



Nuansa
Fajar
Cemerlang

Optimal

BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH

Bd. Retno Wulan, S.S.T.Keb., M.K.M
Lida Khalimatus Sa'diya, S.Si.T., Bd., M.Kes
Bdn. Imelda Diana M, S.ST., SKM., M.Keb
Sry Wahyuni, S.S.T., M.Keb
Suratmi, S.ST., M.Keb
Bdn. Dwi Sri Rahandayani, S.ST., M.Keb
Desriati Sinaga, S.S.T., M.Keb
Marta Imelda Br Sianturi, S.ST., M.Kes
Anggie Diniayuningrum, S.Keb., Bd., M.Keb



BUKU AJAR

ASUHAN KEBIDANAN

PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH

UNTUK MAHASISWA SARJANA KEBIDANAN

Bd. Retno Wulan, S.S.T.Keb., M.K.M | Lida Khalimatus Sa'diya, S.Si.T., Bd., M.Kes
Bdn. Imelda Diana M, S.ST., SKM., M.Keb | Sry Wahyuni, S.S.T., M.Keb
Suratmi, S.ST., M.Keb | Bdn. Dwi Sri Rahandayani, S.ST., M.Keb
Desriati Sinaga, S.S.T., M.Keb | Marta Imelda Br Sianturi, S.ST., M.Kes
Anggie Diniayuningrum, S.Keb., Bd., M.Keb



BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH UNTUK MAHASISWA SARJANA KEBIDANAN

Penulis: Bd. Retno Wulan, S.S.T.Keb., M.K.M
Lida Khalimatus Sa'diya, S.Si.T., Bd., M.Kes
Bdn. Imelda Diana M, S.ST., SKM., M.Keb
Sry Wahyuni, S.S.T., M.Keb
Suratmi, S.ST., M.Keb
Bdn. Dwi Sri Rahandayani, S.ST., M.Keb
Desriati Sinaga, S.S.T., M.Keb
Marta Imelda Br Sianturi, S.ST., M.Kes
Anggie Diniayuningrum, S.Keb., Bd., M.Keb

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Penata Letak: Idzmah U.

No.ISBN : 978-623-8411-99-3

Cetakan Pertama: Januari, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

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

PT NUANSA FAJAR CEMERLANG

Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

KATA PENGANTAR

Kami ucapkan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa karena berkat limpahan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Bayi, Balita dan Anak Prasekolah tepat waktu.

Buku ini disusun sebagai buku pegangan untuk memudahkan mahasiswa khususnya mahasiswa S1 Kebidanan untuk mempelajari dan memahami mata kuliah Asuhan Kebidanan pada Bayi, Balita dan Anak Prasekolah. Adapun materi yang ada dalam buku ini telah disesuaikan dengan RPS program studi Sarjana Kebidanan yang terbaru.

Penulis berharap agar buku ajar Asuhan Kebidanan pada Bayi, Balita dan Anak Prasekolah dapat dimanfaatkan sebaik mungkin. Apabila ada kekurangan dalam penulisan buku, penulis menerima kritik dan saran dari pembaca.

Demikian pengantar dari penulis, penulis ucapkan terimakasih dan memohon maaf apabila terdapat kalimat yang kurang berkenan.

Pati, 20 Desember 2023

Penulis

DAFTAR ISI

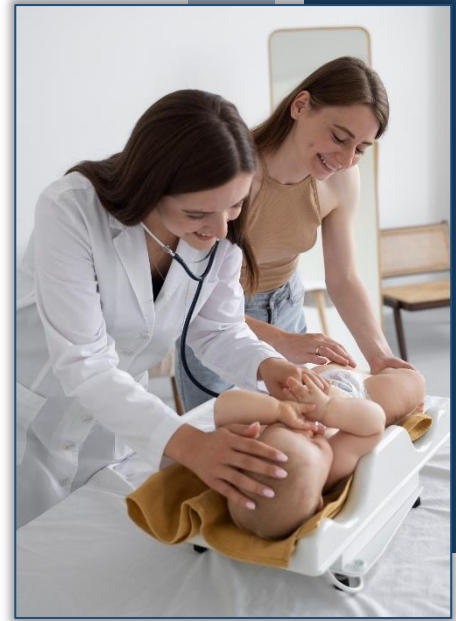
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	iii
BAB 1 - PSIKOLOGI PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN BBL, BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH	1
▪ PSIKOLOGI PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN.....	3
▪ KONSEP PSIKOLOGI PERKEMBANGAN MANUSIA DARI SEBELUM LAHIR (PRENATAL – 9 BULAN)	4
▪ KONSEP PSIKOLOGI PERKEMBANGAN MANUSIA BARU LAHIR (0-2 MINGGU)	4
▪ KONSEP PSIKOLOGI PERKEMBANGAN PADA MASA KANAK-KANAK AWAL (EARLY CHILDHOLD) 2-6 TAHUN	8
▪ KONSEP PSIKOLOGI PERKEMBANGAN PADA MASA KANAK-KANAK AKHIR (LATER CHILDHOLD) 6-12 TAHUN	12
LATIHAN SOAL.....	18
BAB 2 - GANGGUAN MINOR.....	22
▪ GANGGUAN MINOR PADA BAYI BARU LAHIR.....	24
▪ GANGGUAN MINOR PADA BAYI.....	27
▪ GANGGUAN MINOR PADA BALITA.....	32
▪ GANGGUAN MINOR PADA ANAK PRA SEKOLAH	36
▪ ASUHAN KEBIDANAN DENGAN HIPERTERMI	36
▪ KEJANG PADA BAYI DAN ANAK	45
▪ KUNING/JAUNDICE INFEKSI.....	50
▪ RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME (RDS).....	53
LATIHAN SOAL.....	57
DAFTAR PUSTAKA	59

BAB 3 - NUTRISI SEHAT	64
▪ PENYEDIAAN NUTRISI SEHAT BAGI BAYI, ANAK DAN BALITA USIA PRA SEKOLAH.	65
▪ PRINSIP PEMBERIAN NUTRISI PADA BAYI BARU LAHIR (BBL).....	67
▪ MEMBUAT MENU GIZI SEIMBANG UNTUK BAYI, BALITA DAN ANAK USIA PRA SEKOLAH.	72
▪ KOMUNIKASI INFORMASI EDUKASI (KIE) NUTRISI SEHAT BAGI BAYI, BALITA DAN ANAK USIA PRA SEKOLAH.....	83
LATIHAN SOAL.....	87
DAFTAR PUSTAKA.....	89
BAB 4 - MASALAH DAN PENYAKIT YANG LAZIM	94
▪ MASALAH YANG LAZIM PADA BAYI, ANAK BALITA DAN USIA PRA SEKOLAH	96
▪ PENYAKIT-PENYAKIT PADA BAYI DAN ANAK BALITA YANG TERJADI DI INDONESIA	108
▪ SEPULUH LANGKAH PROTEKSI TERMAL	116
▪ BAYI RISIKO TINGGI DAN BERMASALAH SERTA PENATAKSAANAANNYA PADA BAYI DAN ANAK BALITA YANG TERJADI DI INDONESIA.....	119
▪ HIPOTERMIA	141
LATIHAN SOAL.....	153
DAFTAR PUSTAKA.....	157
BAB 5 - MASALAH DAN PENYAKIT YANG LAZIM PADA BAYI, ANAK BALITA DAN USIA PRA SEKOLAH	159
▪ PEMBERIAN OBAT PADA NEONATUS, BAYI, BALITA DAN ANAK PRA SEKOLAH SESUAI KEWENANGAN DAN STANDAR.....	160
▪ ANTICIPATORY GUIDANCE UNTUK MENCEGAH DAN MENURUNKAN SIDS	172
▪ UPAYA PROMOSI DAN PREVENTIF PADA BAYI DAN BALITA.....	176
▪ STUNTING	183
LAIHAN SOAL.....	192

BAB 6 - PENGASUHAN IDEAL ORANG TUA	193
▪ PENGASUHAN IDEAL ORANGTUA TERHADAP BAYI, ANAK BALITA DAN ANAK USIA PRASEKOLAH	194
▪ INFANT AND CHILDREN BOUNDING	202
▪ EVALUASI PARENT EDUCATION	210
LATIHAN SOAL.....	213
DAFTAR PUSTAKA.....	215
BAB 7 - MANAJEMEN ASUHAN.....	217
▪ ASUHAN RUTIN BAYI BARU LAHIR NORMAL.....	218
▪ PEMERIKSAAN PADA BAYI BARU LAHIR.....	220
▪ TEKNIK PENGUMPULAN DATA FOKUS MELALUI PEMERIKSAAN FISIK PADA BAYI DAN ANAK BALITA	221
▪ LINGKUNGAN AMAN UNTUK BAYI DAN ANAK	236
▪ MOBILISASI DAN MENGGENDONG BAYI DENGAN AMAN	239
LATIHAN SOAL.....	241
DAFTAR PUSTAKA.....	243
BAB 8 - STIMULASI DAN DETEKSI PERTUMBUHAN.....	245
▪ STIMULASI DAN DETEKSI PERTUMBUHAN BAYI, BALITA, DAN ANAK PRASEKOLAH	246
▪ INTERVENSI DINI GANGGUAN TUMBUH KEMBANG ANAK BALITA..	270
▪ PEMANTAUAN TUMBUH KEMBANG	271
LATIHAN SOAL.....	288
DAFTAR PUSTAKA.....	290
BIOGRAFI PENULIS	297

BAB 1

PSIKOLOGI PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN BBL, BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH



DESKRIPSI PEMBELAJARAN:

1. Psikologi pertumbuhan dan perkembangan pada bayi, balita, dan anak prasekolah merupakan ilmu yang mempelajari perkembangan pikiran dan perilaku anak.
2. Perkembangan anak usia dini terdiri dari aspek perkembangan fisik, perkembangan kognitif, perkembangan bahasa, perkembangan sosial, perkembangan moral, perkembangan emosional, perkembangan kepribadian, dan perkembangan agama.

TUJUAN PEMBELAJARAN :

1. Mahasiswa mampu menjelaskan dan memahami tentang psikologi pertumbuhan dan perkembangan pada bayi, balita, dan anak prasekolah.
2. Mahasiswa mampu mengetahui konsep psikologi perkembangan manusia dari sebelum lahir sampai dengan kanak-kanak akhir.

CAPAIAN PEMBELAJARAN :

Mahasiswa mampu menjelaskan dan memahami tentang psikologi pertumbuhan dan perkembangan pada bayi, balita, dan anak prasekolah

MATERI PEMBAHASAN

PSIKOLOGI PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN

Menurut Piaget proses perkembangan anak merupakan proses yang lahir secara genetik merupakan dasar dari perkembangan pembentukan saraf secara biologis. Seseorang yang umurnya semakin bertambah maka susunan saraf akan semakin sempurna dan kemampuan menjadi meningkat. Ketika seseorang mulai berkembang menuju ke tahap lebih dewasa, maka akan mengalami adaptasi biologis terhadap lingkungannya yang akan menimbulkan perubahan-perubahan secara kualitatif di dalam struktur kognitifnya. Piaget sendiri tidak melihat perkembangan kognitif secara kuantitatif. Dengan demikian Piaget memberi kesimpulan bahwa setiap anak memiliki perkembangan yang berbeda sesuai dengan tingkatan usia dengan kekuatan mental dalam perkembangan secara kualitatif (Mutia Ulfa, 2020).

Psikologi perkembangan dapat dilihat melalui faktor umum yang mempengaruhi proses perkembangan dalam diri kepribadian yang khas itu. Titik berat yang diberikan oleh para psikolog perkembangan adalah adanya hubungan antara kepribadian dan perkembangan. Hal ini dikuatkan pendapat sebagian besar para psikolog yang menyatakan keseluruhan kepribadian itu berkembang meskipun tidak semenonjol perkembangan lain seperti fungsi indra dan fungsi motorik menonjol pada tahun-tahun pertama (Wardan, 2021).

Untuk bisa menjadi orang tua dan keluarga yang bisa memberikan perhatian penuh dalam proses perkembangan dan pertumbuhan anak, maka orang tua harus memiliki pemahaman tentang bagaimana pentingnya peran orang tua dalam proses pertumbuhan anak dalam konsep psikologi perkembangan. Dalam konsep psikologi perkembangan bahwa terdapat beberapa teori yang dapat dijadikan acuan dalam memberikan pengetahuan kepada orang tua dan keluarga bahwa perkembangan dan pertumbuhan anak akan maksimal apabila didukung oleh peran orang tua dan keluarga yang maksimal pula (Mutia Ulfa, 2020).

Menurut Vygotsky, alat yang sangat berpengaruh dalam psikologis adalah ucapan. Karena ucapan mampu mengembangkan pikiran secara bebas dan perhatian pada pemahaman secara spontan, sebuah hak yang melainkan dengan yang lainnya. Selanjutnya Vygotsky berkata bahwa kebolehan anak untuk terlibat dalam pecakapan secara batin terdapat tiga tahap diantara adalah sebagai berikut:

- Kesatu, merupakan tujuan kepada objek yang tiak berlangsung dalam hubungan timbal balik anak dengan oarng lain.
- Kedua, ketika anak memasuki usia antara tiga tahun atau lebih, ia lebih memfokuskan terhadap ucapan yang sama terhdapa diri sendiri.
- Ketiga, saat usia delapan tahun katas, ujaran dalam hati anak sama sekali tidak dapat didengar

KONSEP PSIKOLOGI PERKEMBANGAN MANUSIA DARI SEBELUM LAHIR (PRENATAL – 9 BULAN)

Perkembangan pranatal adalah perkembangan awal dari manusia. Dimulai dari pembuahan yang terjadi dari pertemuan sel sperma dengan sel telur. Sel telur yang telah matang dibuahi oleh sel sperma yang matang yang akhirnya akan menjadi sel-sel baru dan membentuk zigot. Pembuahan ini menandakan berfungsi dengan baiknya organ reproduksi manusia (Aprilia, 2020).

Menurut William Sallebach, periode pranatal atau pra lahir merupakan masa kritis bagi perkembangan fisik, emosi, dan mental bayi. Ini adalah masa mulai terbentuknya kedekatan antara bayi dan orang tua dengan konsekuensi yang akan berdampak panjang, terutama yang berkaitan dengan kemampuan dan kecerdasan bayi dalam kandungan. Masa prenatal mempunyai ciri penting, yaitu:

- Terjadinya pembauran sifat-sifat yang diturunkan oleh kedua orang tua janin;
- Pengaruh kondisi-kondisi dalam tubuh ibu,
- Kepastian jenis kelamin,
- Pertumbuhan cepat,
- Mengandung banyak bahaya fisik dan psikis, dan
- Membentuk sikap-sikap yang baru diciptakan.(Marliani 2015).

KONSEP PSIKOLOGI PERKEMBANGAN MANUSIA BARU LAHIR (0-2 MINGGU)

Pertumbuhan dan perkembangan mengalami peningkatan pesat pada usia dini, yaitu dari 0 sampai 5 tahun. Masa ini disebut sebagai fase "*Golden Age*". Masa *Golden age* merupakan masa yang sangat penting untuk memperhatikan tumbuh kembang anak secara cermat agar sedini mungkin dapat terdeteksi apabila terjadi kelainan ataupun penyimpangan.

Adapun konsep psikologi perkembangan masa manusia baru lahir (0-2 minggu) merupakan Karakteristik Bayi Bayi baru lahir normal adalah bayi yang

lahir dengan umur kehamilan 37 minggu - 42 minggu dengan berat lahir 2.500 gram sampai 4000 gram, lahir cukup bulan, langsung menangis dan tidak ada cacat bawaan, dan memiliki pertumbuhan dan perkembangan yang cepat. Bayi merupakan makhluk sangat peka dan halus, bayi itu akan terus tumbuh dan berkembang dengan sehat, sangat bergantung pada proses kelahiran dan perawatannya. Tidaklah hanya cara perawatannya, pola asuh akan tetapi pola pemberian makan juga sangat mempengaruhi perkembangan dan pertumbuhan bayi itu sendiri (Murni et al., 2019)

Karakteristik perkembangan selanjutnya akan di alami bayi yaitu perkembangan psikososial berkaitan dengan perubahan kepribadian yaitu perubahan pada perasaan dan adanya perubahan tentang dirinya berinteraksi dengan orang lain. Meskipun didalam pemenuhan kebutuhan dalam kesehariannya bayi tentu membutuhkan seseorang untuk membantunya bukan berarti bayi terlalu bersifat pasif, bayi akan selalu berpartisipasi aktif dalam perkembangan psikosialnya sendiri dengan selalu mengamati dan berinteraksi dengan orang yang ada dilingkungan terutama orang tua, tentunya perkembangan psikososial bayi meliputi beberapa diantaranya emosi, tempramen, dan keterikatan(Sabani, 2019).

Beberapa karakteristik bayi yang baru lahir sebagai berikut:

- Banyak tidur Aktivitas utama bayi baru lahir adalah tidur. Setiap bayi dalam sehari akan tidur selama kurang lebih 18 jam. Bayi menutup matanya selalu sebagai upaya untuk menjalani proses kehidupannya.
- Tidur Aktif Aktivitas utama bayi tidur dipergunakan untuk tidur. Apabila kita amati habis makan bayi akan tidur, habis minum susu bayi akan tidur. Karena perutnya telah kenyang. Menurut pandangan ahli psikofisiologi, aktivitas bayi saat tidur berfungsi untuk memberikan kesempatan bagi organ perut mengolah makanan dan tumbuh kembangnya.

Pada Bayi 0-2 minggu akan mengalami yaitu Perkembangan Fisik pada masa ini, biasanya terjadi penurunan berat badan akibat kesulitan bayi baru lahir untuk menyesuaikan diri secara cepat dengan lingkungan baru (luar rahim). Penyesuaian diri ini mencakup perubahan suhu, mengisap atau menelan, bernapas, dan pembuangan kotoran terdapat rambut-rambut halus di kepala dan punggung, tetapi yang di punggung biasanya akan segera menghilang serta Proporsi kepala dengan panjang tubuh kira-kira 1:4 (bandingkan dengan pada orang dewasa kira-kira 1:7).

Perkembangan Motorik Gerakan-gerakan bayi baru lahir bersifat acak dan tidak berhubungan dengan kejadian-kejadian di lingkungan. Bahkan secara umum, gerakan tersebut dapat dibagi menjadi 2 kategori, yaitu : Gerakan menyeluruh. Gerakan menyeluruh terjadi di seluruh tubuh bila salah satu bagian tubuh distimulasi, walaupun gerakan paling menonjol atau dominan terjadi pada bagian diberi stimulasi. Biasanya gerakan menyeluruh semakin meningkat dan semakin sering terjadi dari hari ke hari. Gerakan terbesar biasanya terjadi pada pagi hari setelah tidur relatif lama, sedangkan paling sedikit di siang hari mungkin lelah karena dimandikan dan dikenakan pakaian pada pagi harinya. Rasa lapar, sakit, dan perasaan tidak enak akan menimbulkan banyak gerakan. Gerakan khusus meliputi bagian-bagian tubuh tertentu. Gerakan ini termasuk gerak refleks, yang merupakan tanggapan terhadap rangsangan indra khusus dan tidak berubah dengan pengulangan rangsang yang sama(Fithri, 2019).

Perkembangan Bahasa yaitu Bahasa pada masa ini lebih tepat dikatakan sebagai vokalisasi, yang dapat dibagi menjadi dua kategori yaitu suara tangis dan suara eksplosif. Menangis Selama masa neonatal dan bulan-bulan pertama masa bayi, tangis merupakan bentuk suara menonjol. Menangis pada waktu lahir merupakan gerak refleks yang terjadi ketika udara masuk ke dalam tali suara yang menyebabkan tali suara bergetar, yang berguna memompa paru-paru sehingga memungkinkan pernapasan dan memberikan oksigen yang cukup untuk darah keseluruhan tubuh.

Berdasarkan Ostwald dan Peltzman menguraikan nilai sosial dari tangisan bayi, dengan mengatakan bahwa tangisan bayi merupakan perilaku pertama yang mempunyai nilai sosial, menandakan ketergantungan total pada satu makhluk yaitu ibu hamil pada kemungkinan berkomunikasi dengan sekelompok manusia di dalam lingkungan. Menangis dapat terjadi setiap saat, tetapi paling sering dan paling kuat terjadi adalah dari pukul enam sore sampai tengah malam. Suara eksplosif Kadang-kadang bayi baru lahir mengeluarkan suara eksplosif seperti napas yang berat. Suara itu merupakan ucapan tanpa arti atau tujuan dan terjadi secara kebetulan kalau otot-otot suara mengerut. Suryana Jurnal Family Education Open Access Journal Biasanya bunyi-bunyi itu disebut "dekutan", "cegukan", atau "dengkur". Lambat laun bunyi-bunyi tersebut diperkuat dan berkembang menjadi ocehan yang selanjutnya menjadi bicara(Yunita & Suryana, 2021).

Perkembangan Kesadaran dan Emosi Kesadaran bayi baru lahir masih kabur, artinya bayi baru lahir tidak menyadari sepenuhnya tentang yang terjadi di

sekitarnya. Reaksi emosional pun belum berkembang secara khusus. Reaksi emosional hanya berkaitan dengan keadaan menyenangkan (ditandai oleh tubuh yang tenang) dan tidak menyenangkan (ditandai oleh tubuh yang tegang). bayi akan sangat dipengaruhi oleh emosi (impulsif). Emosi anak erat kaitannya dengan perasaan indrawi (fisik), dengan kualitas perasaan senang (suka) dan tidak bahagia (tidak suka) secara fisik. Misalnya, bayi tersenyum atau tidur nyenyak jika merasa kenyang, hangat dan nyaman. Bayi akan menangis jika merasa lapar, haus dan kedinginan atau sakit. Serta perasaan psikis sudah mulai terasa berkembang sehingga anak merasa bahagia, misalnya ketika melihat mainan atau melihat seseorang yang sudah dikenalnya. Tidak merasa bahagia, misalnya menangis tentang benda dan situasi atau orang yang belum dikenal dengan baik.

Perkembangan psikologi masa bayi baru lahir (*new born*) merupakan tahapan pemberhentian (*plateau stage*) artinya masa tidak ada pertumbuhan dan perkembangan ditandai dengan masa pertumbuhan yang sangat singkat dari seluruh daur perkembangan manusia, pada saat penyesuaian diri untuk kelangsungan hidup atau perkembangan janin, periode ini ditandai dengan terhentinya perkembangan, diakhir periode ini, bila si bayi selamat atau sehat maka akan menjadi proses awal perkembangan lebih lanjut. Selanjutnya masa bayi sampai umur 2 minggu, masa ini juga merupakan periode kritis dalam perkembangan kepribadian yang merupakan periode dasar-dasar untuk kepribadian dewasa ditanamkan (Suryana et al., 2022).

Pola perkembangan emosional bayi yang sesuai dengan tingkat usia dan kematangannya berperan sangat penting bagi kedewasaan dalam mengontrol emosi ketika bayi sudah beranjak dewasa, pola kontrol emosi yang baik pasti akan berpengaruh bagi perkembangan-perkembangan bayi lainnya seperti perkembangan refleks, perkembangan sosial dan bahkan perkembangan otak.

Perkembangan sosial bayi bisa dilihat dari tingkat interaksi anak dengan orang disekitarnya, mulai dari orang tua, saudara, hingga masyarakat luas. Sebagian psikolog berpendapat bahwa perkembangan sosial bayi dimulai sejak dilahirkan di dunia, contoh nyatanya bayi menangis, dianggap sebagai suatu reaksi kontak dengan orang disekitarnya, atau ketika anak mengadakan aktifitas meraba, tersenyum, bila memperoleh rangsangan ini sebagai teguran dari luar (Alfiansyah & Utami, 2020)

KONSEP PSIKOLOGI PERKEMBANGAN PADA MASA KANAK-KANAK AWAL (EARLY CHILDHOLD) 2-6 TAHUN

Fase perkembangan manusia sangat penting , dikarenakan dapat membantu dalam memudahkan pencapaian perkembangan yang optimal. Sehingga segala kemungkinan berlebihan atau yang dapat berakibat tidak baik kita dapat menentukan sikap ataupun tindakan apa yang harus kita lakukan.

Para ahli menggunakan aspek psikologi sebagai landasan dalam menganalisis tahap perkembangan, mencari pengalaman-pengalaman psikologi yang khas bagi individu pada umumnya sehingga digunakan sebagai masa perpindahan dari fase yang lain dalam perkembangannya. Hal ini para ahli berpendapat bahwa dalam perkembangan, umumnya individu mengalami masa-masa kegoncangan atau goyang. Apabila perkembangan itu dilukiskan sebagai proses evaluasi, maka pada masa kegoncangan itu evolusi berubah menjadi revolusi(Agus sriyanto, 2022).

Perkembangan pada masa kanak-kanak awal (ealy Childhold) 2-6 tahun, Anak merupakan individu yang unik, sebagai seorang individu yang unik dan perlu mendapatkan perhatian dari segala aspek kehidupannya. Perkembangan merupakan perubahan yang dimulai dari sejak pembuahan dan terus berlanjut pada perkembangan setiap individu. Perkembangan ini dapat dilihat dari kematangan ditampilkan oleh anak maupun kemampuan proses belajar yang dialami oleh anak. Proses perkembangan dimulai dari hal-hal yang sederhana dari sekeliling anak yang berkembang menjadi semakin kompleks.

Perkembangan individu relatif tidak berdaya dan bergantung pada orang lain. Bagi kebanyakan anak (*young children*) dalam uraian selanjutnya digunakan kata "anak-anak" menunjuk pada pengertian anak yang masih kanak-kanak yaitu masa yang seringkali dianggap tidak ada akhirnya sewaktu mereka tidak sabar menunggu saat yang didambakan tentang pengakuan dari masyarakat bahwa mereka bukan anak-anak lagi melainkan orang-orang dewasa. Menurut urutan waktu, masa kanak-kanak adalah masa perkembangan dari usia 2 hingga 6 tahun. Perkembangan fisik merupakan dasar bagi kemajuan perkembangan berikutnya, dengan meningkatnya pertumbuhan berat badan maupun tinggi badan serta kekuatannya untuk anak lebih aktif dan berkembang fisiknya, dan juga eksplorasi terhadap lingkungan tanpa bantuan orang tua(Suryana et al., 2022).

Masa kanak-kanak dimulai setelah melewati masa bayi yang penuh ketergantungan, kira-kira usia dua tahun sampai saat anak matang secara seksual, kira-kira tiga belas tahun untuk wanita 37 dan empat belas tahun untuk pria.

Setelah anak matang secara seksual, maka disebut remaja. Selama periode yang panjang ini secara kasar sebelas tahun wanita dan dua belas tahun untuk pria terjadilah sejumlah perubahan yang mencolok baik secara fisik maupun psikologi. Karena tekanan budaya dan harapan untuk menguasai hal-hal tertentu pada usia tertentu berbeda dari pada usia yang lain, maka anak awal masa kanak-kanak agak berbeda dengan anak pada akhir periode ini. Keberhasilan pada masa kanak-kanak menjadi landasan bagi keberhasilan pendidikan seseorang pada jenjang berikutnya. Usia dini disebut sebagai *golden age* atau usia emas, artinya apabila seorang anak mendapatkan pendidikan yang tepat, maka akan memiliki kesiapan atau kemampuan belajar yang baik sebagai salah satu kunci utama keberhasilan belajar pada jenjang berikutnya.

Masa kanak-kanak dibagi menjadi dua periode yang berbeda awal dan akhir masa kanak-kanak. Periode awal berlangsung dari umur dua sampai enam tahun dan periode akhir dari enam sampai tiba saatnya anak matang secara seksual. Dengan demikian awal masa kanak-kanak dimulai Keberhasilan masa kanak-kanak menjadi dasar keberhasilan pendidikan individu pada jenjang berikutnya. Sebagai penutup masa bayi usia yaitu ketergantungan tumbuh kemandirian dan berakhir di sekitar usia masuk sekolah dasar. Garis pemisah antara awal dan akhir masa kanak-kanak penting karena dua alasan antara lain : Pertama, pemisahan ini khususnya digunakan untuk anak-anak yang sebelum mencapai usia wajib belajar diperlakukan sangat berbeda dari anak yang sudah masuk sekolah.

Perlakuan yang diterima anak-anak dan harapan kelompok sosial yang mempengaruhi perlakuan yang akan diberikan menentukan garis pemisah itu harus ditegaskan. Alasan kedua mengapa begitu penting garis pemisah antara awal dan akhir masa kanak-kanak pada usia enam tahun adalah efek dari faktor-faktor sosial, bukan oleh faktor-faktor fisik yang Relatif hanya terdapat sedikit perbedaan dalam pertumbuhan dan perkembangan Fisik anak-anak antara sebelum dan sesudah usia enam tahun. Misalnya anak-anak usia lima tahun tidak berbeda secara nyata dari mereka yang berusia tujuh tahun(Fithri, 2019)

Adapun harus diperhatikan pada perkembangan psikologi kanak-kanak awal terlihat dari ciri-ciri perkembangannya. Perkembangan seorang anak diharapkan dapat berjalan dengan holistik artinya setiap perkembangan yang ada pada diri manusia berkembang dengan baik. Perkembangan memiliki beberapa bagian setiap bagian perkembangan yang berkembang dengan baik akan memberikan persiapan pada masa yang akan datang bagi seorang individu(Fariyatul, 2019).

Salah satu jenis perkembangan adalah motorik secara sederhana dapat dilihat pada seorang individu dari sistem koordinasi gerak dan ototnya. Salah satu ciri tertentu masa bayi merupakan ciri khas yang membedakannya dengan periode-periode lain dalam rentang kehidupan, demikian pula halnya dengan ciri tertentu dari periode awal masa kanak-kanak. Ciri ini tercermin dalam sebutan biasa diberikan oleh para orang tua, pendidik dan ahli psikologi. Sebagian besar orang tua menganggap awal masa kanak-kanak sebagai usia mengundang masalah atau usia sulit. Masa bayi sering membawa masalah bagi orang tua dan umumnya berkisar pada masalah perawatan fisik bayi. Dengan datangnya masa kanak-kanak, sering terjadi masalah perilaku yang menyulitkan dari pada masalah perawatan fisik masa bayi.

Beberapa Alasan masalah perilaku lebih sering terjadi di awal masa kanak-kanak ialah karena anak-anak muda sedang dalam proses pengembangan kepribadian yang unik dan menuntut kebebasan yang pada umumnya kurang berhasil. Anak yang lebih muda seringkali bandel, keras kepala, tidak menurut sensitif dan melawan, Seringkali marah tanpa alasan. Pada malam hari terganggu oleh mimpi buruk dan pada siang hari ada rasa takut yang tidak rasional, dan merasa cemburu (Anisa, 2020)

Seringkali orang tua menganggap masa awal kanak-kanak sebagai usia mainan karena anak muda menghabiskan sebagian besar waktu juga bermain dengan mainannya. Penelitian tentang permainan anak menunjukkan bahwa bermain dengan mainan mencapai puncaknya pada tahun awal masa kanak-kanak, kemudian mulai menurun saat anak mencapai usia sekolah.

Beberapa pandangan dan pendapat Para ahli psikologi menggunakan sejumlah panggilan yang berbeda untuk menguraikan ciri-ciri yang menonjol dari perkembangan psikologi anak selama tahun awal masa kanak-kanak. Salah satu sebutan yang banyak digunakan adalah usia kelompok, masa di mana anak-anak mempelajari dasar-dasar perilaku sosial sebagai persiapan bagi kehidupan sosial yang lebih tinggi yang diperlukan untuk penyesuaian diri pada waktu mereka masuk kelas satu atau merupakan masa kanak-kanak yang berlangsung pada umur 2 sampai 6 tahun dapat dinamakan sebagai masa usia perkelompok, seorang anak belajar dalam mempelajari dasar-dasar perilaku sosial sebagai upaya persiapan bagi kehidupan sosial yang lebih tinggi yang nantinya, sehingga sangat diperlukan dalam penyesuaian diri pada saat masuk di usia sekolah dasar (Ninda, 2023).

Sehingga dapat disimpulkan bahwa pada masa kanak-kanak awal merupakan masa yang ditandai dengan usia yang mengandung masalah/sulit, usia bermain, usia prasekolah dan belajar kelompok, usia meniru yang kreatif dan usia menjelajah dan bertanya, yang dalam hal ini terjadi beberapa perkembangan di masa kanak-kanak awal ini seperti :

1. Perkembangan fisik

Perkembangan yang ditandai dengan meningkatnya pertumbuhan tubuh, baik menyangkut ukuran berat dan tinggi, memungkinkan anak dapat lebih mengembangkan keterampilan fisik dan eksplorasi terhadap lingkungan dengan tanpa bantuan orang tuanya.

2. Perkembangan Motorik

Pada awal anak-anak. Anak-anak menjadi lebih berani ketika keterampilan motorik kasar mereka meningkat. Kehidupan anak-anak sangat aktif, lebih aktif daripada titik lain mana pun pada siklus kehidupan. Perkembangan motorik halus juga meningkat secara substansial selama masa awal anak-anak yaitu pada keterampilan tangan dan kaki.

3. Perkembangan Kognitif

Pada perkembangan ini anak mulai memperhatikan hal-hal kecil yang tadinya tidak diperhatikan. Dengan demikian, anak-anak tidak lagi bingung kalau menghadapi benda-benda, situasi atau orang-orang yang memiliki unsur-unsur yang sama. Piaget menamakan tahap berpikir praoperasional, suatu tahap yang berlangsung dari usia 2 atau 3 tahun sampai 7 atau 8 tahun.

Periode ini ditandai dengan berkembangnya *representasional* atau *symbolic function*, yaitu kemampuan menggunakan sesuatu untuk mewakili sesuatu yang lain dengan menggunakan simbol-simbol (bahasa, gambar, tanda/isyarat, benda, gesture atau peristiwa) untuk melambangkan kegiatan, benda yang nyata atau peristiwa (Anisa, 2020)

4. Perkembangan Bahasa

Pada masa kanak-kanak umumnya berkembang pesatnya penguasaan tugas pokok dalam belajar berbicara, yaitu menambah kosa kata, menguasai pengucapan kata-kata dan menggabungkan kata-kata menjadi kalimat. Pembicaraan anak-anak bersifat *egosentris* dalam artinya terutama bicara tentang dirinya sendiri, berkisar pada minat, keluarga dan miliknya. Menjelang

akhir awal masa kanak-kanak mulailah pembicaraan yang bersifat sosial dan anak berbicara tentang orang lain di samping dirinya sendiri

5. Perkembangan Emosi

Pada masa kanak-kanak perkembangan emosi ditandai dengan marah, takut, cemburu, iri hati, gembira, ingin tahu, dan kasih sayang.

6. Perkembangan social Psikologi

Perkembangan sosial psikologinya anak sangat dipengaruhi oleh iklim sosiopsikologis keluarganya. Jika di lingkungan keluarga tercipta suasana yang harmonis, saling memperhatikan, saling membantu dalam menyelesaikan tugas keluarga, terjalin komunikasi antar anggota keluarga dan konsisten dalam melaksanakan aturan, maka anak akan memiliki kemampuan atau penyelesaian sosial dalam hubungan dengan orang lain.

7. Perkembangan Moral

Perkembangan moral pada awal masa kanak-kanak masih dalam tingkat rendah. Hal ini disebabkan karena perkembangan intelektual anak yang belum dapat mempelajari atau menerapkan prinsip-prinsip abstrak tentang benar dan salah. Ia hanya belajar tentang bagaimana bertindak tanpa mengetahui alasannya.

Selama awal masa kanak-kanak yang harus ditekankan adalah aspek pendidikan dari disiplin sedangkan hukuman hanya diberikan jika terbukti dia mengerti apa yang diharapkan dan terlebih lagi kalau ia sengaja melanggar harapan tersebut. Dan jika sudah berperilaku baik, maka untuk lebih meningkatkan keinginan untuk berperilaku baik maka anak diberi hadiah (reward) (Zahrotun, 2006)

KONSEP PSIKOLOGI PERKEMBANGAN PADA MASA KANAK-KANAK AKHIR (LATER CHILDHOLD) 6-12 TAHUN

Konsep psikologi perkembangan pada masa kanak-kanak akhir merupakan masa anak sekolah dimulai dari usia 6 sampai 12 tahun. Pada masa ini bisa dikatakan sebagai masa intelektual. Dikarenakan anak-anak siap dan mampu untuk memperoleh atau mendapatkan pendidikan di sekolah dasar dan pengembangan yang berpusat pada intelektualnya. Pada masa ini perkembangan anak akan keinginan berprestasi muncul dan rasa ingin sebab keberhasilan itu ada serta kemampuan menerima tuntutan dari orang lain serta berusaha untuk berproses pada tuntutan tersebut sehingga masa kanak-kanak akhir bisa

dikatakan sebagai masa memasuki keserasian dalam bersekolah atau berpedidikan(Singgih, 2008).

Pada tahapan Psikologi Perkembangan, usia 6-12 tahun masuk dalam kategori tahap usia akhir. Masa ini disebut juga:

- Masa sekolah : perubahan sikap, nilai, dan perilaku
- Masa sulit : pengaruh teman
- Imitasi sosial, masa berkelompok, masa penyesuaian diri

Masa kanak-kanak ini dibagi menjadi dua fase:

- Masa kelas-kelas rendah Sekolah Dasar yang berlangsung antara usia 6/7 tahun sampai 9/10 tahun, biasanya mereka duduk di kelas 1, 2 dan 3 Sekolah Dasar.
- Masa kelas-kelas tinggi Sekolah Dasar, yang berlangsung antara usia 9/10 tahun sampai 12/13 tahun, biasanya mereka duduk di kelas 4, 5 dan 6 Sekolah Dasar.

Adapun ciri-ciri anak masa kelas-kelas rendah Sekolah Dasar adalah :

- Ada hubungan yang kuat antara keadaan jasmani dan prestasi sekolah
- Suka memuji diri sendiri
- Kalau tidak dapat menyelesaikan suatu tugas atau pekerjaan, tugas atau pekerjaan itu dianggapnya tidak penting.
- Suka membandingkan dirinya dengan anak lain, jika hal itu menguntungkan dirinya.
- Suka meremehkan orang lain

Ciri-ciri khas anak masa kelas-kelas tinggi Sekolah Dasar adalah :

- Perhatiannya tertuju kepada kehidupan praktis sehari-hari
- Ingin tahu, ingin belajar dan realistis
- Timbul minat kepada pelajaran-pelajaran khusus
- Anak memandang nilai sebagai ukuran yang tepat mengenai prestasi belajarnya di sekolah
- Anak-anak suka membentuk kelompok sebaya atau pergroup untuk bermain bersama.

Perkembangan pada masa ini memiliki tugas sebagai berikut:

- Belajar ketangkasan motorik dalam bermain
- Pembentukan sikap yang sehat terhadap diri sendiri sebagai upaya proses pertumbuhan
- Belajar bergaul, bersosialisasi dan bersahabat dengan teman sebayanya serta pengembangan sikap yang sehat dalam kehidupannya
- Belajar memahami peran terhadap jenis kelamin
- Mengembangkan sikap, nilai-nilai moral dan etika dalam bergaul serta belajar lebih mandiri(Izzaty, 2008).

Dibawah ini beberapa perkembangan yang dialami pada masa kanak-kanak akhir yaitu :

1. Perkembangan Fisik

Pada masa kanak-kanak akhir ini terjadi beberapa perkembangan fisik seperti :

a. Perbandingan tubuh

Perbandingan bentuk tubuh Meskipun kepala masih besar dibandingkan dengan bagian tubuh lainnya, beberapa perbandingan wajah kurang baik menghilang dengan bertambah besarnya mulut dan rahang, dahi melebar dan merata, bibir semakin berisi, hidung menjadi lebih besar dan lebih berbentuk. Badan memanjang dan menjadi lebih langsing, leher lebih panjang, dada melebar, lengan dan tungkai memanjang, tangan dan kaki dengan lambat tumbuh membesar

b. Gigi

Pada permulaan pubertas, umumnya seorang anak sudah mempunyai 22 gigi tetap. Keempat gigi terakhir yang disebut gigi kebijaksanaan muncul selama masa remaja.

2. Perkembangan kognitif

Merupakan Perkembangan pada Pada usia ini anak sudah dapat mereaksi rangsangan intelektual atau melaksanakan tugas, belajar yang menuntut kemampuan intelektual (membaca, menulis dan menghitung). Periode ini ditandai dengan tiga kemampuan atau kecakapan baru, yaitu mengelompokkan, menyusun atau menghubungkan atau menghitung angka dan bilangan.

Disamping itu, pada akhir masa ini, anak sudah memiliki kemampuan memecahkan masalah (*problem solving*) yang sederhana (Fariyatul, 2019)

3. Perkembangan bahasa

Usia SD merupakan masa berkembang pesatnya kemampuan mengenal dan menguasai perbendaharaan kata. Dengan menguasai dan memahami keterampilan membaca dan berkomunikasi dengan orang lain, anak senang membaca atau mendengarkan cerita yang bersifat kritik, Anak akan belajar kata-kata populer dan kata-kata makian atau hujatan dari anak-anak yang lebih besar di lingkungan tetangga. Dengan menggunakan kata-kata tersebut anak merasa dewasa dan mereka segera mengetahui bahwa penggunaan kata tersebut mempunyai nilai perhatian yang lebih besar.

4. Perkembangan Emosi

Pada umumnya, masa kanak-kanak akhir merupakan periode yang relatif tenang yang berlangsung sampai mulanya masa puber ini disebabkan oleh beberapa hal. Pertama, peranan yang harus dilakukan anak lebih besar sudah terumus dan dijelaskan dengan jelas. Kedua, permainan dan olah raga merupakan bentuk pelampiasan emosi tertahan, terakhir dengan meningkatnya keterampilan yang dikuasai dan dilakukan oleh anak, mereka tidak banyak mengalami kekecewaan dalam usahanya untuk menyelesaikan berbagai macam tugas dibandingkan usia sebelumnya yang pernah dihadapi.

