

A. Data Subjektif

1. Identitas

a. Identitas Bayi

Nama : An. M

Usia : 3 bulan

Jenis Kelamin : Laki- laki

Anak ke : 1

b. Identitas orang tua

Ibu	Suami
-----	-------

Nama : Ny. S	Tn. R
--------------	-------

Umur : 21 Tahun	25 tahun
-----------------	----------

Suku : Sunda	Sunda
--------------	-------

Agama : Islam	Islam
---------------	-------

Pendidikan : SMP	SMA
------------------	-----

Pekerjaan : IRT	Driver Gojek
-----------------	--------------

Alamat : kp. Pabuaran pasir, Bogor Selatan, kota Bogor
--

2. Keluhan utama

Ny. S datang ke PMB membawa bayinya dan mengatakan sejak 1 minggu yang lalu bayinya rewel, dikepala bagian atas dan belakang terdapat kerak, kering dan menempel sangat banyak dan tebal, bayi M sering menggaruk bagian kepala dan pipih karena gatal yang membuat kulit kepalanya menjadi merah, bayi susah tidur. Mandi 1x sehari, mencuci rambut 3 kali dalam seminggu, dengan menggunakan shampoo laktasid dan ganti baju. Keadaan umum baik, BB 6000 gr, PB 60 cm, perkembangan anak sesuai usia.

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat penyakit yang lalu

Bayi M tidak mempunyai penyakit yang berbahaya dan tidak pernah dirawat di RS

b. Riwayat penyakit sekarang

Bayi M sejak 1 minggu ini susah tidur, enggan menyusu dan sering menggaruk bagian kepala dan pipi sehingga tampak kemerahan pada areal kepala dan pipih.

4. Pola Kebiasaan sehari

Personal hygiene

Mandi 1x sehari, mencuci rambut 3 kali dalam seminggu, dengan menggunakan shampoo laktasid, mengganti baju disesuaikan ketika basah langsung diganti, baju di cuci secara manual menggunakan tangan dan dijemur di pekarangan rumah

B. Data Objektif

Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : baik

BB : 6000 gram

PB: 60 cm

Status gizi : normal berada pada angka 0

(dikatakan normal jika berada pada interval 2 sd. -2)

Suhu : 36,6 C

Nadi : 110x/menit

Respirasi : 30x/menit

Pemeriksaan fisik

Kepala : bentuk bulat, rambut hitam, terdapat kerak, kering menepel dan sangat banyak di bagian depan kepala dan bagian belakang kepala

KPSP : dilihat dari KPSP perkembangan bayi M sesuai usia.

C. Analisa

Bayi M usia 3 bulan dengan seborrhea, pertumbuhan dan perkembangan baik.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa bayi M mengalami seborrhea penyebab keluhan yang dialami oleh bayi M karena beberapa faktor antara lain faktor keturunan, hormonal, kondisi lingkungan dan kebersihan yang kurang terjaga dll
2. Memberikan penyuluhan mengenai personal hygiene pada keluarga bayi M, dalam keadaan saat ini bayi harus dimandikan jangan sampai tidak dimandikan karena dapat memperparah kondisi infeksi
3. Bidan mengajarkan cara perawatan terhadap bayi dengan seborrhea di PMB yaitu sebelum mandi balur bagian yang mengalami seborrhea dengan minyak yang mengandung asam salisilat, kemudian tunggu sampai kerak menjadi lunak dan menyerap, mandikan bayi kemudian bilas dengan shampo dan sisir dengan menggunakan sisir halus
4. Bidan memberikan krim hidrocortison 0,5 % dan memberitahu cara penggunaan krim yaitu dengan cara di oles dibagian yang terdapat kerak, krim dapat memngurangi peradangan pada kulit
5. Memberitahu ibu untuk selalu memastikan bahwa kulit kepala bayi M tidak lembab untuk menghambat pertumbuhan jamur karena jamur sukar berkembang pada kulit yang lembab
6. Mengajurkan ibu untuk mengganti shampo bayi M, seborrhea bisa disebabkan karena shampo yang tidak cocok
7. Memberitahu ibu untuk memastikan selalu membuka gordeng dan jendela kamar agar cahaya matahari dapat masuk
8. Mengajurkan ibu untuk ke dokter jika kondisi bayi belum membaik
9. Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan pendekatan lebih lanjut yakni kunjungan rumah untuk mengetahui kondisi bayi M lebih lanjut.