5. Perkembangan Motorik

Selama masa pertengahan dan akhir anak-anak, perkembangan motorik anak-anak menjadi lebih halus dan terkoordinasi. Anak-anak memperoleh kendali lebih besar atas tubuhnya. Meningkatnya myelin sistem syaraf pusat tercermin dalam membaiknya ketrampilan-ketrampilan motorik halus. Meningkatnya perkembangan motorik halus tercermin dalam ketrampilan ketrampilan menulis tangan. Anak laki-laki biasanya lebih baik pada ketrampilan motorik kasar, anak perempuan lebih baik pada ketrampilan motorik halus. Adapun keterampilan motorik yang mulai dikuasai pada masa kanak-kanak akhir ini seperti: keterampilan meneolong orang lain, keterampilan menolong diri sendiri, keterampilan sekolah dan keterampilan bermain.

6. Perkembangan Sosial

Perkembangan sosial pada periode ini ditandai dengan adanya perluasan hubungan, seperti dengan keluarga, anak-anak mulai membentuk ikatan baru dengan teman sebaya (*peer group*), sehingga ruang gerak hubungan sosialnya telah bertambah luas. Berdasarkan hasil investigasi, waktu yang dihabiskan oleh orang tua untuk mengasuh, mengajar, berbicara dan bermain dengan anak-anak mereka. Perkembangan sosial pada masa ini adalah pencapaian kematangan dalam hubungan sosial dan dapat juga dikatakan sebagai proses belajar untuk menyesuaikan dengan norma kelompok, tradisi dan moral. Selama masa pertengahan dan akhir anak-anak, beberapa kendali dialihkan dari orang tua kepada anak, walaupun prosesnya bertahap dan merupakan *coregulation* (koregulasi, aturan yang dibuat secara bersama sama) daripada dikendalikan oleh anak saja atau oleh orang tua (Fariyatul, 2019).

Selain itu kelekatan orang tua dengan anak yang baik akan memunculkan dampak positif untuk fase perkembangan sosial anak di masa selanjutnya. Pada saat orang tua mampu mencurahkan perhatian, kasih sayang, pada anak, maka anak akan merasa nyaman, tenang dan terpenuhinya *fase trust*, maka anak akan percaya pada orang di sekitarnya, mempercayai jika dirinya diterima oleh lingkungannya sehingga hal tersebut menjadi dasar awal kemampuan anak untuk dapat menjalin hubungan sosial dengan orang lain (Bataha, 2018).

Salah satu dasar untuk menentukan apakah seorang anak mengalami perkembangan dengan baik adalah memulai apa yang disebut dengan tugas-tugas perkembangan atau *Development Task*. Tugas perkembangan masa anak adalah belajar berjalan, belajar mengambil makanan yang padat, belajar berbicara, toilet training, belajar membedakan jenis kelamin dan dapat kerja kooperatif, belajar mencapai stabilitas fisiologis, pembentukan konsep-konsep yang sederhana mengenai kenyataan sosial dan fisik, belajar untuk mengembangkan diri sendiri secara emosional dengan orang tua, sanak saudara dan orang lain serta belajar membedakan baik dan buruk.

Dewasa ini banyak para pendidik yang kurang perhatian dalam mempelajari pola pertumbuhan maupun perkembangan peserta didik yang sebenarnya sangat berguna demi kelancaran proses pembelajaran. Dengan kurang fahamnya pendidik dengan pola pertumbuhan maupun perkembangan peserta didiknya maka akan terjadi beberapa hambatan dalam proses pembelajaran seperti : kurang difahaminya materi yang akan disampaikan pendidik. Karakteristik perkembangan anak yang berada di kelas awal SD adalah anak yang berada pada

rentangan usia dini. Masa usia dini ini merupakan masa perkembangan anak yang pendek tetapi merupakan masa yang sangat penting bagi kehidupannya. Oleh karena itu, pada masa ini seluruh potensi yang dimiliki anak perlu didorong sehingga akan berkembang secara optimal (Sabani, 2019). Sehingga kita sebagai orang tua, pendidik ataupun pengasuh perkembangan pada anak mulai dari bayi lahir sampai anak di masa kanak-kanak akhir harus memahami dan mengerti tentang perkembangan psikologi anak dari tahapan usianya, agar segala penyimpangan atau kelainan anak dapat tertangan dengan baik dan diberikan solusi demi kesehatan keamanan dan kenyamanan nantinya pada saat anak itu tumbuh dan berkembang menjalani hidupnya.

LATIHAN SOAL

1. Seorang bayi perempuan umur 7 bulan datang dibawa ibunya ke posyandu untuk dilakukan penimbangan rutin. Hasil anamnesis: bayi belum bisa mengucapkan satu atau dua suku kata, dan gampang menangis. Hasil pemeriksaan: BB 4,8 kg, PB 48 cm, PP 22 x/menit, S 36,8 C. Bidan kemudian menjelaskan faktor penyebab dari perkembangan bayi. Apakah faktor yang mempengaruhi perkembangan tersebut?
 - a. Habit
 - b. Sugesti
 - c. Ucapan
 - d. Kebiasaan
 - e. Pemikiran

Kunci Jawaban: C. Ucapan

Pembahasan:

Menurut Vygotsky, alat yang sangat berpengaruh dalam psikologis adalah ucapan. Karena ucapan mampu mengembangkan pikiran secara bebas dan perhatian pada pemahaman secara spontan

2. Seorang anak perempuan dilahirkan dalam persalinan normal pada tanggal 10 November 2023 berat badan 3000 gram, Panjang badan 52 cm, langsung menangis kuat dan tidak ada kelainan. Bayi tersebut beradaptasi dengan lingkungan sekitar menangis jika tidak menyukai sesuatu. Adaptasi psikologi bayi usia berapakah sesuai tersebut?
 - a. Usia 0-2 minggu
 - b. Usia 6-12 tahun
 - c. Usia 2-6 tahun
 - d. Usia remaja awal
 - e. Usia remaja akhir

Kunci Jawaban :A

3. Seorang anak usia 2 tahun mengalami toddler dengan takut, cengeng dan kreatif terhadap dunia luar, sehingga orang tuanya bingung menghadapinya. Adaptasi psikologi pada usia berapakah pada kasus tersebut?
 - a. Usia 6-12 tahun

- b. Usia 2-6 tahun
- c. Usia 6-12 tahun
- d. Usia Remaja awal
- e. Usia remaja akhir

Kunci Jawaban : B

4. Seorang anak usia 7 tahun sudah memasuki usia sekolah SD, anak tersebut sangat memahami dunia sekolah selalu cenderung mengikuti perintah dan tekanan di lingkungan sekitarnya. Adaptasi psikologi pada usia berapakah pada kasus diatas
- a. Usia 6-12 tahun
 - b. Usia 2-6 tahun
 - c. Usia 6-12 tahun
 - d. Usia Remaja awal
 - e. Usia remaja akhir

Kunci Jawaban : C

5. Seorang anak usia 10 tahun sdah mampu meniru dan berekrpresi dengan apa yang disukai tetapi terkadang juga mulai melawan.berdasarkan hal sebut diatas maka dapat di katakana bahw a, anak tersebut mengalami gangguan pada masa
- a. Perkembangan kognitif
 - b. Perkembangan bahasa
 - c. Perkembangan emosi
 - d. Perkembangan fisik
 - e. Perkembangan social

Kunci Jawaban : C

6. Seorang bayi lahir secara normal , pada saat ini bayi sedang menyusui, jika bayi mulai gerah akan menangis sehingga menimbulkan eka hawatiran pada orang tua sedangkan bayi belum bisa berkomunikasi. Itu merupakan gangguan pada adapatasi konsep psikologi pada...
- a. Perkembangan kognitif
 - b. Perkembangan social

- c. Perkembangan emosi
- d. Perkembangan bahasa
- e. Perkembangan fisik

Kunci Jawaban : D

TUGAS

1. Tugas I

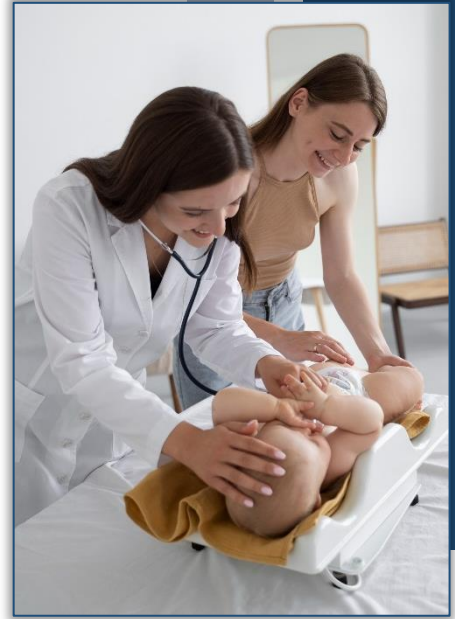
Carilah artikel penelitian tentang psikologis perkembangan dan pertumbuhan bayi, balita dan anak prasekolah!

2. Tugas II

- a. Lakukan observasi perkembangan masa kanak-kanak akhir
- b. Identifikasi perkembangan pada masa kanak-kanak akhir
- c. Analisa keterlambatan perkembangan pada masa kanak-kanak akhir
- d. Analisa faktor yang mempengaruhi perkembangan pada masa kanak-kanak akhir
- e. Perkembangan psikologi kanak-kanak akhir

BAB 2

GANGGUAN MINOR



DESKRIPSI PEMBELAJARAN:

Mata kuliah ini memberikan kemampuan kepada peserta didik untuk memberikan asuhan pada bayi baru lahir, bayi, balita dan anak prasekolah yang didasari oleh pengetahuan, sikap dan keterampilan. Pada Bab ini mahasiswa akan belajar tentang tentang gangguan minor bayi, balita dan anak usia prasekolah, Menjelaskan tentang gangguan minor pada BBL, bayi, balita dan anak prasekolah. Mahasiswa memahami tentang hipotermi dan hipertermia, kejang pada bayi dan anak, neonatus dengan kondisi khusus dan memahami tanggung jawab bidan dalam memberikan asuhan kebidanan

TUJUAN PEMBELAJARAN :

Pada akhir pembelajaran, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Menjelaskan tentang gangguan minor pada BBL, bayi, balita dan anak prasekolah
2. Menjelaskan dan memahami tentang hipotermi dan hipertermia
3. Menjelaskan dan memahami tentang kejang pada bayi dan anak
4. Menjelaskan dan memahami tentang neonatus dengan kondisi khusus
5. Memahami tanggung jawab bidan dalam memberikan asuhan kebidanan

CAPAIAN PEMBELAJARAN :

1. Mampu menyusun asuhan pada gangguan minor pada bayi baru lahir, bayi, balita dan Apras
2. Mampu mengklasifikasikan gangguan minor bayi baru lahir
3. Mampu menyusun asuhan pada gangguan minor pada balita dan anak pra sekolah (*Minor disorder of children and preschool children*)
4. Mampu Menyusun asuhan pada bayi dengan hipotermi dan hipertermia
5. Mampu Menyusun asuhan kejang pada bayi dan anak
6. Mampu memberikan asuhan pada neonatus dengan kondisi khusus jaundice, infeksi RSDS

MATERI PEMBAHASAN:

GANGGUAN MINOR PADA BAYI BARU LAHIR

1. Bayi Baru Lahir Rendah (BBLR)

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) ialah bayi baru lahir yang berat badan saat lahir kurang dari 2500 gram. Istilah BBLR sama dengan prematuritas. Namun, BBLR tidak hanya terjadi pada bayi prematur, juga bayi yang cukup bulan dengan BB < 2.500 gram (Asrining (Arvin, 2020)

2. Hipotermi

Hipotermi adalah suhu tubuh bayi baru lahir yang tidak normal (<36°C) pada pengukuran suhu melalui aksila, dimana suhu tubuh bayi baru lahir normal adalah 36,5°C-37,5°C (suhu aksila). Hipotermi merupakan suatu tanda bahaya karena dapat menyebabkan terjadinya perubahan metabolisme tubuh yang akan berakhir dengan kegagalan fungsi jantung paru dan kematian (DepKes RI, 2007).(Association et al., 2017)

3. Hiperbilirubinemia

Hiperbilirubinemia adalah ikterus dg konsentrasi bilirubin serum yg menjurus ke arah terjadinya kern ikterus atau ensefalopati bilirubin bila kadar bilirubin tidak dapat dikendalikan. Ikterus adalah perubahan warna kulit dan sklera menjadi kuning akibat peningkatan kadar bilirubin dalam darah (hiperbilirubinemia). Pada bayi aterm ikterus tampak jika konsentrasi bilirubin serum mencapai 85-120 µmol/L (Use the "Insert Citation" button to add citations to this document. (Fahlevi, 2021).

Gambar	Derajat Ikterus	Daerah Ikterus	Perkiraan Kadar Bilirubin
	I	Daerah kepala dan leher	5,0 mg%
	II	Badan atas	9,0 mg%
	III	Badan bawah hingga lutut	11,4 mg%
	IV	Lengan, kaki bawah	12,4 mg%
	V	Telapak tangan dan kaki	16,0 mg%

4. Hipoglikemia

Kadar glukosa serum < 45mg% (<2,6 mmol/L) selama beberapa hari pertama kehidupan. Nilai kadar glukosa darah/plasma atau serum untuk diagnosis Hipoglikemia pada berbagai kelompok umur anak:

Kelompok Umur	Glukosa <mg/dl	Darah Plasma/serum
Bayi/anak Neonatus	<40 mg/100 ml	<45 mg/100 ml
* BBLR	<20 mg/100 ml	<25 mg/100 ml
* BCB		
0 - 3 hr	<30 mg/100 ml	<35 mg/100 ml
3 hr	<40 mg/100 ml	<45 mg/100 ml

5. Kejang

Kejang merupakan gerakan involunter klonik atau tonik pada satu atau lebih anggota gerak. Biasanya sulit di kenali dan terjadi pada usia 6 bulan – 6 tahun.

6. Gangguan Nafas

Sindrom gawat nafas adalah syndrome gawat nafas yang disebabkan defisiensi surfaktan terutama pada bayi yang lahir dengan masa gestasi kurang.

7. Kelainan Kongenital

a. Atresia Esofagus

Atresia esofagus adalah malpormasi yang disebabkan oleh kegagalan esofagus untuk mengadakan pasase yang kontinu: esophagus mungkin saja atau mungkin juga tidak membentuk sambungan dengan trakea (fistula trakeoesopagus) atau atresia esophagus adalah kegagalan esophagus untuk membentuk saluran kotinu dari faring ke lambung selama perkembangan embrionik adapun pengertian lain yaitubila sebua segmen esoofagus mengalami gangguan dalam pertumbuhannya (congenital) dan tetap sebaga bagian tipis tanpa lubang saluran. Terdapat suatu penyakit yang sering menyertai penyakit ini yakni fistula trakeoesofagus. Fistula trakeoesofagus adalah suatu kelainan hubungan antara trakea dan esofagus

b. Labioskizis dan Labiopalatoskizis

Labio/Palato skisis merupakan kongenital yang berupa adanya kelainan bentuk pada struktur wajah (Ngastiah, 2005: 167) Bibir sumbing adalah

malformasi yang disebabkan oleh gagalnya prosesus nasal median dan maksilaris untuk menyatu selama perkembangan embriotik. (Wong, Donna L. 2003). Palatoskisis adalah fissura garis tengah pada palatum yang terjadi karena kegagalan 2 sisi untuk menyatu karena perkembangan embriotik ((Arvin, 2020).

c. Atresia Ani

Atresia Ani merupakan salah satu kelainan bawaan, dimana anus tampak normal, tetapi pada pemeriksaan colok dubur jari tidak dapat masuk lebih dari 1-2 cm. Insidens: 1: 3.000-5.000 kelahiran hidup. Sinonim Atresiaa Ani = Imperforated Anal = Malformasi Anorektal = Anorektal Anomali. Kelainan bawaan anus disebabkan oleh gangguan pertumbuhan, fusi, dan pembentukan anus dari tonjolan ambriogenik. Pada kelainan bawaan anus umumnya tidak ada kelainan rektum, sfingter, dan otot dasar panggul. Namun demikian pada agenesis anus, sfingter intern mungkin tidak memadai

d. Gatrokiziz dan Omfalokel

Kelainan dinding perut merupakan kecacatan yang relatif sering, muncul kira-kira 1 dalam 2.000 kelahiran hidup. Pemeriksaan dinding depan abdomen dan penempelan tali pusat sangat dianjurkan di semua pemeriksaan USG pada trimester kedua dan ketiga. Dua kelainan yang tersering adalah gastroschisis dan omphalocele Omphalocelle oleh Ambrois Pare (1510-1590) dilaporkan sebagai keadaan yang serius yang membutuhkan perhatian yang khusus karena prognosisnya yang jelek. Sampai satu abad terakhir saat keberhasilan pertama dilaporkan dengan repair secara primer pada omphalocel.

e. Hernia Diafragma

Termasuk kelainan bawaan yang terjadi karena tidak terbentuknya sebagian diafragma, sehingga ada bagian isi perut masuk ke dalam rongga torak.

f. Meningokel dan Ensefalokel

Meningokel adalah salah satu dari tiga jenis kelainan bawaan spina bifida. Meningokel adalah meninges yang menonjol melalui vertebra yang tidak utuh dan teraba sebagai suatu benjolan berisi cairan dibawah kulit. Kelainan bawaan isi kepala keluar melalui lubang pada tengkorak atau tulang belakang.

GANGGUAN MINOR PADA BAYI

1. Marasmus

Marasmus terjadi karena energi yang tidak cukup. Pada penderita yang menderita marasmus, pertumbuhannya akan berkurang atau terhenti, sering terbangun pada waktu malam, mengalami konstipasi atau diare. Diare pada penderita marasmus akan terlihat berupa bercak hijau tua yang terdiri dari sedikit lendir dan sedikit tinja. Gangguan pada kulit adalah turgor kulit akan menghilang dan penderita terlihat keriput. Apabila gejala bertambah berat, lemak pada bagian pipi akan menghilang dan penderita terlihat seperti wajah seorang tua. Vena superfisial akan terlihat jelas, ubun-ubun besar cekung, tulang pipi dan dagu menonjol dan mata tampak besar dan dalam. Perut tampak membuncit atau cekung dengan gambaran usus yang jelas dan tampak atrofi ((Octa Dwienda R et al., 2015)).

Marasmus adalah salah satu bentuk kekurangan gizi yang disebabkan karena tubuh kekurangan protein dan kalori. Penyakit ini banyak ditemukan pada anak berusia 0-2 tahun. Marasmus akan membuat tubuh menjadi lebih kurus, berat badan yang sangat kurang dan tidak bisa beraktivitas dengan normal. Penyakit ini banyak ditemukan di kawasan Negara afrika dan Negara-negara yang masih menghadapi konflik pemicu kelaparan.

Marasmus adalah bentuk MEP (malnutrisi energi protein) berat akibat protein dan energi (kalori) yang tidak adekuat dalam diet (Chris Brooker, 2009). Tanda dan gejala marasmus (pusdatin kemenkes RI, 2015), adalah sebagai berikut :

- Ukuran kepala tidak sebanding dengan ukuran tubuh
- kulit menjadi kering dan bersisik
- Tampak sangat kurus, hingga seperti tulang terbungkus kulit. berat badan <60% berat badan normal sesuai usianya
- Wajah seperti orang tua (old man face)
- Cengeng, rewel
- Kulit keriput, jaringan lemak subkutan sangat sedikit
- Bentuk perut cekung
- Sering disertai diare kronik (terus-menerus)
- Rambut tipis dan mudah rontok
- Mudah terkena infeksi

2. Kwashiorkor

Kwashiorkor adalah bentuk MEP (Malnutrisi Energi Protein) yang terjadi ketika anak disapih/dengan diet rendah protein, tetapi jumlah energi dari sumber energi karbohidrat memadai (Chris Brooker, 2009). Kwashiorkor lebih banyak terdapat pada usia 1-3 tahun yang sering terjadi pada anak yang terlambat menyapih sehingga komposisi gizi makanan tidak seimbang terutama dalam hal protein.

Kwashiorkor merupakan penyakit akibat kekurangan gizi pada bayi dan balita yang disebabkan kekurangan protein akut. Penyakit ini memang mirip seperti marasmus, namun pada penderita kwashiorkor terdapat edema pada bagian kaki. Penyakit ini memang pada awalnya dideteksi karena kekurangan protein tapi sebenarnya penyakit ini juga disebabkan karena kekurangan vitamin dan mineral. Penderita rentan terkena berbagai penyakit yang disebabkan karena infeksi bahkan setelah mendapat vaksin tertentu.

Pada penderita yang menderita kwashiorkor, anak akan mengalami gangguan pertumbuhan, perubahan mental yaitu pada biasanya penderita cengeng dan pada stadium lanjut menjadi apatis dan sebagian besar penderita ditemukan edema. Selain itu, penderita akan mengalami gejala gastrointestinal yaitu anoreksia dan diare. Hal ini mungkin karena gangguan fungsi hati, pankreas dan usus. Rambut kepala penderita kwashiorkor senang dicabut tanpa rasa sakit ((Octa Dwienda R et al., 2015)).

Pada penderita stadium lanjut, rambut akan terlihat kusam, kering, halus, jarang dan berwarna putih. Kulit menjadi kering dengan menunjukkan garis-garis yang lebih mendalam dan lebar. terjadi perubahan kulit yang khas yaitu crazy pavement dermatosis yang merupakan bercak-bercak putih atau merah muda dengan tepi hitam dan ditemukan pada bagian tubuh yang sering mendapat tekanan dan disertai kelembapan. Pada perabaan hati ditemukan hati membesar, kenyal, permukaan licin, dan pinggirannya tajam. Anemia ringan juga ditemukan dan terjadinya kelainan kimia yaitu kadar albumin serum yang rendah dan kadar globulin yang normal atau sedikit meningkat (Arvin, 2020)).

Tanda dan gejala kwashiorkor (pusdatin kemenkes RI, 2015), adalah sebagai berikut:

- Mengalami pembengkakan (edema) diseluruh tubuh, terutama pada punggung kaki (dorsum pedis)
- Wajah anak membulat dan sembab (moon face)

- Otot mengecil menyebabkan lengan atas kurus, ukuran LiLA
- Muncul ruam merah muda pada kulit dan berubah menjadi coklat kehitaman lalu mengelupas
- Kurang nafsu makan
- Rambut menipis berwarna merah seperti rambut jagung, mudah dicabut tanpa rasa sakit
- Sering disertai infeksi, serta anemia dan diare
- Perubahan status mental, anak rewel dan apatis
- Pembesaran pada perut akibat timbunan cairan pada rongga perut dan adanya
- Pembesaran hati

3. Marasmus-Kwashiorkor

Marasmus-Kwashiorkor Gambaran klinis merupakan campuran dari beberapa gejala klinik kwashiorkor dan marasmus. Makanan sehari-hari tidak cukup mengandung protein dan juga energi untuk pertumbuhan yang normal. Pada penderita demikian disamping menurunnya berat badan < 60% dari normal memperlihatkan tanda-tanda kwashiorkor, seperti edema, kelainan rambut, kelainan kulit, sedangkan kelainan biokimiawi terlihat pula (Depkes RI, 2000). Marasmus – kwashiorkor (Honger oedema) adalah sebuah fenomena penyakit di Indonesia diakibatkan karena kekurangan protein kronis pada anak-anak yang sering disebabkan beberapa hal, antara lain anak tidak cukup mendapat makanan bergizi (terutama yang cukup mengandung energi dan protein), anak tidak mendapat asupan gizi yang memadai dan anak mungkin menderita infeksi penyakit.

a. Kurang Vitamin A

Kekurangan vitamin A (KVA) subklinis dapat ditandai dengan rendahnya kadar vitamin A dalam darah, hanya dapat diketahui dengan memeriksakan kadar vitamin A dalam darah di laboratorium. Salah satu cara menanggulangi KVA, salah satunya dengan pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi. Kapsul vitamin A diberikan setahun dua kali pada bulan februari dan agustus, sejak anak berumur 6 bulan. Kapsul merah (dosis 100.000 IU) diberikan untuk bayi umur 6-11 bulan dan kapsul biru (dosis 200.000 IU) untuk anak umur 12-59 bulan. Kurang vitamin A dapat berdampak pada terganggunya perkembangan organ penglihatan anak. Penyakit mata yang sering muncul disebut dengan Xeroptalmia. Penyakit ini merupakan penyebab kebutaan

yang paling sering terjadi pada anak berusia 2-3 tahun. pastikan anak mendapat asupan makanan yang kaya kandungan vitamin A seperti hati, ikan, telur, alpukat, papaya, wortel, bayam, tomat dan sayuran berwarna hijau lainnya.

b. Anemia

Anemia adalah jenis penyakit akibat kekurangan gizi pada bayi dan balita. Anemia bisa disebabkan karena kekurangan asupan zat besi atau vitamin B12. penyakit ini menyebabkan tubuh menjadi lebih lemah dan tidak bisa melakukan berbagai aktivitas. Anemia tidak hanya terjadi pada wanita dan anak-anak namun juga pada bayi. Anemia bisa terjadi ketika sel darah merah tidak memiliki banyak oksigen sehingga menyebabkan jaringan tubuh menjadi lebih lemah. Ada beberapa kondisi tertentu yang sering menyebabkan anemia pada bayi seperti kelainan sel darah merah. Anemia bisa sangat berbahaya pada bayi bahkan risiko mental dan fisik yang bisa berdampak hingga dewasa. Tanda dan gejala:

- Kulit menjadi lebih pucat
- Nafas menjadi lebih pendek
- Anak-anak menjadi lebih lemah dan mudah menangis
- Pucat dan tidak berdaya

Kondisi anemia pada bayi dan balita biasanya terjadi setelah bayi berumur lebih dari enam bulan. Berbagai jenis nutrisi tambahan yang mengandung zat besi, sangat disarankan karena itu kekurangan gizi memberi dampak yang serius untuk bayi dan balita. Penyebab anemia defisiensi besi (ADB):

- Bayi di bawah umur 1 tahun: Persediaan besi yang kurang karena berat badan lahir rendah atau lahir kembar.
- Anak berumur 1-2 tahun: Masukan (intake) besi yang kurang karena tidak mendapat makanan tambahan (hanya minum susu), kebutuhan meningkat karena infeksi berulang/menahun, malabsorpsi, kehilangan berlebihan karena perdarahan antara lain karena infestasi parasit dan divertikulum Meckeli.

4. Rakhitis

Ricketsia atau rakhitis adalah penyakit yang disertai dengan lemahnya mineralisasi dari pertumbuhan tulang. Tidak hanya terjadi dari kekurangan vitamin D tetapi juga karena kekurangan kalsium dan fosfor (Mahan 2000).

Sedangkan menurut Almatier Ricketsia adalah kekurangan vitamin D pada anak-anak, terjadi bila pengerasan tulang pada anak-anak terhambat sehingga menjadi lembek. Rakhitis merupakan penyakit tulang yang disebabkan oleh kekurangan vitamin D dan kalsium. Vitamin D diperlukan untuk penyerapan kalsium pada usus. Ketidadaan vitamin D dan penyerapan kalsium dari makanan yang tidak baik, menyebabkan hypocalcemia yaitu suatu keadaan dimana kalsium dalam darah jumlahnya sedikit, keadaan ini mendorong terjadinya kelainan bentuk pada kerangka dan otot saraf gigi.

Tanda dan gejala: Ricketsia terjadi dengan adanya tanda-tanda kaki membengkok, pembesaran kepala karena penutupan fontanel terlambat, gigi terlambat keluar bentuk gigi tidak teratur dan mudah rusak. Adapun gejala yang sering terjadi pada penderita ricketsia adalah:

- Nyeri yang terjadi pada tulang.
- Peningkatan tendensi retak tulang (tulang mudah retak), terutama pada Green stick.
- Perubahan rangka tulang:
 - Pada anak kecil yang baru bisa berjalan biasanya akan membungkung (Genu varus)
 - Anak-anak yang lebih tua: apabila di ketuk maka lutu akan berbunyi (genu valgus)
- Kelainan bentuk pada tengkorak, tulang belakang, dan panggul
- Gangguan pertumbuhan
- Jumlah kalsium dalam darah rendah

Pengobatan Ricketsia dapat dilakukan dengan cara memberikan anak-anak makanan yang banyak mengandung kalsium dan vitamin D seperti pada minyak hati ikan, minyak hati ikan cod yang mengandung vitamin D sebanyak 9 µg (360 IU)/4 ml. Rakhitis atau ricketsia ini disebabkan karena tubuh mengalami kekurangan vitamin D. akibatnya maka tubuh tidak bisa menyerap kalsium dengan baik. kebutuhan vitamin D sebenarnya bisa diperoleh dari sinar matahari terutama sinar matahari pagi. penyakit ini membutuhkan perawatan sebab jika tidak diobati dapat menyebabkan tulang menjadi melengkung dan sering patah tulang.

GANGGUAN MINOR PADA BALITA

1. ADHD

ADHD merupakan kependekan dari Attention deficit hyperactivity disorder, (Attention = perhatian, Deficit = berkurang, Hyperactivity = hiperaktif, dan Disorder = gangguan). Atau dalam bahasa Indonesia, ADHD berarti gangguan pemusatan perhatian disertai hiperaktif. Hasil penelitian Faron dkk, 2000, Kuntsi dkk, 2000, Barkley, 2003 (dalam MIF Baihaqi & Sugiarmim, 2006), mengatakan bahwa terdapat faktor yang berpengaruh terhadap munculnya ADHD, yaitu:

a. Faktor genetika

Faktor genetika merupakan faktor penting dalam memunculkan tingkah laku ADHD. Satu pertiga dari anggota keluarga ADHD memiliki gangguan, yaitu jika orang tua mengalami ADHD, maka anaknya beresiko ADHD sebesar 60%. Pada anak kembar, jika salah satu mengalami ADHD, maka saudaranya 70-80% juga beresiko mengalami ADHD.

b. Faktor neurobiologis

Terdapat persamaan antara ciri-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 sebagai basal ganglia. gangguan pemusatan perhatian meliputi, gangguan pemusatan perhatian (inattention), gangguan pengendalian diri (impulsifitas), dan gangguan dengan aktivitas yang berlebihan (hiperaktivitas).

Pengaruh ADHD terhadap pendidikan:

- Tidak dapat segera memulai suatu kegiatan
- Prestasi kurang
- Bekerja terlalu lambat atau cepat
- Melupakan instruksi atau penjelasan
- Tidak melakukan tugas
- Selalu meninggalkan benda-benda sampai menit terakhir
- Selalu bingung

- Menangguhkan pekerjaan
- Motivasi yang kurang
- Kesulitan mengerjakan tugas
- Menghindari teman, berperilaku kacau

Pengaruh ADHD terhadap perilaku:

- Menuntut
- Turut campur dengan orang lain
- Mudah frustrasi
- Kurang mengendalikan diri
- Tidak tenang/gelisah
- Lebih banyak bicara
- Suka menjadi pemimpin, mudah berubah pendirian
- Mengganggu, cenderung untuk mendapat kecelakaan
- Mudah bingung, mengalami hari-hari baik dan buruk

Pengaruh ADHD terhadap aspek social:

- Mementingkan diri sendiri, egosentris
- Cemas, kasar, tidak peka
- Tidak dewasa, tertekan
- Harga diri rendah
- Keras/tenang, membuat keributan
- Tidak berfikir panjang
- Menarik diri dari kelompok
- Sering berperilaku tanpa perasaan
- Tidak mau menunggu giliran

2. Autisme

Autisme adalah gangguan perkembangan yang tampak ditiga tahun pertama kehidupan anak. Yang berpengaruh pada komunikasi, interaksi sosial, imajinasi dan sikap. Beberapa penyebab autisme, antara lain:

a. Faktor neurobiologis

Gangguan neurobiologis pada susunan saraf pusat (otak). Biasanya, gangguan ini terjadi dalam tiga bulan pertama masa kehamilan, bila pertumbuhan sel-sel otak di beberapa tempat tidak sempurna.

b. Masalah genetik

Faktor genetik contohnya mutasi gen. Beberapa faktor yang juga terkait adalah usia ibu saat hamil, usia ayah saat istri hamil, serta masalah yang terjadi saat hamil dan proses kelahiran.

c. Masalah selama kehamilan dan kelahiran

Komplikasi yang sering terjadi ialah adanya pendarahan setelah trimester pertama adanya kotoran janin pada cairan amnion yang merupakan tanda bahaya dari janin, Penggunaan obat-obat tertentu pada ibu yang sedang mengandung. Komplikasi gejala saat bersalin berupa bayi terlambat menangis, bayi mengalami gangguan pernafasan, bayi mengalami kekurangan darah juga diduga dapat menimbulkan gejala autisme.

d. Terinfeksi virus

Efek virus dan keracunan dapat berlangsung terus setelah anak lahir dan terus merusak pembentukan sel otak, sehingga anak kelihatan tidak memperoleh kemajuan dan gejala makin parah.

3. Asma

Asma merupakan penyakit kronik yang ditandai dengan peradangan dan penyempitan saluran napas yang menimbulkan sesak atau sulit bernapas.

a. Tatalaksana:

Pendidikan dan penjelasan tentang asma pada pasien dan keluarga merupakan unsur penting penatalaksanaan asma pada anak. Perlu penjelasan sederhana tentang proses penyakit, faktor resiko, penghindaran pencetus, manfaat dan cara control lingkungan cara mengatasi serangan akut, pemakaian obat dengan benar, serta hal lain yang semuanya bertujuan untuk meminimalkan morbiditas fisik dan psikis serta mencegah disabilitas.

b. Pencegahan:

Upaya pencegahan asma anak mencakup pencegahan dini sensitisasi alergen sejak masa fetus, pencegahan manifestasi asma bronkial pada pasien penyakit atopi yang belum menderita asma, serta pencegahan serangan dan eksaserbasi asma.

4. Diare

Diare adalah tinja dengan konsistensi lebih lunak atau lebih cair dari biasanya, dan terjadi paling sedikit 3 kali dalam 24 jam.

a. Etiologi

Menurut World Gastroenterology Organization global guidelines 2005, etiologi diare akut dibagi atas empat penyebab:

- Bakteri
Shigella, salmonella, E. coli, gol. Vibrio, bacillus cereus, clostridium perfringens, stafilokokus aureus, campylobacter aeromonas
- Virus
Rotavirus, adenovirus, Norwalk virus, coronavirus, astrovirus
- Parasit
Protozoa, entamoeba histolytica, giardia lamblia, balantidium coli, trichuris trichiura, cryptosporidium, strongyloides stercoralis
- Non infeksi
Malabsorpsi, keracunan makanan, alergi, gangguan motilitas, imunodefisiensi, kesulitan makan, dll.

b. Penatalaksanaan :

Adapun program LINTAS DIARE yaitu:

- Rehidrasi menggunakan oralit osmolaritas rendah
- Zinc diberikan selama 10 hari berturut-turut
- Teruskan pemberian ASI dan Makanan
- Antibiotic selektif 5. Nasihat kepada orang tua/pengasuh

5. TBC

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (Mycobacterium Tuberculosis). Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya.

Cara penularan:

- Sumber penularan adalah pasien TB BTA positif
- Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (droplet nuclei). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak

- Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari langsung dapat membunuh kuman. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab
- Daya penularan pasien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut. 5. Faktor yang memungkinkan seseorang terpapar kuman TB ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.

GANGGUAN MINOR PADA ANAK PRA SEKOLAH

Anak-anak usia prasekolah menderita disfungsi otak minor, termasuk gangguan perkembangan motorik halus. Secara global dilaporkan anak-anak mengalami gangguan berupa kecemasan, mudah emosi, gangguan perilaku, gangguan perkembangan, baik perkembangan motorik halus dan kasar, gangguan pendengaran, kecerdasan kurang, keterlambatan bicara. Penatalaksanaannya adalah maksimalkan peran orang tua, selain itu dapat juga distimulasi dengan cara mendengarkan musik (menurut jurnal)

ASUHAN KEBIDANAN DENGAN HIPERTERMI

1. Asuhan Kebidanan Pada Bayi Dengan Hipertermi

a. Definisi Hipertermi

Hipertermi adalah keadaan ketika individu mengalami atau beresiko mengalami kenaikan suhu tubuh $> 37,80^{\circ}\text{C}$ (100°F) peroral atau $38,80^{\circ}\text{C}$ (102°F) per rektal yang sifatnya menetap karena faktor eksternal (Carpenito, 2017). Sebagian besar penyebab demam dapat terjadi akibat perubahan titik pengaturan hipotalamus yang disebabkan adanya pirogen seperti bakteri atau virus yang dapat meningkatkan suhu tubuh (Potter & Perry, 2015). Salah satu bakteri yang dapat menyebabkan demam adalah *Salmonella typhi* yang menyebabkan demam tifoid (Hidayat, 2014). Pasien demam tifoid seringkali mengalami hipertermia disertai keringat, gangguan berpikir, pendengaran berkurang dan parotitis sehingga memerlukan asuhan keperawatan yang tepat agar keluhan teratasi (Kunoli, 2015).

Hipertermi adalah penurunan suhu tubuh dibawah $36,5^{\circ}\text{C}$ atau disebut juga cold stress. Tanda klinis awal terjadinya hipotermi, kaki terasa dingin,

kemampuan menghisap lemah, aktivitas berkurang, tangisan lemah, apabila hipotermi berlanjut maka akan timbul cidera dingin yang ditandai dengan aktivitas berkurang. Pernapasan lambat, pernapasan tidak teratur, bunyi jantung lambat maka dapat terjadi hipoglikemia dan asidosis metabolic yang dapat menyebabkan kematian bayi (Runjati, 2017). Hipotermi pada bayi dapat dibedakan menjadi dua, yaitu :

- Hipotermia berat, apabila ditemukan dua atau lebih tanda yaitu menangis sangat lemah / tidak menangis, bayi mengantuk yang sulit dibangunkan, mengeras berwarna kemerahan, seluruh tubuh bayi terasa dingin, bayi menghisap ASI sangat lemah / tidak dapat menyusu, pada pengukuran suhu tubuh kurang dari 36 C-32 C (Walyani, 2015)
- Hipotermia sedang, apabila ditemukan dua atau lebih tanda yaitu menangis sangat lemah / tidak menangis, bayi mengantuk yang sulit dibangunkan, mengeras berwarna kemerahan, seluruh tubuh bayi terasa dingin, bayi menghisap ASI sangat lemah / tidak dapat menyusu, pada pengukuran suhu tubuh kurang dari 36 C-32 C dan gangguan napas, denyut jantung < 100 kali/menit, aktivitas kurang (Walyani, 2015).

b. Etiologi

Terjadinya hipertermi pada bayi dan anak, biasanya disebabkan:

- Perubahan mekanisme pengaturan panas sentral yang berhubungan dengan trauma lahir dan obat-obatan.
- Infeksi oleh bacteria, virus atau protozoa.
- Kerusakan jaringan misalnya demam rematik pada pireksia, terdapat peningkatan produksi panas dan penurunan kehilangan panas pada suhu febris.
- Latihan / gerakan yang berlebihan.

c. Gejala Klinis

- Febris : 37,3 – 38°C
- Hipertermia : 39 – 40° C
- Frekuensi pernafasan bayi agak cepat > 60 x 1 menit.
- Tanda-tanda dehidrasi yaitu berat badani menurun turgor kulit kurang banyaknya air kemih berkurang.
- Antisipasi terjadi kejang.

d. Penangan

- Dilarang memberikan obat antipiretika pada bayi yang bersuhu tinggi.
- Perhatikan, apakah suhu panas diduga karena paparan panas yang berlebihan.
- Jika bayi belum pernah diletakkan didalam alat penghangat :
 - Letakkan bayi diruangan dengan suhu lingkungan normal (25-28°C)
 - Jika perlu, lepaskan Sebagian atau seluruh pakaian bayi.
 - Periksa suhu aksiler setiap jam sehingga mencapai suhu dalam batas normal.
 - Kompres atau mandikan bayi selama 10-15 menit dalam air bersuhu 4°C lebih rendah dari suhu bayi jika suhu bayi sangat tinggi.
 - Jangan menggunakan air dingin atau air bersuhu lebih rendah dari 4°C dibawah suhu bayi.
- Jika bayi pernah diletakkan dibawah pemancar panas atau incubator
 - Jika bayi dalam incubator, turunkan suhu alat penghangat, buka incubator hingga suhu dalam batas normal.
 - Lepaskan sebagian atau seluruh pakaian bayi selama 10 menit, setelah itu kenakan pakaian dalam batas normal.
 - Jika belum mencapai suhu normal, ceklah suhu bayi setiap jam.
 - Ceklah suhu incubator atau pemancar panas setiap jam dan sesuaikan pengatur suhunya.
- Jika suhu tubuh bayi meningkat bukan karena paparan panas yang berlebihan
 - Lakukan terapi untuk kemungkinan bebas sepsis.
 - Bayi harus diletakkan pada suhu ruang normal (25-28 °C)
 - Jika perlu lepaskan seluruh atau Sebagian pakaian bayi
 - Jika bayi belum mencapai suhu tubuh normal, ceklah setiap jam
 - Bayi dikompres atau dimandikan 10-15 menit dalam air yang bersuhu 4°C lebih rendah dari suhu bayi jika suhu tubuhnya sangat tinggi. (Amelia, 2019)

e. Komplikasi

Terapi hipertermia pada umumnya tidak menyebabkan kerusakan jaringan normal/schat jika suhunya tidak melebihi 43,8°C. Tetapi perbedaan

karakter jaringan dapat menimbulkan perbedaan suhu atau efek samping pada jaringan tubuh yang berbeda-beda. Hal yang sering terjadi adalah rasa panas (seperti terbakar), bengkak berisi cairan, tidak nyaman, bahkan sakit.

Teknik perfusi dapat menyebabkan pembengkakan jaringan, penggumpalan darah, perdarahan. atau gangguan lain di area yang diterapi. Tetapi efek samping ini bersifat sementara. Sedang whole body hyperthermia dapat menimbulkan efek samping yang lebih serius-tetapi jarang terjadi seperti kelainan jantung dan pembuluh darah. Kadang efek samping yang muncul malah diare, mual, atau muntah.

2. Asuhan kebidanan pada bayi dengan hipotermi

a. Definisi

Hipotermi adalah suhu tubuh di bawah 36,5°C. Bayi baru lahir rentan berisiko mengalami penurunan suhu tubuh menjadi 35-35,5°C dalam 15-30 menit karena kecerobohan perawatan di ruang bersalin. Ruang bersalin seringkali tidak cukup hangat, dengan aliran udara yang dingin di dekat bayi (yang berasal dari AC), atau petugas tidak mengeringkan dan menyelimuti bayi dengan baik segera setelah dilahirkan (Rohsiswatmo, 2014:368).

Hipotermi dapat terjadi pada bayi baru lahir (neonatus), yaitu pada bayi dengan asfiksia, bayi BBLR, bayi dengan sepsis, distress pernafasan, pada bayi prematur atau bayi kecil yang memiliki cadangan glukosa yang sedikit (Rukiyah dan Yulianti, 2013:287).

Hipotermi menyebabkan terjadinya penyempitan pembuluh darah, yang mengakibatkan terjadinya metabolik anaerobik, meningkatkan kebutuhan oksigen, mengakibatkan hipoksemia dan berlanjut dengan kematian (Rukiyah dan Yulianti, 2013:287).

b. Etiologi

Hipotermia dapat terjadi setiap saat apabila suhu sekeliling bayi rendah dan upaya mempertahankan suhu tubuh tetap hangat tidak diterapkan secara tepat, terutama pada masa stabilisasi yaitu 6-12 jam pertama, setelah lahir. Misalnya bayi baru lahir dibiarkan basah dan telanjang selama menunggu plasenta lahir atau meskipun lingkungan sekitar bayi cukup hangat namun bayi dibiarkan telanjang atau segera dimandikan.

- Terjadi perubahan termoregulasi dan metabolik sehingga :

- Suhu bayi baru lahir dapat turun beberapa derajat setelah kelahiran karena lingkungan eksternal lebih dingin daripada lingkungan di dalam uterus.
- Suplai lemak subkutan yang terbatas dan area permukaan kulit yang besar dibandingkan dengan berat badan menyebabkan bayi mudah menghantarkan panas pada lingkungan.
- Kehilangan panas yang, cepat dalam lingkungan yang dingin terjadi melalui konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi.
- Trauma dingin cold stress (hipotermia) pada bayi baru lahir, dalam hubungannya dengan asidosis metabolik dapat bersifat mematikan bahkan pada bayi cukup bulan yang sehat
- Mekanisme kehilangan panas
 - Evaporasi adalah cara kehilangan panas yang utama pada tubuh bayi. Kehilangan panas terjadi karena menguapnya cairan ketuban pada permukaan tubuh bayi setelah lahir karena bayi tidak cepat dikeringkan atau terjadi setelah bayi dimandikan.
 - Konduksi adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Bayi yang diletakkan diatas meja, tempat tidur atau timbangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas tubuh melalui konduksi.
 - Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi ditempatkan dekat benda yang mempunyai temperatur tubuh rendah dari temperature tubuh bayi. Bayi akan mengalami kehilangan panas melalui cara ini meskipun benda yang lebih dingin tersebut tidak bersentuhan langsung dengan tubuh bayi.
 - Konveksi Yaitu hilangnya panas tubuh bayi karena aliran udara sekeliling bayi. Misal: bayi diletakkan dekat, pintu / jendela terbuka.

c. Patofisiologi hipotermi

- Suhu normal pada neonates berkisar antara 36-37°C pada suhu ketiak.
- Gejala awal hipotermi apabila suhu <36°C atau kedua kaki dan tangan terasa dingin.
- Bila seluruh tubuh bayi terasa dingin, maka bayi sudah mengalami hipotermi sedang (suhu 32- < 36°C)
- Disebut hipotermi berat bila suhu tubuh < 32°C.

- Untuk mengukur suhu tubuh pada hipotermi diperlukan thermometer ukuran rendah (Low Readin Thermometer) sampai 25°C.
- Disamping sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir kematian.
- Yang menjadi prinsip kesulitan sebagai akibat hipotermi adalah meningkatnya konsumsi oksigen (terjadi hipoksia), terjadinya metabolic asidosis sebagai konsekuensi glikosis anaerobic, dan menurunnya simpanan glikogen dengan akibat hipoglikemia.
- Hilangnya kalori tampak dengan turunnya berat badan yang dapat ditanggulangi dengan meningkatnya intake kalori.

d. Gejala Klinis

- Sejalan dengan menurunnya suhu tubuh, bayi menjadi kurang aktif, letergis hipotanus, tidak kuat menghisap ASI dan menangis lemah.
- Pernafasan megap-megap dan lambat dan menangis lemah.
- Timbul sklerema atau kulit mengeras berwarna kemerahan terutama dibagian punggung, tungkai dan lengan.
- Muka bayi berwarna merah terang.
- Kulitnya pucat dan dingin.
- Lemah lesu dan menggigil.
- Kaki dan tangan bayi terasa lebih dingin dibandingkan dengan bagian dada
- Ujung jari tangan dan kaki kebiruan.
- Bayi tidak mau menyusui
- Dalam keadaan berat, denyut jantung bayi menurun.

e. Indikasi Penyakit Hipotermia :

- Gejala awal hipotermia apabila suhu < 36°C atau kedua kaki dan tangan terasa dingin. Bila seluruh tubuh bayi terasa dingin, maka bayi sudah mengalami hipotermia sedang (suhu 32°C - <36°C).
- Gigi gemeretakan, merasa sangat letih dan mengantuk yang sangat luar biasa.
- Selanjutnya pandangan mulai menjadi kabur, kesiagaan mental dan fisik menjadi lamban.

- Bila tubuh bayi basah, maka serangan hipotermia akan semakin cepat dan hebat.

f. Tanda-tanda Hipotermia Sedang (Stress Dingin),

- Aktivitas berkurang, letargis.
- Tangisan lemah.
- Kulit berwarna tidak rata (cutis marmorata).
- Kemampuan menghisap lemah.
- Kaki terasa dingin.

g. Tanda-tanda Hipotermia Berat (Cedera Dingin),

- Sama dengan hipotermia sedang.
- Pernafasan lambat tidak teratur.
- Bunyi jantung lambat.
- Mungkin timbul hipoglikemi dan asidosis metabolik.
- Stadium lanjut hipotermia.
- Muka, ujung kaki dan tangan berwarna merah terang.
- Bagian tubuh lainnya pucat.
- Kulit mengeras, merah dan timbul edema terutama pada punggung, kaki dan tangan (sklerema).

h. Mekanisme Kehilangan Panas

BBL dapat mengalami hipotermi melalui beberapa mekanisme, yang berkaitan dengan kemampuan tubuh untuk menjaga keseimbangan antara produksi panas dan kehilangan panas.

Penurunan Produksi Panas

Hal ini dapat disebabkan kegagalan dalam system endoktrin dan terjadi penurunan basal metabolisme tubuh, sehingga timbul proses penurunan produksi panas.

Peningkatan Panas yang Hilang

Terjadi bila panas tubuh berjalan ke lingkungan sekitar, dan tubuh kehilangan panas. Adapun mekanisme tubuh kehilangan panas dapat terjadi secara :

- Konduksi yakni kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Panas dihantarkan dari tubuh

bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek).

- Konveksi yakni kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitar yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara).
- Radiasi yakni kehilangan panas tubuh yang terjadi karena bayi ditempatkan didekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi.
- Evaporasi yakni kehilangan dapat terjadi akibat penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan.

i. Penanganan

Segera hangatkan bayi apabila tersedia alat yang canggih seperti incubator, gunakan incubator sesuai dengan ketentuan. Cara lain adalah disesuaikan dengan tingkatan hipotermia:

Penanganan Hipotermi

- Mengatasi bayi hipotermi dilakukan dengan cara prinsip penanganan hipotermia adalah penstabilan suhu tubuh dengan menggunakan selimut hangat (tapi hanya pada bagian dada, untuk mencegah turunnya tekanan darah secara mendadak) atau menempatkan pasien di ruangan yang hangat. Berikan juga minuman hangat(kalau pasien dalam kondisi sadar).
- Penanganan Hipotermi dengan pemberian panas yang mendadak, berbahaya karena dapat terjadi apnea sehingga direkomendasikan penghangatan 0,5-1°C tiap jam (pada bayi < 1000 gram penghangatan maksimal 0,6 °C). (Indarso, F, 2001). Alat-alat Inkubator Untuk bayi < 1000 gram, sebaiknya diletakkan dalam inkubator. Bayi-bayi tersebut dapat dikeluarkan dari inkubator apabila tubuhnya dapat tahan terhadap suhu lingkungan 30°C. Radiant Warner Adalah alat yang digunakan untuk bayi yang belum stabil atau untuk tindakan-tindakan. Dapat menggunakan servo controle (dengan menggunakan probe untuk kulit) atau non servo controle (dengan mengatur suhu yang dibutuhkan secara manual).

j. Pencegahan Hipotermia Pada Bayi :

- Bayi dibungkus dengan selimut dan kepalanya ditutup dengan topi. Jika bayi harus dibiarkan telanjang untuk keperluan observasi maupun pengobatan, maka bayi ditempatkan dibawah cahaya penghangat. Untuk mencegah hipotermia, semua bayi yang baru lahir harus tetap berada dalam keadaan hangat.
- Di kamar bersalin, bayi segera dibersihkan untuk menghindari hilangnya panas tubuh akibat penguapan lalu dibungkus dengan selimut dan diberi penutup kepala.
- Melaksanakan metode kanguru, yaitu bayi baru lahir dipakaikan popok dan tutup kepala diletakkan di dada ibu agar tubuh bayi menjadi hangat karena terjadi kontak kulit langsung.
- Bila tubuh bayi masih terasa dingin bisa ditambahkan selimut. Bayi baru lahir mengenakan pakaian dan selimut yang disetrika atau dihangatkan diatas tungku.
- Menghangatkan bayi dengan lampu pijar 40 sampai 60 watt yang diletakkan pada jarak setengah meter diatas bayi.
- Terapi yang bisa diberikan untuk bayi dengan kondisi hipotermia, yaitu jalan nafas harus tetap terjaga juga ketersediaan oksigen yang cukup.

k. Komplikasi

Komplikasi berkelanjutan dari Hipotermi

- Hipoglikemi Asidosis metabolik, karena vasokonstriksi perifer dengan metabolisme anaerob.
- Kebutuhan oksigen yang meningkat
- Metabolisme meningkat sehingga pertumbuhan terganggu.
- Gangguan pembekuan sehingga mengakibatkan perdarahan pulmonal yang menyertai hipotermi berat.
- Shock.
- Apnea.

Perdarahan Intra Ventricular

Kedinginan yang terlalu lama dapat menyebabkan tubuh beku, pembuluh darah dapat mengerut dan memutus aliran darah ke telinga,

hidung, jari dan kaki. Dalam kondisi yang parah mungkin korban menderita ganggren (kemuyuh) dan perlu diamputasi.

Hipotermia bisa menyebabkan terjadinya pembengkakan di seluruh tubuh (Edema Generalisata), menghilangnya reflex tubuh (areflexia), koma, hingga menghilangnya reaksi pupil mata. Disebut hipotermia berat bila suhu tubuh 32°C . Untuk mengukur suhu tubuh pada hipotermia diperlukan termometer ukuran rendah (low reading termometer) sampai 25°C . Di samping sebagai suatu gejala, hipotermia dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian

KEJANG PADA BAYI DAN ANAK

1. Definisi Kejang

Kejang pada neonatus secara klinis adalah perubahan paroksimal dari fungsi neurologic (misalnya perilaku, sensorik, motorik, dan fungsi autonomy system syaraf) yang terjadi pada masa neonatus.

Kejang demam adalah kejang demam yang sering terjadi pada bayi dan anak-anak. *The National Institute Of Neurology and Stroke (INDS)* menyatakan bahwa epilepsy demam adalah peningkatan suhu tubuh (suhu rektal) di atas 38°C dalam proses ekstrakranial yang disebut kejang.

Kejang merupakan gejala penyakit susunan saraf pusat (SSP) atau gangguan fungsi otak, baik efek langsung maupun tidak langsung. Gangguan fungsional otak sering disertai gangguan motorik dan sensorik, tergantung area otak yang terkena. Ini dapat mempegaruhi organ tertentu atau menyebar ke beberapa organ lain (Abirawa, 2022).

2. Jenis Kejang

Kejang adalah gejala neuromuskuler fungsional yang berasal dari sistem saraf dan otot adalah efekturnya.

Diagnosis kejang pada neonatus didasarkan pada anamnesis yang lengkap, riwayat yang berhubungan dengan penyebab penyakitnya, manifestasi klinis kejang, pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang. Untuk orientasi, seseorang harus mempertimangkan apakah :

- Dengan atau tanpa demam
- Ada anomaly primer baik di otak maupun di luar otak (Sunarto, 2014).

a. Disertai Demam (akut)

- Kelainan primer di otak :
 - Jika disertai kehilangan kesadaran tanpa kelainan kranial/perifer (meningitis)
 - Adanya gangguan kesadaran disertai gangguan pada sistem saraf kranial/tepi (meninging) ensefalitis.
 - Berulang (dengan atau tanpa epilepsy atau epilepsy familial), episode epilepsy tipikal setelah epilepsy, pasien terjaga atau tertidur (epilepsy karena demam).
- Kelainan primer di luar otak :
 - Sesuai dengan kriteria livingstone (hanya terjadi pada demam, terutama demam tinggi, usia 6 bulan sampai 4 tahun), kejang dimulai kurang dari 16 jam setelah demam, kejang umum, hanya satu kali kejang selama demam, kejang sadar mengikuti penyakit primer di luar jebakan saraf sphenoid (kejang demam sederhana).
 - Faktor risiko : kesulitan melahirkan, trauma kepala, kejang demam dalam riwayat keluarga.
 - Kejang lebih dari sekali disertai demam, kejang umum/local, antara kejang anak sadar dan penyakit sistem non-saraf primer (kejang demam kompleks). Faktor risikonya sama dengan kejang demam sederhana
 - Musim DMD, daerah endemic virus dengue, kewaspadaan menurun (waspadaai ensefalopati dengue).
 - Daerah endemis malaria, demam tinggi, terdapat gangguan kesadaran (waspadaai malaria serebral dan malaria tropika).

b. Tidak Harus Dengan Demam

- Kelainan primer (organic ataupun fungsional) di otak :
 - Riwayat kejang berulang, faktor risiko epilepsy dalam keluarga, perjalanan serangan kejang khas, dan setelah episode kejang pasien sadar atau tertidur : Epilepsi.
 - Riwayat persalinan buruk atau riwayat trauma kepala, dan kejang fokal : Epilepsi Jackson.
 - Dengan nyeri kepala, gangguan penglihatan, dan kelainan cara berjalan : SOL (lihat nyeri kepala).

- Kelainan primer di luar SSP :
 - Kesadaran baik, tidak dapat membuka mulut secara normal, kejang timbul setiap ada rangsang seperti suara keras, cahaya silau, sentuhan ibu/pengasuh, punggung serta anggota gerak kaku, dan terdapat faktor risiko luka atau focal infection (caries gigi, OMP, dermatitis, sinusitis) : Tetanus Generalisata.
 - Pada neonatus dengan kejang seperti diatas, bayi tidak dapat menyusu, mulut mencucu, mulut ikan, dan terdapat faktor risiko pertolongan persalinan sepsis : tetanus neonatorum.
 - Muntah atau diare hebat, menurunnya kesadaran dan haus : dehidrasi berat, gangguan keseimbangan asam-basa, hipokalsemia, hypernatremia, hyponatremia.
 - Faktor risiko makanan, obat, insektisida, dengan atau tanpa muntah : keracunan makanan, obat dan pestisida.
 - Oliguria berat dan lama atau bahkan anuria : uremia.
 - Mual, gelisah, pingsan atau kehilangan kesadaran 5-7hari setelah sembuh dari infeksi saluran pernafasan atas karena menelan salisilat atau muntah berkepanjangan : sindrom reye.
 - Menurunnya kesadaran, pucat, hipotensi, dan keringat dingin : syok (ada penyakit primer, pada anak sering belum hipotensi), hipoglikemia (pada pasien dengan diabetes melitus).
 - Jika terdapat trauma psikis atau penyebab tidak jelas : psikogenik, histeri.
- Lain-lain : kejang tetani
 - Hipokalsemia
 - Jika ditandai terdapat pembengkakan, kelemahan, wajah khas dan lidah besar (hipotiroidisme), terdapat anomaly pada tulang, ujung ventral iga menonjol (rachitis/osteomalasia), sering diare, gangguan ekskresi fosfat dan diare bayi.
 - Alkalosis. Jika pasien menangis/berteriak/bernyanyi berlebihan dan hiperventilasi disebut alkalosis respiratorik dan jika disertai dengan muntah hebat, bilas lambung, dan konsumsi zat yang terlalu basa disebut alkalosis metabolic.

3. Penyebab Kejang

Kejang dapat terjadi pada bayi baru lahir, anak maupun dewasa. Penyebab kejang pada bayi baru lahir dapat berupa:

- Gangguan pada sistem saraf pusat, terutama proses intrakranial (meningitis, stroke, ensefalitis, perdarahan intrakranial, tumor)
- Akibat masalah sistemik atau metabolik (misalnya iskemia-hipoksia, hipokalsemia, hipoglikemia, hiponatremia).

Selain pada bayi baru lahir kejang juga dapat terjadi pada anak-anak. Ada Beberapa penyebab kejang antara lain :

- Serebral hipoksia
- Trauma lahir
- Malformasi kongenital
- Metabolik
- Infeksi bakteri atau virus
- Obat-obatan
- Perubahan suhu yang cepat dan tiba-tiba demam

4. Tanda Dan Gejala Kejang

Terjadinya bangkitan kejang pada bayi dan anak kebanyakan bersamaan dengan kenaikan suhu badan yang tinggi dan cepat, yang disebabkan oleh infeksi di luar susunan saraf pusat; misalnya tonsilitis, otitis media akut, bronkitis, furunkulosis dan lain-lain. Serangan kejang biasanya terjadi dalam 24 jam pertama sewaktu demam, berlangsung singkat dengan sifat bangkitan dapat berbentuk tonik-klonik, tonik, klonik, fokal atau akinetik. Umumnya kejang berhenti sendiri. Begitu kejang berhenti, anak tidak member reaksi apapun untuk sejenak tetapi setelah beberapa detik atau menit anak akan terbangun dan sadar kembali tanpa adanya kelainan saraf.

Adapun salah satu pedoman dalam membuat diagnosa kejang demam yang sederhana antara lain dapat memakai beberapa kriteria sebagai berikut :

- Umur anak ketika kejang antara 6 bulan dan 4 tahun
- Kejang berlangsung hanya sebentar saja, tidak lebih dari 15 menit
- Kejang bersifat umum
- Kejang timbul dalam 16 jam pertama setelah timbulnya demam
- Pemeriksaan saraf sebelum dan sesudah kejang normal

- Pemeriksaan EEG yang dibuat sedikitnya satu minggu sesudah suhu normal tidak menunjukkan kelainan
- Frekuensi kejang bangkitan dalam satu tahun tidak melebihi 4 kal.

Kejang demam yang tidak memenuhi salah satu atau lebih dari tujuh criteria tersebut (modifikasi Livingstone) digolongkan pada epilepsy yang diprovokasi oleh demam. Kejang kelompok dua ini mempunyai dasar kelainan yang menyebabkan timbulnya kejang, sedangkan demam hanya merupakan faktor pencetus saja.

Gejala umum pada kejang demam

- Tidak sadar
- Kedua tangan dan kaki kejang-kejang
- Terjadi selama 1-2 menit

Gejala tidak umum :

- Kaku atau gerakan terjadi di sebagian tubuh (Tangan atau kaki kiri / kanan tubuh)
- Berlangsung > 15 menit

Penanganan Kejang

Penanganan Dalam penanganan kejang demam, orang tua harus mengupayakan diri setenang mungkin dalam mengobservasi anak. Beberapa hal yang harus diperhatikan adalah sebagai berikut :

- Anak harus dibaringkan di tempat yang datar dengan posisi menyamping, bukan terlentang, untuk menghindari bahaya tersedak.
- Jangan meletakkan benda apapun dalam mulut si anak seperti sendok atau penggaris, karena justru benda tersebut dapat menyumbat jalan napas.
- Jangan memegang anak untuk melawan kejang.
- Sebagian besar kejang berlangsung singkat dan tidak memerlukan penanganan khusus.
- Jika kejang terus berlanjut selama 10 menit, anak harus segera dibawa ke fasilitas kesehatan terdekat. Sumber lain menganjurkan anak untuk dibawa ke fasilitas kesehatan jika kejang masih berlanjut setelah 5 menit. Ada pula sumber yang menyatakan bahwa penanganan lebih baik dilakukan secepat mungkin tanpa menyatakan batasan menit.

KUNING/JAUNDICE INFEKSI

1. Pengertian

Hiperbilirubinemia merupakan suatu kondisi bayi baru lahir dengan kadar bilirubin serum total lebih dari 10 mg% pada minggu pertama yang ditandai dengan ikterus, yang dikenal dengan ikterus neonatorum patologis. Hiperbilirubinemia yang merupakan suatu keadaan meningkatnya kadar bilirubin di dalam jaringan ekstrasvaskular, sehingga konjungtiva, kulit, dan mukosa akan berwarna kuning. Keadaan tersebut juga bisa berpotensi besar terjadi ikterus, yaitu kerusakan otak akibat perlengketan bilirubin indirek pada otak.

Hiperbilirubinemia merupakan salah satu komplikasi yang sering terjadi pada masa neonatal. Sebanyak 75% alasan bayi dirawat inap selama periode neonatal disebabkan hiperbilirubinemia (Shetty & Kumar, 2014). Hiperbilirubinemia yang berlebihan dapat mengakibatkan kerusakan otak yang bersifat permanen (Kern Icterus) dan pada beberapa anak dapat meninggalkan gejala sisa yaitu cerebral palsy dan ketulian (Lin, et al 2016). Penanganan yang dilakukan diantaranya fototerapi, transfusi tukar, dan pijat bayi untuk mencegah terjadinya encephalopath atau kern icterus (Seyyedrasooli et al, 2014).

2. Pengobatan medis

Penanganan medis yang sering di berikan dalam penanganan hiperbilirubinemia, sering terjadi di rumah sakit dilakukan prosedur tindakan fototerapi. Namun dalam tindakan ini dapat menyebabkan efek samping terhadap neonatus diantaranya :

- Diare
- Dehidrasi
- Ruam Kulit
- Gangguan pada retina
- Hipertermia
- Baby Bronze Syndrom
- Letargis dan Gelisah

3. Jurnal Penelitian

PENGARUH BABY FIELD MESSAGE THERAPY TERHADAP KADAR BILIRUBIN SERUM PADA BAYI DENGAN HIPERBILIRUBINEMIA DI RSUD SLEMAN

Penulis : Wuwuk setiarini, agnes erida wijayanti, yuli ermawati

Tahun : 2020

Baby Field

- a. Pengertian : Baby field massage merupakan terapi komplementer yang diduga dapat meningkatkan ekskresi bilirubin bayi selama fototerapi menurut beberapa penelitian terbaru. (Chen et al,2011).
- b. Manfaat : Baby Field massage memiliki manfaat diantaranya:
 - Meningkatkan berat badan
 - Meningkatkan intake kalori
 - Meningkatkan aktivitas vagal
 - Meningkatkan motilitas lambung
 - Meningkatkan sistem imun dan tidur
 - Menurunkan kadar bilirubin dan memperpendek rawat inap di rumah sakit
- c. Pelaksanaan
 - Baby Field Massage dilakukan 2x/hari (Pagi dan Sore) dengan durasi 15-20 menit selama 2 hari sesuai dengan tatalaksana fototerapi bayi hiperbilirubinemia. Teknik massage dilakukan dari kaki ke punggung karena lebih nyaman dengan sentuhan dari kaki terlebih dahulu. Proses pemijatan dilakukan minimal 1 jam setelah minum.
 - Langkah-langkah pelaksanaan baby field massage secara terstruktur meliputi 6 (lima) area yaitu kaki, perut, dada, tangan, wajah dan punggung dengan sentuhan tekanan sedang. (Roesli, 2016).

Hasil Penelitian

- b. Perbedaan rata-rata (mean) kadar bilirubin serum post test antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi

Tabel 3

Perbedaan Rata-rata (Mean) Kadar Bilirubin Serum Post-Test antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi

varaibel	Kelompok	n	Mean ±s.d	Mean Difference (IK 95%)	p-value
Kadar bilirubin serum	Kontrol	17	8,32±1,60	31,12	0.003
	Intervensi	17	6,40 ±1,89)		

Sumber : Data Primer Terolah 2020

- Fototerapi merupakan prosedur rutin yang dilakukan untuk hiperbilirubinemia di beberapa rumah sakit termasuk di RSUD Sleman.
- Selain fototerapi intervensi baby field massage dapat diterapkan untuk membantu menurunkan kadar bilirubin serum.
- Bayi yang diberikan baby field massage selama mendapatkan fototerapi akan lebih tenang dan sirkulasi darah akan menjadi lebih lancar sehingga akan mempercepat ekskresi bilirubin hasil konversi dari fototerapi dibandingkan bayi yang dilakukan fototerapi saja, maka diharapkan akan mempercepat proses fototerapi.
- Maka dalam hal ini baby field massage mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kadar bilirubin serum pada bayi yang mendapatkan fototerapi
- Data pada tabel 3 menunjukkan rata-rata kadar bilirubin serum post test pada kelompok kontrol ($8,32 \pm 1,60$) dan pada kelompok intervensi ($6,40 \pm 1,89$) dengan p-value ($p=0,003$).
- Hal ini menunjukkan bahwa rata-rata kadar bilirubin serum pada kelompok intervensi lebih rendah dibandingkan kelompok kontrol setelah post test.
- Pemberian baby field massage pada kelompok intervensi dilakukan pada area kaki, perut, dada, tangan, wajah dan punggung 2x/hari durasi 10 menit selama 2 hari.
- Untuk pelaksanaan baby field massage dimulai dari kaki, karena pada umumnya bayi lebih menerima apabila dipijat pada area kaki, dengan demikian akan memberi kesempatan pada bayi untuk membiasakan dipijat sebelum

bagian lain disentuh dan akan memberikan rasa nyaman pada bayi sehingga pemijatan dapat dilakukan secara maksimal dan mampu membantu menurunkan kadar bilirubin serum dan hal tersebut merupakan kebaruan dalam penelitian ini.

Kesimpulan

Bedasarkan paparan diatas maka dapat disimpulkan terdapat pengaruh baby field massage sebagai komplementer terapi terhadap kadar bilirubin serum bayi hiperbilirubinemia di ruang perinatal RSUD Sleman.

RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME (RDS)

1. Pengertian

Respiratory Distress Syndrome (RDS) adalah keadaan dimana terdapat gangguan sistem respiratori pada neonatus yang disebabkan oleh kurangnya surfaktan terlebih pada bayi premature atau kurang bulan. (Pp, Skp, & Suminto, 2017).

Sindrom gangguan pernapasan/Respiratory Distress Syndrome (RDS) adalah gangguan pada sistem pernapasan neonates, khususnya karena kurang surfaktan yang efektif dan kurangnya tekanan permukaan alveoli untuk mencegah kolaps pada alveoli. (S. Suminto, 2017).

2. Etiologi

Penyebab Respiratory Distress Syndrome ialah kurangnya surfaktan di paru-paru. RDS seringkali terjadi pada bayi dengan kelahiran premature. Pada bayi premature pembentukan surfaktan belum sempurna. Surfaktan adalah cairan yang menutupi bagian dalam paru-paru, hal tersebut membantu menjaga paru-paru tetap mengembang sehingga bayi bisa bernafas setelah dilahirkan (NHLBI, 2012). Karena pembentukan surfaktan belum sempurna, sehingga pada bayi dengan kelahiran premature sering terjadi sindrom gawat nafas (RDS).

Pengobatan medis

- Lingkungan yang ideal. Usahakan untuk selalu menjaga suhu tubuh dalam kisaran normal (36,5-37). Kelembapan dalam ruangan juga harus mencukupi yaitu 70-80 persen.
- Memberikan oksigen
- Pemberian antibiotic. Memberikan antibiotic untuk mencegah infeksi minor.

- Pemberian surfaktan eksogen
- Pemberian ini dapat melalui endotracheal tube.

3. Jurnal Penelitian

PENERAPAN TERAPI MASSAGE DAN NESTING PADA BAYI PREMATUR DENGAN BERAT BADAN LAHIR SANGAT RENDAH DISERTAI RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME : STUDI KASUS

Penulis : Putri Rhamelani, Khoirunnisa

Tahun : 2023

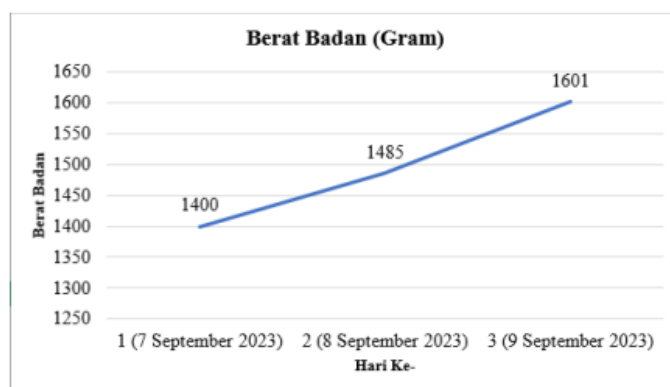
Terapi Massage

- Pengertian : Terapi massage adalah terapi yang bersifat suportif untuk memfasilitasi pertumbuhan, mengurangi rasa nyeri, dan meningkatkan fungsi kekebalan tubuh (Kim & Bang, 2018). Terapi massage dapat merangsang aktivitas gagal yang meningkatkan pelepasan hormon pencernaan untuk menstimulasi peningkatan berat badan pada bayi prematur dengan BBLSR sesuai dengan target usianya sehingga dapat mengurangi lama rawat di NICU (Diego et al., 2015). Bayi dengan BBLSR yang dilakukan terapi massage menunjukkan peningkatan rata-rata berat badan secara signifikan dibandingkan tanpa terapi massage, yaitu 7% (115,1 gram) pada minggu pertama dan 23% (400,1 gram) pada minggu kedua (Zhang & Wang, 2019).
- Manfaat : terapi massage tepat untuk dilakukan karena dapat menurunkan tingkat stres bayi yang memberikan efek positif pada pernapasan.
- Penatalaksanaan : Dalam melakukan terapi massage pada bayi, alat yang digunakan adalah baby massage oil yang mudah meresap pada kulit bayi, namun tidak menimbulkan rasa panas. Terapi massage dilakukan dalam dua fase dengan durasi 5 menit setiap fase, yaitu :
 - Fase pertama, bayi dilakukan pemijatan di setiap bagian tubuh diantaranya leher dan bahu hingga perut (2 menit), bahu hingga tangan dan kedua lengan (1 menit), punggung atas hingga pinggang (1 menit), paha hingga kedua kaki (1 menit).
 - Fase kedua, bayi ditelentangkan dan ekstremitas bayi (tangan dan kaki) dilakukan fleksi-ekstensi.

Nesting

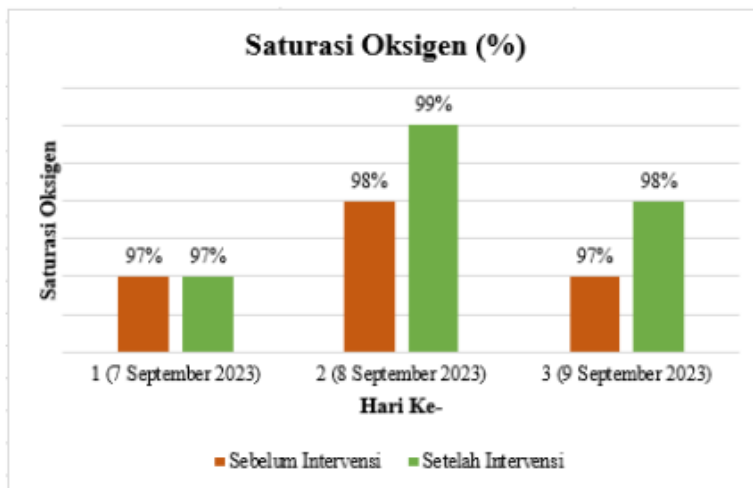
- a. Pengertian : Nesting merupakan pemasangan kain yang dibentuk menyerupai kondisi keadaan pada rahim ibu untuk mempertahankan posisi fleksi pada bayi.
- b. Manfaat : Pemasangan nesting dapat meningkatkan kualitas tidur bayi yang berdampak pada sekresi hormon pertumbuhan (Tane et al., 2019). Intervensi pemasangan nesting tidak hanya efektif dalam hal peningkatan berat badan, namun juga dalam hal kestabilan saturasi oksigen dalam rentang normal. Pemasangan nesting dengan fiksasi dapat mempertahankan kestabilan saturasi oksigen menggunakan kombinasi posisi prone dan quarter prone (Tane et al., 2019).
- c. Penatalaksanaan : Setelah dilakukan terapi massage, bayi dilakukan pemasangan nesting dengan adanya fiksasi serta kombinasi posisi prone dan quarter prone. Berdasarkan evaluasi skala dalam penelitian Çakıcı dan Mutlu (2020), tingkat kenyamanan bayi tertinggi adalah posisi pronasi yang kemudian diikuti dengan posisi lateral kanan, supinasi, dan lateral kiri.

Hasil Penelitian



Grafik 1. Berat Badan

Grafik 1 menunjukkan peningkatan berat badan pada bayi prematur dengan BBLSR disertai RDS yang kontinu pada setiap harinya sebagai efek dari gabungan intervensi terapi massage dan pemasangan nesting. Dalam studi kasus ini, bayi mengalami peningkatan berat badan sebesar 6,1% - 7,8% selama hari ke-1 hingga hari ke-3. Bayi dilakukan terapi massage satu kali sehari dengan durasi 10 menit (terdiri dari dua fase) selama tiga hari yang diikuti dengan pemasangan nesting.



Grafik 2. Saturasi Oksigen

Grafik 2 menunjukkan stabilitas sistem pernapasan yang berfokus pada saturasi oksigen. Pada bayi prematur dengan BBLSR disertai RDS menunjukkan bahwa sebelum dan setelah dilakukan intervensi, hasil saturasi oksigen cenderung stabil.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus ini, penerapan gabungan intervensi terapi massage dan nesting dapat meningkatkan berat badan secara lebih efektif dan signifikan pada bayi prematur dengan BBLSR disertai RDS.

LATIHAN SOAL

1. Seorang Ibu melahirkan bayi Perempuan dengan berat badan 2600 gram, Panjang badan 50 cm, lingkaran dada 30 cm, lingkaran kepala 33 cm di TPMB. Hasil pemeriksaan frekwensi jantung 100x/menit, suhu 35 °C, ekstremitas pucat Gerakan aktif. Apakah diagnose dari bayi baru lahir tersebut?
A. Asfiksi
B. Hipotermi
C. Hipertermi
D. Defisit Nutrisi
E. BBLR

Jawaban : B. Hipotermi

2. Seorang bayi telah lahir 2 menit yang lalu di TPMB. Hasil pemeriksaan : Bayi lahir tidak langsung menangis, napas megap-megap dan gerak kurang aktif. Riwayat persalinan lama. Diagnosis apakah yang paling mungkin pada kasus tersebut?
A. Apneu
B. Dispneu
C. Asfiksia
D. Takipneu
E. RDS

Jawaban : C. Asfiksia

3. Seorang anak perempuan umur 2 tahun masuk ke Rumah Sakit dengan keluhan demam tinggi. Hasil anamnesis : anak mual, muntah 8 kali sehari, tidak mau makan, rewel dan diare dengan frekuensi 5x/24 jam. Hasil pemeriksaan S 39,2°C, N 102 x/menit, , kulit teraba hangat,. Apakah diagnosis yang tepat pada kasus di atas?
A. Mual
B. Hipotermi
C. Hipertermi
D. Defisit Nutrisi
E. Intoleransi Aktivitas

Jawaban : B. Hipotermi

4. BBL dapat mengalami hipotermi melalui beberapa mekanisme, yang berkaitan dengan kemampuan tubuh untuk menjaga keseimbangan antara produksi panas dan kehilangan panas. Mekanisme tubuh kehilangan panas dapat terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Hal ini kehilangan panas bayi dengan cara
- A. Konduksi
 - B. Konveksi
 - C. Radiasi
 - D. Evaporasi
 - E. Kontruksi

Jawaban : B

5. Ibu Surti hendak membawa anaknya yang berusia 1 tahun ke puskesmas terdekat karena anak sedang sakit. Saat mau berangkat ke puskesmas anak tidak sadar, Kedua tangan dan kaki kejang-kejang. Upaya penanganan pertama yang dilakukan di rumah adalah
- A. Anak harus dibaringkan di tempat yang datar dengan posisi menyamping
 - B. Kompres hangat agar suhu tubuh segera turun
 - C. Anak di tidurkan terlentang, untuk menghindari bahaya tersedak
 - D. Berikan tongspatel untuk menghindari tersedak
 - E. Segera bawa anak ke fasilitas Kesehatan

Jawaban : A. Anak harus dibaringkan di tempat yang datar dengan posisi menyamping

6. BBLR Seorang bayi laki-laki Seorang ibu berusia 28 tahun melahirkan anak ketiga perempuan lima menit yan lalu di BPM. Hasil pemeriksaan : warna kulit kemerahan, menangis spontan, gerakan aktif, frekuensi jantung 110x/menit, reflek baik, kesadaran composmentis. Setelah 2 jam dilakukan observasi TTV suhu 35°C, gangguan pernafasan, bayi malas minum, latergi. Apa diagnose kasus tersebut ?
- A. Hipoksia
 - B. Hipotermi sedang

DAFTAR PUSTAKA

- Arvin, B. K. (2020). *Ilmu Kesehatan Anak*. Eg. <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>
- Fahlevi, T. (2021). No Title. In *Gangguan Minor Pada Bayi Baru Lahir, Bayi Balita Dan Anak Prasekolah* (p. 70).
- 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. <https://books.google.co.id/books?id=dKzpCAAAQBAJ>
- Alison Talbert, C. J. (2020). Exclusive breastfeeding in first-time mothers in rural Kenya: a longitudinal observational study of feeding patterns in the first six months of life. *International Breastfeeding Journal volume*.
- Aprilia, W. (2020). Perkembangan Pada Masa Pranatal Dan Kelahiran. *Yaa Bunayya : Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini, Volume 4, No 1*, 39-55.
- Astuti Setiyani, S. A. (2016). *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Barasi, M. E. (2007). *At a Glance Ilmu Gizi*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Dedeh Kurniasih, H. H. (2010). *Sehat dan Bugar berkat Gizi Seimbang*. Jakarta: PT Gramedia.
- Fahlevi, T. (2021). *Resume Kel 1 Gangguan Minor Pada Bayi Baru Lahir, Bayi Balita Dan Anak Prasekolah*. Retrieved November 16, 2023, from sribd.com: <https://www.scribd.com/document/519061253/RESUME-KEL-1-GANGGUAN-MINOR-PADA-BAYI-BARU-LAHIR-BAYI-BALITA-DAN-ANAK-PRASEKOLAH>

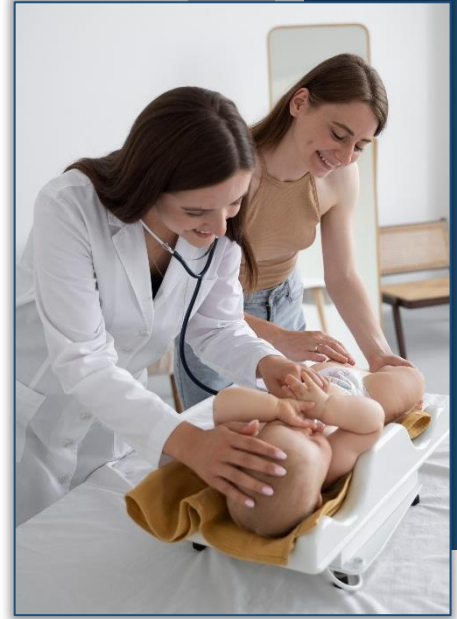
- Fatemeh Zahra Karimi, R. S.-S. (2018). The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1-9.
- Fatmawati, L. (2016). *Hubungan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dengan Kebersihan Pemberian ASI Eksklusif pada Usia Bayi 7 – 12 Bulan di Puskesmas Tegalrejo Yogyakarta*. Yogyakarta: Diploma IV Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'AISYIAH Yogyakarta.
- Fikawati, dkk. (2015). *Gizi Ibu dan Bayi*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Hanson, L. A. (2004). *Immunobiology of Human Milk: How Breastfeeding Protects Babies*. . Amarillo: TX: Pharmasoft Publishing.
- Hotma Sauhur Hutagaol, Eryati Darwin, Eny Yantri. (2014). Pengaruh Inisiasi Menyusu Dini (IMD) terhadap Suhu dan Kehilangan Panas pada Bayi Baru Lahir. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 337.
- Kamala Vaidya, A. S. (2005). Effect of early mother-baby close contact over the duration of exclusive breastfeeding. *Nepal Medical College*.
- Kemenkes. (2022). *Modul Pelatihan Pelatih Konseling Pemberian Makan Bayi dan Anak*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes, RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 41 Tahun 2014 Tentang Pedoman Gizi Seimbang*. Retrieved from http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK%20No.%2041%20ttg%20Pedoman%20Gizi%20Seimbang.pdf
- Kusharisupeni. (2016). *Gizi dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: PT Refika Aditama.
- kusumo, f. i. (2015, Agustus 4). *Mommies Daily*. Retrieved from <https://mommiesdaily.com/2015/08/04/breastmilk-changes>
- Lamberti LM, Z.-G. I. (2013). Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 13(Suppl 3):S18.
- Maryunani, A. (2012). *Inisiasi Menyusu Dini, ASI Eksklusif dan Manajemen Laktasi*. Jakarta: TIM.
- Maryunani, Anik. (2012). *Inisiasi Menyusu Dini, ASI Eksklusif dan Manajemen Laktasi*. Jakarta: TIM.
- Maryunani, Anik. (2016). *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra sekolah*. Bogor: Penerbit In Media.
- Melina Defita Sari, S. (2021). *Perawatan bayi lekat untuk mencegah hipotermia pada bayi prematur*. Yogyakarta: Humas Sardjito RSUP Dr. Sardjito .