M. Contoh Soal UKOM (Uji Kompetensi)

1. Seorang perempuan datang ke TPMB bersama anaknya yang berumur 4 bulan dengan keluhan pada kepala bayinya terdapat kerak kekuuningan yang terlihat jelas mulai beberapa hari yang lalu. Dari kasus diatas dapat disimpulkan bahwa anak tersebut terkena?
 - A. Bercak mongol
 - B. Diaper rush
 - C. Seborrhea
 - D. Miliariasis
 - E. Rubella

Jawab : C

2. Seorang perempuan datang ke TPMB bersama anaknya yang berumur 4 bulan dengan keluhan pada kepala bayinya terdapat kerak kekuningan yang terlihat jelas mulai beberapa hari yang lalu. Etiologi dari kasus tersebut adalah
 - A. Makanan
 - B. Cuaca yang panas
 - C. Diet setiap hari
 - D. Aktifitas kelenjar sebub yang berlebihan
 - E. Obat-obatan

Jawab : D

3. Seorang perempuan datang ke TPMB bersama anaknya yang berumur 4 bulan dengan keluhan pada kepala bayinya terdapat kerak kekuningan yang terlihat jelas mulai beberapa hari yang lalu. Dari kasus diatas yang menjadi sebab infensi adalah?
 - A. Pterosporum ovale
 - B. Dermatofit
 - C. Microsporum
 - D. Trichophyton
 - E. Kortikosteroid

Jawab : A

4. Seorang anak laki-laki umur 4 tahun dibawa ibunya ke puskesmas dengan keluhan demam sejak 2 hari yang lalu, rewel, nafsu makan kurang dan badan anak terasa gatal. Hasil pemeriksaan: KU lemah, kesadaran compositus, N: 98x/menit, P: 29x/menit, S: 38 ,40 C dan terdapat bintik bintik merah berisi cairan di area kulit kepala dan area dada. Apakah diagnosis banding dari kasus diatas?
 - A. Pneumonia
 - B. Seborrhea
 - C. Varicella
 - D. Variola
 - E. Rubella

Jawab : B

5. Seorang bayi laki-laki umur 1 bulan, dibawa ibunya ke Puskesmas dengan keluhan bayi rewel dan tidak mau menetek sejak 2 hari. Hasil pemeriksaan : S: 36 0C, N: 110 x/mnt, P: 28 x/mnt, status gizi normal, pada kulit kepala tampak sisik berlemak dan eritema. Apakah Tindakan yang paling sesuai dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Memberikan minuman air putih
 - B. Melakukan rujukan segera ke RS
 - C. Pemberian antibiotika oral 3x sehari
 - D. Membersihkan rambut dan kulit kepala
 - E. menghentikan pembersian ASI sementara

Jawaban : D

DAFTAR PUSTAKA

- Arvin, B. K. (2020). Ilmu Kesehatan Anak. Egci.
<https://books.google.co.id/books?id=0dRhHnfPpBgc>
- Association, E. N., Hammond, B. B., Polly Gerber Zimmermann, R. N. M. S. M. B. A. C., Kurniati, A., Trisyani, Y., & Theresia, S. (2017). Sheehy's Emergency and Disaster Nursing - 1st Indonesian Edition. Elsevier Health Sciences.
<https://books.google.co.id/books?id=sez3DwAAQBAJ>
- Hasnidar, H., Sulianti, S., Putri, N. R., Tahir, A., Arum, D. N. S., Indryani, I., Nardina, E. A., Hutomo, C. S., Astyandini, B., & Isharyanti, S. (2021). Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi dan Balita. Yayasan Kita Menulis.
<https://books.google.co.id/books?id=kjJAEEAAAQBAJ>
- Octa Dwienda R, S. K. M. M. K., Liva Maita, S. S. T. M. K., Eka Maya Saputri, S. S. T. M. K., & Rina Yulviana, S. K. M. (2015). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi/ Balita dan Anak Prasekolah untuk Para Bidan. Deepublish.
- Taufiqoh, S., & Anifah, F. (2022). Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah. Rena Cipta Mandiri.
<https://books.google.co.id/books?id=eoifEAAAQBAJ>