- Mutia Ulfa, N. (2020). Peran Keluarga dalam Konsep Psikologi Perkembangan Anak Usia Dini. *Aulad : Journal on Early Childhood*, 20-28.
- Nasrullah, M. J. (2021). Pentingnya Inisiasi Menyusu Dini Dan Faktor Yang Mempengaruhinya . *Jurnal Medika Utama*, 626-630.
- Ni Kadek Sriasih, N. M. (2021). pengaruh edukasi MP-ASI terhadap kesiapan ibu dalam pemenuhan nutrisi pada bayi usia 6-24 bulan. *Jurnal Menara Medika*, 102-109.
- Presiden Republik Indonesia. (2012, 11 1). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 Tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif*. Retrieved from <https://peraturan.bpk.go.id/Details/5245/pp-no-33-tahun-2012>
- Purnima Samayam, P. K. (2015). Study of Asymptomatic Hypoglycemia in Full Term Exclusively Breastfed Neonates in First 48 Hours of Life. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 1-10.
- Putri Rhamelani, K. (2023). PENERAPAN TERAPI MASSAGE DAN NESTING PADA BAYI PREMATUR : STUDI KASUS. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 571-580.
- Ridwan Amiruddin, H. (2014). *Determinan Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Trans Info Media.
- RM, Kliegman,. (2012). *Janin dan bayi neonatus. Dalam: Ilmu Kesehatan Anak Nelson*. Jakarta: EGC.
- Roesli, u. (2012). *Panduan Inisiasi Menyusu Dini Plus ASI Eksklusif*. Jakarta: Pustaka Bunda.
- Rosmawaty. (2023). *Gangguan Minor Pada Bayi, Balita Anak Apras*. Retrieved November 16, 2023, from [elearning.itkesmusidrap.ac.id: https://elearning.itkesmusidrap.ac.id/pluginfile.php/25761/mod_resource/content/1/4.%20Gangguan%20Minor%20Pada%20Bayi%2C%20balita%20anak%20Apras.ppt](https://elearning.itkesmusidrap.ac.id/pluginfile.php/25761/mod_resource/content/1/4.%20Gangguan%20Minor%20Pada%20Bayi%2C%20balita%20anak%20Apras.ppt)
- Sandra Fikawati, A. S. (2015). *Gizi Ibu dan Bayi*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Sibagariang, E. E. (2010). *Gizi dalam Kesehatan Reproduksi*. Jakarta : Trans Info Media.
- Supriasa. (2012). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta : EGC.
- Thalia Salsabilla, S. (2023). Asuhan keperawatan pemberian intervensi kompres bawang merah . *Karya Tulis Ilmiah*, 22.

- Vionesumakul. (2022). Menurunkan Demam Dengan Kompres Hangat Pada Anak. *Jurnal Ilmu Nonformal*, 1395.
- Vivian Nanny Lia, D. T. (2011). *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Wardan, K. (2021). *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja*. Sumatera Barat: Publikasi IAIN Batusangkar.
- Wendelin Slusser, M. P. (2011). Challenges to parent nutrition education: a qualitative study of parents of urban children attending low-income schools. *Public Health Nutrition*, 1833–1841.
- WHO/UNICEF. (2009). Baby-friendly hospital initiative (BFHI). Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. *Geneva: World Health Organization*, Section 3.
- World Health Organization, U. (2003, 12 22). *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9241562218>
- Wulandari Yunita, S. (2022). Analisis praktik klinik keperawatan intervensi terapi musik lullbay terhadap peningkatan suhu pada BBLR dengan hipotermi . *Karya Ilmiah akhir ners*, 27.
- Wuwuk Setiarini, A. E. (2020). PENGARUH BABY FIELD MASSAGE THERAPY TERHADAP KADAR BILIRUBIN SERUM PADA BAYI DENGAN HIPERBILIRUBINEMIA. *Jurnal Kesehatan STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta*, 119-132.
- Zahra, S. B. (2021, November). *PENYULIT DAN KOMPLIKASI PADA NEONATUS DENGAN KELAINAN BAWAAN*. Retrieved from scribd: <https://www.scribd.com/document/543539094/MAKALAH-NEONATUS-DENGAN-KELAINAN-BAWAAN>
- Arvin, B. K. (2020). *Ilmu Kesehatan Anak*. Eg. <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>
- Fahlevi, T. (2021). No Title. In *Gangguan Minor Pada Bayi Baru Lahir, Bayi Balita Dan Anak Prasekolah* (p. 70).

BAB 3

NUTRISI SEHAT



DESKRIPSI PEMBELAJARAN:

Sasaran prioritas program pembinaan gizi masyarakat salah satunya adalah pada bayi dan anak sesuai dengan amanat pembangunan Indonesia tahun 2020-2024 yang dituangkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN) (Kemenkes, 2022).

TUJUAN PEMBELAJARAN :

Mahasiswa mampu memahami materi tentang:

1. Penyediaan nutrisi sehat bagi bayi, anak dan balita usia prasekolah
2. Prinsip pemberian nutrisi pada BBL
3. Membuat menu gizi seimbang untuk bayi, anak dan balita usia prasekolah
4. KIE nutrisi sehat bagi bayi, anak dan balita usia prasekolah

CAPAIAN PEMBELAJARAN :

Mahasiswa mampu mencontohkan dan mendemonstrasikan pemberian nutrisi sehat bagi bayi, anak dan balita usia prasekolah

MATERI PEMBAHASAN

PENYEDIAAN NUTRISI SEHAT BAGI BAYI, ANAK DAN BALITA USIA PRA SEKOLAH.

Gizi berasal dari kata *Gizawa* (bahasa arab) yaitu pemberian zat-zat makanan kepada sel-sel dan jaringan tubuh, sehingga memungkinkan pertumbuhan yang normal dan sehat (Maryunani, Anik, 2012)

Gizi adalah zat yang terdapat dalam makanan dan sangat diperlukan oleh tubuh untuk proses metabolisme, mulai dari proses pencernaan, penyerapan makanan dalam usus halus, transportasi oleh darah untuk mencapai target dan menghasilkan energi, pertumbuhan tubuh, pemeliharaan jaringan tubuh, proses biologis, penyembuhan penyakit, dan daya tahan tubuh (Supariasa, 2012).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa gizi adalah zat-zat makanan yang diperlukan oleh tubuh untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal.

Gizi seimbang pada masa bayi menjadi faktor penting sebagai salah satu upaya menurunkan angka kematian bayi. Pemberian makan pada bayi bertujuan untuk (Kusharisupeni, 2016):

1. Memberikan zat gizi yang cukup bagi kebutuhan hidup yang terdiri atas:

- Pemeliharaan dan/atau pemulihan serta peningkatan Kesehatan;
- Pertumbuhan serta perkembangan fisik dan psikomotor Kesehatan;
- Melakukan aktivitas fisik.

2. Mendidik kebiasaan makan yang baik.

Bayi memerlukan karbohidrat, protein berasal dari ASI ibu dengan kadar 4-5% dari total kadar kalori dalam ASI. Lemak yang diperlukan 58% dari kalori total dalam ASI matur. Mineral yang diperlukan pada masa ini terdiri dari kalsium, pospor, klor, kalium, dan natrium yang menunjang pertumbuhan dan perkembangan si bayi.

Penyediaan dan Pemenuhan kebutuhan nutrisi pada bayi diberikan secara bertahap sesuai dengan usia. Kolostrum adalah makanan pertama untuk bayi baru lahir yang keluar dari payudara ibu sebelum air susu ibu (ASI). Makanan utama pada bayi usia 0 – 6 bulan adalah ASI atau pemberian ASI Eksklusif,, sedangkan pada setelah bayi berusia 6 bulan mulai diberikan makanan pendamping ASI (MP ASI). (Astuti Setiyani, 2016).

MP-ASI yang diberikan adalah dengan menu 4 bintang yang terdiri dari 4 jenis nutrisi: Karbohidrat, Protein Hewani, Protein Nabati, dan sayuran.

Pertumbuhan pada masa bayi merupakan proses pertumbuhan paling cepat sepanjang siklus kehidupan manusia, gizi seimbang pada masa bayi penting untuk menjamin optimalisasi pertumbuhan dan perkembangan pada masa keemasan. Pertumbuhan paling cepat terjadi saat 6 bulan pertama kehidupan, nutrisi terbaik bayi adalah ASI. ASI adalah susu yang diproduksi oleh manusia untuk dikonsumsi bayi dan merupakan sumber gizi utama bayi yang belum dapat mencerna makanan padat. Air susu ibu diproduksi karena pengaruh hormon prolaktin dan oksitosin setelah kelahiran bayi.

Pemberian ASI eksklusif hingga usia 6 bulan direkomendasikan oleh World Health organization (WHO) sebagai cara pemberian makan bayi yang optimal dapat memberikan nutrisi yang cukup untuk bayi dan sebagai perlindungan terhadap penyakit diare dan infeksi saluran pernapasan (World Health Organization, 2003) (Lamberti LM, 2013).

Kebutuhan dasar anak yang harus dipenuhi agar tumbuh kembang optimal antara lain (Ridwan Amiruddin, 2014):

a. Pemberian ASI Eksklusif dan Makanan Pendamping ASI

Didalam ASI terkandung terdapat enzim yang membantu pencernaan bayi karena pankreas bayi masih belum berfungsi sempurna. ASI diberikan secara eksklusif 6 bulan pertama kelahiran.

Saat bayi berumur 6 bulan keatas bayi system pencernaannya sudah relative sempurna sehingga bayi membutuhkan nutrisi yang lebih yaitu makanan tambahan pendamping ASI. Makanan tersebut akan memberikan perlindungan yang sangat efektif untuk bayi agar terhindar dari berbagai penyakit.

b. Pengolahan dan Penyimpanan Makanan

Proses pengolahan dan penyimpanan makanan pada bayi diatas > 6 bulan perlu diperhatikan agar meningkatkan mutu makanan yang dikonsumsi bayi dan anak, mulai dari menyiapkan bahan makan, mencuci, memotong dan pengolahan hingga proses pemanasan.

c. Perawatan Kesehatan Dasar

Perawatan Kesehatan dasar meliputi imunisasi anak dan pengobatan jika anak sakit.

- Imunisasi pemberian vaksin untuk melindungi tubuh atau membuat tubuh kebal terhadap penyakit tertentu dengan tujuan untuk mengurangi angka morbiditas dengan memberikan kekebalan terhadap suatu penyakit.
- Pengobatan jika anak sakit
- Pada pengobatan anak, upaya kuratif sangat penting dan petugas Kesehatan juga harus memberikan konseling agar tidak timbul komplikasi penyakit dan tidak menularkan pada orang lain.
- Perumahan sehat

Rumah merupakan kebutuhan fisik (ASUH), rumah yang sehat memiliki kriteria antara lain :

- Memenuhi pencahayaan, ventilasi, ruang gerak yang cukup dan terhindar dari kebisingan.
- Memenuhi kebutuhan psikologis dengan privacy, menjalin komunikasi yang sehat diantara anggota keluarga
- Penyediaan air bersih, pengelolaan tinja limbah rumah tangga, bebas penyakit
- Memenuhi persyaratan pencegahan terjadinya kecelakaan

PRINSIP PEMBERIAN NUTRISI PADA BAYI BARU LAHIR (BBL)

WHO (2009) prinsip pemberian nutrisi pada BBL yang baik dimulai dengan melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD). IMD merupakan awal kesuksesan ASI eksklusif yaitu memberikan ASI secara eksklusif selama 6 bulan tanpa makanan minuman pengganti.

1. IMD (Inisiasi Menyusu Dini)

- a. Pengertian IMD adalah meletakkan bayi diatas perut ibu dengan membiarkan bayi kontak kulit dengan kulit ibunya dan bayi merangkak mencari payudara sendiri atau *The Breast Crawl* (Fikawati, dkk., 2015). Penelitian Kamala (2005) menunjukkan Kontak kulit ibu dan bayi pascapersalinan dini mempunyai pengaruh yang kuat ($P < 0,001$) terhadap durasi pemberian ASI eksklusif hingga bayi berusia 4-6 bulan (Kamala Vaidya, 2005)
- b. Manfaat IMD : (Roesli, 2012). Terdapat beberapa manfaat dari IMD antara lain:

- Mencegah terjadinya hipotermi
Bayi baru lahir kehilangan panas empat kali lebih besar dari pada orang dewasa, sehingga mengakibatkan terjadinya penurunan suhu. Pada 30 menit pertama bayi dapat mengalami penurunan suhu $3-4^{\circ}\text{C}$. Pada ruangan dengan suhu $20-25^{\circ}\text{C}$ suhu kulit bayi turun sekitar $0,3^{\circ}\text{C}$ per menit (RM, Kliegman, 2012). Dengan melakukan IMD terjadi kontak kulit ibu dan bayi sehingga tubuh bayi menjadi hangat dan hipotermi dapat dicegah. Hasil penelitian Hotma 2014 di padang, diketahui terdapat pengaruh inisiasi menyusui dini terhadap suhu aksila pada bayi setelah satu jam kelahiran distribusi rerata suhu kulit kelompok IMD setelah kelahiran adalah $36,4 \pm 0,3^{\circ}\text{C}$ mengalami peningkatan menjadi $37,2 \pm 0,7^{\circ}\text{C}$ setelah IMD. (Hotma Sauhur Hutagaol, Eryati Darwin, Eny Yantri, 2014)
- Kunci keberhasilan ASI eksklusif
Berbagai hasil penelitian menyatakan bahwa IMD adalah salah satu kunci keberhasilan ASI eksklusif, bayi memiliki kemampuan menyusui efektif sehingga memiliki kesempatan yang lebih besar untuk sukses menyusui. Penelitian Karimi, dkk (2018) Menunjukkan bahwa ibu yang menyusui bayinya dalam waktu dua jam setelah kelahiran dan dengan strategi intervensi yang digunakan meliputi kontak kulit ibu dan bayi lebih berhasil memberikan ASI eksklusif. (Fatemeh Zahra Karimi, 2018).
- Menurunkan resiko angka kematian balita
Penelitian di Ghana yang dilakukan oleh Edmond (2006) dengan melibatkan 10.947 bayi menyatakan bahwa kesempatan menyusui dalam satu jam pertama dengan dibiarkan kontak kulit ke kulit ibu (setidaknya selama satu jam) maka 22% nyawa bayi dibawah 28 hari dapat diselamatkan. (Fatmawati, 2016). IMD sangat berperan penting untuk meningkatkan angka keberhasilan dalam cakupan ASI eksklusif yang akan menekan angka kematian bayi pada usia kurang dari 28 hari (Nasrullah, 2021)
- Mencegah terjadinya hipoglikemia
ASI mengandung nutrisi yang sesuai dengan kebutuhan bayi, dengan bayi mengkonsumsi ASI pada beberapa jam setelah lahir dapat

memenuhi kebutuhan gizi bayi dan mencegah bayi dari hipoglikemia. Penelitian purniman dkk (2015) menunjukkan angka kejadian hipoglikemia 7,89% pada Pada neonatus yang pemberian ASI dimulai <1 jam kehidupan, sedangkan 16,67% angka kejadian hipoglikemia terjadi pada neonatus yang pemberian ASI dimulai > 1 jam kehidupan (Purnima Samayam, 2015).

- Memindahkan bakteri dari kulit ibu ke dirinya

Pada saat merangkak mencari payudara, terjadi *skin to skin contac* bayi akan menjilat kulit ibu kemudian akan menelan bakteri baik di kulit ibu, bakteri baik ini akan berkembang biak membentuk koloni di usus bayi menyaingi bakteri jahat/ganas dari lingkungan untuk membangun sistem kekebalan tubuh. (Hanson, 2004)

- Mempererat ikatan batin ibu dan anak.

Pada saat proses IMD terjadi *skin to skin contac ibu dan bayi* pada jam pertama setelah lahir dapat membuat ikatan batin antara ibu dan anak, ibu dapat melihat bayinya merangkak mencari payudara.

- Kontraksi Rahim ibu lebih baik

Saat proses IMD isapan pada puting susu ibu akan merangsang pengeluaran hormon oksitosin yang akan membantu mempercepat proses pemulihan Rahim ke bentuk semula dan mengurangi resiko terjadinya perdarahan pasca salin.

2. Air Susu Ibu (ASI)

a. Definisi ASI

Makanan yang mengandung gizi yang lengkap dan seimbang, dari segi kuantitas dan kualitas sangat dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan yang optimal, Makanan yang ideal harus mengandung energi dan zat esensial sesuai kebutuhan sehari hari, pemberian nutrisi yang terbaik pada bayi baru lahir adalah ASI. Alat pencernaan bayi mampu mencerna dan menyerap ASI dengan baik oleh usus bayi. Air susu ibu yang keluar pertama disebut kolostrum dan mengandung immunoglobulin IgA yang baik untuk pertahanan tubuh bayi melawan penyakit. *World Health Organization* (WHO) telah menetapkan bahwa ASI harus tetap diberikan secara eksklusif sampai usia 6 bulan, dan makanan pendamping ASI harus mulai diberikan pada usia ini (Barasi, 2007).

Dalam Peraturan pemerintah No 33 tahun 2012 menyatakan bahwa Setiap ibu yang melahirkan harus memberikan ASI Eksklusif kepada bayi yang dilahirkannya kecuali jika terdapat keadaan tertentu seperti adanya indikasi medis, ibu tidak ada atau ibu terpisah dari bayi. (Presiden Republik Indonesia, 2012).

Rekomendasi UNICEF dan WHO menyatakan bahwa Pemberian ASI yang optimal dimulai sejak menit pertama kelahiran, kolostrum sebagai makanan kompleks bagi bayi baru lahir yang harus dimulai dalam satu jam pertama setelah kelahiran (WHO/UNICEF, 2009).

Kebutuhan nutrisi Bayi Usia 0-6 Bulan, nutrisi bayi yang berusia 0-6 bulan cukup terpenuhi dari ASI saja (ASI Eksklusif). Hal-hal perlu diperhatikan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi bayi usia 0-6 bulan adalah sebagai berikut: (Astuti Setiyani, 2016).

- Berikan ASI yang pertama keluar dan berwarna kekuningan (kolostrum)
- Jangan beri makanan atau minuman selain ASI
- Susui bayi sesering mungkin
- Jika bayi tidur lebih dari 3 jam, bangunkan lalu susui.
- Susui dengan payudara kanan dan kiri secara bergantian
- Susui sampai payudara terasa kosong, lalu pindah ke payudara sisi lainnya
- Susui anak dalam kondisi menyenangkan, nyaman dan penuh perhatian
- Dukungan suami dan keluarga penting dalam keberhasilan ASI Eksklusif

ASI sangat bermanfaat bagi bayi baru lahir, ibu harus menyusui bayinya karena (Sibagariang, 2010):

- Merupakan kodrat seorang ibu
- Mendekatkan hubungan batin yang erat antara ibu dan anak
- ASI diberikan setiap saat kepada bayi.
- Mempercepat pemulihan rahim ibu.

b. Komposisi ASI

ASI dibagi menjadi 3 jenis yaitu : Kolostrum, Air susu transisi/peralihan dan Air susu matur (Maryunani, Anik, 2016), (Sibagariang, 2010).

Kolostrum

- Setelah bayi lahir, makanan pertama berupa cairan encer / kental berwarna kuning keemasan yang keluar dari payudara ibu sebelum ASI

yang disebut kolostrum, warna kuning keemasan disebabkan oleh tingginya komposisi protein dan sel sel hidup.

- Kandungan protein, vitamin larut lemak, dan mineral pada kolostrum lebih tinggi dibandingkan dengan kandungan pada dalam susu matur, sedangkan kandungan laktosanya lebih rendah dibandingkan ASI matur.
- Kolostrum sudah mulai diproduksi sejak masa kehamilan hingga 2-5 hari setelah melahirkan.
- Bayi baru lahir akan diberi ASI sesuai dengan kapasitas lambung antara 30-90 ml.
- Kolostrum memiliki fungsi antara lain:
- Bayi baru lahir memiliki lambung yang sangat kecil dan kolostrum ini tersedia dalam jumlah kecil.
- Kolostrum mendorong pergerakan pertama kotoran, sehingga membersihkan saluran pencernaannya dari mekonium.
- Sebagai antibody dan *growth factor* untuk meningkatkan perkembangan system pencernaan neonates dan anti body untuk meningkatkan system kekebalan tubuh bayi.
- Melindungi bayi dari infeksi tenggorokan, hati dan usus karena mengandung immunoglobulin A.
- Sebagai protective *white cell* yang membantu memusnahkan penyakit yang disebabkan karena virus dan bakteri.

Air susu transisi/peralihan

- Susu yang diproduksi setelah kolostrum dan sebelum susu matur
- ASI peralihan ini keluar mulai hari ke 4/ke-7 sampai hari ke-14.
- Konsentrasi immunoglobulin, protein dan laktosa lebih rendah dari kolostrum, konsentrasi lemak dan jumlah kalori tinggi, vitamin larut lemak berkurang daripada vitamin yang larut dalam air meningkat.
- Warna susu lebih putih dari kolostrum.

Air susu matur

- ASI yang keluar setelah hari ke10 - 14 dan seterusnya dengan komposisi relative konstan serta tidak menggumpal Ketika dipanaskan.

c. Komposisi ASI berdasarkan lamanya waktu menyusui

- Foremilk: ASI yang mengandung protein tinggi, dihasilkan pada 5 menit pertama menyusui.
- Hindmilk: ASI yang mengandung kadar lemak tinggi, dihasilkan setelah 15-20 menit menyusui.

(Bayi akan mendapatkan manfaat dari keseluruhan kandungan ASI jika ibu menyusui bayinya sampai selesai/kosong pada satu payudara, kemudian dapat berpindah pada payudara yang lain). (kusumo, 2015)



3. Kebutuhan minum pada neonatus yaitu:

- Hari ke 1 = 50-60 cc/kg BB/hari.
- Hari ke 2 = 90 cc/Kg BB/hari
- Hari ke 3 = 120 cc/Kg BB/hari
- Hari ke 4 = 150 cc/Kg BB/hari
- Untuk setiap harinya sampai mencapai 180 – 200 cc/kg BB/hari

Penelitian yang dilakukan di negara berkembang menunjukkan bahwa bayi yang tidak diberikan ASI akan memiliki resiko 6-10 kali lebih tinggi meninggal pada beberapa bulan pertama kehidupan. Hal tersebut berdampak terhadap meningkatnya Angka Kematian Bayi (AKB). Upaya yang dilakukan untuk menurunkan AKB salah satunya dengan memberikan kolostrum pada bayi baru lahir sedini mungkin (30 menit sesudah lahir) akan terhindar dari kemungkinan terjadinya gangguan pencernaan, infeksi usus dan penyakit lainnya (Vivian Nanny Lia, 2011).

MEMBUAT MENU GIZI SEIMBANG UNTUK BAYI, BALITA DAN ANAK USIA PRA SEKOLAH.

Kunci Status gizi yang baik pada dasarnya dengan pemberian komposisi gizi yang sesuai dengan usianya, baik dari segi jumlah, jenis maupun frekuensinya. Pemberian menu gizi seimbang untuk bayi, balita dan anak usia pra sekolah sebagai berikut:

1. Menu Gizi Seimbang untuk Bayi

a. Usia 0-6 bulan

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 menyatakan bahwa bayi baru lahir hingga usia 6 bulan kebutuhan gizi dapat terpenuhi dari ASI saja atau dari susu formula karena alasan medis (Presiden Republik Indonesia, 2012). ASI mengandung semua zat gizi yang dibutuhkan bayi sesuai dengan prinsip gizi seimbang. Prinsip umum menyusui secara dini dan eksklusif adalah:

- Bayi harus disusui segera setelah lahir (IMD) dalam 1 jam pertama dan selanjutnya 6 bulan pertama kehidupan.
- Kolostrum harus diberikan pada bayi.
- Bayi diberikan ASI eksklusif selama 6 bulan
- Bayi disusui kapan saja sesuai keinginan bayi (on demand)

Untuk menghasilkan ASI dalam jumlah banyak, ibu harus menjaga Kesehatan, minum dalam jumlah cukup, makan makanan dengan menu seimbang dan istirahat yang cukup.

ASI memiliki keunggulan yang tidak dimiliki susu formula, ASI mengandung zat kekebalan tubuh yang dapat melindungi bayi dari alergi dan penyakit seperti diare, infeksi pernafasan, infeksi usus. ASI mengandung zat-zat gizi penting antara lain: (Dedeh Kurniasih, 2010)

- Karbohidrat
- Lemak
- Protein
- Garam Mineral

b. Usia 6-8 bulan

ASI sebaiknya terus diberikan sampai anak usia 2 tahun, namun pada saat bayi usia 6 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizinya yang makin meningkat maka harus diberikan makanan tambahan atau pendamping ASI (MP-ASI). MP-ASI adalah makanan yang diberikan kepada bayi selain ASI untuk memenuhi kebutuhan gizinya. MP-ASI dapat diberikan mulai umur 6–24 bulan, dan merupakan makanan peralihan dari ASI ke makanan keluarga.

Pemberian MP-ASI dilakukan secara bertahap sesuai dengan usia anak yang dimulai dari MP-ASI yang jenis lumat, lembek sampai anak terbiasa dengan makanan keluarga yang bertujuan untuk menyesuaikan kemampuan

alat pencernaan bayi dalam menerima MP-ASI. Berikut jenis tahapan pemberian MP-ASI pada anak:

Tabel 3.1 Tahapan Pemberian MP-ASI pada Anak

Umur	ASI	Makanan lumat	Makanan Lembik	Makanan Keluarga
0- 6 bulan				
6- 8 bulan				
9-11 bulan				
12-24 Bulan				
>24 bulan				

Sumber Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak, 2015

Berdasarkan komposisi bahan makanan MP-ASI dikelompokkan menjadi dua yaitu :

- MP-ASI lengkap yang terdiri dari makanan pokok, lauk hewani, lauk nabati, sayur dan buah
- MP-ASI sederhana yang terdiri dari makanan pokok, lauk hewani atau nabati dengan sayur atau buah.

Pemberian MP-ASI sejak dini akan mengakibatkan dampak antara lain: (Astuti Setiyani, 2016)

- Menurunkan intensitas pengisapan bayi, yang akan berisiko untuk terjadinya penurunan produksi ASI.
- Pengenalan sereal dan sayur-sayuran tertentu dapat mempengaruhi penyerapan zat besi dari ASI sehingga menyebabkan defisiensi zat besi dan anemia.
- Risiko diare meningkat
- Kebutuhan nutrisi anak tidak terpenuhi.
- Anak mendapat faktor pelindung dari ASI lebih sedikit, sehingga risiko infeksi meningkat.
- kolik usus (kerewelan atau tangisan yang terus menerus bagi bayi yang dipercaya karena adanya kram di dalam usus).

Dalam menyiapkan MP-ASI yang baik perlu memperhatikan beberapa hal sebagai berikut: (Dedeh Kurniasih, 2010)

- Padat energi, protein dan zat mikro (zat besi, Zinc, Kalsium, Vitamin A, Vitamin C dan Folat)

- Tidak berbumbu tajam, tidak menggunakan gula, garam, penyedap rasa dan pengawet
- Mudah ditelan dan disukai anak
- Tersedia lokal dan harganya terjangkau

c. Pemberian makan pada bayi dengan usia 6-8 bulan adalah:

- Pemberian ASI diteruskan
- Pemberian makanan tambahan diperkenalkan karena keadaan alat cerna sudah semakin kuat.
- Makanan yang diberikan pada bayi usia ini harus sudah bervariasi, terutama dalam memilih bahan makanan yang akan digunakan, Bahan makanan lauk pauk seperti telur, hati, daging sapi, daging ayam, ikan basah, ikan kering, udang, atau tempe tahu, dapat diberikan secara bergantian.
- Pemberian makanan tambahan mulai diperkenalkan dengan pemberian makanan lumat dua kali sehari.
- Makanan selingan 1-2 kali sehari seperti buah Jeruk, papaya, pisang atau biscuit.

Kebutuhan Gizi dan Anjuran Pembagian Makan Sehari Usia 6-8 bulan: 650 kalori

Bahan makanan atau penukar	Jml porsi (p)	Pagi	Selingan pagi	Siang	Selingan sore	Sore
Nasi	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{4}$		$\frac{1}{4}$		
Daging						
Tempe						
Sayur						
Buah	1			$\frac{1}{2}$		$\frac{1}{2}$
Susu	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$				
Minyak						
ASI	sekehendak					
Taburia	1 sachet sehari					
Total sehari	650	84		97		28

d. Contoh beberapa menu MP-ASI dibawah ini: (Dedeh Kurniasih, 2010)

Bubur susu Saos Jeruk , Energi Kalori 117

Bahan:

- 25 gram Tepung beras
- 5 gram Susu Bubuk
- 50 gram Jeruk manis
- 100 ml Air

Cara membuat:

- Campur tepung beras dan susu bubuk, tambahkan air sedikit-sedikit, aduk sampai rata.
- Panaskan adonan diatas api, masak sampai tepung masak. Biarkan sampai susu sesuai untuk pemberian makanan.
- Jeruk manis dicuci bersih, peras hingga keluar seluruh cairannya. Saring agar biji terpisah, taruh diatas bubur susu.
- Berikan bubur susu dengan sari jeruk kepada bayi.

Bubur Sumsum Kacang Hijau

Bahan:

- 15 gram (1.5 sdm) tepung beras
- 10 gram (1 sdm) kacang hijau, rebus, haluskan
- 75 cc (1/3 gelas belimbing) santan kental
- 20 gram daun bayam, iris halus

Cara membuat:

- Rebus kacang hijau dan daun bayam, saring dengan saringan atau blender halus, sisihkan
- Campurkan sedikit air dengan tepung beras hingga larut, tambahkan santan, masak diatas api kecil hingga matang
- Tambahkan hasil saringan kacang hijau dan aduk rata.
- Keterangan : untuk 2 porsi

Pisang Lumat

Bahan:

- Pisang masak 1 buah

Cara membuat:

- Cuci kulit pisang sampai bersih
- Kupas kulitnya separuh
- Keroklah pisang dengan sendok kecil
- Segera berikan kerokan pisang kepada bayi

e. Usia Bayi 9-11 bulan

Pemberian makan pada bayi dengan usia 9-11 bulan adalah:

- Tetap lanjutkan pemberian ASI
- Berikan MP-ASI yang lebih padat seperti bubur nasi, nasi tim, nasi lembek yang mengandung Lauk hewani: ikan, telur, hati, ayam dan daging dan Lauk nabati: tempe, tahu, kacang-kacangan serta Sayur dan buah-buahan 3-4 kali sehari
- Makanan selingan yang dapat dipegang anak diberikan di antara waktu makan lengkap 1-2 kali sehari

Kebutuhan Gizi dan Anjuran Pembagian Makan Sehari Usia 9-11 bulan: 900 kalori

Bahan makanan atau penukar	Jml porsi (p)	Pagi	Selingan pagi	Siang	Selingan sore	Sore
Nasi	1	$\frac{1}{4}$		$\frac{1}{4}$		
Daging	$\frac{1}{2}$					
Tempe	$\frac{1}{2}$					
Sayur	$\frac{1}{2}$					
Buah	1 $\frac{1}{2}$			$\frac{1}{2}$		$\frac{1}{2}$
Susu	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$				
Minyak	$\frac{1}{2}$					
ASI	sekehendak					
Taburia	1 sachet sehari					
Total sehari	900	122	36	123	25	143

Contoh beberapa menu MP-ASI dibawah ini:

Tim daging tempe sayuran

Bahan :

- 15 gr beras
- 9 gr daging giling
- 12,5 gr tempe
- 2,5 gr minyak
- 25 gr bayam
- Air secukupnya

Cara membuat:

- Cincang ulang daging giling, tambahkan dengan sedikit air
- Masak beras dengan air hingga menjadi bubur, masukan daging cincang dan aduk rata. Lalu tambahkan tempe dan bayam cincang dan aduk rata Kembali.
- Masak campuran tersebut diatas sampai matang,lalu tambahkan air sampai kekentalannya yang cukup
- Haluskan dan saring bila perlu.
- Selingan buah lumat: Pisang dan sari jeruk manis.

f. Usia Bayi 12 bulan

Bayi yang sudah menginjak usia satu tahun biasanya akan mulai memilih -milih dan suka mengemut makanan di dalam mulut. Bayi usia 12 bulan atau 1 tahun ini terjadi perubahan kebiasaan makan yang dipengaruhi oleh pergantian menu makanan setiap harinya. Untuk itu sebaiknya sesuaikan pilihan makanan untuk bayi 12 bulan atau 1 tahun agar tetap mencukupi kebutuhan nutrisi setiap hariny agar pertumbuhan dan perkembangannya optimal. Pemberian makan pada bayi dengan usia 9-11 bulan adalah:

- Teruskan pemberian ASI
- Berikan makanan keluarga bervariasi secara bertahap sesuai kemampuan bayi 3 x sehari, sebanyak 1/3 porsi makan orang dewasa terdiri dari nasi, lauk- pauk, sayur, dan buah.
- Beri makanan selingan seperti biskuit dan kue 2 x sehari.

**Kebutuhan Gizi dan Anjuran Pembagian Makan Sehari Usia 12 bulan:
1100 kalori**

Bahan makanan atau peneruak	Jml porsi (p)	Pagi	Selingan pagi	Siang	Selingan sore	Sore
Nasi	2	$\frac{1}{2}$		$\frac{1}{2}$	1	$\frac{1}{2}$
Daging	1	$\frac{1}{4}$		$\frac{1}{2}$		$\frac{1}{4}$
Tempe	1	$\frac{1}{4}$		$\frac{1}{2}$		$\frac{1}{4}$
Sayur	1	$\frac{1}{4}$		$\frac{1}{2}$		$\frac{1}{4}$
Buah	2		1		1	
Susu	$\frac{1}{2}$					$\frac{1}{2}$
Minyak	1 $\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$		$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	
ASI	sekehendak					
Taburia	1 sachet sehari					
Total sehari	1100	144	50	218	126	253

Beberapa contoh menu MP-ASI sebagai berikut:

Bubur Kuah semur ayam dan sayuran

Bahan:

- 25 gr beras
- 9 gr daging ayam cincang
- 25 gr wortel cincang
- 5 gr kacang merah
- 1,25 gr minyak
- $\frac{1}{2}$ sdm bawang merah
- 1 sdm kecap manis
- Garam secukupnya

Cara membuat:

- Beras ditambahkan air dibuat bubur atau nasi lembek
- Tumis daging ayam dengan bawang merah dan garam. Tambahkan sedikit kecap dan rebus hingga empuk.
- Rebus kacang merah hingga empuk, lalu masukan wortel cincang.
- Masukan kacang merah dan wortel ke dalam ayam yang sudah dibumbui.
- Tambahkan sedikit air ke dalam kuah bubur

- Berikan kepada bayi selagi hangat.
- Makanan Selingan roti panggang dengan bahan: roti tawar, selai, susu bubuk.

2. Menu Gizi Seimbang untuk Balita dan anak Prasekolah

Pada usia 1-5 tahun ini anak sudah harus makan seperti pola makan keluarga, yaitu: sarapan, makan siang, makan malam dan 2 kali selingan. Pada usia 1 tahun pertumbuhan mulai lambat dan muncul permasalahan mulai sulit makan. sedangkan aktivitas mulai bertambah, anak bermain, berjalan, berlari sehingga makan dilakukan sambil bermain. Namun akan lebih baik kalau makan dilakukan bersama seluruh anggota keluarga dengan mengajarkan anak duduk bersama dimeja makan karena kesempatan bonding terbaik yang bisa diberikan orangtua untuk anaknya.

Kebutuhan Gizi dan Anjuran Pembagian Makan Sehari Usia 1-2 tahun: 1300 kal

Bahan makanan atau penukar	Jml porsi (p)	Pagi	Selingan pagi	Siang	Selingan sore	Sore
Nasi	2 ¼	7/10	¼	7/10		6/10
Daging	1 ¼	¼	¼	½		¼
Tempe	1 ½	½		½		½
Sayur	1 ½	¼	¼	½		½
Buah	2			½	1	½
Susu						
Minyak	1	½		¼		¼
ASI	sekehendak					
Taburia	1 sachet sehari					
Total sehari	1300	221	149	261	87	235

Beberapa contoh menu sebagai berikut:

a. Usia 13 bulan

Nasi lembek, ati ayam, cah oyong dan wortel, bola tempe saus kuning

Bahan. :

- 100 gr tempe dikukus, dihaluskan
- Sedikit garam
- 1 sdt bawang putih cincang
- 1 sdm bawang Bombay cincang

- 2 butir kemiri
- ½ sdt kunyit diiris
- Minyak untuk menggoreng.

Cara membuat :

- Tempe dihaluskan lalu dibulatkan, goreng dalam minyak panas.
- Haluskan kemiri, kunyit, bawang putih, lalu tumis dengan minyak dan bawang Bombay.
- Campurkan bola temp eke dalam bumbu hidangkan hangat-hangat.

b. Usia 2-3 tahun

Pada usia anak 2-3 tahun ini tahap perkembangannya mulai ingin mandiri, termasuk dalam memilih dan menentukan sendiri makanan yang ingin di konsumsi, oleh karena itu anak perlu diperkenalkan variasi makanan atau asupan makanan beragam secara terus-menerus agar tidak menimbulkan kebosanan pada anak.

Usia balita adalah usia yang menentukan perkembangan fisik dan mental anak saat usia remaja kelak, gizi seimbang sesuai dengan angka kecukupan gizi sangat penting bukan hanya untuk pertumbuhan fisik namun kecerdasannya juga. Kebutuhan energi anak usia prasekolah 1-3 tahun sebesar 1.000 kkal dan 25 gr kebutuhan protein, Vitamin A 400 RE, besi 8,2 mg dan kalsium 500 mg

Pemberian makan pada bayi dengan usia 2-3 tahun adalah: (Astuti Setiyani, 2016)

- Berikan makanan keluarga 3 x sehari, sebanyak 1/3-1/2 porsi makanan orang dewasa yang terdiri dari nasi, lauk-pauk, sayur dan buah
- Berikan makanan selingan kaya gizi 2 x sehari di antara waktu makan.
- Perhatikan jarak pemberian makanan keluarga dan makanan selingan.

Kebutuhan Gizi dan Anjuran Pembagian Makan Sehari Usia 1-2 tahun: 1300 kal

Bahan makanan atau penerkar	Jml porsi (p)	Pagi	Selingan pagi	Siang	Selingan sore	Sore
Nasi	2 ¼	7/10	¼	7/10		6/10
Daging	1 ¼	¼	¼	½		¼
Tempe	1 ½	½		½		½
Sayur	1 ½	¼	¼	½		½

Buah	2			$\frac{1}{2}$	1	$\frac{1}{2}$
Susu						
Minyak	1	$\frac{1}{2}$		$\frac{1}{4}$		$\frac{1}{4}$
ASI	sekehendak					
Taburia	1 sachet sehari					
Total sehari	1300	221	149	261	87	235

**Kebutuhan Gizi dan Anjuran Pembagian Makan Sehari Usia 3-5 tahun:
1400 kal**

Bahan makanan atau penukar	Jml porsi (p)	Pagi	Selingan pagi	Siang	Selingan sore	Sore
Nasi	3	1		1		1
Sayur	2	$\frac{3}{4}$		$\frac{3}{4}$		$\frac{1}{2}$
Buah	2 $\frac{1}{2}$		$\frac{1}{2}$		2	
Tempe	2			1		1
Daging	3	1		1		1
Minyak	2	$\frac{1}{2}$		$\frac{3}{4}$		$\frac{3}{4}$
Gula	2		1		1	
Susu	1				1	
Total sehari	1400	293,75	75	381,25	275	375

Beberapa contoh menu gizi seimbang anak usia 2-3 tahun (Dedeh Kurniasih, 2010):

- **Nasi**
- **Ayam goreng kremes** : Ayam 25 gr, tepung beras 2,5 gr, tepung sagu 2,5 gr, minyak
- **Perkedel tahu kukus**: Tahu 50 gr, Telur 10 gr, Minyak
- **Sayur Sup Kacang Merah**

Bahan:

- 40 gr kol
- 60 gr wortel potong melintang +- 2 Cm
- 50 gr kacang merah, rendam selama 2 jam dan direbus hingga empuk, tiriskan
- 1 sdt garam
- $\frac{1}{2}$ liter kaldu daging atau ayam
- 1 batang seledri diiris halus
- 1 batang daun bawang diiris +- 1 cm.

Bumbu dihaluskan:

- 1 Siung bawang putih
- Lada bubuk (sedikit)
- Pala bubuk (sedikit)
- 1 sdt garam

Cara membuat:

- Didihkan kaldu, tumis bumbu halus dengan 1 sdm minyak, masukkan ke dalam rebusan kaldu.
 - Masukkan wortel dan kacang merah, rebus sampai empuk
 - Masukkan kol, daun bawang dan seledri.
 - Angkat sup, dan hidangkan.
- Menu selingan antara lain: Puding susu buah yang terdiri dari tepung agar 2 gr, susu sapi 100 gr, gula 10 gr, pepaya 10 gr, Melon 10 gr, Jeruk 20 gr.

KOMUNIKASI INFORMASI EDUKASI (KIE) NUTRISI SEHAT BAGI BAYI, BALITA DAN ANAK USIA PRA SEKOLAH

Salah satu bentuk keberhasilan intervensi gizi yang optimal pada bayi balita dan anak prasekolah adalah pemberian KIE pada orang tua. Petugas kesehatan harus memberikan KIE tentang keterampilan dan pengetahuan kepada ibu khususnya ibu yang pertama kali melahirkan agar dapat memberikan makanan yang optimal pada bayi (Alison Talbert, 2020).

Orang tua yang mendapatkan KIE tentang dasar gizi akan mempengaruhi pengetahuan mulai dari pembelian makanan yang sehat, mengelompokkan makanan, buah buahan, sayuran, kacang-kacangan, susu rendah lemak, makanan alami dan bagaimana makanan disiapkan (Wendelin Slusser, 2011).

Hasil penelitian menunjukkan proses pemberian edukasi MP-ASI pada Ibu-Ibu yang memiliki anak usia 6-24 bulan terjadi proses belajar dan hasilnya terdapat perubahan pengetahuan pemberian edukasi MP- ASI (Ni Kadek Sriasih, 2021).

Konseling memerlukan ketrampilan komunikasi dari petugas Kesehatan, menggunakan Bahasa yang mudah dimengerti dan mengecek pemahaman ibu. Pemberian KIE nutrisi sehat pada bayi balita dan anak pra sekolah antara lain : (Kemenkes, RI, 2014) (Kemenkes, 2022):

1. Bidan dapat memberikan KIE nutrisi sehat pada bayi:

Makanan bayi umur 0-6 bulan

- Makanan bayi umur 0-6 bulan Hanya ASI saja (ASI Eksklusif), ASI adalah makanan terbaik untuk bayi
- Kolostrum diberikan pada bayi, tidak dibuang karena mengandung zat zat gizi dan zat kekebalan yang tinggi
- Jumlah rata rata kebutuhan bayi 2 minggu pertama adalah sebanyak 30-60 ml setiap 2-3 jam, bayi sebaiknya dibangunkan untuk menyusu setiap 2-4 jam.
- Berikan ASI dari satu payudara sampai kosong, kemudian pindah ke payudara lainnya, ASI diberikan 8-10 kali setiap hari
- Jika bayi sudah semakin bertambah berat badan, maka bayi akan masuk dalam periode tidur yang lebih lama terutama dimalam hari.

Makanan bayi umur 6-9 bulan

- Pemberian ASI diteruskan.
- Berikan MP-ASI Padat yang mengandung energi, protein dan zat gizi mikro (antara lain Fe, Zinc, Kalsium, Vit. A, Vit. C dan Folat)
- MP-ASI Tidak berbumbu tajam, Tidak menggunakan gula dan garam tambahan, penyedap rasa, pewarna dan pengawet.
- Pemberian mula-mula dalam bentuk lumat, makanan lembik dan selanjutnya beralih ke makanan keluarga saat bayi mulai berusia 1 tahun dengan frekuensi 2-3 kali.
- Pada umur 10 bulan bayi mulai diperkenalkan dengan makanan keluarga secara bertahap, karena merupakan makanan peralihan ke makanan keluarga.
- Berikan makanan selingan 1-2 kali sehari, seperti bubur kacang hijau, buah dan lain-lain.
- Bayi perlu diperkenalkan dengan beraneka ragam bahan makanan, seperti lauk pauk dan sayuran secara berganti-gantian.
- Biasakan anak duduk tenang di meja dan kursi selama makan, hindari makan sambil melakukan aktivitas menonton TV, menggunakan gadget, atau bermain

2. Bidan dapat memberikan KIE nutrisi sehat pada balita:

Makanan bayi umur 12-24 bulan

- Pemberian ASI diteruskan. Pada periode umur ini jumlah ASI sudah berkurang, tetapi merupakan sumber zat gizi yang berkualitas tinggi.
- Pemberian MP-ASI atau makanan keluarga sekurang-kurangnya 3 kali sehari dengan porsi separuh makanan orang dewasa setiap kali makan. Disamping itu tetap berikan makanan selingan 2 kali sehari.
- Pengenalan makanan yang beranekaragam Misalnya nasi diganti dengan mie, bihun, roti, kentang dan lain-lain. Hati ayam diganti dengan telur, tahu, tempe dan ikan. Bayam diganti dengan daun kangkung, wortel dan tomat. Bubur susu diganti dengan bubur kacang ijo, bubur sum-sum, biskuit dan lain- lain.
- Membuat jadwal makan teratur setiap harinya agar anak terbiasa makan di jam yang teratur setiap harinya.
- Biasakan anak duduk tenang di meja dan kursi selama makan, hindari makan sambil melakukan aktivitas menonton TV, menggunakan gadget, atau bermain
- Gunakan piring khusus untuk memastikan apakah anak memakan semua porsi makannya sampai habis atau seberapa banyak yang disisakannya bila tidak habis.
- Bayi usia sekitar 15-18 bulan dapat dilatih kemampuan untuk memegang peralatan makan agar melatih kemandirian belajar makan sendiri dan juga melatih koordinasi antara mata, tangan dan mulut anak.
- Biasakan anak untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah makan untuk mencegah penyakit infeksi dan kecacingan.
- Menyapih anak harus bertahap, jangan dilakukan secara tiba-tiba kurangi frekuensi pemberian ASI sedikit demi sedikit.

3. Bidan dapat memberikan KIE nutrisi sehat pada Anak pra sekolah:

- Berikan informasi bahwa kebutuhan zat gizi anak pada usia 3-5 tahun meningkat karena berada pada masa pertumbuhan yang sangat pesat dan aktivitas anak bertambah.
- Perbanyak mengonsumsi makanan kaya protein seperti ikan, telur, susu, tempe, dan tahu.

- Beri menu makanan yang bervariasi, anak mulai senang mencoba makanan baru.
- Membuat jadwal makan teratur setiap harinya agar anak terbiasa makan di jam yang teratur setiap harinya.
- Batasi mengonsumsi makanan selingan yang terlalu manis, asin dan berlemak
- Biasakan anak untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah makan untuk mencegah penyakit infeksi dan kecacingan.

LATIHAN SOAL

1. Seorang bayi laki-laki usia 7 bulan dibawa ibunya ke TPMB (Tempat Praktik Mandiri Bidan), bayi selama ini hanya diberikan ASI saja. Bidan memberikan konseling tentang makanan Pendamping ASI. Jenis makanan yang dapat diberikan pada bayi tersebut sesuai dengan usianya adalah....
 - A. MP-ASI
 - B. Makanan lumat
 - C. Makanan lembik
 - D. Makanan keluarga
 - E. Cukup diberi ASI saja
2. Kandungan ASI yang kaya akan lemak dan nutrisi, sehingga bayi lebih cepat kenyang adalah:
 - A. Kolostrum.
 - B. Foremilk
 - C. Hindmilk
 - D. ASI Transisi
 - E. ASI Matur
3. Seorang balita perempuan usia 4,5 tahun datang dibawa ibunya ke Puskesmas, dengan keluhan balitanya sering mengalami diare. Hasil pemeriksaan BB 10 kg, tinggi badan 98 cm, mengkonsumsi susu formula disamping makanan lain. Dokter menjelaskan balita kekurangan salah satu enzim dalam tubuhnya.
Apakah nama enzim pada kasus diatas :
 - A. Lipase
 - B. Laktosa
 - C. Maltosa
 - D. Sukrosa
 - E. Amilase
4. Yang dimaksud dengan ASI transisi adalah ...
 - A. ASI yang dihasilkan mulai hari 1 sampai hari ke 3
 - B. ASI yang keluar pada hari ke 4 sampai hari 10

- C. ASI yang keluar pada hari ke 10 dan seterusnya
 - D. ASI yang mengandung zat-zat gizi berkualitas tinggi
 - E. ASI yang kaya antibodi
5. Di dalam kolostrum terdapat zat laksatif/ pencah yang berfungsi untuk ...
- A. Membersihkan mekonium.
 - B. Perlindungan terhadap infeksi.
 - C. Membersihkan mekonium
 - D. Mencegah berbagai infeksi
 - E. Mencegah penyakit mata

TUGAS

1. Jelaskan tentang manfaat dari IMD ?
2. Jelaskan tentang tahap pemberian makan pada bayi dan balita dan anak Prasekolah ?
3. Jelaskan KIE pada tahap usia prasekolah ?

RINGKASAN

ASI Eksklusif adalah pemberian ASI (air susu ibu) sedini mungkin setelah persalinan, didalam ASI pertama keluar yaitu kolostrum yang sangat baik diberikan pada bayi karena mengandung zat anti body, ASI diberikan tanpa jadwal dan tidak diberi makanan lain, walaupun hanya air putih, sampai bayi berumur 6 bulan.

ASI sangat bermanfaat untuk bayi, ibu dan keluarga. Dalam pemberian MP-ASI sebaiknya secara bertahap sesuai dengan kebutuhan dan usia. Pada usia 1-5 tahun ini anak sudah harus makan seperti pola makan keluarga, yaitu: sarapan, makan siang, makan malam dan 2 kali selingan

Bayi, balita dan anak prasekolah adalah salah satu kelompok yang paling rawan kurang gizi. Orang tua harus mengetahui tentang cara pemberian makanan yang baik dari jumlah, jenis frekuensi makanan, Oleh karena itu tenaga kesehatan harus memiliki ketrampilan melakukan KIE tentang kebutuhan gizi pada bayi balita dan anak pra sekolah.

DAFTAR PUSTAKA

- Alison Talbert, C. J. (2020). Exclusive breastfeeding in first-time mothers in rural Kenya: a longitudinal observational study of feeding patterns in the first six months of life. *International Breastfeeding Journal volume* .
- Aprilia, W. (2020). Perkembangan Pada Masa Pranatal Dan Kelahiran. *Yaa Bunayya : Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini, Volume 4, No 1*, 39-55.
- Astuti Setiyani, S. A. (2016). *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Barasi, M. E. (2007). *At a Glance Ilmu Gizi*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Dedeh Kurniasih, H. H. (2010). *Sehat dan Bugar berkat Gizi Seimbang*. Jakarta: PT Gramedia.
- Fahlevi, T. (2021). *Resume Kel 1 Gangguan Minor Pada Bayi Baru Lahir, Bayi Balita Dan Anak Prasekolah*. Retrieved November 16, 2023, from sribd.com: <https://www.scribd.com/document/519061253/RESUME-KEL-1-GANGGUAN-MINOR-PADA-BAYI-BARU-LAHIR-BAYI-BALITA-DAN-ANAK-PRASEKOLAH>
- Fatemeh Zahra Karimi, R. S.-S. (2018). The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1-9.
- Fatmawati, L. (2016). *Hubungan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dengan Kebersihan Pemberian ASI Eksklusif pada Usia Bayi 7 – 12 Bulan di Puskesmas Tegalorejo Yogyakarta*. Yogyakarta: Diploma IV Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'AISYIYAH Yogyakarta.
- Fikawati, dkk. (2015). *Gizi Ibu dan Bayi*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Hanson, L. A. (2004). *Immunobiology of Human Milk: How Breastfeeding Protects Babies*. . Amarillo: TX: Pharmasoft Publishing.
- Hotma Sauhur Hutagaol, Eryati Darwin, Eny Yantri. (2014). Pengaruh Inisiasi Menyusu Dini (IMD) terhadap Suhu dan Kehilangan Panas pada Bayi Baru Lahir. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 337.
- Kamala Vaidya, A. S. (2005). Effect of early mother-baby close contact over the duration of exclusive breastfeeding. *Nepal Medical College*.

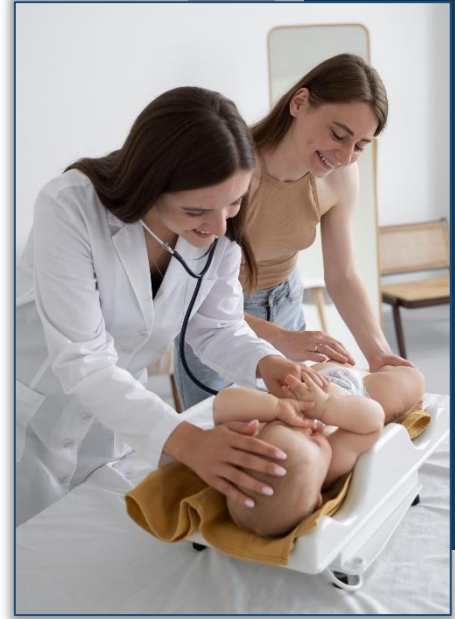
- Kemenkes. (2022). *Modul Pelatihan Pelatih Konseling Pemberian Makan Bayi dan Anak*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes, RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 41 Tahun 2014 Tentang Pedoman Gizi Seimbang*. Retrieved from http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK%20No.%2041%20ttg%20Pedoman%20Gizi%20Seimbang.pdf
- Kusharisupeni. (2016). *Gizi dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: PT Refika Aditama.
- kusumo, f. i. (2015, Agustus 4). *Mommies Daily*. Retrieved from <https://mommiesdaily.com/2015/08/04/breastmilk-changes>
- Lamberti LM, Z.-G. I. (2013). Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 13(Suppl 3):S18.
- Maryunani, A. (2012). *Inisiasi Menyusu Dini, ASI Eksklusif dan Manajemen Laktasi*. Jakarta: TIM.
- Maryunani, Anik. (2012). *Inisiasi Menyusu Dini, ASI Eksklusif dan Manajemen Laktasi*. Jakarta: TIM.
- Maryunani, Anik. (2016). *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra sekolah*. Bogor: Penerbit In Media.
- Melina Defita Sari, S. (2021). *Perawatan bayi lekat untuk mencegah hipotermia pada bayi prematur*. Yogyakarta: Humas Sardjito RSUP Dr. Sardjito .
- Mutia Ulfa, N. (2020). Peran Keluarga dalam Konsep Psikologi Perkembangan Anak Usia Dini. *Aulad : Journal on Early Childhood*, 20-28.
- Nasrullah, M. J. (2021). Pentingnya Inisiasi Menyusu Dini Dan Faktor Yang Mempengaruhinya . *Jurnal Medika Utama*, 626-630.
- Ni Kadek Sriasih, N. M. (2021). pengaruh edukasi MP-ASI terhadap kesiapan ibu dalam pemenuhan nutrisi pada bayi usia 6-24 bulan. *Jurnal Menara Medika*, 102-109.
- Presiden Republik Indonesia. (2012, 11 1). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 Tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif*. Retrieved from <https://peraturan.bpk.go.id/Details/5245/pp-no-33-tahun-2012>
- Purnima Samayam, P. K. (2015). Study of Asymptomatic Hypoglycemia in Full Term Exclusively Breastfed Neonates in First 48 Hours of Life. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 1-10.

- Putri Rhamelani, K. (2023). PENERAPAN TERAPI MASSAGE DAN NESTING PADA BAYI PREMATUR : STUDI KASUS. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 571-580.
- Ridwan Amiruddin, H. (2014). *Determinan Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Trans Info Media.
- RM, Kliegman;. (2012). *Janin dan bayi neonatus. Dalam: Ilmu Kesehatan Anak Nelson*. Jakarta: EGC.
- Roesli, u. (2012). *Panduan Inisiasi Menyusu Dini Plus ASI Eksklusif*. Jakarta: Pustaka Bunda.
- Rosmawaty. (2023). *Gangguan Minor Pada Bayi, Balita Anak Apras*. Retrieved November 16, 2023, from [elearning.itkesmusidrap.ac.id: https://elearning.itkesmusidrap.ac.id/pluginfile.php/25761/mod_resource/content/1/4.%20Gangguan%20Minor%20Pada%20Bayi%2C%20balita%20anak%20Apras.ppt](https://elearning.itkesmusidrap.ac.id/pluginfile.php/25761/mod_resource/content/1/4.%20Gangguan%20Minor%20Pada%20Bayi%2C%20balita%20anak%20Apras.ppt)
- Sandra Fikawati, A. S. (2015). *Gizi Ibu dan Bayi*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Sibagariang, E. E. (2010). *Gizi dalam Kesehatan Reproduksi*. Jakarta : Trans Info Media.
- Supariasa. (2012). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta : EGC.
- Thalia Salsabilla, S. (2023). Asuhan keperawatan pemberian intervensi kompres bawang merah . *Karya Tulis Ilmiah*, 22.
- Vionesumakul. (2022). Menurunkan Demam Dengan Kompres Hangat Pada Anak. *Jurnal Ilmu Nonformal*, 1395.
- Vivian Nanny Lia, D. T. (2011). *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Wardan, K. (2021). *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja*. Sumatera Barat: Publikasi IAIN Batusangkar.
- Wendelin Slusser, M. P. (2011). Challenges to parent nutrition education: a qualitative study of parents of urban children attending low-income schools. *Public Health Nutrition* , 1833–1841.
- WHO/UNICEF. (2009). Baby-friendly hospital initiative (BFHI). Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. *Geneva: World Health Organization*, Section 3.
- World Health Organization, U. (2003, 12 22). *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9241562218>

- Wulandari Yunita, S. (2022). Analisis praktik klinik keperawatan intervensi terapi musik lullbay terhadap peningkatan suhu pada BBLR dengan hipotermi . *Karya Ilmiah akhir ners*, 27.
- Wuwuk Setiarini, A. E. (2020). PENGARUH BABY FIELD MASSAGE THERAPY TERHADAP KADAR BILIRUBIN SERUM PADA BAYI DENGAN HIPERBILIRUBINEMIA. *Jurnal Kesehatan STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta*, 119-132.
- Zahra, S. B. (2021, November). *PENYULIT DAN KOMPLIKASI PADA NEONATUS DENGAN KELAINAN BAWAAN*. Retrieved from scribd: <https://www.scribd.com/document/543539094/MAKALAH-NEONATUS-DENGAN-KELAINAN-BAWAAN>

BAB 4

MASALAH DAN PENYAKIT YANG LAZIM



DESKRIPSI PEMBELAJARAN:

1. Pengetahuan dan penanganan berbagai masalah yang lazim pada bayi, anak balita dan usia prasekolah
2. Pengetahuan dan deteksi dini penyakit-penyakit yang lazim pada bayi dan anak balita yang terjadi di Indonesia
3. Pengetahuan, Pencegahan dan penanganan bayi berisiko tinggi

TUJUAN PEMBELAJARAN :

1. Untuk mengetahui berbagai masalah yang lazim pada bayi, anak balita dan usia prasekolah
2. Untuk mengetahui dan mendeteksi secara dini penyakit-penyakit yang lazim pada bayi dan anak balita yang terjadi di Indonesia
3. Untuk mengetahui bayi risiko tinggi dan bermasalah dan penataksanaannya pada bayi dan anak balita yang terjadi di Indonesia

CAPAIAN PEMBELAJARAN :

1. Membedakan berbagai masalah pada bayi, balita dan anak pra sekolah
2. Mengetahui dan mendeteksi secara dini penyakit-penyakit yang lazim pada bayi dan anak balita yang terjadi di Indonesia

3. Mengetahui bayi risiko tinggi dan bermasalah, serta penataksanaannya pada bayi dan anak balita yang terjadi di indonesia

MATERI PEMBAHASAN

MASALAH YANG LAZIM PADA BAYI, ANAK BALITA DAN USIA PRASEKOLAH

Masalah, dalam kamus Bahasa Indonesia, memiliki makna sesuatu yang harus diselesaikan (dipecahkan); soal; persoalan, sedangkan lazim adalah sudah biasa; sudah menjadi kebiasaan; sudah umum. Berdasarkan pengertian di atas, masalah yang lazim adalah Masalah yang lazim umumnya tidak akan menimbulkan masalah serius bagi bayi. Namun demikian masalah ini perlu diketahui oleh ibu dan keluarga agar tidak menimbulkan kekhawatiran pada keluarga dan dapat diberikan penatalaksanaan segera. Salah satu masalah yang lazim pada bayi adalah munculnya kebiruan pada kulit/bercak mongol.

1. Bercak Mongol

a. Definisi

Bercak kebiruan pada kulit dikenal dengan istilah bercak mongol. Dalam beberapa referensi disebutkan bahwa bercak mongol adalah bercak berwarna biru yang biasanya terdapat didaerah sacral, namun kadang kadang juga terdapat di daerah lain, seperti pada punggung bawah, paha belakang, kaki, punggung atas dan bahu. Kadang kadang tersebar simetris, kadang bilateral. Bercak mongol tidak dikaitkan dengan penyakit apapun karena hanya berbentuk lesi jinak saja.(Manggiasih, V A Jaya, 2016) Bercak Mongol bisa ditemukan pada permukaan kulit bayi yang baru lahir. Namun, tidak semua bayi yang baru lahir pasti memiliki tanda ini.(Fadli, 2022) Delapan puluh persen (80%) bercak mongol terjadi pada bayi kulit hitam dan kurang dari 1% terjadi pada bayi berkulit putih. Seorang anak memiliki 1 atau beberapa bercak mongol.(Manggiasih, V A Jaya, 2016)

Dalam dunia medis, bercak bawaan lahir ini disebut dengan *congenital dermal melanocytosis*. Tanda lahir ini bisa muncul pada awal kelahiran atau dalam minggu pertama setelah bayi lahir. Kondisi ini paling banyak dialami oleh bayi yang terlahir dengan kulit gelap. Hingga kini, penyebab munculnya bercak Mongol masih belum diketahui. Jika tidak berkembang atau memicu gangguan kesehatan, kemunculan bercak tidak membahayakan dan tidak perlu dikhawatirkan. (Fadli, 2022). Bercak ini biasanya akan hilang dalam beberapa bulan, ada yang menghilang pada umur 3-4 tahun dan ada yang

bertahan dan tetap ada sampai dewasa (Noorbaya et al., 2020) dan (Manggiasih, V A Jaya, 2016).

Secara umum, bercak bisa dikenali dengan ciri kebiruan dan ukuran yang tidak terlalu besar. Bercak mongol memiliki berbagai macam ukuran dari sebesar peniti bahkan ada yang besar sampai berdiameter 6 inchi. Bercak mongol nampak seperti luka lebam dan bentuknya tampak seperti bercak rata berwarna biru, biru hitam atau abu-abu dengan batas yang tegas dan biasanya akan memudar pada usia 2 sampai 3 tahun. Namun pada beberapa kasus bercak mongol terjadi sampai usia 7-14 tahun bahkan 5% kasus bersifat permanen (Nadia et al., 2022)



Gambar.. Bercak mongol (Fadli, 2022)

b. Penyebab

Bercak mongol merupakan salah satu kelainan yang muncul sejak lahir dan kemungkinan ditimbulkan oleh melanosit yang mengandung melanin pada dermis yang terhambat selama proses migrasi dari kista neuralis ke epidermis. Oleh karenanya sel ini biasanya berisi sel melanosit yang terletak di lapisan dermis sebelah dalam atau disekitar folikel rambut.

c. Faktor Risiko,

Penyebab bercak mongol sampai dengan saat ini belum diketahui secara pasti, oleh karenanya faktor-faktor risiko yang dapat meningkatkan kemungkinan mempunyai bercak Mongol juga tidak diketahui. Pada beberapa referensi hanya disebutkan bahwa bercak Mongol ini lebih sering ditemui pada ras Mongoloid, yaitu Asia Timur, Indonesia, Polinesia, Mikronesia, dan Eskimo. Bayi yang memiliki kulit gelap juga disebut lebih sering mengalami kondisi ini. (Fadli, 2022)

d. Tanda dan Gejala,

Beberapa tanda yang dapat terlihat dari bercak mongol antara lain:

- Luka seperti pewarnaan
- Daerah pigmentasi memiliki tekstur yang normal
- Area datar dengan bentuk yang tidak teratur
- Biasanya akan menghilang pada hitungan bulan.

Dalam referensi lain disebutkan bahwa gejala bercak mongol antara lain:

- Bercak dengan perabaan yang rata dengan permukaan kulit normal.
- Berwarna biru agak keabu-abuan.
- Lokasi paling sering di daerah pantat atau punggung, tapi dapat ditemukan dibagian tubuh lain.
- Berukuran 2 sampai 8 sentimeter, walaupun pada beberapa kasus dapat lebih lebar.
- Bentuk bercak tidak beraturan.
- Biasanya muncul saat bayi baru lahir atau seminggu sesudahnya.
- Bercak Mongol tidak hilang dan tidak berubah warna dalam hitungan hari, berbeda dengan lebam atau memar (Fadli, 2022)

e. Diagnosis

Pada umumnya, kondisi ini tidak membutuhkan pemeriksaan penunjang lainnya, kecuali pada kasus-kasus yang tidak biasa seperti jika bercak sangat luas dan banyak atau bercak makin bertambah dibandingkan berkurang atau memudar. Pada kasus-kasus seperti itu Bercak Mongol dikaitkan dengan penyakit metabolisme bawaan, yang paling umum adalah *Sindrom Hurler*, *GM1 Gangliosidosis* tipe 1, Penyakit *Niemann-Pick*. Pada kasus seperti ini dokter akan menyarankan pemeriksaan penunjang seperti laboratorium darah dan biopsi kulit mungkin akan dilakukan untuk memastikan diagnosis.

f. Pencegahan

Dari beberapa referensi tidak disebutkan bagaimana upaya pencegahan yang bisa dilakukan. Hal ini berkaitan dengan proses migrasi melanosit seperti yang sudah dijelaskan di atas.

g. Penatalaksanaan

Tidak ada penatalaksanaan khusus pada masalah ini. Dukungan psikologis dapat diberikan pada kasus bercak mongol yang permanen dan timbul pada daerah yang tidak tertutup pakaian. Bercak Mongol sebenarnya tidak berbahaya dan tidak menimbulkan masalah kesehatan dalam jangka panjang. Bercak ini bukan lesi kanker atau prakanker atau indikasi penyakit tertentu, sehingga tidak ada penanganan medis secara khusus.

Sebagian besar kasus, Bercak Mongol akan perlahan memudar dan menghilang saat usia remaja atau mendekati usia remaja, walaupun sebagian kecil akan menetap seumur hidup. Intervensi medis yang dapat dilakukan karena alasan kosmetik, misalnya bercak Mongol pada wajah yang menetap sampai usia remaja dan dirasa mengganggu, maka dapat dilakukan bedah laser.

Komplikasi yang mungkin terjadi dari kondisi ini adalah dampak psikologis dari anak. Khususnya pada bercak yang letaknya dapat terlihat jelas oleh orang lain dan bercak yang menetap setelah masa remaja (Fadli, 2022). Pada kondisi demikian, dapat dilakukan tindakan laser untuk mengatasi bercak mongol tersebut (Noorbaya et al., 2020). Jika bayi atau anak-anak memiliki bercak bawaan dari lahir, tapi bertambah banyak dan luas atau ibu tidak yakin bahwa bercak yang ada pada bayi atau anaknya merupakan bercak Mongol atau kondisi penyakit lain, dapat segera memeriksakan bayi ke dokter. Pemeriksaan medis juga harus segera dilakukan jika muncul gejala tertentu, seperti:

- Bercak yang muncul kembali setelah hilang,
- Bercak tidak segera muncul pada bayi, atau baru beberapa bulan setelah dilahirkan,
- Bercak berubah warna,
- Bercak melebar dan membuat bayi merasa tidak nyaman.(Fadli, 2022)

h. Komplikasi

Sampai dengan saat ini belum dilaporkan adanya komplikasi pada masalah ini.

2. Muntah dan Gumoh

Muntah dan gumoh merupakan salah satu dari berbagai masalah yang lazim terjadi pada bayi. Regurgitasi (Gumoh) merupakan keluarnya cairan putih yang

dari mulut, bayi terutama setelah diberi susu. Penyebabnya adalah perut kembung akibat banyak udara yang ikut terisap saat bayi menyusui atau menangis dan udara tersebut mendorong cairan untuk keluar. Selain itu gumoh juga bisa disebabkan posisi bayi saat menyusui juga tidak benar, dan tidak disendawakan, selain karena keterbatasan volume lambung bayi. Gumoh berbeda dengan muntah dan hal ini tidak perlu dikhawatirkan dan biasanya gumoh akan berhenti dengan sendirinya. Salah satu cara untuk mencegah gumoh adalah dengan menyendawakan bayi. Namun demikian jika frekuensi gumoh yang berlebih, sekitar 15 kali setiap harinya dan terjadi tidak hanya setelah minum atau makan saja tetapi selagi tidur meskipun aktivitas makan atau minum lebih dari 3 jam. Komplikasi pada kondisi ini akan berdampak tidak baik serta dapat mengganggu pertumbuhan bayi.

Secara klinis terdapat dua tipe muntah yaitu yang akut dan kronis/berulang. Belum ada batasan yang jelas untuk muntah kronis walaupun analog dengan batasan mengenai diare kronik, orang cenderung memberi batas 2 minggu untuk mengatakan kronik. Problema di klinik lebih banyak mengenai muntah yang kronis/berulang atau muntah yang akut apabila menimbulkan komplikasi. Pada kebanyakan kasus, muntah merupakan keluhan patologis, namun muntah dapat juga menguntungkan bagi tubuh dan merupakan proteksi tubuh terhadap ingesti bahan toksik yang segera dimuntahkan. Hal yang sama juga disampaikan Elmeida (2015), bahwa muntah adalah keluarnya secara paksa isi perut melalui mulut. Muntah merupakan gejala yang biasa yang ada kaitanya dengan sejumlah problema klinis. Muntah merupakan gerak refleks yang mengeluarkan isi saluran pencernaan bagian atas. Muntah merupakan suatu mekanisme protektif yang memungkinkan tubuh mengeluarkan isinya yang menimbulkan gangguan. (Elmeida, 2015)

Khusus pada bayi, muntah merupakan salah satu kondisi yang sering dialami oleh bayi terutama saat usianya masih beberapa minggu. Di usia ini biasanya sistem pencernaan bayi masih lemah. Namun muntah pada bayi juga bisa menjadi pertanda bahaya yang membutuhkan pertolongan medis sesegera mungkin. (Aryunani, 2022). Miringkan bayi dan segera bawa bayi ke rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya.

3. Oral thrush

Menurut Astutik (2014) perawatan payudara tidak hanya dilakukan saat kehamilan saja yaitu sejak kehamilan tujuh bulan, akan tetapi juga dilakukan

setelah melahirkan. Hal ini perlu disadari dikarenakan kebanyakan ibu hanya fokus pada perawatan bayi yang telah dilahirkannya. Perawatan payudara hendaknya dimulai sedini mungkin yaitu 1-2 hari setelah lahir. Pada kondisi payudara yang tidak terawat memungkinkan untuk terjadinya oral thrush pada bayi.

Oral thrush atau pseudomembran kandidiasis akut adalah suatu infeksi jamur yang umum terjadi pada bayi. Infeksi ditandai dengan tampilan plak lembut berwarna putih menyerupai gumpalan susu yang dapat diseka dan meninggalkan bekas kemerahan atau eritema, namun terkadang juga tidak dapat diseka. Infeksi tersebut tidak hanya terjadi pada bayi, melainkan dapat terjadi pada anak yang sehat, orang dewasa, pengguna gigi palsu dan penderita infeksi kronis seperti leukemia dan HIV.(Hidayatullah & Suci, 2022)

Faktor etiologi terjadinya oral thrush pada bayi umumnya diakibatkan karena oral hygiene yang tidak adekuat. Sumber infeksi dapat berasal dari jalan lahir, kulit puting ibu, ataupun dot botol susu. Tidak optimalnya pembersihan mulut bayi pasca menyusui juga berperan meningkatkan risiko terjadinya oral thrush. Kondisi mulut normal pada bayi ditandai dengan mukosa berwarna merah segar. Apabila timbul bercak putih ataupun kemerahan dapat dicurigai telah terjadi infeksi. Jamur bukanlah satu-satunya infeksi pada mulut bayi, walaupun paling sering ditemui. Anamnesis dan pemeriksaan yang detil diperlukan guna penegakan diagnosis yang tepat. Dari anamnesis diketahui Ibu bayi beberapa kali lupa mencuci tangan atau mencuci tangan tanpa sabun antiseptik sebelum menyusui dan lupa membersihkan kulit puting saat menyusui karena panik anak menangis saat ingin menyusu. Akibat keterbatasan waktu, botol dot juga diyakini tidak steril karena hanya direbus sampai air mendidih saja tanpa ditunggu beberapa menit setelahnya. Selain itu, orangtua sangat jarang membersihkan mulut bayi karena khawatir bayi rewel. Semua kondisi diatas berkontribusi memicu timbulnya infeksi jamur.

Kunci tatalaksana kasus infeksi jamur pada bayi adalah peningkatan oral hygiene yang adekuat. Apabila ditemui bercak putih yang dicurigai jamur dan tidak menimbulkan bekas hiperemis pada dasar mukosa, maka hal yang pertama kali dilakukan adalah segera membersihkan mulut bayi dan mengeliminasi faktor pemicunya. Penatalaksanaan kasus ini dilakukan secara komprehensif meliputi pemberian anti jamur dan koreksi faktor predisposisi. Pada awalnya bayi telah menerima terapi nistatin gel tetapi diduga karena cara pemberian yang tidak tepat disertai pemeliharaan oral hygiene tidak adekuat menyebabkan infeksi menetap dan bertambah parah.(Hidayatullah & Suci, 2022)

4. Seborrhea

Dermatitis seboroik (DS)/ Seborrhea adalah penyakit papuloskuamosa kronis yang menyerang bayi dan juga orang dewasa (Collins dan Hivnor, 2017). Biasanya terjadi pada area tubuh yang banyak mengandung kelenjar sebacea, scalp atau kulit kepala, wajah, dan badan (Jacoeb,T.N.A., 2017). Menurut Collins dan Hivnor (2017) DS sering ditemukan pada bagian tubuh dengan konsentrasi folikel sebacea yang tinggi dan aktif termasuk wajah, kulit kepala,telinga, dan bagian fleksura (inguinal, lipatan bawah payudara, dan aksila). Penyebaran lesi dermatitis seboroik dimulai dari derajat ringan, misalnya ketombe sampai dengan bentuk yang berat yaitu eritroderma (Jacoeb, 2017) (Ilmiah Kesehatan Sandi Husada et al., 2020)

Menurut Clark dkk., (2015) menyatakan bahwa prevalensi DS adalah 1% hingga 3% pada populasi umum dan 34% hingga 83% pada orang dengan keadaan defisiensi imun.Sedangkan prevalensi pria (3,0%) lebih sering terkena daripada wanita (2,6%) pada semua kelompok umur, hal ini menunjukkan bahwa dermatitis seboroik mungkin berkaitan dengan hormon seks seperti androgen (Borda dan Wikramanayake, 2015).

Insiden dermatitis seboroik mencapai puncaknya pada tiga periode usia, yaitu bayi usia tiga bulan pertama, selama pubertas dan pada usia dewasa dengan puncak pada usia 40 hingga 60 tahun (Borda dan Wikramanayake, 2015)

Sebuah penelitian yang dilakukan di India melaporkan bahwa 18,7% kasus DS pada bagian kulit kepala terjadi pada orang dewasa dan 13,4% dari anak-anak berusia kurang dari 5 tahun mengalami dermatitis seboroik, dengan puncak prevalensinya selama masa bayi dan menurun terus seiring dengan bertambahnya usia.(Ilmiah Kesehatan Sandi Husada et al., 2020)

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 merupakan kelainan kulit berupa peradangana superfisial yang kronik di daerah-daerah seborroik yakni daerah yang kaya akan kelenjar sebacea, 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 laun menghilang sekitar periode mingguan atau bulanan. Seborrhea ini juga merupakan radang berupa sisik yang berlemak dan eritema pada daerah yang memiliki banyak kelenjar sebaceous, biasanya di daerah kepala.

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 menimbulkan perlukaan.

Penyebab dari Seborrhea belum diketahui secara pasti. Banyak faktor yang diduga sebagai penyebab dari Dermatitis Seboroik, namun hanya didapatkan 3 faktor utama yaitu sekresi glandula sebaceous (seborrhea), keberadaan mikroba jamur *Malassezia* (efek mikrobial) dan kerentanan individu (gangguan system kekebalan tubuh. (Ely et al., 2020). Sedangkan menurut beberapa ahli yang menyatakan ada beberapa faktor penyebab seborrhea, yaitu sebagai berikut:

- Faktor hereditas, yaitu bisa disebabkan karena adanya faktor keturunan dari orang tua
- Intake makanan yang tinggi lemak dan kalori
- Asupan minuman beralkohol
- Adanya gangguan emosi.

Penyebab seborrhea masih belum di ketahui secara pasti, tetapi ada beberapa ahli yang menyatakan beberapa faktor penyebab seborrhea, yaitu :

- Kelenjar minyak pada bayi biasanya bekerja terlalu aktif akibat tingginya kadar hormon ibu yang mengalir di dalam tubuh bayi.
- Kurangnya kebersihan pada kulit bayi.
- Keringat yang berlebihan pada bayi.

Faktor hereditas,yaitu bisa disebabkan karena adanya faktor keturunan orangtua.

- Intake makanan yang berlemak dan berkalori tinggi.

- Asupan minuman beralkohol.
- Adanya gangguan emosi.

Dermatitis seborrhoe biasanya timbul secara bertahap, menyebabkan sisik kering atau berminyak di kulit kepala (ketombe), kadang disertai gatal-gatal tetapi tanpa kerontokan rambut. Pada kasus yang lebih berat, timbul beruntusan/jerawat bersisik kekuningan sampai kemerahan di sepanjang garis rambut, di belakang telinga, di dalam saluran telinga, alis mata dan dada.

Pada bayi baru lahir yang berumur kurang dari 1 bulan, dermatitis seboroik menyebabkan ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala (cradle cap) dan kadang tampak sebagai sisik berwarna kuning di belakang telinga atau beruntusan merah di wajah. Ruam di kulit kepala ini sering disertai dengan ruam popok. Pada anak-anak, dermatitis seboroik menyebabkan timbulnya ruam yang tebal di kulit kepala yang sukar disembuhkan. 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:

a. 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.

b. 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 *Pityrosporum Ovale*. Jamur inilah yang menyebabkan timbulnya seborrhea dan gatal pada kulit kepala.

Penatalaksanaan dermatitis seboroik tergantung kepada usia penderita. Khusus pada anak-anak dapat dilakukan penanganan sebagai berikut:

- 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.

- Bayi. Kulit kepala dicuci dengan sampo bayi yang lembut dan diolesi dengan krim hydrocortisone. Selama ada sisik, kulit kepala dicuci setiap hari dengan sampo yang lembut; setelah sisik menghilang cukup dicuci 2 kali/minggu. Kini 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.

c. Milliarasis

Masalah kulit yang sering terjadi pada bayi salah satunya adalah miliaria atau biang keringat, dapat juga disebut dengan keringat buntet. Presentase miliariasis 40-50%. Penyakit kulit ini sering terjadi pada daerah yang tropis karena memiliki musim kemarau yang lebih panjang. Miliaria adalah dermatosis atau penyakit kulit yang disebabkan karena retensi keringat akibat pori pada kelenjar keringat yang tersumbat dan tidak dapat keluar. Miliaria dapat timbul karena keadaan suhu, udara yang panas dan lembab, serta dapat juga karena infeksi bakteri (Saputra, 2014). Selain karena keadaan suhu, udara yang panas dan lembab, serta infeksi bakteri, penyebab timbulnya miliaria yang lain adalah penggunaan pakaian yang ketat dan aktivitas anak yang tinggi atau hiperaktif sehingga dapat memicu ruam pada biang keringat (Djuanda, 2013).

Biang keringat disebabkan oleh keringat yang terjebak di balik kulit dan tidak bisa menguap akibat kelenjarkeringat tubuh terhambat. Sebagai akibatnya, kulit mengalami peradangan dan timbul ruam. Berikut ini adalah beberapa factor yang bisa menghambat kelenjar keringat di dalam tubuh:

- Iklim tropis: Kemunculan biang keringat bisa disebabkan oleh cuaca /suhu lingkungan yang panas/lembab
- Kepanasan, Misalnya karena menggunakan pakaian yang terlalu tebal atau tidur dengan selimut yang berlebihan.

- Aktivitas fisik tertentu, Olahraga atau aktivitas fisik lain yang memerlukan aktivitas fisik yang berat hingga menyebabkan keluarnya banyak keringat dan terjadinya biang keringat
- Kelenjar keringat yang belum berkembang.

d. Tirah baring terlalu lama.

Risiko mengalami biang keringat juga tinggi pada pasien yang diwajibkan untuk beristirahat di tempat tidur untuk dalam waktu yang lama.

Penyebab Menurut Tando (2016) penyebab timbulnya miliaria antara lain, adalah:

- Higiene personal yang kurang.
- Ventilasi ruangan yang kurang baik sehingga udara di dalam ruangan akan menjadi panas atau lembab.
- Pakaian bayi yang terlalu tebal, ketat, dan hangat sehingga tidak dapat menyerap keringat dan menyebabkan suhu tubuh menjadi meningkat.
- Bayi yang terlalu banyak beraktivitas sehingga mengeluarkan keringat yang berlebihan.
- Tersumbatnya pori-pori dari kelenjar keringat oleh bakteri sehingga menimbulkan adanya peradangan dan edema akibat dari keringat yang tidak dapat keluar dan diabsorpsi oleh stratum korneum kulit.