BIOGRAFI PENULIS



Brivian Florentis Yustanta., SST., M.Kes, lahir di Tulungagung tahun 1989. Penulis merupakan dosen Program Studi Sarjana Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan STIKES (Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan) Karya Husada Kediri. Penulis menempuh Pendidikan perguruan tinggi pada program D-III Kebidanan di Akademi Kebidanan Griya Husada Surabaya (2008), D-IV Bidan Pendidik di STIKES Karya Husada Kediri (2011) dan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Peminatan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) di Universitas Airlangga Surabaya (2013). Penulis merupakan anggota IBI (Ikatan Bidan Indonesia) Cabang Kabupaten Kediri. Penulis memiliki concern terhadap issue – issue terkini mengenai kesehatan bayi, balita dan anak serta kesehatan reproduksi remaja. Penulis aktif dalam kegiatan menulis artikel di majalah kebidanan maupun karya ilmiah semenjak masih di bangku perkuliahan. Penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian dimana hasil penelitian telah banyak dipublikasikan ke dalam jurnal penelitian maupun prosiding penelitian yang bereputasi baik berskala nasional maupun internasional. Penulis juga aktif menjadi pembicara / narasumber dalam forum kegiatan ilmiah. Banyak ide dan gagasan dari penulis yang telah dituangkan dalam bentuk inovasi kegiatan pengabdian kepada masyarakat, dimana dengan kegiatan memiliki dampak yang signifikan dalam mengatasi permasalahan di masyarakat. Email: brivianflorentis@gmail.com.

BIOGRAFI PENULIS



Sry Wahyuni., SST., M.Keb, dilahirkan di Bumimulyo 27 Agustus Tahun 1989, Kecamatan Wonomulyo Kabupaten Polewali Mandar Sulawesi Barat. Penulis menyelesaikan pendidikan D-3 Kebidanan di Polewali tahun 2010 di Perguruan Tinggi Swasta STIKES Bina Generasi Polewali Mandar, pada tahun 2013 menyelesaikan Studi D-4 Kebidanan di perguruan tinggi negeri Poltekkes Kemenkes Makassar, serta tahun 2019 menyelesaikan Studi S2 Magister kebidanan di Universitas Hasanuddin. Sejak tahun 2010-2012 penulis bekerja sebagai staf prodi D III Kebidanan di STIKES Bina Generasi Polewali Mandar dan

Tahun 2013 sampai saat ini sebagai Sekeretaris D III kebidanan di institusi yang sama. Penulis juga terlibat dalam organisasi IBI Cabang Polewali Mandar, Organisasasi AIPKIND SULSELBAR. Sebelumnya pernah menulis buku dengan judul "Bahan Ajar Asuhan kebidanan Masa Nifas Tahun 2021, Buku Evidence Based Soal Kasus Kebidanan Komunitas Tahun 2023. Ucapan terima kasih penulis kepada Ketua STIKES Bina Generasi Polewali, Ketua Program Studi D III Kebidanan, seluruh Staf dan Teman-teman yang ada di STIKES Bina Generasi yang banyak memberikan support dan motivasi selama ini. Buku ini saya dedikasikan juga kepada keluarga tercinta yaitu kedua orang Tua dan mertua H.Soib ,Hj. Gemi,H. Sugito dan Hj. Sumarmi, suami Rudy Prayoga, kedua buah hati Khanza Sabrina dan Suthon Aulia Afandy atas Cinta, doa, motivasi dan supportnya selama ini sehingga sampai saat ini, Terima kasih banyak. Email: sriwahyuni11111989@gmail.com