Penatalaksanaan Penatalaksanaan pada kejadian miliaria menurut Tando (2016) yaitu antara lain:

- Prinsip pengobatan adalah dengan mengurangi produksi keringat secara berlebihan.
- Sebaiknya penderita berada di ruangan yang menggunakan air conditioning (AC) atau berada pada tempat yang udaranya sejuk dan kering. Untuk mengurangi produksi keringat yang berlebih, dapat juga menggunakan ventilasi ruang yang baik.
- Memberikan obat antikolinergik yang dapat mengurangi produksi keringat, misalnya dengan memberikan prantal, probantin, dan sebagainya.
- Menggunakan pakaian yang tipis, tidak ketat (longgar), dan dapat menyerap keringat.
- Obat topikal juga dapat diberikan, seperti bedak kocok yang bersifat mendinginkan dan desinfektan serta antigatal. Bila biang keringat berupa

gelembung kecil tanpa disertai dengan kemerahan, kering, dan tanpa keluhan dapat diberikan bedak setelah mandi.

- Memberikan obat antibiotik bila keluhan sangat gatal, luka, dan lecet.

Pengobatan

Kunci dari pengobatan dari miliaria adalah menempatkan penderita pada lingkungan yang dingin, sehingga pengeluaran keringat secara berlebih dapat berkurang. Pengobatan miliaria terutama terdiri dari pengendalian panas dan kelembaban sehingga keringat tidak terangsang. Sumbatan keratin yang menutupi lubang keringat akan berangsur lepas selama beberapa hari sampai kurang lebih 2 minggu. Pengobatan topikal yang telah dianjurkan melibatkan lotion yang mengandung calamine, asamborat, atau menthol, kortikosteroid topikal dan antibiotic topikal (Levin, 2016).

Pencegahan

Menurut Pasaribu (2007), untuk mencegah terjadinya miliaria adalah sebagai berikut:

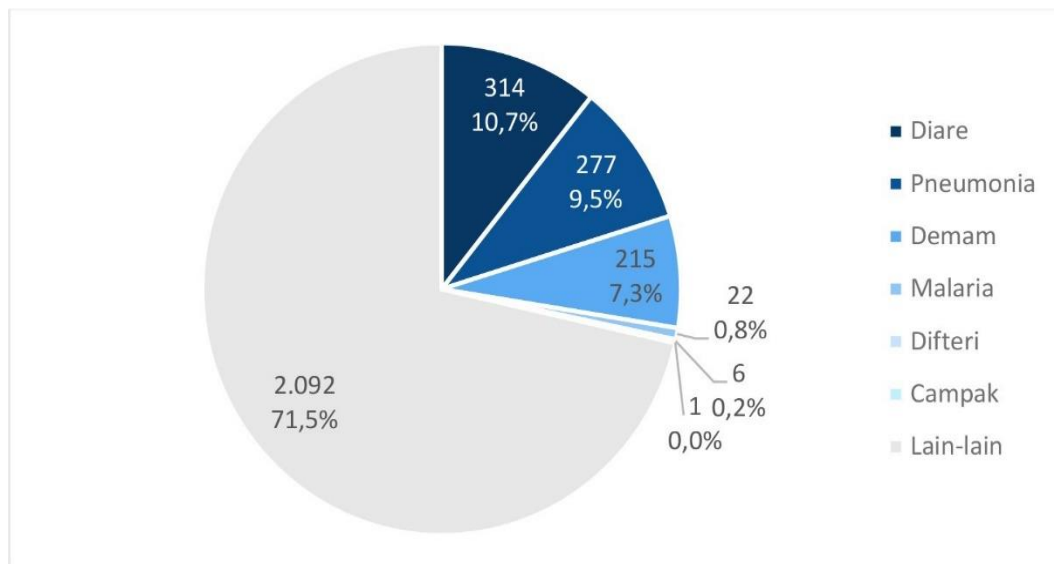
- Bayi dianjurkan mandi secara teratur paling sedikit 2 kali sehari menggunakan air dingin dan sabun.
- Setelah selesai mandi memastikan semua lipatan kulit bayi seperti ketiak, leher, paha, dan lutut harus benar-benar kering kemudian mengoleskan bedak keseluruhan tubuh dengan tipis.
- Bila berkeringat, sesering mungkin membasuh dengan menggunakan handuk (lap) basah, kemudian mengeringkan dengan handuk atau kain yang lembut, setelah itu dapat diberikan bedak tabur.
- Tidak memberikan bedak tanpa membasuh keringat terlebih dahulu, karena akan memperparah penyumbatan sehingga mempermudah terjadinya infeksi baik oleh karena jamur maupun bakteri.
- Menghindari penggunaan pakaian tebal, bahan nilon, atau wol yang tidak dapat menyerap keringat.
- Tujuh puluh persen biang keringat timbul pada bayi karena sirkulasi udara kamar yang tidak baik. Untuk itu mengusahakan udara di dalam kamar mengalir dengan baik sehingga kamar selalu sejuk.

Dampak Miliaria merupakan penyakit kulit yang jarang dilaporkan dan tidak membutuhkan pengobatan khusus, tetapi jika penyakit ini tidak mendapatkan penanganan yang tepat dapat menimbulkan komplikasi berupa infeksi sekunder

(infeksi yang terjadi akibat dari penyakit sebelumnya) antara lain adalah menunjukkan tanda-tanda dehidrasi (mulut kering, bibir pecah-pecah, dan mata cekung), nafsu makan menurun, muntah, demam, dan juga dapat terjadi kejang (Levin, et al., 2017).

PENYAKIT-PENYAKIT PADA BAYI DAN ANAK BALITA YANG TERJADI DI INDONESIA

Masa bayi dan anak balita, adalah periode kehidupan yang masih sangat rawan. Oleh karenanya pada periode ini masih sangat perlu diperhatikan. Gambar di bawah ini menunjukkan bahwa ada beberapa penyakit yang menyebabkan kematian.(Nurjasmi, 2021)



Gambar 1.1 Penyebab kematian Bayi pada usia 12-59 Bulan

Gambar di atas menunjukkan bahwa 3 penyebab terbesar kematian bayi adalah diare, pneumonia dan demam.

Ketiga penyakit tersebut dijabarkan sebagai berikut:

1. Diare

Dalam beberapa referensi diare merupakan masalah yang lazim terjadi pada periode bayi dan balita. Namun jika mengingat diare bisa disebabkan karena infeksi bakteri, maka diare dapat digolongkan menjadi penyakit. Pengkategorian ini juga mengacu kepada informasi bahwa diare merupakan salah satu penyebab kematian neonatal.

Tujuan Pemberian Cairan Pada Anak:

- Pemberian cairan merupakan terapi pada anak dalam semua kondisi

- Pemberian oral
- Input vs. output
- Memenuhi kebutuhan air dan elektrolit:
- Kebutuhan rumatan (maintenance)
- Penggantian cairan yang telah hilang sebelumnya (deficit)
- Kehilangan cairan yang sedang terjadi (ongoing losses)

Tanda-tanda dehidrasi:(Depkes RI, 2011)

Klasifikasikan tanda-tanda tersebut sesuai dengan tabel derajat dehidrasi di bawah.

Gejala/ derajat dehidrasi	Diare tanpa dehidrasi	Diare dehidrasi Ringan/ Sedang	Diare dehidrasi Berat
	Bila terdapat dua tanda atau lebih	Bila terdapat dua tanda atau lebih	Bila terdapat dua tanda atau lebih
Keadaan umum	Baik, sadar	Gelisah, rewel	Lesu, lunglai / tidak sadar
Mata	Tidak cekung	Cekung	Cekung
Keinginan untuk minum	Normal, tidak ada rasa haus	Ingin minum terus, ada rasa haus	Malas minum
Turgor	Kembali segera	Kembali lambat	Kembali sangat lambat

2. Pneumonia

Saat ini Save The Children mengembangkan kampanye STOP Pneumonia yang terintegrasi dengan menyasar pada perubahan perilaku guna mengatasi pneumonia pada anak ke masyarakat luas, sosialisasi para pemangku kepentingan, mobilisasi sosial dan kampanye parenting untuk menguatkan peran ayah dalam keluarga.

Penyakit Pneumonia merupakan radang paru yang diakibatkan bakteri, virus dan jamur yang ada dimana-mana sehingga menyebabkan demam, pilek, batuk, sesak napas dan ketika kekebalan bayi dan balita rendah maka fungsi paru terganggu sedangkan tingkat kekebalan bayi dan balita rendah disebabkan karena asap rokok, asap/debu didalam rumah merusak saluran napas, ASI

sedikit/hanya sebentar, gizi kurang, imunisasi tidak lengkap, berat lahir rendah, penyakit kronik dan lainnya.

Diketahui Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 juga menunjukkan angka prevalensi pneumonia pada balita tinggi yaitu 4,5 per 100 balita. Hal ini berarti, 4-5 dari 100 balita, menderita Pneumonia. Sementara Berdasarkan laporan WHO tahun 2017 15% dari kematian anak dibawah 5 tahun atau 5,5 juta disebabkan pneumonia dan berdasarkan sampel sistem registrasi Balitbangkes tahun 2016 jumlah lebih dari 800.000 anak di Indonesia. Keluarga berperan yang besar dalam kesehatan anak sebagai generasi penerus bangsa yang harus mendapat perlindungan dan hak kesehatannya termasuk STOP Pneumonia dengan cara 1) ASI eksklusif 6 bulan, menyusui ditambah MPASI selama 2 tahun, 2) Menuntaskan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) untuk anak, 3) obati ke Fasilitas Kesehatan jika anak sakit, 4) Pastikan kecukupan gizi seimbang pada anak, 5) Menerapkan Pola Hidup Bersih dan Sehat serta 6) Manfaatkan buku KIA untuk mendapatkan informasi kesehatan anak.

Akibat pneumonia pada balita sesungguhnya dapat dicegah dan diobati, Pemerintah dan masyarakat harus bekerja bersama agar anak Indonesia bebas dari pneumonia, saya sampaikan juga terima kasih kepada bunda dan ayah yang telah berhasil menyelamatkan anaknya dari pneumonia sehingga menjadi inspirasi untuk mengobati dan mencegah penyakit pneumonia dan juga apresiasi seluruh tenaga kesehatan dan kader yang telah dan sedang memberikan pelayanan kesehatan di masa pandemi ini untuk menyelamatkan anak Indonesia dari berbagai penyakit.

3. Demam

Demam pada bayi merupakan salah satu gejala suatu penyakit. Istilah lain dari demam adalah hipertermia. Meskipun secara klinis hipertermia relatif lebih jarang terjadi bila dibandingkan dengan hipotermia, tetapi seperti juga pada hipotermi, hipertermi dapat menimbulkan kegawatan pada BBL. Hipertermia dapat disebabkan oleh suhu lingkungan yang berlebihan, infeksi, dehidrasi atau perubahan mekanisme pengaturan panas sentral yang berhubungan dengan trauma lahir pada otak, malformasi dan obat-obatan (Hernawati & Lia, 2017).

Sepsis neonatal sebagai salah satu penyebab utama kematian pada BBL, ditandai antara lain dengan demam tinggi (suhu lebih dari 38° C), meskipun tidak jarang juga ditandai dengan hipotermi. Episode demam muncul pada hari

pertama kehidupan, kadang-kadang muncul pada hari ketiga, yang secara umum sering disebabkan oleh infeksi bakteri.

a. Pengertian Hipertermia

Hipertermi terjadi jika suhu tubuh BBL mengalami peningkatan yaitu > 37,5° C. Hipertemi muncul sebagai akibat kenaikan suhu lingkungan khususnya pada bayi kurang bulan. (Kosim dkk, 2014).

b. Patofisiologi

Suhu tubuh diatur dengan mengimbangi produksi panas terhadap kehilangan panas. Bila kehilangan panas dalam tubuh lebih besar dari pada laju pembentukan panas maka akan terjadi penurunan suhu tubuh. Begitu juga sebaliknya bila pembentukan panas dalam tubuh lebih besar dari pada kehilangan panas. timbul panas di dalam tubuh dan suhu tubuh akan meningkat. Gangguan salah satu atau lebih unsur-unsur termoregulasi akan mengakibatkan suhu tubuh berubah, menjadi tidak normal. Apabila terjadi paparan dingin, secara fisiologis tubuh akan memberikan respon untuk menghasilkan panas berupa.

c. Shivering thermoregulation/ST

Merupakan mekanisme tubuh berupa menggigil atau gema tar secara involunter akibat dari kontraksi otot untuk meng hasilkan panas.

d. Non-shivering thermoregulation/NST

Merupakan mekanisme yang dipengaruhi oleh stimulasi sistem saraf simpatis untuk menstimulasi proses metabolik dengan melakukan oksidasi terhadap jaringan lemak coklat. Peningkatan metabolisme jaringan lemak coklat akan meningkatkan produksi panas dari dalam tubuh.

e. Vasokonstriksi perifer

Mekanisme ini juga distimulasi oleh sistem saraf simpatis, kemudian sistem saraf perifer akan memicu otot sekitar arteriol kulit untuk berkontraksi sehingga terjadi vasokonstriksi. Keadaan ini efektif untuk mengurangi aliran darah ke jaringan kulit dan mencegah hilangnya panas yang tidak berguna.

Pada orang dewasa, pengaturan suhu tubuh untuk melawan kehilangan panas dicapai oleh suatu sistem yang kompleks melalui hipotalamus, yaitu dengan mekanisme proses peningkatan penyimpanan dan peningkatan produksi panas dengan shivering dan non shivering thermogenesis (NST). Serta dengan peningkatan penyimpanan panas dengan vasokonstriksi

perifer, yang akan menurunkan konduksi hilangnya panas melalui kulit. Menggigil merupakan usaha tubuh untuk menaikkan metabolisme basal, sedangkan NST dengan melalui peningkatan kadar tiroksin dan epinefrin untuk melawan kehilangan panas. Umpan balik negatif pada dasarnya menciptakan suatu keseimbangan antara produksi panas dan hilangnya panas.

Untuk bayi, respon fisiologi terhadap paparan dingin adalah dengan proses oksidasi dari lemak coklat atau jaringan adiposa coklat. Pada bayi BBL, NST (proses oksidasi jaringan lemak coklat) adalah jalur yang utama dari suatu peningkatan produksi panas yang cepat, sebagai reaksi atas paparan dingin. Sepanjang tahun pertama kehidupan, jalur ST mengalami peningkatan sedangkan untuk jalur NST selanjutnya akan menurun.

Jaringan lemak coklat berisi suatu konsentrasi yang tinggi dari kandungan trigliserida, merupakan jaringan yang kaya kapiler dan dengan rapat diinervasi oleh saraf simpatik yang berakhir pada pembuluh-pembuluh darah balik dan pada masing-masing adiposit. Masing-masing sel mempunyai banyak mitokondria, tetapi yang unik di sini adalah proteinnya terdiri dari protein tak berpasangan yang mana akan membatasi enzim dalam proses produksi panas. Dengan demikian, akibat adanya aktivitas dari protein ini, maka apabila lemak dioksidasi akan terjadi produksi panas, dan bukan energi yang kaya ikatan fosfat seperti pada jaringan lainnya. Noradrenalin akan merangsang proses lipolisis dan aktivitas dari protein tak berpasangan, sehingga dengan begitu akan menghasilkan panas.

Meskipun paparan dingin telah terbukti merupakan salah satu keadaan yang menginisiasi timbulnya pernafasan pada saat kelahiran, serta dalam beberapa penelitian dilaporkan bahwa paparan dingin dapat digunakan untuk mengura- Tanti risiko terjadinya kerusakan permanen sel-sel otak pada bayi-bayi dengan ensefalopati iskemik hipoksik, tetapi disisi lain paparan dingin yang berkepanjangan harus dihindar- kan oleh karena dapat menimbulkan efek samping serta gangguan-gangguan metabolik yang berat. Segera setelah lahir, tanpa penanganan yang baik, suhu tubuh bayi rata- rata akan turun $0,1^{\circ}\text{C}$ - $0,3^{\circ}\text{C}$ setiap menitnya, sedangkan LeBlanc (2002) menyebutkan bahwa suhu tubuh bayi akan turun 2°C dalam setengah jam pertama kehidupan. WHO Consultative Group on Thermal Control menyebutkan bahwa BBL yang tidak mendapatkan penanganan yang te- pat, suhunya akan turun 2°C - 4°C dalam 10-20 menit kemudian setelah kelahiran.

f. Peningkatan Suhu Tubuh

Mekanisme terjadinya kenaikan suhu pada BBL masih belum jelas, tetapi secara umum disebabkan oleh adanya dua hal yaitu kenaikan suhu lingkungan, serta adanya kenaikan set-point temperatur di hipotalamus sebagai akibat adanya pirogen imunogenik yang disebabkan karena infeksi.

Produksi panas tubuh meningkat melalui proses NST dan pem- tubuh menurun karena adanya vasokonstriksi, hal ini dapat disebabkan karena perawatan di dalam inkubator atau buangan panas dibawah pemancar panas yang tidak terkontrol suhunya dengan baik. Hipertermi juga dapat terjadi karena kenaikan metabolisme tubuh akibat adanya spasme otot, ataupun suatu status epilepti kus. Selain karena infeksi, kenaikan set-point di hipotalamus juga dapat disebabkan oleh kelainan bawaan yang mengenai otak seperti adanya hidraensefali, ensefalokel, holoproensefali dan tri- somi 13, ataupun suatu asfiksia yang berat, yang pada umumnya mempunyai nilai prognostik yang jelek.

g. Diagnosis : suhu tubuh bayi > 37,5 °C

Tanda dan Gejala

Hipertermi ditandai dengan perabaan yang hangat/panas, in- tabel, takipnea dan takikardi, tidak mau minum, tonus otot dan aktivitas menurun, berkeringat. Pada keadaan yang berat akan menyebabkan hipoksia, asidosis metabolik, hipoglikemia, hipo- tensi, kejang dan kematian.

Melalui aksila merupakan prosedur pengukuran suhu bayi yang dianjurkan, oleh karena mudah, sederhana dan aman. Tetapi pengukuran melalui rektal sangat dianjurkan untuk dilakukan pertama kali pada semua BBL, oleh karena sekaligus sebagai tes skrining untuk kemungkinan adanya anus imperforatus Pengukuran suhu rektal tidak dilakukan sebagai prosedur pemeriksaan yang rutin kecuali pada bayi-bayi sakit.

h. Manajemen atau penatalaksanaan

Kesempatan untuk bertahan hidup pada BBL ditandai dengan keberhasilan usahanya dalam mencegah hilangnya panas dari tubuh. Untuk itu, BBL haruslah dirawat dalam lingkungan suhu netral (Neutral Thermal Environment/NTE).

TEMUAN		
Anamnesis	Pemeriksaan	Klasifikasi
Bayi berada dilingkungan yang sangat panas, terpapar sinar matahari, berada di dalam inkubator, atau di bawah pemancar panas.	- Suhu Tubuh > 37,5°C - Tanda dehidrasi (elastisitas kulit turun, mata dan ubun-ubun besar cekung, lidah dan membran mukosa kering) - Malas minum - Frekuensi nafas > 60 kali/menit - Denyut jantung > 160 kali/menit - Letargi - Iritabel	Hipertermia

Diagnosis pada kolom sebelah kanan tidak dapat ditegakkan apabila temuan yang dicetak tebal tidak dijumpai pada bayi. Adanya temuan yang dicetak tebal, juga tidak menjamin diagnosis tegak. Diagnosis ditegakkan hanya bila didapat temuan yang dicetak miring. Temuan lain yang dicetak tegak merupakan penunjang yang dapat membantu menegaskan diagnosis, tetapi bila tidak dijumpai tidak dapat digunakan untuk menyingkirkan diagnosis.

Tabel Klasifikasi dan Manajemen Hipertermia
Sumber : Kosim, Surjono, Setyowireni dalam Kosim,dkk 2014.

Penatalaksanaan :

- Jangan memberi obat antipiretik kepada bayi yang suhu tubuh- nya tinggi
- Bila suhu diduga karena paparan panas yang berlebihan:
 - Bila bayi belum pernah diletakkan di dalam alat penghangat:
 - Letakkan bayi di ruangan dengan suhu lingkungan normal (25-28° C).
 - Lepaskan sebagian atau seluruh pakaiannya bila perlu.
 - Periksa suhu aksilar setiap jam sampai tercapai suhu dalam batas normal.
 - Bila suhu sangat tinggi (>39° C), bayi dikompres atau dimandikan selama 10-15 menit dalam air yang suhunya 4°C lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Jangan menggunakan air dingin atau air yang suhunya tinggi lebih rendah dari 4°C di bawah suhu bayi.
 - Bila bayi pernah diletakkan di bawah pemancar panas atau binkubator:

- Turunkan suhu alat penghangat, bila bayi di dalam inkubator, buka inkubator sampai suhu dalam batas normal.
- Lepas sebagian atau seluruh pakaian bayi selama 10 menit kemudian beri pakaian lagi sesuai dengan alat penghangat yang digunakan.
- Periksa suhu bayi setiap jam sampai tercapai suhu dalam batas normal.
- Periksa suhu inkubator atau pemancar panas setiap jam dan sesuaikan pengatur suhu.
- Bila bukan karena paparan panas yang berlebihan:
- Terapi untuk kemungkinan besar sepsis.
- Letakkan bayi di ruang dengan suhu lingkungan normal (25-28°).
- Lepaskan sebagian atau seluruh pakaiannya bila perlu.
- Periksa suhu aksilar setiap jam sampai tercapai suhu dalam batas normal.
- Bila suhu sangat tinggi (lebih dari 39° C), bayi dikompres atau dimandikan selama 10-15 menit dalam air yang suhunya 4°C lebih rendah dari suhu tubuh bayi.

Manajemen lanjutan suhu lebih 37,5° C

- Yakinkan bayi mendapat masukan cukup cairan
 - Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya. Bila bayi tidak dapat menyusui, beri ASI peras dengan salah satu alternatif cara pemberian minum.
 - Bila terdapat tanda dehidrasi (mata atau ubun-ubun besar cekung elastisitas kulit turun, lidah dan membran mukosa kering), tangani dehidrasi.
- Periksa kadar glukosa darah, bila kurang dari 45 mg/dL (2,6 mmol/L), tangani hipoglikemia.
- Cari tanda sepsis, sekarang dan ulangi lagi bila suhu telah mencapai batas normal.
- Setelah suhu bayi normal:
 - Lakukan perawatan lanjutan.
 - Pantau bayi selama 12 jam berikutnya, periksa suhu setiap 3 jam.

- Bila suhu tetap dalam batas normal dan bayi dapat minum dengan baik serta tidak ada masalah lain yang memerlukan perawatan di rumah sakit, bayi dapat dipulangkan. Nasihati ibu cara menghangatkan bayi di rumah dan melindungi dari pancaran panas yang berlebihan.

SEPULUH LANGKAH PROTEKSI TERMAL

Sepuluh Langkah Proteksi Termal/Warm chain, adalah serangkaian tindakan yang dilakukan pada BBL, dengan tujuan untuk menghindarkan terjadinya stres hipotermi maupun hipertermi, serta menjaga suhu tubuh bayi tetap berada dalam keadaan normal yaitu antara 36,5°C-37,5°C.

1. Langkah ke 1 : Ruang melahirkan yang hangat

Selain bersih, ruang bersalin tempat ibu melahirkan, harus cukup hangat dengan suhu ruangan antara 25°C - 28°C serta bebas dari aliran arus udara melalui jendela, pintu, ataupun dari kipas angin. Selain itu sarana resusitasi lengkap yang diperlukan untuk pertolongan BBL sudah disiapkan, serta harus dihadiri paling tidak 1 orang tenaga terlatih dalam resusitasi BBL sebagai penanggung jawab pada perawatan BBL.

2. Langkah 2 : Pengeringan segera

Segera setelah lahir, bayi dikeringkan kepala dan tubuhnya, dan segera mengganti kain yang basah dengan kain yang hangat dan kering. Kemudian diletakkan di permukaan yang hangat seperti pada dada atau perut ibunya atau segera dibungkus dengan pakaian hangat. Kesalahan yang sering dilakukan adalah, konsentrasi penolong kelahiran terutama pada oksigenasi dan tindakan pompa jantung pada waktu resusitasi, sehingga me- lupakan kontrol terhadap paparan dingin yang kemungkinan besar terjadi segera setelah bayi dilahirkan.

3. Langkah ke 3 : Kontak kulit dengan kulit

Kontak kulit dengan kulit adalah cara yang sangat efektif untuk mencegah hilangnya panas pada BBL, baik pada bayi-bayi aterm maupun preterm. Dada atau perut ibu, merupakan tempat yang sangat ideal bagi BBL untuk mendapatkan lingkungan suhu yang tepat. Apabila oleh karena sesuatu hal melekatkan BBL ke dada atau perut ibunya tidak dimungkinkan, maka bayi yang telah dibungkus dengan kain hangat, dapat diletakkan dalam dekapan lengan ibunya.

Metode perawatan kontak kulit dengan kulit (skin to skin contact/kanggoroo mother care/KMC/perawatan bayi lekat) dalam perawatan bayi selanjutnya sangat dianjurkan khususnya untuk bayi-bayi kecil, oleh karena dari beberapa penelitian dilaporkan adanya penurunan secara bermakna angka kesakitan dan angka kematian bayi-bayi kecil.

4. Langkah ke 4 : Pemberian ASI

Pemberian ASI sesegera mungkin, sangat dianjurkan dalam jam- jam pertama kehidupan BBL. Pemberian ASI dini dan dalam jumlah yang mencukupi akan sangat menunjang kebutuhan nutrisi, serta akan berperan dalam proses termoregulasi pada BBL.

5. Langkah ke 5: Tidak segera memandikan/menimbang bayi

Memandikan bayi dapat dilakukan beberapa jam kemudian (paling tidak setelah 6 jam) yaitu setelah keadaan bayi stabil. Oleh karena tindakan memandikan bayi segera setelah lahir, akan menyebabkan terjadinya penurunan suhu tubuh bayi. Mekoneum, darah atau sebagian verniks, dapat dibersihkan pada waktu tindakan mengeringkan bayi. Sisa verniks yang masih menempel di tubuh bayi tidak perlu dibuang, setelah tindakan tersebut akan menyebabkan iritasi kulit juga verniks tersebut masih bermanfaat sebagai pelindung panas tubuh bayi, dan akan direabsorbsi dalam hari-hari pertama kehidupan bayi.

Menimbang bayi dapat ditunda beberapa saat kemudian, oleh karena dengan tindakan menimbang sangat dimungkinkan akan terjadi penurunan suhu tubuh bayi. Sangat dianjurkan pada waktu menimbang bayi, timbangan yang digunakan diberi alas kain hangat.

6. Langkah ke 6: Pakaian dan selimut bayi yang adekuat

Secara umum, BBL memerlukan beberapa lapis pakaian dan selimut lebih banyak daripada orang dewasa. Pakaian, dalam hal ini juga meliputi topi, karena sebagian besar (kurang lebih 25%) kehilangan panas dapat terjadi melalui kepala bayi. Pakaian dan selimut seyogyanya cukup longgar, sehingga memungkinkan adanya lapisan udara diantara permukaannya sebagai penyangga panas tubuh yang cukup efektif. Bedong (swaddling) yang biasanya sangat erat sebaiknya dihindarkan, selain menghilangkan lapisan udara sebagai penyangga panas, juga menaikkan risiko terjadinya pneumonia dan penyakit infeksi saluran nafas lainnya, karena tidak memungkinkan paru bayi mengembang sempurna pada waktu bernafas.

Pada perawatan BKB selain dengan cara perawatan bayi lekat, pakaian dan selimut hangat, penggunaan plastik sebagai selimut pelapis, atau meletakkan bayi di bawah pemancar panas, dilaporkan sangat bermanfaat untuk memperkecil proses kehilangan panas. Dalam hal ini temperatur harus selalu dimonitor dengan ketat, untuk menghindarkan terjadinya hipertermi. Bayi yang lahir dari ibu dengan demam, mempunyai risiko untuk terjadinya depresi pernafasan, kejang, risiko yang meningkat terjadinya kematian atau palselebral. Pada penelitian binatang percobaan, telah terbukti bahwa hipertermi selama atau setelah keadaan hipoksia, sering dihubungkan dengan adanya kerusakan jaringan otak. Oleh karena itu, sangat dianjurkan untuk menghilangkan terjadinya hipertermia pada bayi BBL.

7. Langkah ke 7: Rawat gabung

Bayi-bayi yang dilahirkan di rumah ataupun yang dilahirkan di rumah sakit, seyogyanya dijadikan satu, dalam tempat tidur yang sama dengan ibunya, selama 24 jam penuh dalam ruangan yang cukup hangat (minimal 25° C). Hal ini akan sangat menunjang pemberian ASI on demand, serta mengurangi risiko terjadinya infeksi nosokomial pada bayi-bayi yang lahir di rumah sakit.

8. Langkah ke 8: Transportasi hangat

Apabila bayi perlu segera dirujuk ke rumah sakit, atau ke bagian lain di lingkungan rumah sakit seperti di ruang rawat bayi atau di NICU, sangat penting untuk selalu menjaga kehangatan bayi selama dalam perjalanan. Apabila memungkinkan, adalah merujuk bayi bersamaan dengan ibunya dalam perawatan bayi lekat, oleh karena hal ini merupakan cara yang sederhana dan aman.

9. Langkah ke 9: Resusitasi hangat

Pada waktu melakukan resusitasi, perlu menjaga agar tubuh bayi tetap hangat. Hal ini sangat penting, oleh karena bayi-bayi yang mengalami asfiksia, tubuhnya tidak dapat menghasilkan panas yang cukup efisien sehingga mempunyai risiko tinggi menderita hipotermia.

Pada waktu melakukan resusitasi di rumah sakit, memberikan lingkungan yang hangat dan kering, dengan meletakkan bayi di bawah alat pemancar panas, merupakan salah satu dari rangkaian prosedur standar resusitasi BBL.

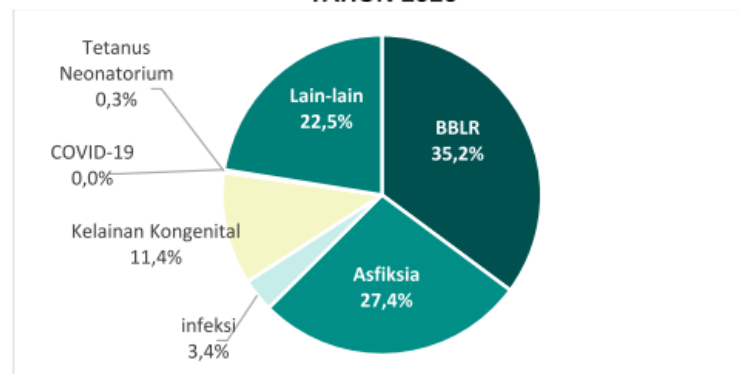
10. Langkah ke 10: Pelatihan dan sosialisasi rantai hangat

Semua pihak yang terlibat dalam proses kelahiran serta perawatan bayi (dokter, bidan, perawat, dukun bayi dan lain-lain). perlu dilatih dan diberikan pemahaman tentang prinsip-prinsip serta prosedur yang benar tentang rantai hangat. Keluarga dan anggota masyarakat yang mempunyai bayi di rumah, perlu diberikan pengetahuan dan kesadaran tentang pentingnya, menjaga agar bayinya selalu tetap hangat.

BAYI RISIKO TINGGI DAN BERMASALAH SERTA PENATAKSANAANNYA PADA BAYI DAN ANAK BALITA YANG TERJADI DI INDONESIA

Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator penting capaian program dalam bidang Kesehatan. Angka Kematian bayi berhasil diturunkan menjadi 24 per 1000 kelahiran hidup (SDKI, 2017) dari jumlah sebelumnya 32 per 1000 kelahiran hidup dan saat ini telah menurun menjadi 16, 85 kematian per 1000 kelahiran hidup (Badan Pusat Statistik, 2021) Hal yang berbeda terjadi pada penurunan kematian Neonatal. Penurunan kematian neonatal (AKN) berlangsung lambat dari 19 pada tahun 2012 menjadi 15 pada tahun 2017. (Kementerian Kesehatan RI, 2021)

PROPORSI PENYEBAB KEMATIAN NEONATAL (0-28 HARI) DI INDONESIA TAHUN 2020



Sumber: Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, 2021

Proporsi penyebab kematian neonatal yang terjadi di Indonesia, yaitu

- BBLR/Prematuritas (35,3%)
- Asfiksia Neonatorum (27,0%)
- Kelainan bawaan (21,4%)
- Sepsis (12,5%)
- Tetanus Neonatorum (3,5%)
- Lain-lain (0,3%)

Beberapa penyebab kematian diatas digolongkan menjadi bayi berisiko tinggi. Bayi risiko tinggi merupakan kelompok yang mempunyai kemungkinan lebih tinggi untuk mengalami kesakitan dan kematian, termasuk diantaranya gangguan tumbuh kembang

1. BBLR

Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah keadaan berat badan bayi lahir < 2.500 gram tanpa memandang usia kehamilan. Namun ada beberapa referensi yang membandungkan atau mengkategorikan berdasarkan usia kehamilan.

Kategori BBLR tanpa melihat usia kehamilan:

- BBLR : Berat Badan Lahir Rendah (Berat lahir kurang dari 2.500 gram)
- BBLSR: Berat Badan Lahir Sangat Rendah (Berat lahir antara 1000 gram sampai 1.500 gram)
- BBLER : Berat Badan Lahir Ekstrim Rendah (Berat lahir kurang dari 1.000 gram)

Kategori BBLR dengan mempertimbangkan usia kehamilan:

- BBLR dengan usia gestasi < 37 minggu (NKB)
- BBLR dengan usia gestasi > 37 minggu (KMK), dibedakan menjadi
 - BBLR simetris : kemungkinan dikarenakan kekurangan nutrisi sejak awal kehamilan , genetik, cacat bawaan dan TORCH
 - BBLRS asimetris : kemungkinan dikarenakan kekurangan nutrisi pada Triwulan III kehamilan, adanya gangguan vaskularisasi, Ibu muda, pendek dan perokok(Budining WM, 2018)

Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya BBLR, antara lain:

- Faktor umur ibu, paritas, ras, inferlitas, riwayat kehamilan tidak baik, lahir abnormal, jarak kelahiran terlalu dekat, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) pada anak sebelumnya, penyakit akut dan kronik, kebiasaan tidak baik seperti meroko dan minum alkohol, preeklamsi dan lain-lain
- Faktor plasenta tumor, kehamilan ganda.
- Faktor janin infeksi bawaan, kelainan kromosom.
- Faktor janin, contohnya prematur, hidramnion, kehamilan kembar/ganda (gemeli) dan kelainan kromosom.
- Faktor lingkungan, contohnya tempat tinggal di dataran tinggi, radiasi, sosio ekonomi rendah dan paparan zat racun.

Selain memperhatikan penyebab, upaya penatalaksanaan BBLR juga harus diperhatikan, antara lain:

- Stabilisasi suhu, jaga bayi agar tetap hangat. Karena rentan terhadap hipotermia sehinggadijaga agar tetap hangat. Caranya agar menjaga agar tubuh bayi tetap kering dan terhindar dari aliran angin serta benda bersuhu dingin.
- Jaga jalan nafas tetap bersih dan terbuka.
- Nilai segera kondisi bayi, terutama tanda vital : frekuensi pernafasan, krekkuensi denyut jantung, warna kulit dan aktivitas.
- Kelola sesuai dengan kondisi spesifik atau komplikasinya. Jika bayi mengalami gangguan nafas, kelola gangguan nafas. Jika bayi kejang hentikan kejang dengan konvulsan, jika bayi dehidrasi pasang jalur intravena lalu berikan cairan dehidrasi.

Beberapa komplikasi yang mungkin terjadi pada kasus BBLR, antara lain Sindrom gangguan pernapasan. Disebut juga penyakit membran hialin karena membran hialin melapisi lapisan paru-paru pada tahap akhir.

a. Pneumonia aspirasi.

Penyakit ini sering terjadi pada bayi prematur karena refleks menelan dan batuk belum berkembang sempurna. Penyakit ini dapat dicegah dengan perawatan yang baik.

b. Perdarahan intraventrikular.

Pendarahan spontan ke dalam ventrikel lateral sebagian besar disebabkan oleh anoksia serebral. Biasanya terjadi bersamaan dengan pembentukan membran hialin di paru-paru. Sayangnya, seringkali tidak mungkin untuk membedakan dispnea yang disebabkan oleh perdarahan serebral dari dispnea yang disebabkan oleh sindrom gangguan pernapasan idiopatik dan kelainan ini biasanya tidak ditemukan sampai otopsi.

c. Fibroplasia retrolental.

Penyakit ini terjadi terutama pada bayi prematur dan disebabkan oleh kekurangan oksigen yang berlebihan. Ketika oksigen konsentrasi tinggi digunakan, pembuluh darah di retina menyempit. Lalu saat bayi kembali menghirup udara normal, pembuluh darah ini mengalami vasodilatasi diikuti oleh proliferasi pembuluh darah baru yang tidak menentu.

Hal paling penting untuk mencegah fibroplasia retrolental ialah:

- Untuk bayi BBLR, penggunaan oksigen tidak lebih dari 40% dengan memberikan oksigen melalui corong dengan kecepatan 2 liter/menit,
- Tidak menggunakan oksigen untuk mencegah timbulnya apneu atau sianosis,
- untuk bayi dengan berat badan kurang dari 2000 gram, pemberian oksigen harus berhati-hati dan sebaiknya PaO₂ selalu dimonitor.

d. Hiperbilirubinemia.

Hiperbilirubinemia lebih sering terjadi pada bayi prematur daripada bayi cukup bulan. Hal ini disebabkan oleh faktor maturasi hati, sehingga konjugasi bilirubin indirek menjadi bilirubin direk tidak sempurna.

e. Bayi Prematur Mudah Terkena Infeksi

Daya tahan tubuh bayi prematur masih lemah, kemampuan leukosit masih kurang, serta pembentukan anti bodi yang belum sempurna meningkatkan risiko infeksi pada bayi.

Tanda Dan Gejala/Karakteristik Klinis

- Berat badan < 2500 gr,
- Panjang badan $\leq$ 45 cm,
- Lingkar dada < 30 cm, lingkar kepala < 33 cm.
- Usia gestasi dibawah 37 minggu.
- Ciri fisik sangat bergantung pada maturitas/kematangan janin atau lamanya masa gestasi. Kepala bayi relatif lebih besar daripada badannya, kulit tipis, lanugo banyak, lemak subkutan sedikit.
- Osifikasi tengkorak sedikit, ubun-ubun dan sutura lebar, genitalia immatur.
- Penurunan testis tidak lengkap dan labia minora tidak menutupi labia majora. Pembuluh darah kulit sangat terlihat dan peristaltik usus juga bisa terlihat.
- Rambut lebih tipis, halus dan teranyam menyebabkan sulit dilihat satu-persatu.
- Tulang rawan dan daun telinga belum cukup sehingga daun telinga masih kurang elastisitas.
- Jaringan mammae dan puting susu belum terbentuk sempurna.
- Posisi Bayi prematur masih posisi fetal yaitu posisi dekubitus lateral, sehingga kurang pergerakan kurang dan masih lemah.
- Aktifitas bayi lebih banyak tidur.

- Tangisan bayi prematur terdengar lemah, pernafasan belum teratur dan sering terjadi serangan apneu.
- Otot masih hipotonik yang menyebabkan sikap tubuh selalu pada keadaan kedua tungkai dalam abduksi, sendi lutut dan sendi kaki dalam fleksi dan kepala menghadap ke satu arah.
- Refleks primitif pada bayi seperti refleks tonic neck biasanya lemah, refleks Moro bisa positif, refleks mengisap dan menelan belum sempurna, demikian pula refleks batuk.
- Saat bayi lapar biasanya menangis, gelisah, aktivitas meningkat. Jika tanda lapar ini tidak ditemukan dalam 3 hari, kemungkinan besar bayi mengalami infeksi atau perdarahan intrakranial. Seringkali ada pembengkakan pada anggota badan yang menjadi lebih jelas setelah 24-48 jam. Kulitnya terlihat berkilau dan halus, dengan "punctate edema". Pembengkakan ini dapat berubah dengan perubahan posisi. Pembengkakan ini sering dikaitkan dengan perdarahan prenatal, diabetes, dan toksemia gravidarum.
- Tingkat pernapasan sangat bervariasi, terutama dalam beberapa hari pertama. Namun, jika laju pernapasan terus meningkat atau secara konsisten di atas 60 kali/menit, harus diwaspadai terhadap kemungkinan penyakit membran hialin (sindrom gangguan pernapasan idiopatik) atau sesak napas karena sebab lain. Dalam hal ini, sangat penting dilakukan pemeriksaan radiologi dada.