Dewi Farida., SST.,M.K.M, lahir di Langsa pada tanggal 26 Juni 1987. Menempuh jenjang pendidikan D-IV Kebidanan Poltekkes Kemenkes Aceh tahun 2010, dan S2 Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh tahun 2022. Penulis pernah bekerja sebagai staf ruang bersalin Rumah Sakit Permata Hati Banda Aceh (2008-2009), Ketua program studi Kebidanan Stikes Bina Bangsa Kuala Simpang (2010-2012), Dosen Prodi Kebidanan STIKes Harapan Bangsa Banda Aceh (2013), dalam keseharian bekerja sebagai staf akademik dan Dosen AKBID Saleha Banda Aceh (2013 – sekarang). Selain itu turut mengajar di

Prodi S-1 Kebidanan Universitas Bina Bangsa Getsempera Banda Aceh dan Universitas Muhammadiyah Mahakarya. Penulis memiliki concern terhadap issue – issue terkini mengenai kesehatan bayi, balita dan anak serta kesehatan ibu hamil. Penulis aktif dalam kegiatan organisasi sejak di bangku SMA. Semoga tenaga kebidanan indonesia kedepan semakin kompeten dan mampu menurunkan AKI dan AKB. Email: dewifa665@gmail.com

BIOGRAFI PENULIS



Ike Putri Setyatama., SST., M.Kes, lahir di Tegal tahun 1986. Penulis merupakan dosen Program Studi DIII Kebidanan Universitas Bhamada Slawi. Penulis menempuh Pendidikan perguruan tinggi pada program D-III Kebidanan di Akademi Kebidanan Karsa Mulia Semarang (2006), D-IV Bidan Pendidik di Poltekkes Surakarta (2008) dan S2 Promosi Kesehatan konsentrasi Kesehatan Reproduksi dan HIV/AIDS di Universitas Diponegoro Semarang (2012). Penulis merupakan Pengurus IBI (Ikatan Bidan Indonesia) Cabang Kabupaten Tegal. Penulis memiliki concern terhadap issue – issue terkini mengenai kesehatan bayi, balita dan anak serta kesehatan reproduksi remaja. Penulis aktif dalam kegiatan menulis artikel di majalah kebidanan maupun karya ilmiah semenjak masih di bangku perkuliahan. Penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian dimana hasil penelitian telah banyak dipublikasikan ke dalam jurnal penelitian maupun prosiding penelitian yang bereputasi baik berskala nasional maupun internasional. Penulis juga aktif menjadi pembicara / narasumber dalam forum kegiatan ilmiah. Email: ike.putri.nugraha@gmail.com.



Endang Sari, SST, M. Keb, lahir di Ujung Gading, tahun 1987. Penulis merupakan dosen Program Studi Sarjana Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan Universitas Sumatera Barat (Unisbar) Padang Pariaman. Penulis menempuh Pendidikan perguruan tinggi pada program D-III Kebidanan di Politeknik Kesehatan Siteba (2010), D-IV Bidan Pendidik di Poltekkes Kemenkes Padang (2012) dan S2 Kebidanan di Universitas Andalas (2019). Penulis merupakan anggota IBI (Ikatan Bidan Indonesia) Cabang Universitas Sumatera Barat. Penulis memiliki concern terhadap issue – issue terkini mengenai kehamilan dan persalinan. Penulis aktif dalam kegiatan menulis artikel di majalah kebidanan maupun karya ilmiah semenjak masih di bangku perkuliahan. Penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian dimana hasil penelitian telah banyak dipublikasikan ke dalam jurnal penelitian maupun prosiding penelitian yang bereputasi baik berskala nasional maupun internasional. Email: melatisari2310@gmail.com@gmail.com.