Hal yang harus diperhatikan dalam pembahasan BBLR adalah penentuan usia gestasi. Hal ini sangat penting dikarenakan penentuan usia kehamilan sangat berpengaruh kepada penatalaksanaan kasus BBLR. Selain itu menilai kematangan, baik kematangan fisik maupun kematangan neurologi bayi baru lahir penting karena seringkali bayi yang lahir kecil belum tentu premature dan bayi besar belum tentu cukup bulan sehingga memerlukan perawatan yang berbeda. Penilaian usia gestasi dapat dilakukan:

a. Antenatal

- Mengukur Tinggi Fundus Uteri (Kesalahan bisa terjadi apabila ada kelainan letak atau bayi kembar atau kelainan bentuk uterus)
- Menilai mulai terdengarnya bunyi jantung janin
- Bila terlambat terdeteksi bila pemeriksaan tidak teratur
- Menilainya mulai terasanya pergerakan janin (sangat subjektif)

- Menilai dengan menggunakan USG (oleh ahli)
- Menilai dengan menggunakan HPHT (apabila ibu ingat dan siklus haid teratur)

b. Posnatal

- Pemeriksaan oftalmoskopi (oleh ahli mata)
- Penilaian usia gestasi New Ballard Score
 - Penilaian meliputi pemeriksaan fisik dan neurologi
 - Sebaiknya pemeriksaan fisik dilakukan dalam 2 jam pertama dan pemeriksaan neurologi dalam 24 jam pertama setelah lahir.
 - Sebaiknya dilakukan oleh 2 orang supaya lebih objektif
 - Kematangan fisik dinilai dengan melihat ciri-ciri fisik yang berbeda pada stadium usia gestasi
 - 6 kriteria fisik : kulit, lanugo, garis telapak kaki, payudara, mata/telinga dan genetalia
 - 6 pemeriksaan neuromuscular : postur, sudut pergelangan tangan (square window), rekoil lengan (arm recoil), sudut poplitea (popliteal angle), tanda selempang (scarf sign) dan tumit ke telinga (heel to ear)
 - Setelah selesai menilai fisik dan neuromuscular, jumlahkan hasil kedua jenis pemeriksaan tersebut. Kemudian lihat tabel usia gestasi.
 - Makin matang bayi, makin besar nilainya, kemudian masukkan kedalam kurva Lubchenko untuk menilai bayi apakah KMK, SMK atau BMK dibanding berat lahirnya.(Budining WM, 2018)

2. Asfiksia Neonatorum

Kematian neonatus masih menjadi masalah global yang penting. Setiap tahun diperkirakan 4 juta bayi meninggal dalam 4 minggu pertama dengan 85% kematian terjadi dalam 7 hari pertama kehidupan. Terkait masalah ini, World Health Organization (WHO) menetapkan penurunan angka kematian bayi baru lahir dan anak di bawah usia 5 tahun (balita), sebagai salah satu sasaran Sustainable Development goals. Target untuk menurunkan angka kematian hingga sebesar 12 kematian bayi per 1000 kelahiran hidup diharapkan dapat tercapai pada tahun 2030.(Bappenas, 2017). Kondisi saat ini di Indonesia

menunjukkan angka yang semakin dekat dengan harapan karena data terbaru menunjukkan Angka Kematian Bayi sebesar 16, 8 per 1000 kelahiran hidup.

WHO melaporkan komplikasi intrapartum, termasuk asfiksia, sebagai penyebab tertinggi kedua kematian neonatus (23,9%) setelah prematuritas dan berkontribusi sebagai 11% penyebab kematian balita di seluruh dunia. Di Asia Tenggara, asfiksia merupakan penyebab kematian tertinggi ketiga (23%) setelah infeksi neonatal (36%) dan prematuritas / bayi berat lahir rendah (BBLR) (27%). Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2001 di Indonesia turut melaporkan asfiksia sebagai 27% penyebab kematian bayi baru lahir. Selain itu, asfiksia juga berkaitan dengan morbiditas jangka panjang berupa palse serebral, retardasi mental, dan gangguan belajar pada kurang lebih 1 juta bayi yang bertahan hidup. Berbagai morbiditas ini berkaitan dengan gangguan tumbuh kembang dan kualitas hidup yang buruk di kemudian hari.

Asfiksia pada neonatus terjadi akibat gangguan pertukaran oksigen dan karbondioksida yang tidak segera diatasi, sehingga menimbulkan penurunan PaO₂ darah (hipoksemia), peningkatan PaCO₂ darah (hiperkarbia), asidosis, dan berlanjut pada disfungsi multiorgan. Kondisi ini dapat dicegah dengan mengetahui faktor risiko ibu dan bayi dalam kehamilan. Apabila asfiksia perinatal tidak dapat dihindari, tata laksana dengan teknik resusitasi yang optimal sangat diperlukan, sehingga menurunkan risiko morbiditas dan mortalitas asfiksia. (Yusna et al., 2016)

Nilai Apgar sering kali digunakan untuk mendiagnosis asfiksia neonatorum, namun berbagai bukti menunjukkan bahwa nilai Apgar memiliki sensitivitas dan spesifisitas yang rendah sebagai penanda tunggal asfiksia. Asfiksia neonatorum adalah kegagalan bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. American College of Obstetric and Gynaecology (ACOG) dan American Academy of Paediatrics (AAP), Asfiksia merupakan kondisi terganggunya pertukaran gas darah yang menyebabkan hipoksemia progresif dan hiperkapnia dengan asidosis metabolik signifikan.

a. Etiologi dan faktor risiko asfiksia

Asfiksia dapat terjadi selama kehamilan, pada proses persalinan, atau sesaat segera setelah lahir. Beberapa faktor risiko yang diperkirakan meningkatkan risiko asfiksia meliputi faktor ibu (antepartum atau intrapartum) dan faktor janin (antenatal atau pascanatal). Faktor risiko ini perlu dikenali untuk meningkatkan kewaspadaan terhadap terjadinya asfiksia.

Penelitian lain di Port Moresby juga menemukan kondisi maternal berupa usia ibu yang terlalu muda (<20 tahun) atau terlalu tua (>40 tahun), anemia (Hb <8 g/dL), perdarahan antepartum, demam selama kehamilan, persalinan kurang bulan, dan persalinan lebih bulan memiliki hubungan kuat dengan asfiksia neonatorum. Korelasi yang signifikan juga ditemukan pada tanda-tanda gawat janin seperti denyut jantung janin abnormal dan/ atau air ketuban bercampur mekonium.

b. Patofisiologi asfiksia

Asfiksia neonatorum dimulai saat bayi kekurangan oksigen akibat gangguan aliran oksigen dari plasenta ke janin saat kehamilan, persalinan, ataupun segera setelah lahir karena kegagalan adaptasi di masa transisi. Saat keadaan hipoksia akut, darah cenderung mengalir ke organ vital seperti batang otak dan jantung, dibandingkan ke serebrum, pleksus koroid, substansia alba, kelenjar adrenal, kulit, jaringan muskuloskeletal, organ-organ rongga toraks dan abdomen lainnya seperti paru, hati, ginjal, dan traktus gastrointestinal. Perubahan dan redistribusi aliran darah tersebut disebabkan oleh penurunan resistensi vaskular pembuluh darah otak dan jantung serta peningkatan resistensi vaskular perifer. Keadaan ini ditunjang hasil pemeriksaan ultrasonografi Doppler yang menunjukkan kaitan erat antara peningkatan endotelin-1 (ET-1) saat hipoksia dengan penurunan kecepatan aliran darah dan peningkatan resistensi arteri ginjal dan mesenterika superior. Hipoksia yang tidak mengalami perbaikan akan berlanjut ke kondisi hipoksik-iskemik pada organ vital

Proses hipoksik-iskemik otak dibagi menjadi fase primer (primary energy failure) dan sekunder (secondary energy failure). Pada fase primer, kadar oksigen rendah memicu proses glikolisis anaerob yang menghasilkan produk seperti asam laktat dan piruvat, menimbulkan penurunan pH darah (asidosis metabolik). Hal ini menyebabkan penurunan ATP sehingga terjadi akumulasi natrium-kalium intrasel dan pelepasan neurotransmitter eksitatorik akibat gangguan sistem pompa Na-K-ATP-ase dan glial-ATP-ase. Akumulasi natrium intrasel berkembang menjadi edema sitotoksik yang memperburuk distribusi oksigen dan glukosa, sedangkan interaksi glutamat dengan reseptor mengakumulasi kalsium intrasel, mengaktifasi fosfolipase, nitrit oksida (NO), dan enzim degradatif hingga berakhir dengan kematian sel.

Gejala klinik Problem Pernafasan, dibagi menjadi 2 prinsip utama :

a. Bayi sudah mengalami gagal nafas

Tanda-tandanya: apnea/nafas megap megap (gaspings). Bayi dengan nafas megap-megap sering disalahinterpretasikan sebagai distres pernafasan. Gejala ini sudah tidak menghasilkan proses pertukaran gas yang adekuat.

b. Bayi mengalami sesak nafas/kesulitan bernafas/distress nafas

Gejala yang ditunjukkan :

- Takipnea (laju pernafasan >60 kali per menit)
- Kerja otot bantu nafas meningkat (retraksi intercostal, retraksi subekternal, retraksi epigastric)
- Nafas cuping hidung
- Sianosis
- Merintih (grunting)

Tidak semua gejala kesulitan bernafas adalah gejala abnormal pernafasan, seperti sianosis. Sianosis perifer (hanya pada ekstremitas) lebih menggambarkan hipotemia, sebaiknya sianosis sentral (sianosis pada bibir, sekitar bibir, mukosa mulut, dapat meluas sampai dada) lebih mencerminkan akibat problem pernafasan. Gejala klinik Problem Pernafasan, dibagi menjadi 2 prinsip utama :

a. Bayi sudah mengalami gagal nafas

Tanda-tandanya: apnea/nafas megap megap (gaspings). Bayi dengan nafas megap-megap sering disalahinterpretasikan sebagai distres pernafasan. Gejala ini sudah tidak menghasilkan proses pertukaran gas yang adekuat.

b. Bayi mengalami sesak nafas/kesulitan bernafas/distress nafas

Gejala yang ditunjukkan :

- Takipnea (laju pernafasan >60 kali per menit)
- Kerja otot bantu nafas meningkat (retraksi intercostal, retraksi subekternal, retraksi epigastric)
- Nafas cuping hidung
- Sianosis
- Merintih (grunting)

Tidak semua gejala kesulitan bernafas adalah gejala abnormal pernafasan, seperti sianosis. Sianosis perifer (hanya pada ekstremitas) lebih menggambarkan hipotemia, sebaiknya sianosis sentral (sianosis pada bibir, sekitar bibir, mukosa mulut, dapat meluas sampai dada) lebih mencerminkan akibat problem pernafasan.

Kedua gejala klinik tersebut harus sangat diperhatikan dikarenakan prinsip penanganan pada kedua kondisi tersebut berbeda.

c. Continuous positive airway pressure (CPAP)

Target CPAP adalah meningkatkan volume udara sisa pernafasan (kapasitas residu fungsional/FRC) pada PEEP intra alveoli dan udara di jalan nafas. Pada bayi kurang bulan, terutama usia kehamilan < 33 minggu akibat belum sempurnanya pembentukan surfaktan, meskipun bayi menangis di awal lahir, alveoli mudah mengempis (kolaps/atelectasis) pada saat bayi ekspirasi. Tekanan positif intra-alveolar saat akhir ekspirasi maksimal dinamakan *Positif End Expiratory Pressure* (PEEP). CPAP hanya berdampak pada peningkatan kapasitas residu fungsional maka CPAP hanya diindikasikan pada semua bayi baru lahir dengan kesulitan bernafas, namun masih mempunyai usaha nafas spontan.

d. Ventilasi Tekanan Positif (VTP)

Beratnya kerusakan otak pada masa perinatal juga tergantung pada lokasi dan tingkat maturitas otak bayi. Hipoksia pada bayi kurang bulan cenderung lebih berat dibandingkan dengan bayi cukup bulan karena redistribusi aliran darah bayi prematur kurang optimal, terutama aliran darah ke otak, sehingga meningkatkan risiko gangguan hipoksik-iskemik, dan perdarahan periventrikular. Selain itu, imaturitas otak berkaitan dengan kurangnya ketersediaan antioksidan yang diperlukan untuk mendetoksifikasi akumulasi radikal

3. Tata laksana asfiksia dan komplikasinya

Asfiksia merupakan suatu proses berkesinambungan yang dapat dicegah progresivitasnya, dimulai dari pengenalan faktor risiko asfiksia (pencegahan primer), tata laksana dini dengan resusitasi - pascaresusitasi di kamar bersalin dan ruang perawatan (pencegahan sekunder), serta pencegahan komplikasi lanjut dengan terapi hipotermia (pencegahan tersier).

Dukungan ventilasi dan reoksigenasi adalah sangat penting. Ventilasi dan reoksigenasi yang tidak optimal membuat tubuh akan semakin hipoksemia (menurunnya oksigenasi jaringan), metabolisme tanpa melibatkan oksigen (metabolisme anaerob) dan pada tingkat lanjut dapat berakhir dengan kematian sel. Pada bayi-bayi dengan penanganan yang terlambat, namun dapat diselamatkan, tidak sedikit yang mempunyai problem pada kehidupan

selanjutnya seperti dysplasia bronkopulmonar (akibat trauma paru dan oksigen dengan atau ventilasi yang berlebihan) disertai keterlambatan perkembangan (trauma otak) akibat hipoksia atau hipoksia yang dialaminya. Dengan demikian sangat jelas bahwa bayi baru lahir dengan problem kesulitan bernafas membutuhkan penanganan segera. Pada bayi baru lahir yang tidak bernafas, resusitasi pada menit pertama sangat penting. Beberapa bayi pasca resusitasi masih memerlukan dukungan ventilasi berikutnya. Hal ini diakibatkan asfiksia yang terjadi merupakan fenomena yang disebabkan oleh masalah sebelumnya pada saat kehidupan intrauterine dan mengakibatkan kelainan paru sebagai berikut:

- Alveoli mudah kolaps akibat defisiensi surfaktan
- elastisitas alveoli berkurang akibat defisiensi surfaktan, disfungsi surfaktan, endapan mekoneum pada dinding alveoli
- tahanan vascular paru yang masih tinggi akibat vascular paru masih relatif konstriksi dan perubahan primer dinding vaskuler paru
- Jarak antara dinding alveoli dan kapiler paru yang jauh akibat imaturitas struktur jaringan paru

a. Tata laksana pascaresusitasi di ruang perawatan

Bayi harus tetap dipertahankan stabil walaupun resusitasi telah berhasil dilakukan dengan cara memindahkan bayi dari ruang resusitasi ke ruang perawatan, sehingga bayi dapat dipantau secara ketat dan dilakukan intervensi sesuai indikasi. Akronim STABLE (sugar and safe care, temperature, airway, blood pressure, laboratorium working, dan emotional support) dapat digunakan sebagai panduan selama perawatan pascaresusitasi atau periode sebelum bayi ditranspor, baik ke ruang perawatan intensif maupun rumah sakit rujukan.

b. Sugar and safe care

Kadar gula darah yang rendah pada bayi yang mengalami kondisi hipoksik-iskemik akan meningkatkan risiko cedera otak dan luaran neurodevelopmental yang buruk. Penelitian membuktikan bahwa hewan yang mengalami hipoglikemia pada kondisi anoksia atau hipoksia-iskemik memperlihatkan area infark otak yang lebih luas dan /atau angka kesintasan yang lebih rendah dibandingkan kontrol. Bayi asfiksia memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami hipoglikemia sehingga pemberian glukosa perlu

dipertimbangkan sesegera mungkin setelah resusitasi guna mencegah hipoglikemia. Alur tata laksana hipoglikemia pada neonatus dapat dilihat pada Gambar 19.

c. Temperature

Penelitian menunjukkan bahwa terapi hipotermia ringan (mild hypothermia) dapat menurunkan risiko kematian dan disabilitas bayi akibat asfiksia secara signifikan (lihat subbab mengenai terapi hipotermia). Terapi hipotermia secara pasif dapat dimulai sejak di kamar bersalin atau ruang operasi pada bayi yang diperkirakan mengalami asfiksia, dengan cara mematikan penghangat bayi dan melepas topi bayi sesegera mungkin setelah target ventilasi efektif dan LJ tercapai. Hal ini dapat dikerjakan secepat-cepatnya pada usia 10 menit dengan memerhatikan kecurigaan asfiksia berdasarkan faktor risiko asfiksia, nilai Apgar saat usia 5 menit dan kebutuhan ventilasi masih berlanjut sampai usia 10 menit. Pada pelaksanaan terapi hipotermia pasif dengan suhu ruangan menggunakan pendingin ruangan harus berhati-hati terhadap kemungkinan overcooling yang akan memperberat efek samping terapi hipotermia. Probe rektal (6 cm dari pinggiran anus) atau esofagus sebaiknya telah dipasang dalam waktu 20 menit setelah kelahiran. Bayi ditranspor dengan menggunakan inkubator transpor yang dimatikan dengan tujuan mencapai target suhu tubuh rektal antara 33,5 - 34,5oC. Pada kecurigaan asfiksia perinatal, hipertermia harus dihindari selama resusitasi dan perawatan karena akan meningkatkan metabolisme otak dan dapat memicu terjadinya kejang.

d. Airway

Perawatan pascaresusitasi ini meliputi penilaian ulang mengenai gangguan jalan napas, mengenali tanda gawat maupun gagal napas, deteksi dan tata laksana bila terjadi pneumotoraks, interpretasi analisis gas darah, pengaturan bantuan napas, menjaga fiksasi ETT, serta evaluasi foto toraks dasar. Intervensi dilakukan sesuai indikasi apabila ditemukan kelainan pada evaluasi.

e. Blood pressure

Pencatatan dan evaluasi laju pernapasan, LJ, tekanan darah, CRT, suhu, dan saturasi oksigen perlu dilakukan sesegera mungkin pascaresusitasi.

Selain itu, pemantauan urin juga merupakan salah satu parameter penting untuk menilai kecukupan sirkulasi neonatus.

f. Laboratorium working

Penelitian menunjukkan bahwa keadaan hiperoksia, hipokarbia, dan hiperglikemia dapat menimbulkan efek kerusakan pada otak sehingga harus dipertahankan pada keadaan normal setidaknya pada 48-72 jam pertama kehidupan. Pemeriksaan gula darah secara periodik sebaiknya dilakukan pada usia bayi 2, 6, 12, 24, 48, dan 72 jam kehidupan, kadar hematokrit dalam 24 jam pada hari-hari pertama kehidupan, kadar elektrolit (natrium, kalium, dan kalsium) dalam 24 jam, serta pemeriksaan fungsi ginjal, hati, enzim jantung, dll bila diperlukan.

g. Emotional support

Klinisi perlu menjelaskan kondisi terakhir bayi dan rencana perawatan selanjutnya serta memberikan dukungan emosional pada orangtua.

h. Lain-lain

Kejang dalam 24 jam pertama kehidupan dapat merupakan manifestasi neurologis setelah episode asfiksia. Kejang pasca-hipoksik umumnya bersifat parsial kompleks

INFEKSI NEONATAL

1. Pengertian Infeksi neonatal

Infeksi merupakan masuknya mikroba ke dalam tubuh disertai berkembangbiaknya mikroba tersebut didalam tubuh (Nasrodin, 2007). Neonatal (Neonatal Baru Lahir) adalah neonatal usia 0-28 hari (Kemeskes, 2010). Sepsis neonatal merupakan infeksi aliran darah yang bersifat invasif dan ditandai dengan ditemukannya bakteri dalam cairan tubuh seperti darah, cairan sumsum tulang atau air kemih (Fitriana, 2019). Menurut Sembring (2019) sitasi Wicaksana (2016) Infeksi adalah infeksi bakteri umum generalisata yang biasanya terjadi pada bulan pertama kehidupan yang menyebar ke seluruh tubuh bayi baru lahir terjadi pada masa neonatal, intranatal dan postnatal. Infeksi merupakan respon tubuh terhadap infeksi yang menyebar melalui darah dan jaringan lain. Infeksi terjadi pada kurang dari satu persen bayi baru lahir tetapi merupakan penyebab dari 30 persen kematian pada bayi baru lahir.

Sedangkan menurut Manuaba (2012) sitasi Wicaksana (2018) Gejala bayi yang mengalami infeksi adalah malas minum, bayi tertidur, tampak gelisah, pernafasan cepat, berat badan cepat menurun, terjadi diare dengan segala manifestasinya, panas badan bervariasi sampai meningkat, pergerakan aktivitas bayi makin menurun.

2. Faktor Resiko

Infeksi neonatal merupakan hasil interaksi dari berbagai faktor yang disebabkan oleh ibu maupun janin. Berikut faktor yang mempengaruhi infeksi neonatal yang dibagi menjadi faktor risiko dari janin dan ibu (Fitriana, 2019). Kasus infeksi merupakan salah satu penyakit yang dialami bayi baru lahir. Umumnya, kasus infeksi menunjukkan gejala yang kurang jelas dan seringkali tidak diketahui sampai keadaannya sudah sangat terlambat. Jika faktor penyebab risiko infeksi yang paling dominan dapat diketahui, maka hal tersebut akan membantu untuk menurunkan kasus infeksi. Selain itu, diagnosa yang tepat dari tenaga kesehatan untuk menetapkan status risiko infeksi pada bayi baru lahir merupakan hal yang penting, sehingga bayi yang berisiko infeksi dapat diberikan perawatan intensif dan beberapa antibiotik untuk melawan bakteri yang menyebabkan infeksi. Karakteristik bayi baru lahir dapat diketahui melalui pemeriksaan esensial berdasarkan kondisi bayi sesaat setelah lahir untuk membedakan status risiko infeksi pada bayi baru lahir. Hal tersebut dapat diwujudkan dengan melakukan pengklasifikasian pada bayi baru lahir (Safitri & Wulandari, 2016). Faktor risiko menurut Fitriana (2019) dibagi 2 yaitu ibu dan neonatus

a. Faktor Risiko Ibu

- Ketuban Pecah Dini (KPD)

KPD adalah masalah penting dalam obstetri berkaitan dengan penyulit kelahiran premature dan komplikasi infeksi korioamnionitis hingga sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu (Prawirohardjo, 2013). Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu pada pembukaan. Faktor risiko KPD menurut Rukiyah diantaranya infeksi, serviks yang inkompeten, ketegangan intrauterin, trauma kelahiran letak janin, keadaan sosial ekonomi, kemungkinan kesemitan panggul, korioamnionitis, faktor keturunan, peninggian tekanan intrauterin,

riwayat KPD sebelumnya, kelainan atau kerusakan selaput ketuban (Winkjosastro, 2011). Pengaruh ketuban pecah dini terhadap ibu dan janin adalah meningkatkan dan mordibitas perinatal (Mochtar, 2011). Komplikasi yang sering dialami oleh janin yaitu hipoksia dan asfiksia sekunder (kekurangan oksigen pada neonatal), kompresi tali pusat, prolaps uteri, partus lama, skor APGAR rendah, ensefalopati, gagal ginjal, distress pernapasan (Yulaikhah, 2008). Beberapa penelitian menyebutkan bahwa terjadinya infeksi pada ketuban pecah dini pada 18 – 24 jam.

- Khorioamnionitis

Khorioamnionitis adalah infeksi yang terjadi pada membran (korion) dan cairan amnion. Insidensinya berkisar 1% dari seluruh persalinan. Dapat terjadi akibat invasi mikroba ke cairan amnion dimana bakteri yang mencapai rongga amnion menyebabkan terjadinya infeksi dan inflamasi dimembran plasenta dan umbilical cord. Infeksi amnion dapat terjadi baik pada membran yang masih utuh maupun pada pada membran yang telah ruptur dan lamanya ruptur dari membran secara langsung berhubungan dengan perkembangan khorioamnionitis. Khorioamnionitis dapat menyebabkan bakterimia pada ibu, menyebabkan kelahiran prematur dan infeksi yang serius pada neonatal. Penyebab tersering yaitu bakteri ascending dari saluran kemih ataupun genetalia bagian bawah atau vaginitis (Lubis, 2008). Tanda gejala khorioamnionitis diantaranya demam, nyeri pada fundus, takikardi pada ibu (>100/menit), takikardi pada janin (>160/menit), cairan yang berbau busuk (Tita, 2010).

- Ibu dengan demam intrapartum

Demam yang terjadi saat melahirkan dengan suhu >38°C. Demam intrapartum merupakan faktor risiko independen sepsis awitan dini. Skrining pada sepsis awitan dini hanya diperlukan pada neonatal yang membawa resiko maternal salah satunya demam intrapartum, sekalipun pada neotal yang memiliki risiko tinggi yang berhubungan dengan prematuritas dan berat badan lahir rendah (Negara, 2009).

- Kehamilan kembar

Merupakan satu kehamilan dengan dua janin atau lebih. Kehamilan dan persalinan membawa resiko untuk neonatal. Kehamilan kembar

memerlukan perhatian khusus. Pada ibu dengan kehamilan kembar lebih sering terjadi anemia, pre eklamsi dan eklamsi, perdarahan postpartum. Kematian perinatal lebih sering pada neonatal kembar, dimana terjadi hidramnion, kelainan letak, distress respirasi, trauma persalinan (Prawirohardjo, 2013)

- Infeksi pada kehamilan disebabkan oleh virus, bakteri, protozoa atau penyakit kelamin. Infeksi virus antara lain rubella, infeksi sitomegalovirus, hepatitis infeksiosa, cacar, rubeola. Penyakit kelamin seperti sifilis, gonorrhea. Infeksi protozoa diantaranya malaria, toxoplasmosis, trikomoniasis. Infeksi bakteri seperti infeksi saluran kemih, tifus, kholera. Dan yang banyak terjadi yaitu Infeksi saluran kemih atau bakteriuria yang merupakan keadaan yang ditandai dengan ditemukan bakteri dalam kultur urin dengan jumlah $>10^5$ /ml³. Terdapat 2 keadaan infeksi saluran kemih pada wanita hamil yaitu infeksi saluran kemih menimbulkan gejala dan tidak menimbulkan gejala. Penyebab tersering yaitu *Eschericia coli*. Kejadian ini akan menimbulkan berbagai kasus pada neonatal yaitu prematuritas, infeksi, inflamasi, penyakit vaskular (Prawirohardjo, 2013).

b. Faktor neonatal

- Berat badan

Berat badan adalah ukuran antropometri yang sangat penting dan sering digunakan pada neonatal baru lahir. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) merupakan neonatal dengan berat badan kurang dari 2500 gram tanpa memandang usia gestasi (Pudjiadi dan Badrul, 2010). Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) terbagi menjadi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dengan berat badan 1500- 2500 gram, Berat Badan Lahir Sangat Rendah (BBLSR) dengan berat badan 1000-1500gram serta Berat Badan Lahir Amat Sangat Rendah (BBLASR) dengan berat badan kurang dari 1000 gram.

- Usia kehamilan
- Asfiksia Perinatal

Faktor risiko terjadinya asfiksia yaitu faktor ibu, plasenta, fetus dan neonatus

- Produser Infasif

Infeksi biasanya karena kontaminasi mikroorganisme pada alat tindakan atau prosedur dalam tindakan yang kurang steril (Carrera, 2007).

- Kelainan Bawaan

Kelainan bawaan merupakan penyebab terjadinya kematian segera setelah lahir, kelainan genetik, infeksi, hormonal, gizi dan radiasi (Effendi, 2014).

3. Etiologi

Berbagai macam patogen dapat menyebabkan seperti bakteri, jamur, virus, parasit dapat menyebabkan infeksi berat yang mengarah pada sepsis neonatal. Pola kuman penyebab sepsis akan berubah dari waktu ke waktu. Sepsis awitan dini biasanya disebabkan oleh *Streptococcus* grup B, Organisme gram-negatif, *Listeria monocytogenes*, dan *staphylococcus aureus*. Di Indonesia yang termasuk negara berkembang, penyebab terbanyak sepsis neonatal awitan dini yaitu bakteri batang gram negative (Fitriana, 2019).

Infeksi Neonatus dapat disebabkan juga berbagai bakteri seperti *escherichia coli*, *pseudomonas pyocyaneus*, *klebsiella*, *staphylococcus aureus*, dan *coccus gonococcus*. Infeksi ini bisa terjadi pada saat antenatal, intranatal, dan postnatal (Sembring, 2019)

- Infeksi antenatal Infeksi yang terjadi pada masa kehamilan ketika kuman masuk ke tubuh janin melalui sirkulasi darah ibu, lalu masuk melewati plasenta dan akhirnya ke dalam sirkulasi darah umbilikus. Berikut adalah kuman yang menginvasi ke dalam janin.
 - Virus: rubella, *poliomyelitis*, *variola*, *vaccinia*, *coxsackie*, dan *cytomegalic inclusio*.
 - Spirochaeta: *terphonema palidum* Bakteri : *E.coli* dan *listeria monocytogane*
- Infeksi intranatal terjadi pada masa persalinan. Infeksi ini sering terjadi ketika mikroorganisme masuk dari vagina, lalu naik dan kemudian masuk ke dalam rongga amnion, biasanya setelah selaput ketuban pecah. Ketuban yang pecah lebih dari 12 jam akan menjadi penyebab timbulnya plasentitis dan amnionitis. Infeksi dapat terjadi pula walaupun air ketuban belum pecah, yaitu pada partus lama yang sering dilakukan manipulasi

vagina, termasuk periksa dalam dan kromilase (melebarkan jalan lahir dengan jari tangan penolong). Infeksi dapat pula terjadi melalui kontak langsung dengan kuman yang berasal dari vagina misalnya Blnnorhea

- c. Infeksi Postnatal Infeksi pada periode ini dapat terjadi setelah bayi lahir lengkap. misalnya melalui kontaminasi langsung dengan alat-alat yang tidak steril, tindakan yang tidak antiseptik atau dapat juga terjadi akibat infeksi silang, misalnya pada neonatus neonatorum, omfalitis dan lain-lain.

4. Patofisiologi dan Prognosis

Menurut Aminullah (2014) sitasi Fitriana (2019) Saat berada dalam kandungan janin relatif aman terhadap kontaminasi kuman, namun kemungkinan kontaminasi kuman dapat timbul melalui berbagai macam jalan yaitu:

- a. Infeksi kuman, parasit atau virus yang diderita ibu dapat mencapai janin melalui aliran darah menembus barier plasenta dan memasuki sirkulasi janin.
- b. Prosedur obstetri yang kurang memperhatikan faktor aseptik/ antiseptik. Paparan kuman pada cairan amnion saat prosedur dilakukan akan menimbulkan amnionitis dan pada akhirnya terjadi kontaminasi kuman pada janin
- c. Pada saat ketuban pecah, paparan kuman yang berasal dari vagina akan lebih berperan dalam infeksi janin. Pada keadaan ini kuman vagina memasuki rongga uterus dan neonatal dapat terkontaminasi kuman melalui saluran nafas atau saluran cerna. Kejadian kontaminasi kuman pada neonatal yang belum lahir akan meningkat apabila ketuban telah pecah lebih dari 18-24 jam

5. Diagnosis

- a. Anamnesis
 - Bayi kurang bulan
 - Asfiksia neonatorum
 - Trauma lahir Tanpa rawat gabung
 - Sarana perawatan bayi yang tidak baik
 - Kesadaran dan sikap petugas yang tidak baik
 - Bangsal penuh sesak

- Tindakan invasif pada neonatus
 - Pemberian makanan bayi dengan susu buatan
 - Keadaan sosial ekonomi ibu yang kurang
 - Pelayanan kesehatan antenatal yang tidak adekuat
 - Gizi dan kesehatan ibu yang tidak baik
 - Pertolongan persalinan yang tidak higienis
 - Kelahiran kurang bulan
 - Penyakit infeksi pada ibu Ketuban pecah dini
 - Partus dengan tindakan
 - Partus lama
 - Cacat bawaan
 - Bayi berat lahir rendah
- b. Pemeriksaan klinis/Fisik
- Tidak spesifik/ tentu
 - Malas minum sebelumnya minum dengan baik
 - Suhu tubuh tidak normal (hipo-hipertermi)
 - Letargi atau lunglai, mengantuk, aktivitas berkurang
 - Iritabel atau rewel
 - Kondisi memburuk secara cepat dan dramatis
 - Gastro intestinal: Muntah, diare, perut kembung, hepatomegali Tanda mulai timbul hari ke empat
 - Kuli : Perfusi kurang baik, sianosis, pucat, petekiae, ruam ,sklerem, ikterik.
 - Kardiopulmoner :Takipnea,gangguan napas (merintih, retraksi)
 - Neurologis : Iritabel,penurunan kesadaran, kejang, ubun-ubun membonjol, kaku kuduk sesuai dengan meningitis
- c. Pemeriksaan penunjang (Laboratorium)

6. Penatalaksanaan

a. Penganganan Sederhana

- Berikan posisi semifowler agar sesak berkurang
- Apabila suhu tinggi, lakukan kompres dingin

- Berikan ASI perlahan-lahan, sedikit demi sedikit
- Apabila bayi muntah, lakukan perawatan muntah yaitu posisi tidur miring ke kiri atau kanan
- Apabila diare, perhatikan personal hygiene dan keadaan lingkungan
- Rujuk segera ke rumah sakit, lakukan informed consent.

b. Pada keluarga Penanganan Dan Penatalaksanaan Medis:

- Pertahankan tubuh bayi tetap hangat
- ASI tetap diberikan
- Diberi injeksi antibiotika berspektrum luas
- Penggunaan antibiotika yang banyak dan tidak terarah Dapat menyebabkan tumbuhnya jenis mikroorganisme yang tahan terhadap antibiotika dan mengakibatkan tumbuhnya jamur yang berlebihan, misalnya jenis *Candida albicans*.
- Perawatan sumber infeksi, misalnya pada infeksi tunggal tali pusat (omfalitis) diberi salep yang mengandung neomisin dan basitrasin.

c. Penanganan Infeksi Atau Sepsis

- Tanda-Tanda
Suhu tubuh panas atau hipotermia, sesak napas, merintih, menangis lemah atau tidak ada tangis, susah minum, fontanel cembung, tali pusat memerah.
- Kategori : *Sepsis, Infeksi Lokal*
- Penilaian Tanda-tanda tersebut di atas disertai: Kadang-kadang kejang, Tali pusat merah atau kotor atau bau, ikterik yang biasanya hanya di temukan : Panas, tali pusat merah atau kotoe dan bau, nanah ditelinga, bisul atau pustule di kulit.

d. Penanganan pada fasilitas pelayanan Kesehatan

- Puskesmas
 - Pertahankan tubuh bayi tetap hangat (tidak hipotermia)
 - ASI tetap diberikan atau diberi air gula
 - Injeksi antibiotika 1 kali Rujuk ke rumah sakit
 - Diberi injeksi antibiotika
 - Dilanjutkan dengan antibiotika oral

- Nasehat perawatan infeksi
- Kontrol kembali dalam 2 hari
- Rumah Sakit
 - Sama seperti di atas
 - Diberi antibiotika ampicilin + gentamisin i.v.
 - Bila perlu diberikan oksigen
 - Infus untuk mencegah dehidrasi
 - ASI tetap diberikan

e. Pencegahan dan pengobatan

Tanpa pengobatan yang memadai gangguan ini dapat menyebabkan kematian dalam waktu singkat yang berarti harus adanya Tindakan pencegahan mempunyai arti penting karena mencegah terjadinya kematiannya. Tindakan pencegahan yang dilakukan adalah:

- Pada Masa Antenatal

Perawatan antenatal meliputi pemeriksaan kesehatan ibu secara berkala, imunisasi, pengobatan terhadap penyakit infeksi yang diderita ibu, asupan gizi yang memadai, penanganan segera terhadap keadaan yang dapat menurunkan kesehatan ibu dan janin, rujukan segera ke tempat pelayanan yang memadai bila diperlukan.

- Pada Masa Intranatal

Perawatan ibu selama persalinan dilakukan secara aseptik, dalam arti persalinan diperlukan sebagai tindakan operasi. Tindakan intervensi pada ibu dan bayi seminimal mungkin dilakukan (bila benar-benar diperlukan). Mengawasi keadaan ibu dan janin yang baik selama proses persalinan. Melakukan rujukan secepatnya bila diperlukan dan menghindari perlukaan kulit dan selaput lendir

- Pada Masa Post Natal

Perawatan sesudah persalinan meliputi menerapkan rawat gabung bila bayi normal, pemberian ASI secepatnya, mengupayakan lingkungan dan peralatan tetap bersih, setiap bayi menggunakan peralatan sendiri. Perawatan luka umbilicus secara steril. Tindakan invasif harus dilakukan dengan memperhatikan prinsip-prinsip aseptik. Menghindari perlukaan selaput lendir dan kulit, mencuci tangan dengan menggunakan larutan desinfektan sebelum dan sesudah memegang setiap bayi. Pemantauan

keadaan bayi secara teliti disertai pendokumentasian data-data yang benar dan baik.

f. Infeksi Tali Pusat

Tali pusat biasanya puput 1 minggu setelah lahir dan luka sembuh dalam 15 hari. Sebelum luka sembuh merupakan jalan masuk untuk infeksi, yang dapat dengan cepat menyebabkan sepsis. Pengenalan dan pengobatan secara dini infeksi tali pusat sangat penting untuk mencegah sepsis. Faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya infeksi tali pusat pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

- Faktor kuman *Staphylococcus aureus* ada dimana-mana dan didapat pada masa awal kehidupan hampir semua bayi, saat lahir atau selama masa perawatan. Biasanya *Staphylococcus aureus* sering dijumpai pada kulit, saluran pernafasan, dan saluran cerna terkolonisasi. Untuk pencegahan terjadinya infeksi tali pusat sebaiknya tali pusat tetap dijaga kebersihannya, upayakan tali pusat agar tetap kering dan bersih, pada saat memandikan di minggu pertama sebaiknya jangan merendam bayi langsung ke dalam air mandinya karena akan menyebabkan basah tali pusat dan memperlambat proses pengeringan tali pusat. Dan masih banyak penyebab lain yang dapat memperbesar peluang terjadinya infeksi pada tali pusat seperti penolong persalinan yang kurang menjaga kebersihan terutama pada alat-alat yang digunakan pada saat menolong persalinan dan khususnya pada saat pemotongan tali pusat. Biasakan mencuci tangan untuk pencegahan terjadinya infeksi.
- Proses persalinan. Persalinan yang tidak sehat atau yang dibantu oleh tenaga non medis. Kematian bayi yang diakibatkan oleh tetanus ini terjadi saat pertolongan persalinan oleh dukun pandai, terjadi pada saat memotong tali pusat menggunakan alat yang tidak steril dan tidak diberikan obat antiseptik.
- Faktor tradisi Untuk perawatan tali pusat juga tidak lepas dari masih adanya tradisi yang berlaku di sebagian masyarakat misalnya dengan memberikan berbagai ramuan-ramuan atau serbuk-serbuk yang dipercaya bisa membantu mempercepat kering dan lepasnya potongan tali pusat. Ada yang mengatakan tali pusat bayi itu harus diberi abu-abu pandangan seperti inilah yang seharusnya tidak boleh dilakukan karena justru dengan diberikannya berbagai ramuan tersebut kemungkinan

terjangkitnya tetanus lebih besar biasanya penyakit tetanus neonatorum ini cepat menyerang bayi, pada keadaan infeksi berat hanya beberapa hari setelah persalinan jika tidak ditangani biasa mengakibatkan meninggal dunia (Mieke, 2006). Masalahnya yaitu tali pusat merah dan bengkak, mengeluarkan nanah atau berbau busuk (terinfeksi).

Penanganan Infeksi tali pusat local atau terbatas

- Bersihkan tali pusat menggunakan larutan antiseptik (misal klorheksidin atau iodum povidon 2,5%) dengan kain kasa yang bersih.
- Olesi tali pusat dan daerah sekitarnya dengan larutan antiseptik (misal gentian violet 0,5% atau iodum povidone 2,5%) 8 kali sehari sampai tidak ada nanah lagi pada tali pusat. Anjurkan ibu melakukan ini kapan saja bila memungkinkan.
- Jika kemerahan atau bengkak pada tali pusat meluas melebihi area 1 cm, obati seperti sebagai infeksi tali pusat berat atau meluas.

Penanganan Infeksi tali pusat atau meluas

- Ambil sampel darah dan kirim ke laboratorium untuk pemeriksaan kultur dan sensitivitas.
- Beri kloksasilin per oral sesuai selama 5 hari.
- Jika terdapat pustula atau lekuk kulit
- Cari tanda-tanda sepsis.
- Lakukan perawatan umum seperti dijelaskan untuk tali pusat local atau terbatas.

HIPOTERMIA

Hipotermia adalah kondisi dimana suhu tubuh $<36^{\circ}\text{C}$ atau kedua kaki dan tangan terasa dingin. Untuk mengukur suhu tubuh pada hipotermia yang diperlukan adalah termometer ukuran rendah (low reading thermometer) sampai 25°C . Disamping sebagai suatu gejala, hipotermia dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian (Setyarini & Suprpti, 2016).

Menurut Setyarini and Suprpti (2016) akibat hipotermia ialah dapat meningkatnya konsumsi oksigen (terjadi hipoksia), terjadinya metabolik asidosis sebagai konsekuensi glikolisis anaerobik, dan menurunnya simpanan glikogen dengan akibat hipoglikemia.

1. Patofisiologi

Patofisiologi hipotermia, bisa di jelaskan sebagai berikut:

- a. Suhu normal pada neonatus berkisar antara 36 °C-37,5 °C pada suhu ketiak.
- b. Gejala awal hipotermia apabila suhu < 36 °C atau kedua kaki dan tangan teraba dingin.
- c. Bila seluruh tubuh bayi teraba dingin, maka bayi sudah mengalami hipotermia sedang (suhu 32 °C-<36 °C).
- d. Disebut hipotermia berat bila suhu tubuh <32 °C.
- e. Untuk mengukur suhu tubuh pada hipotermia di perlu- kan termometer ukuran rendah (low reading termometer) sampai 25 °C.
- f. Di samping sebagai suatu gejala, hipotermia dapat merupa- kan awal penyakit yang berakhir dengan kematian.
- g. Yang menjadi prinsip kesulitan sebagai akibat hipotermia adalah meningkatnya konsumsi oksigen (terjadi hipok- sia), terjadinya metabolik asidosis sebagai konsekuensi glikolisis anaerobik, dan menurunnya simpanan glikogen dengan akibat hipoglikemia.
- h. Hilangnya kalori tampak dengan turunnya berat badan yang dapat di tanggulasi dengan meningkatkan intake kalori.

2. Tanda-tanda klinis hipotermia

- a. Hipotermia sedang (suhu tubuh 32°C - < 36°C), tanda-tandanya antara lain: kaki teraba dingin, kemampuan menghisap lemah, tangisan lemah dan kulit berwarna tidak rata atau disebut kutis marmorata.
- b. Hipotermia berat (suhu tubuh < 32°C), tanda-tandanya antara lain: sama dengan hipotermia sedang, dan disertai dengan pernafasan lambat tidak teratur, bunyi jantung lambat, terkadang disertai hipoglikemi dan asidosis metabolik.
- c. Stadium lanjut hipotermia, tanda-tandanya antara lain: muka, ujung kaki dan tangan berwarna merah terang, bagian tubuh lainnya pucat, kulit mengeras, merah dan timbul edema terutama pada punggung, kaki dan tangan (sklerema).