BIOGRAFI PENULIS



Agustina, S.SiT.,MKM Lahir di Lhoksukon Kabupaten Aceh Utara pada tanggal 05 Agustus 1991. Menyelesaikan Diploma IV Bidan Pendidik di STIKes Darussalam Lhokseumawe Aceh pada tahun 2015 dan lulus S2 di Program Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Muhammadiyah Aceh pada tahun 2019. Saat ini adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Almuslim Biteuen Aceh. Mengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah. Penulis aktif dalam kegiatan penelitian dan juga dalam Pengabdian masyarakat dimana hasil penelitian dan pengabdian telah banyak dipublikasikan ke dalam jurnal yang bereputasi nasional. Email agustina050891@gmail.com



Siswati,S.SiT.,M.Kes, lahir di Tegal, 21 Juli 1981, menyelesaikan pendidikan D III kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang Prodi Magelang lulus Tahun 2003, D IV kebidannann di STIKES Ngudi Waluyo Ungaran Lulus Tahun 2004, S2 Magister Kesehatan Universitas Diponegoro Semarang lulus tahun 2014. Penulis bekerja sebagai Dosen PNS DPK di Universitas BHAMADA Slawi dari tahun 2005 sampai dengan sekarang. Penulis aktif dalam kegiatan Tridarma perguruan tinggi sejak tahun 2005 sampai dengan sekarang. Penulis aktif menulis jurnal ilmiah, buku latihan soal ujian kompetensi DIII dan Profesi Bidan Jilid II, buku latihan soal UKOM profesi Bidan jilid I dan aktif dalam kegiatan penelitian serta pengabdian kepada masyarakat. Penulis aktif sebagai pengurus IBI Kabupaten Tegal. Email : jinanalmira@gmail.com

BIOGRAFI PENULIS



Elwitri Silvia, S.ST., M.Keb., lahir di Padang tahun 1991. Penulis merupakan dosen Program Studi Sarjana Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan Universitas Sumatera Barat. Penulis merupakan lulusan dari Pendidikan perguruan tinggi pada program D-III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Padang (2012), D-IV Bidan Pendidik di Poltekkes Kemenkes Surakarta (2014) dan S2 Ilmu Kebidanan di Universitas Sumatera Barat (2018). Penulis merupakan anggota IBI (Ikatan Bidan Indonesia) Cabang Universitas Sumatera Barat. Penulis memiliki concern terhadap issue – issue terkini mengenai kesehatan bayi, balita dan anak serta asuhan persalinan dan bayi baru lahir. Penulis aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat dimana hasil kegiatan tersebut telah banyak dipublikasikan ke dalam jurnal penelitian bereputasi baik skala nasional. Penulis juga aktif menjadi pembicara / narasumber dalam forum kegiatan ilmiah. Email: elwitri.silvia.91@gmail.com.



Evy Ernawati, S.ST., M.Kes. Riwayat Pendidikan: Penulis menyelesaikan pendidikan DIV Kebidanan di Universitas Sebelas Maret Surakarta. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan S2 di universitas Sebelas Maret Surakarta. Sejak tahun 2013 penulis mulai aktif mengajar sebagai dosen kebidanan dan saat ini beliau aktif mengajar di STIKes Guna Bangsa Yogyakarta. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya

BIOGRAFI PENULIS



Gina Muthia, S.SiT., M.Keb, lahir di Kuningan (Jawa Barat), tanggal 04 Januari 1984. Pada tahun 2005 menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Politeknik Kesehatan Padang. Tahun 2009 menyelesaikan pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik di Politeknik Kesehatan Padang. Tahun 2019 menyelesaikan pendidikan Magister Kebidanan di Universitas Andalas. Pada tahun 2010, mendapatkan kesempatan mengikuti kegiatan Magang Dosen Muda di Universitas Airlangga selama 6 bulan yang diselenggarakan oleh Direktorat Jenderal DIKTI. Saat ini aktif sebagai dosen di STIKes MERCUBAKTIJAYA Padang Program Studi Kebidanan Program Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi sejak tahun 2009-sekarang. Kegiatan penelitian, pengabdian kepada masyarakat dan publikasi berfokus di bidang kesehatan ibu dan anak. Karya yang pernah dihasilkan adalah artikel Evaluasi Pelaksanaan Program Pencegahan Stunting Ditinjau Dari Intervensi Gizi Spesifik Gerakan 1000 HPK di Puskesmas Pegang Baru Kabupaten Pasaman, 2019, terindeks sinta-ristekbrin. Artikel Perbedaan Perkembangan Motorik Balita Stunting dan Normal di Wilayah Kerja Puskesmas Pegang Baru, 2021, terindeks sinta-ristekbrin. Artikel Optimalisasi Peran Keluarga Dalam Stimulasi Tumbuh Kembang Balita dan Anak Prasekolah Pada Masa Pandemi Covid-19, 2021, terindeks sinta-ristekbrin. Semua kegiatan yang dilakukan merupakan bentuk proses pembelajaran dengan harapan dapat memberikan manfaat bagi kehidupan dan kesehatan ibu dan anak di masa mendatang.

BIOGRAFI PENULIS



Nita Hestiyana, SST., M. Kes (SINTA ID 6133601), email: nitahestiyana@gmail.com, Lahir di Sampit pada tanggal 15 Januari 1992. Penulis merupakan dosen Program Studi Diploma III Kebidanan Universitas Sari Mulia Banjarmasin. Penulis menempuh Pendidikan perguruan tinggi pada program Diploma III Kebidanan di Akademi Kebidanan Sari Mulia Banjarmasin (2009), Diploma IV Bidan Pendidik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Sari Mulia Banjarmasin (2012) dan S2 Kesehatan Masyarakat pada di Universitas Respati Indonesia Jakarta (2014). Penulis merupakan anggota Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Ranting Pendidikan Sari Mulia. Penulis memiliki concern terhadap issue-issue terkini mengenai kesehatan bayi, balita dan anak serta komunikasi dalam praktik kebidanan. Penulis aktif dalam kegiatan menulis artikel di majalah kebidanan maupun karya ilmiah semenjak masih dibangku perkuliahan. Penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian serta pengabdian kepada masyarakat (PKM), dimana hasil penelitian dan PKM telah banyak dipublikasikan kedalam jurnal maupun prosiding baik berskala nasional maupun internasional. Penulis juga aktif menjadi pembicara/narasumber dalam forum kegiatan ilmiah.



Mareza Yolanda Umar, S. ST., M. Kes, merupakan dosen yang berhomebase di Program Studi DIII Kebidanan Universitas Aisyah Pringsewu sejak thun 2016. Penulis lahir di Kotabumi, 28 Mei 1991. Riwayat pendidikan dimulai dari Diploma III Kebidanan yang ditempuh 3 tahun (2008- 2011) dan DIV kebidanan Pendidik selama 1 tahun (2011-2012) di Universitas Kader Bangsa, pada tahun 2016 penulis lulus program magister kesehatan dengan peminatan kesehatan reproduksi di Universitas Mitra Indonesia. Penulis juga berperan aktif sebagai anggota dari IKATAN BIDAN INDONESIA (IBI) cabang Universitas Aisyah Pringsewu sejak 2016. Selain sebagai pengajar, penulis juga aktif melakukan kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat yang dapat dilihat di link ini : <https://scholar.google.com/citations?user=2EIYRyIAAAAJ&hl=id> Riwayat mengajar dapat dilihat di link ini : <https://forlap.kemdikbud.go.id/dosen/detail/Q0VGRTRDRkItM0EyOC00MUI4LUIxNDctQUIwRkE2QkQ3NEEx> E-mail : marezayolandaumar@aisyahuniversity.ac.id, Telp : 082281929068

BIOGRAFI PENULIS



Novita Ayu Indraswati, S.ST., M.Tr.Keb. lahir di Banjarmasin tahun 1991. Penulis merupakan dosen Program D3 Kebidanan Akademi Kebidanan Banua Bina Husada Banjarbaru. Penulis menempuh Pendidikan perguruan tinggi pada program D-III Akademi Kebidanan sari Mulia (2012), D-IV kebidanan sari mulia (2013) dan s2 Stikes Dharma Husada Bandung. Penulis merupakan anggota IBI (Ikatan Bidan Indonesia) . Penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian dimana hasil penelitian telah banyak dipublikasikan ke dalam jurnal penelitian yang bereputasi baik berskala nasional maupun internasional. Penulis juga aktif menjadi pembicara / narasumber dalam forum kegiatan ilmiah. Email: Novitaayuindraswati@gmail.com



Lida Khalimatus Sa'diya, SSiT., M.Kes, lahir di Sidoarjo tahun 1980. Penulis merupakan dosen Program Studi Sarjana Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan Universitas Bina Sehat PPNI Mojokerto. Penulis menempuh Pendidikan perguruan tinggi pada program D-III Kebidanan di Akademi Kebidanan Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo (2001), D-IV Bidan Pendidik di Universitas Gadja Mada Yogyakarta (2005) dan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Sebelas Maret Surakarta (2012). Penulis merupakan anggota IBI (Ikatan Bidan Indonesia) Cabang Kabupaten Mojokerto. Penulis memiliki concern terhadap issue – issue terkini mengenai kesehatan bayi, balita dan anak serta Keluarga Berencana. Penulis juga sebagai bidan praktik mandiri yang mengembangkan layanan holistik. Penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian dimana hasil penelitian telah banyak dipublikasikan ke dalam jurnal penelitian maupun prosiding penelitian yang bereputasi baik berskala nasional maupun internasional. Email: lidarafi2@gmail.com.

SINOPSIS

Buku Diagnosa Masalah Dalam Lingkup Asuhan Kebidanan Pada Bayi, Balita dan Anak Prasekolah akan memberikan informasi secara lengkap mengenai penjelasan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/320/2020 tentang standar profesi bidan berdasarkan daftar masalah kebidanan dalam lingkup asuhan kebidanan pada bayi, balita dan anak prasekolah. Diagnosa atau daftar masalah merupakan informasi yang didapat dari pasien dan keluarga atau profesi kesehatan lain yang menjadi acuan penelusuran melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Bidan harus memperhatikan kondisi pasien secara holistik dan komprehensif juga menjunjung tinggi profesionalisme serta etika profesi.

Diagnosa atau daftar masalah telah dianalisis dan divalidasi dengan metode FGD (Focus Group Discussion) dan NGT (Nominal Group Technique) bersama para bidan dan pakar yang mewakili pemangku kepentingan. Buku disusun untuk menjadi acuan bagi institusi pendidikan kebidanan dalam menyiapkan sumber daya yang berkaitan dengan kasus dan permasalahan kesehatan sebagai sumber pembelajaran mahasiswa terutama dalam menghadapi uji kompetensi bidan. Di dalam buku ini telah dilengkapi contoh soal uji kompetensi (ukom) sehingga mahasiswa memiliki gambaran dan penalaran yang komprehensif dalam memahami masing-masing diagnosa atau masalah dalam lingkup asuhan kebidanan pada bayi, balita dan anak prasekolah.



Buku Diagnosa Masalah Dalam Lingkup Asuhan Kebidanan Pada Bayi, Balita dan Anak Prasekolah akan memberikan informasi secara lengkap mengenai penjelasan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/320/2020 tentang standar profesi bidan berdasarkan daftar masalah kebidanan dalam lingkup asuhan kebidanan pada bayi, balita dan anak prasekolah. Diagnosa atau daftar masalah merupakan informasi yang didapat dari pasien dan keluarga atau profesi kesehatan lain yang menjadi acuan penelusuran melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Bidan harus memperhatikan kondisi pasien secara holistik dan komprehensif juga menjunjung tinggi profesionalisme serta etika profesi.

Diagnosa atau daftar masalah telah dianalisis dan divalidasi dengan metode FGD (Focus Group Discussion) dan NGT (Nominal Group Technique) bersama para bidan dan pakar yang mewakili pemangku kepentingan. Buku disusun untuk menjadi acuan bagi institusi pendidikan kebidanan dalam menyiapkan sumber daya yang berkaitan dengan kasus dan permasalahan kesehatan sebagai sumber pembelajaran mahasiswa terutama dalam menghadapi uji kompetensi bidan. Di dalam buku ini telah dilengkapi contoh soal uji kompetensi (ukom) sehingga mahasiswa memiliki gambaran dan penalaran yang komprehensif dalam memahami masing-masing diagnosa atau masalah dalam lingkup asuhan kebidanan pada bayi, balita dan anak prasekolah.

ISBN 978-623-8411-18-4

9 78623 8411184



Penerbit:
PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11490
telp: (021) 29866919