3. Etiologi

Penyebab hipotermia pada neonatus, antara lain:

- a. Prematuritas.
- b. Asfiksia.
- c. Sepsis.
- d. Kondisi neurologik seperti meningitis dan perdarahan cerebral.
- e. Pengeringan yang tidak adekuat setelah kelahiran.
- f. Eksposure/paparan suhu lingkungan yang dingin.

4. Komplikasi

Hipotermia pada neonatus antara lain bisa menyebabkan gangguan pada sistem anggota tubuh berikut ini:

- a. Gangguan sistem saraf pusat: Koma, menurunnya reflex mata (seperti mendedip).
- b. Cardiovascular : Penurunan tekanan darah secara berangsur, menghilangnya tekanan darah sistolik.
- c. Pernafasan: Menurunnya konsumsi oksigen.
- d. Saraf dan otot: Tidak adanya gerakan, menghilangnya reflex perifer.

5. Mekanisme hilang panas tubuh bayi

Hilangnya panas tubuh bayi dapat disebabkan oleh 4 mekanisme berikut ini:

- a. Radiasi : Dari objek ke panas bayi contoh: Timbangan bayi dingin tanpa alas.
- b. Evaporasi : Karena penguapan cairan yang melekat pada kulit bayi. Contoh: Air ketuban pada tubuh bayi yang tidak di keringkan
- c. Konduksi : Panas tubuh di ambil oleh suatu permukaan. Contoh: Pakaian basah yang tidak cepat di ganti.
- d. Konveksi: Penguapan suhu tubuh ke udara contoh: Angin di sekitar tubuh bayi. Konveksi Radiasi Evaporasi

6. Masalah Potensial

- a. Terdapat beberapa masalah potensial yang bisa di timbulkan oleh hipotermi. Konduksi 4 Mekanisme kemungkinan hilangnya panas tubuh dari bayi baru lahir ke lingkungannya
- b. Akibat-akibat yang di timbulkan oleh hipotermi yaitu:
 - Hipoglikemiasidosis metabolik, karena vasokonstriksi perifer dengan metabolisme anaerob.
 - Kebutuhan oksigen yang meningkat.
 - Metabolisme meningkat sehingga pertumbuhan terganggu.
 - Gangguan pembekuan sehingga mengakibatkan perdarahan pulmonal yang menyertai hipotermi berat, shock, apnea, perdarahan intraventikuler.

7. Pencegahan dan penanganan

Pencegahan dan penanganan neonatus dengan hipotermia, dapat dilakukan dengan mempertimbangkan berikut ini:

- a. Pemberian panas mendadak berbahaya karena dapat terjadi apnea sehingga di reko- mendasikan penghangatan 0,5 - 1 °C tiap jam (pada bayi <1000 gram penghangatan maksimal 0,6 °C).
- b. Untuk bayi < 1000 gram, sebaiknya ditaruh di dalam inkubator. Bayi-bayi tersebut akan di keluarkan dari inkubator apabila suhu tubuhnya dapat tahan terhadap suhu lingkungan 30 °C.
- c. Radiant Warmer adalah alat yang di gunakan untuk bayi yang belum stabil atau untuk tindakan-tindakan. Dapat menggunakan servo controle (dengan menggunakan probe untuk kulit) atau non servo controle (dengan meng- atur suhu yang di butuhkan secara manual)

8. Penatalaksanaan

Beberapa penatalaksanaan neonatus dengan hipotermia, dapat dilakukan sebagai berikut: mempertahankan suhu tubuh bayi dalam mencegah hipo termi melalui:

- a. Menyiapkan tempat melahirkan yang hangat, kering, dan bersih.
- b. Mengeringkan tubuh bayi yang baru lahir / air ketu- ban segera setelah lahir dengan handuk yang kering dan bersih.

- c. Menjaga bayi hangat dengan cara mendekap bayi di dada ibu dan keduanya di selimuti (metode kangguru).
- d) Memberi ASI sedini mungkin segera setelah melahirkan agar dapat merangsang rooting reflex dan bayi dapat memperoleh kalori / panas tubuh dengan : Menyusui, (pada bayi kurang bulan yang belum bisa menetek ASI di berikan dengan pipet atau sendok), Selama pemberian ASI bayi di dekap agar tetap hangat.
- d. Mempertahankan suhu tubuh bayi agar tetap hangat selama dalam perjalanan pada waktu rujukan.
- e. Memberikan penghangatan pada bayi baru lahir secara mandiri
- f. Melatih semua orang yang terlibat dalam persalinan. Menunda memandikan bayi sampai suhu tubuh normal untuk mencegah terjadinya serangan dingin, ibu /keluarga dan penolong persalinan harus menunda memandikan bayi.
- g. Bayi yang mengalami hipotermi biasanya mudah sekali meninggal.
- h. Tindakan segera yang harus dilakukan adalah menghangatkan bayi di dalam inkubator atau melalui penyinaran lampu.
- i. Cara lain yang sederhana dan mudah di kerjakan setiap orang adalah metode dekap, yaitu bayi di telungkupkan di dada ibu (Anik & Eka, 2013)

9. Ikterus/Bilirubin

a. Latar Belakang

Enam puluh sampai delapan puluh persen bayi cukup bulan mengalami masalah kuning/ikterus. Oleh karena itu kuning pada bayi merupakan masalah fisiologis pada bayi baru lahir dan hanya sedikit kasus yang masuk ranah patologis. Namun demikian perlu diketahui tentang penyebab, proses metabolisme, tanda bahaya lebih lanjut dan penanganan yang benar sehingga kondisi fisiologis ini tidak berubah menjadi kondisi patologis

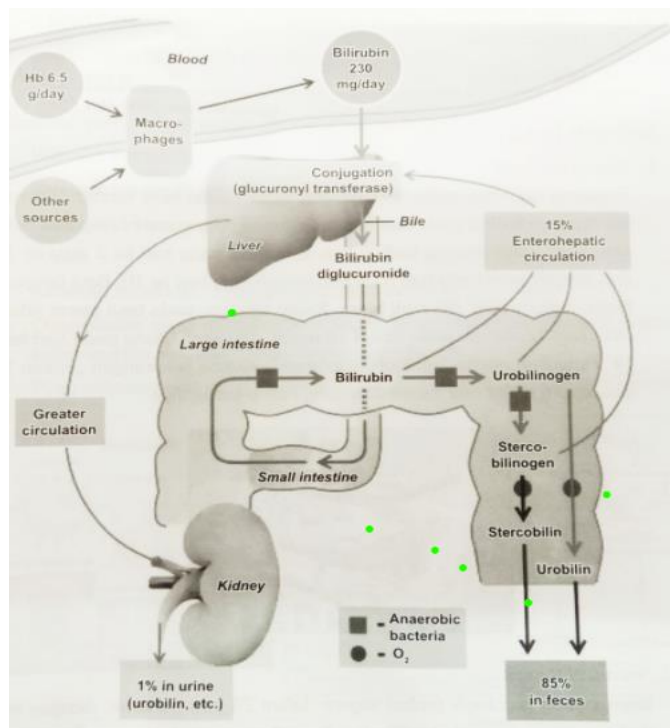
b. Definisi

Bayi kuning merupakan salah satu masalah pada bayi baru lahir. Istilah bayi kuning merujuk kepada gejala yang terlihat pada bayi. Dalam berbagai referensi masalah ini merupakan gejala hiperbillirubinemia atau ikterus neonatorum. Ikterus neonatorum merupakan keadaan klinis pada bayi yang ditandai oleh pewarnaan ikterus pada kulit dan sklera akibat akumulasi bilirubin tak terkonjugasi yang berlebih. Ikterus secara klinis akan mulai

tampak pada bayi baru lahir bila kadar bilirubin darah 5-7 mg/dL.(Kementerian Kesehatan RI, 2019)

Hiperbilirubinemia didefinisikan sebagai kadar bilirubin serum total ≥ 5 mg/dL (86 $\mu\text{mol/L}$). Hiperbilirubinemia adalah keadaan transien yang sering ditemukan baik pada bayi cukup bulan (50- 70%) maupun bayi prematur (80- 90%). Istilah hiperbilirubinemia sering disalahartikan sebagai ikterus berat yang membutuhkan terapi segera. Sebenarnya, hiperbilirubinemia dan ikterus/jaundice merupakan terminologi yang merujuk pada keadaan yang sama.

Sebagian besar hiperbilirubinemia adalah fisiologis dan tidak membutuhkan terapi khusus, tetapi karena potensi toksik dari bilirubin maka semua neonatus harus dipantau untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya hiperbilirubinemia berat.



Gambar 1. Metabolisme bilirubin (Manggiasih, V A Jaya, 2016)

c. Faktor risiko hiperbilirubinemia

Panduan dari AAP dan Belandamenyebutkan adanya risiko tambahan yang terjadi setelah bayi tersebut lahir yang menyebabkan bayi tersebut lebih mudah mengalami toksisitas bilirubin (Tabel 1)Hal tersebut membuat bayi tersebut memiliki ambang batas dimulainya fototerapi maupun transfusi

tukar lebih rendah dibandingkan dengan kelompok yang lain (risiko tinggi vs risiko standar). Faktor risiko tersebut diantaranya.

- Inkompabilitas ABO dan Rhesus
- Hemolisis (G6PD defisiensi, sferositosis herediter, dan lain-lain)
- Asfiksia (Nilai Apgar 1 menit < 5)
- Asidosis (pH tali pusat < 7,0)
- Bayi tampak sakit dan kecurigaan infeksi
- Hipoalbuminemia (kadar serum albumin < 3 mg/dL)

Selain faktor risiko diatas, terdapat pula tabel faktor risiko yang dibedakan menjadi faktor risiko mayor, faktor risiko minor dan beberapa kondisi yang justru mengurangi risiko, yang terlihat dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 1. Faktor Risiko Terjadinya Hiperbilirubinemia

Faktor Risiko Mayor	1. Sebelum pulang, kadar bilirubin serum total terletak pada zona risiko tinggi 2. Ikterus yang muncul dalam 24 jam pertama kehidupan. 3. Inkompabilitas golongan darah dengan tes antiglobulinindirek yang positif atau penyakit hemolitik lainnya (defisiensi G6PD) 4. Umur kehamilan 35-36 minggu 5. Riwayat anak sebelumnya yang mendapat fototerapi 6. Sefalhematoma atau memar yang bermakna 7. ASI eksklusif dengan cara perawatan yang tidak baik dan kehilangan berat badan yang berlebihan
Faktor Risiko Minor	1. Sebelum pulang, kadar bilirubin serum total terletak pada zona sedang 2. Usia kehamilan 37-38 minggu 3. Sebelumpulang, bayi tampak kuning 4. Riwayat anak sebelumnya kuning 5. Bayi makrosomia dari ibu DM 6. Umur ibu $\geq$ 25 tahun 7. Jenis kelamin bayi laki-laki

Faktor yang mengurangi Risiko	1. Kadar bilirubin serum total atau bilirubin terletak pada daerah risiko rendah 2. Umur kehamilan ≥ 41 minggu 3. Kulit hitam 4. Bayi dipulangkan setelah 72 jam kelahiran

d. Diagnosis hiperbilirubinemia

Anamnesis

Dalam anamnesis, diagnosis hiperbilirubinemia dapat digunakan untuk mencari faktor risiko penyebab hiperbilirubinemia sehingga dapat diklasifikasikan apakah bayi yang lahir ini termasuk dalam kategori risiko tinggi atau risiko rendah. Anamnesis terdiri dari anamnesis umum dan anamnesis khusus. Anamnesis umum terdiri dari:

- Apa masalahnya? Mengapa bayi di bawa kesini?
- Jenis perawatan, termasuk terapi khusus yang didapatkan bayi
- Berapa usia bayi
- Berapa berat badan bayi saat lahir
- Apakah bayi lahir cukup bulan
- Bagaimana keadaan bayi segera setelah lahir?

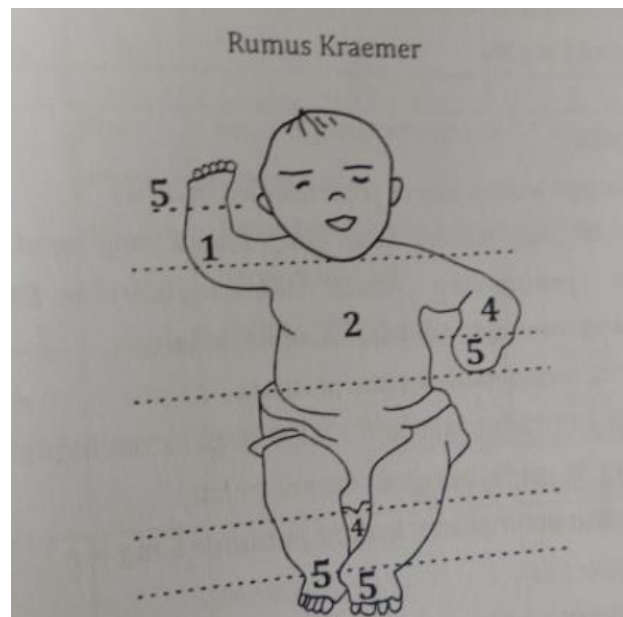
Sedangkan anamnesis khusus terdiri dari anamnesis pada keluarga tersebut mencakup:

- Riwayat keluarga ikterus, anemia, splenektomi, sferositosis, defisiensi glukosa 6-fosfatdehidrogenase (G6PD)
- Riwayat keluarga dengan penyakit hati,
- Riwayat saudara dengan ikterus atau anemia, mengarahkan pada kemungkinanin kompatibilitas golongan darah atau breast-milk jaundice
- Riwayat sakit selama kehamilan, menandakan kemungkinan infeksi virus atau toksoplasma
- Riwayat obat-obatan yang dikonsumsi ibu, yang berpotensi menggeser ikatan bilirubin dengan albumin (sulfonamida) atau mengakibatkan hemolisis pada bayi dengan defisiensi G6PD (sulfonamida, nitrofurantoin, antimalaria)

e. Pemeriksaan fisik

Salah satu langkah sederhana untuk menilai kuning pada bayi adalah dengan menggunakan Rumus Kremer. Rumus Kremer merupakan salah satu cara memperkirakan jumlah bilirubin dengan menggunakan metode pemeriksaan visual.(Rohsiswatmo & Amandito, 2018)

Berikut rumus Kremer yang dimaksud:



Keterangan gambar:

No	Daerah Ikterus	Luas Ikterus	Perkiraan kadar bilirubin
1.	1.	Kepala dan Leher	5
2.	2.	Daerah I + Badan Bagian atas	9
3.	3.	Daerah 1,2 + Badan Bagian Bawah dan tungkai	11
4	4	Daerah 1, 2, 3 + Lengan, kaki bawah lutut	14
5	5	Daerah 1,2,3,4 +Tangan dan kaki	16

Gambar diatas merupakan salah satu teknologi sederhana untuk deteksi atau memperkirakan kadar bilirubin pada bayi.

f. Tatalaksana hiperbilirubinemia

Pencegahan hiperbilirubinemia

- Pencegahan primer

Hal yang sangat penting dalam upaya pencegahan primer adalah pemberian ASI. Berikan informasi kepada ibu tentang kecukupan ASI dengan beberapa pertanyaan:

- Apakah bayi minum ASI 8-12x per hari?
- Apakah BAB > 3x per hari?
- Apakah BAK > 6x per hari?
- Apakah BB bayi tidak turun > 10% dalam 5 hari pertama kehidupan?
- Apakah bayi demam?

Pemberian ASI Eksklusif merupakan langkah pencegahan primer yang paling efektif, oleh karenanya tidak dianjurkan pemberian tambahan cairan apapun untuk minum bayi seperti dekstrose atau cairan yang lainnya.

Pencegahan sekunder

Salah satu upaya pencegahan sekunder adalah dengan dilakukannya penilaian secara berkesinambungan untuk risiko terjadinya hiperbilirubinemia berat selama periode neonatal.

g. Tindak lanjut

Semua bayi harus diperiksa oleh petugas kesehatan profesional yang berkualitas beberapa hari setelah keluar RS untuk menilai keadaan bayi dan ada tidaknya kuning. Waktu dan tempat untuk melakukan penilaian ditentukan berdasarkan lamanya perawatan, ada atau tidaknya faktor risiko untuk hiperbilirubinemia dan risiko masalah neonatal lainnya. Penilaian yang harus dilakukan pada saat tindak lanjut berikutnya adalah:

- Perkembangan ikterus
- Kecukupan ASI
- Ada tidaknya dehidrasi
- Ada tidaknya faktor risiko masalah neonatal yang lain

h. Jadwal kunjungan ulang

Untuk bayi yang pulang dari rumah sakit, kunjungan tindak lanjut dilakukan dalam kurun waktu paling tidak 2-3 hari setelah bayi dipulangkan. Hal ini berguna untuk melihat progresivitas ikterus dan kadar puncak bilirubin serum yang sering terlihat pada usia 4-6 hari setelah kelahiran.

Penatalaksanaan Fototerapi dan transfusi tukar

- Bilirubin ensefalopati akut
- Manajemen rawat jalan bayi dengan breastfeeding jaundice

AAP merekomendasikan untuk tetap memberikan ASI pada bayi yang telah diberikan ASI walaupun bayi memerlukan fototerapi. Hal ini dapat mengurangi kadar bilirubin dan atau meningkatkan efektivitas fototerapi. Pada bayi ASI eksklusif yang mendapat fototerapi, suplementasi dengan pemberian ASI perah atau formula adalah pilihan yang tepat terutama jika asupan bayi dirasa tidak adekuat, berat badan turun berlebihan, atau bayi tampak dehidrasi. (Kementerian Kesehatan RI, 2019)

Fototerapi

Fototerapi menurunkan kadar bilirubin dengan cara mengkonversi molekul bilirubin menjadi produk fotoisomer dan produk oksidasi yang kurang lipofilik dan tidak membutuhkan konjugasi hati untuk bisa diekskresikan. Fotoisomer sebagian besar diekskresikan dalam empedu dan produk oksidasi sebagian besar diekskresikan dalam urin. Fototerapi akan mengekspos kulit bayi melalui cahaya dengan panjang gelombang tertentu, dimana mampu menurunkan total bilirubin

- Paparan sinar matahari
- Pijatan bayi dan penurunan bilirubin

Pijatan pada bayi memiliki banyak sekali manfaat. (Lei et al., 2018) antara lain meningkatkan berat badan bayi, meningkatkan pertumbuhan, meningkatkan daya tahan tubuh, meningkatkan konsentrasi anak, membuat bayi tidur lebih nyenyak, membina bonding dan meningkatkan produksi ASI (Dadan, 2017). Penelitian Andasuri dan Alasiry, 2018 menunjukkan bahwa neonatus hiperbilirubinemia yang menerima fototerapi sebanyak 70 bayi dibagi menjadi 4 kelompok. Bayi yang mendapatkan pijat dan breastfeeding (Kelompok I), bayi yang mendapat pijat dan susu formula (Kelompok II), bayi yang hanya mendapat

breastfeeding (Kelompok III) dan bayi yang hanya mendapat susu formula (Kelompok IV). Pemberian intervensi dilakukan selama 3 hari/sampel. Analisis data menggunakan uji Paired T Test dan uji Anova. Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan kadar bilirubin antara keempat kelompok setelah intervensi dengan p value $0,000 < 0,05$. Setelah intervensi diperoleh rata-rata penurunan kadar bilirubin pada kelompok pijat+breastfeeding sebesar 7.82 mg/dl, kelompok pijat+susu formula sebesar 9.22 mg/dl, kelompok breastfeeding sebesar 14.68 mg/dl dan kelompok susu formula sebesar 13.69 mg/dl. Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa kelompok yang diberikan pemijatan lebih efektif menurunkan kadar bilirubin dibandingkan hanya diberikan breastfeeding atau susu formula. Pijat bayi bisa membantu mengurangi kadar bilirubin dengan meningkatkan frekuensi defekasi pada neonatus dengan hiperbilirubinemia yang menerima fototerapi

i. Transfusi Tukar

Pencegahan

Kuning pada bayi dapat dicegah sejak masa kehamilan, dengan cara pengawasan masa kehamilan dengan baik dan benar sesuai dengan standar. Hal ini dilakukan untuk mencegah sedini mungkin infeksi pada janin dan juga adanya hipoksia (kekurangan oksigen) pada janin di dalam rahim. Pada tahap persalinan, jika terjadi hipoksia, misalnya karena kesulitan lahir, lilitan tali pusat dan lain-lain, segera diatasi dengan cepat dan tepat. Selanjutnya jika bayi sudah lahir, berikan asi sesering mungkin dan jemur bayi di bawah sinar matahari pada jam 7 sampai jam 8 pagi setiap pagi selama 15 menit dengan membuka pakaian. Menjemur bayi di pagi hari akan meningkatkan efek dehidrasi sehingga bayi akan banyak menyusu. Hal ini akan mempercepat proses ekskresi bilirubin. Selalu perhatikan kemungkinan adanya *breastmilk jaundice* (Manggiasih, V A Jaya, 2016)

LATIHAN SOAL

1. Bayi 14 yang lalu lahir di Puskesmas PONED dengan proses persalinan yang normal, bayi lahir bugar dan sehat. Ibu mengatakan bayinya kuning sejak hari ke-10, gerakan aktif, BAK dan Bab bayi lancar. Hasil pemeriksaan bayi: BB 3500 gram. Suhu, 37° Nadi 110 x/mnt, Respirasi 42 x/mnt, bayi bisa menyusu dengan baik.

Apakah penyebab kuning pada bayi yang terfikirkan bidan seperti kasus diatas?

- a. Bayi kurang minum ASI
- b. Kelainan G6PD
- c. Breastfeeding jundice
- d. Breastmilk jundice
- e. Inkontabilitas Rhesus

Jawaban yang benar adalah C

2. Bayi 4 yang lalu lahir di Puskesmas PONED dengan proses persalinan yang normal, bayi lahir bugar dan sehat. Ibu mengatakan bayinya kuning sejak hari ke-2, gerakan aktif, BAK dan Bab bayi lancar. Hasil pemeriksaan bayi: BB 3500 gram. Suhu, 37° Nadi 110 x/mnt, Respirasi 42 x/mnt, bayi bisa menyusu dengan baik.

Apakah masalah dalam lingkup kebidanan pada kasus diatas?

- a. Bayi kuning
- b. Kelainan G6PD
- c. Breastfeeding jundice
- d. Breastmilk jundice
- e. Kern Ikterus

Jawaban yang benar adalah A

3. Bayi 14 yang lalu lahir di Puskesmas PONED dengan proses persalinan yang normal, bayi lahir bugar dan sehat. Ibu mengatakan bayinya kuning sejak hari ke-10, gerakan aktif, BAK dan Bab bayi lancar. Hasil pemeriksaan bayi: BB 3500 gram. Suhu, 37° Nadi 110 x/mnt, Respirasi 42 x/mnt, bayi bisa menyusu dengan baik. Ibu mengatakan semakin banyak minum ASI bayi semakin kuning.

Apakah diagnosis yang terfikirkan bidan pada kasus diatas?

- a. Bayi kurang minum ASI
- b. Kelainan G6PD
- b. Breastfeeding jundice
- c. Breastmilk jundice
- d. Inkontabilitas Rhesus

Jawaban yang benar adalah D

4. Bayi 3 yang lalu lahir di Puskesmas PONED dengan proses persalinan yang normal, bayi lahir bugar dan sehat. Ibu mengatakan bayinya kuning sejak hari ke-2, gerakan aktif, BAK dan Bab bayi lancar. Hasil pemeriksaan bayi: BB 3500 gram. Suhu, 37° Nadi 110 x/mnt, Respirasi 42 x/mnt, bayi masih jarang menyusu dan ASI baru keluar hari ini.

Apakah diagnosis yang terfikirkan bidan pada kasus diatas?

- a. Bayi kurang minum ASI
- b. Kelainan G6PD
- c. Breastfeeding jundice
- d. Breastmilk jundice
- e. Inkontabilitas Rhesus

Jawaban yang benar adalah C

5. Bayi 4 yang lalu lahir di Puskesmas PONED dengan proses persalinan yang normal, bayi lahir bugar dan sehat. Ibu mengatakan bayinya kuning sejak hari ke-2, gerakan aktif, BAK dan Bab bayi lancar. Hasil pemeriksaan bayi: BB 3500 gram. Suhu, 37° Nadi 110 x/mnt, Respirasi 42 x/mnt, bayi bisa menyusu dengan baik. Bidan memberikan nasehat agar bayi dijemur di pagi hari.

Apakah kaitan nasehat yang diberikan bidan pada kasus diatas dengan masalah yang dialami bayi?

- a. Penjemuran dapat meningkatkan produksi ASI
- b. Penjemuran akan memberikan efek dehidrasi sehingga bayi akan lebih banyak menyusu
- c. Penjemuran akan menurunkan kadar bilirubin
- d. Matahari mengandung vitamin D
- e. Matahari mengandung sinar ultraviolet

Jawaban yang benar: B. Penjemuran akan memberikan efek dehidrasi sehingga bayi akan lebih banyak menyusu

6. Bayi 6 Jam yang lalu lahir di Puskesmas PONED dengan proses persalinan normal, bayi lahir bugar dan sehat. Ibu mengatakan gerakan bayi aktif, bayi bisa menyusu dengan baik, sudah BAK dan Bab. Hasil pemeriksaan bayi: BB 3300 gram. Suhu, 37° Nadi 110 x/mnt, Respirasi 42 x/mnt, terdapat bercak biru pada kaki sebelah kanan. Ibu menanyakan kepada bidan masalah apa yang dialami oleh bayinya.

Disebut apakah masalah bayi seperti kasus diatas?

- a. Kelebihan HB
- b. Bercak kebiruan
- c. Lebam
- d. Mongol
- e. Blue spot

Jawaban yang benar adalah B. Bercak kebiruan

7. Bayi 6 Jam yang lalu lahir di Puskesmas PONED dengan proses persalinan normal, bayi lahir bugar dan sehat. Ibu mengatakan gerakan bayi aktif, bayi bisa menyusu dengan baik, sudah BAK dan Bab. Hasil pemeriksaan bayi: BB 3300 gram. Suhu, 37° Nadi 110 x/mnt, Respirasi 42 x/mnt, terdapat bercak biru pada kaki sebelah kanan. Ibu menanyakan kepada bidan apa penyebab bercak biru tersebut kepada bidan.

Apakah informasi yang diberikan oleh bidan tentang penyebab kasus seperti diatas?

- a. Bayi kelebihan HB
- b. Kegagalan migrasi melanosit
- c. Tekanan jalan lahir
- d. Breastmilk jundice
- e. Gangguan di dalam kandungan

Jawaban yang benar adalah B. Kegagalan migrasi melanosit

8. Bayi 6 Jam yang lalu lahir di Puskesmas PONED dengan proses persalinan normal, bayi lahir bugar dan sehat. Ibu mengatakan gerakan bayi aktif, bayi bisa menyusu dengan baik, sudah BAK dan Bab. Hasil pemeriksaan bayi: BB

3300 gram. Suhu, 37° Nadi 110 x/mnt, Respirasi 42 x/mnt, terdapat bercak biru pada kaki sebelah kanan dan muncul lagi setelah sempat menghilang. Apakah penatalaksanaan yang tepat pada kasus di atas?

- a. Bayi tetap minum ASI agar bayi bertambah sehat
- b. Kurangi pergerakan pada bayi
- c. Diberikan PASI agar bayi teap sehat
- d. Rujuk/konsul ke dokter spesialis anak
- e. Diberikan penjelasan bahwa bercak kebiruan merupakan masalah yang lazim pada bayi

Jawaban yang benar adalah D. Rujuk atau konsultasikan ke dokter spesialis anak

TUGAS

1. Bedakan antara permasalahan yang lazim, penyakit-penyakit pada bayi, anak dan balita serta Bayi berisiko!
2. Jelaskan penanganan pada bayi sesak dan bayi dengan gangguan nafas!
3. Bagaimana penanganan bayi kuning sesuai kewenangan bidan?

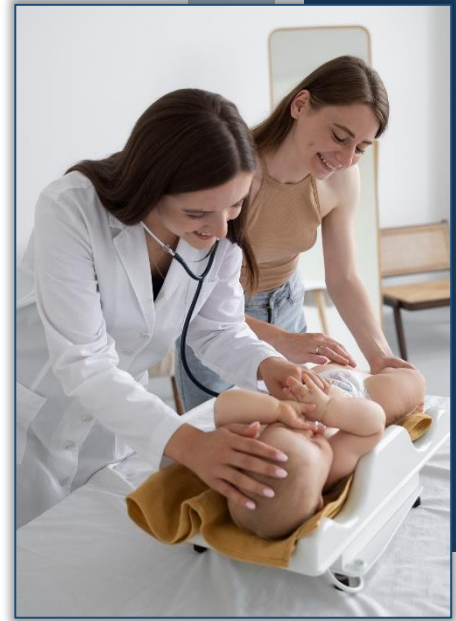
DAFTAR PUSTAKA

- Anik, M., & Eka, P. S. (2013). *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal* (T. Ismail (ed.)). CV. TRANS INFO MEDIA.
- Aryunani. (2022). *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah*. Rena Cipta Mandiri.
- Badan Pusat Statistik. (2021). Sensus Penduduk 2020. *Bps.Go.Id*, 27, 1–52. <https://papua.bps.go.id/pressrelease/2018/05/07/336/indeks-pembangunan-manusia-provinsi-papua-tahun-2017.html>
- Budining WM, dkk. (2018). *Penatalaksanaan BBLR* (Hesti K (ed.)). Perinasia.
- Dadan. (2017). *Pelatihan Pijat Bayi*.
- Depkes RI. (2011). Buku Saku Petugas Kesehatan Lintas Diare. *Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan*, 1–40. <https://docplayer.info/46213354-Buku-ajar-gastroenterologi-hepatologi-jilid->
- Elmeida, Ik. F. (2015). *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah*. Trans Info Media.
- Ely, I. P., Nurdin, D., Nasir, M., & Sofyan, A. (2020). Dermatitis Seborik (Seborrheic Dermatitis). *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, 2(1), 45–50.
- Fadli, R. (2022). *Bercak Mongol*. Halo Doc. www.halodoc.com/kesehatan/bercak-mongol
- Fitriana, F. (2019). *Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Infeksi neonatal Dirumah Sakit mitra Delima, Malang*. Universitas Brawijaya.
- Hernawati, E., & Lia, K. (2017). *Buku Ajar Bidan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal* (A. Wahyudi (ed.)). CV. TRANS INFO MEDIA.
- Hidayatullah, T., & Suci, L. N. (2022). Oral Thrush Pada Bayi: Gambaran Klinis Dan Tatalaksana (Laporan Kasus). *Cakradonya Dental Journal*, 14(2), 95–99. <https://doi.org/10.24815/cdj.v14i2.29951>
- Ilmiah Kesehatan Sandi Husada, J., PENELITIAN Hubungan Antara Jenis Kelamin Dengan Angka Kejadian Dermatitis Seboroik, A., Silvia, E., Effendi, A.,

- Nurfaridza, I., & Abdul Moeloek Lampung, H. (2020). The Correlation between Gender and Incidence Rate off Seborrheic Dermatitis. *Juni*, 11(1), 37–46. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.216>
- Jacoeb, T. N.. (2017). *Dermatitis seboroik* (Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin (ed.); 7th ed.). Badan Penerbit FKUI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). Kepmenkes RI No HK.01.07/MENKES /240/2019 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Hiperbilirubinemia. In *Carbohydrate Polymers* (Vol. 6, Issue 1, pp. 5–10).
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). Profil Kesehatan Indonesia 202. In *IT - Information Technology: Vol.* (Issue 1). <https://doi.org/10.1524/itit.2006.48.1.6>
- Lei, M., Liu, T., Li, Y., Liu, Y., Meng, L., & Jin, C. (2018). International Journal of Nursing Sciences Effects of massage on newborn infants with jaundice : A meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(1), 89–97. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.01.004>
- Manggiasih, V A Jaya, P. (2016). *Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah* (1st ed.). CV Trans Info Media.
- Nadia, F., Wiji, R. N., & Rahayu, A. O. S. (2022). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita Dan Anak Pra Sekolah* (1st ed.). Gosyen Publising.
- Noorbaya, S., Joohana, H., & Wati, N. (2020). *Panduan Belajar Asuhan Neonatus, Bayi, Balita dan anak Pra Sekolah* (Pertama). Gosyen Publising.
- Nurjasmi, D. (2021). *Modul Pelatihan Midwifery Update* (Z. Wiyanti & K. Dini (eds.)).
- Rohsiswatmo, R., & Amandito, R. (2018). Risk Fx, Kesimpulan, Talak. *Sari Pediatri*, 20(2), 115.
- Safitri, A. R., & Wulandari, S. P. (2016). Klasifikasi Risiko Infeksi pada Bayi Baru Lahir di Rumah Sakit Umum Daerah Sidoarjo Menggunakan Metode Classification Trees. *Jurnal Sains Dan Seni ITS*, 5(1), 26–31.
- Sembring, juliana B. (2019). *buku ajar neonatus, Bayi, Balita, Anak, Pra Sekolah* (deepublish (ed.); 1st ed.). Deepublish Cv Budi Utama.
- Setyarini, D. I., & Suprapti. (2016). *Asuhan Kebidanan Kegawatdarurtaan Maternal Neonatal* (A. Suryana & J. Heru (eds.)). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Wicaksana, A. (2018). *Infeksi pada Bayi Baru Lahir*. Poltekkes Denpasar.

BAB 5

MASALAH DAN PENYAKIT YANG LAZIM PADA BAYI, ANAK BALITA DAN USIA PRASEKOLAH



CAPAIAN PEMBELAJARAN

Siswa memiliki kemampuan untuk memahami dan mencermati permasalahan dan penyakit yang umum terjadi pada bayi, balita, dan anak usia prasekolah.

KOMPETENSI, TUJUAN INSTRUKSIONAL DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN

1. Pemberian obat pada bayi baru lahir dan balita mengikuti prosedur standar
2. Anticipatory guidance untuk mencegah dan menurunkan SIDS
3. Upaya promosi dan preventif pada bayi dan balita
4. *Stunting*

PEMBERIAN OBAT PADA NEONATUS, BAYI, BALITA DAN ANAK PRA SEKOLAH SESUAI KEWENANGAN DAN STANDAR

Bidan adalah profesi yang diakui secara global. Dalam melakukan praktik kebidanan, seorang bidan harus mematuhi peraturan perundang-undangan yang relevan, khususnya dalam hal pemberian obat selama asuhan kebidanan. Bidan wajib memiliki keahlian dan pemahaman yang diperlukan untuk memberikan pelayanan kesehatan komprehensif kepada neonatus, bayi, balita, dan anak prasekolah sebagai bagian dari tugas profesionalnya. Pada bagian ini akan dibahas proses pemberian obat pada neonatus, bayi, balita, dan anak prasekolah oleh bidan. Penyelenggaraannya akan dilaksanakan sesuai dengan standar praktik kebidanan yang telah diperkenankan.

1. Landasan Hukum

- a. Permenkes No. 28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan
 - Menurut Pasal 18, bidan diberi wewenang untuk memberikan pelayanan kesehatan anak selama melakukan praktik kebidanan. Pasal 18 huruf b mengacu pada pelayanan kesehatan anak yang diberikan kepada bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah.
 - Bidan berwenang memberikan perawatan penting pada bayi baru lahir, termasuk suntikan Vitamin K1 dan vaksin awal hepatitis B (HB0).
 - Pasal 20 ayat 4 mengatur tentang pengelolaan krisis dan rujukan selanjutnya, khususnya ayat (c). Penatalaksanaan infeksi tali pusat yang pertama adalah dengan menggunakan alkohol atau povidone-iodine serta menjaga kebersihan dan kekeringan luka tali pusat. Melakukan prosedur kebersihan dan pemberian obat mata pada bayi yang terkena infeksi gonore (GO).
 - Pasal 22 dan 23 memberikan kewenangan kepada bidan untuk memberikan pelayanan sesuai arahan pemerintah, sesuai dengan persyaratan dan/atau kewenangan yang diberikan dokter untuk melakukan tindakan pelayanan kesehatan.
 - Pasal 25 ayat (1) menyatakan bahwa penyedia layanan kesehatan harus mematuhi kriteria yang ditetapkan dalam merawat bayi dan

anak kecil yang sakit. Hal ini termasuk pemberian vaksin reguler dan tambahan sesuai program pemerintah. (Permenkes, 2017)

b. Undang-Undang No. 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan

- Tugas dan Wewenang Pasal 46 Dalam melakukan Praktek Kebidanan, Bidan mempunyai tanggung jawab memberikan pelayanan seperti: (b) memberikan pelayanan kesehatan anak; (d) melaksanakan tugas yang diberikan berdasarkan wewenang yang diberikan; dan/atau; (e) melaksanakan tanggung jawab dalam batas-batas tertentu.
- Pelayanan kesehatan anak Menurut Pasal 50, bidan berwenang memberikan pelayanan kebidanan kepada bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah. Selain itu, mereka mempunyai kewenangan untuk menyediakan vaksin sesuai dengan program yang ditetapkan Pemerintah Pusat. Selain itu, bidan diperbolehkan memberikan pertolongan pertama darurat kepada neonatus dan kemudian mengirim mereka untuk perawatan lebih lanjut. Indonesia, 2019)

c. Kepmenkes RI No. 320 Tahun 2020 tentang Standar Profesi Bidan

Bidan harus memperoleh keahlian dalam keterampilan klinis khusus untuk praktik kebidanan. Ini termasuk kompetensi klinis dalam perawatan neonatal, khususnya pada bayi.

- Penyesuaian fisiologis pada neonatus.
- Perawatan penting untuk neonatus.
- Inisiasi menyusui dini (IMD).
- Memberikan perawatan pada neonatus usia 0-28 hari.
- Masalah dan kompleksitas yang berhubungan dengan bayi baru lahir.
- Perawatan utama terhadap situasi darurat pada bayi baru lahir dan proses mengarahkan mereka ke perawatan medis yang tepat.

Keterampilan klinis pada bayi, balita dan anak pra sekolah, meliputi:

- Kemajuan dan pendewasaan.
- Penatalaksanaan dan perawatan bayi dan balita sakit melalui penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBM) dan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).
- Perkembangan Bayi dan Anak Usia Dini Akronim SDIDTK adalah singkatan dari Stimulation Detection and Intervention Monitoring.

- Vaksinasi.
- Memberikan pelayanan kesehatan bagi bayi, anak kecil, dan anak prasekolah.
- Bantuan Hidup Dasar (BLS).
- Perawatan primer untuk situasi darurat pada bayi baru lahir, anak kecil, dan kasus yang memerlukan perhatian medis lebih lanjut.

d. Undang-undang Kesehatan No. 17 tahun 2023

- Pasal 274 mengatur bahwa Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan wajib memenuhi kewajiban sebagai berikut: (a) memberikan Pelayanan Kesehatan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, prosedur operasional, dan pedoman etika yang ditetapkan, serta kebutuhan Kesehatan khusus Pasien; (e) merujuk pasien kepada tenaga medis atau tenaga kesehatan lain yang mempunyai kompetensi dan wewenang yang diperlukan.
- Sesuai dengan Pasal 275 ayat 1, tenaga medis dan tenaga kesehatan yang bekerja di fasilitas kesehatan wajib segera memberikan pertolongan medis kepada pasien pada saat krisis dan/atau tragedi.
- Menurut Pasal 285 ayat (1), praktisi medis dan tenaga kesehatan mempunyai kewajiban melaksanakan tanggung jawabnya sesuai dengan kewenangannya, berdasarkan kompetensinya.
- Pasal 286 ayat (1) mengatur bahwa dalam keadaan tertentu Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan berwenang memberikan pelayanan di luar kewenangannya. Syarat-syarat khusus tersebut meliputi: a. kekurangan Tenaga Medis dan/atau Tenaga Kesehatan di suatu wilayah yang ditetapkan; B. prasyarat program pemerintah; C. penanganan krisis medis; dan/atau d. kejadian luar biasa seperti wabah, epidemi, dan bencana. Pasal 286 ayat (3) yang dimaksud dengan tenaga medis dan tenaga kesehatan secara khusus adalah perawat atau bidan yang memberikan pelayanan kesehatan dan/atau kefarmasian dalam batas-batas tertentu.

- Pasal 290 ayat (1)
 - Tenaga kesehatan dan tenaga kesehatan mempunyai kapasitas untuk diberikan kewenangan dalam memberikan pelayanan kesehatan.
 - Pendelegasian wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi dua jenis pendelegasian, yaitu pendelegasian berdasarkan mandat dan pendelegasian berdasarkan pendelegasian.
 - Pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dari Tenaga Medis kepada Tenaga Kesehatan, antar Tenaga Medis, dan antar Tenaga Kesehatan.
 - Pendelegasian wewenang selanjutnya dibatasi oleh Peraturan Pemerintah. (Indonesia, 2023).

2. Penggunaan Obat Yang Menjadi Kewenangan Bidan

Sesuai dengan UU Kesehatan no. 17 Tahun 2023, tenaga kesehatan yaitu bidan diperbolehkan memberikan pelayanan di luar wilayah hukumnya dalam keadaan tertentu. Khususnya, dalam skenario ketika tidak ada tenaga kesehatan profesional yang diberi wewenang untuk melakukan intervensi layanan kesehatan yang diperlukan dan tidak ada kemungkinan untuk mendapatkan rujukan. Bidan mempunyai kekuasaan yang sangat terbatas dalam pemberian obat. (Nuryuniarti & Nurmahmudah, 2019). Adapun obat-obatan yang dapat diberikan oleh bidan dalam upaya tatalaksana awal. Obat standar untuk tata laksana awal:

- Obat yang dapat digunakan sebagai terapi awal pada suatu kondisi emergency sehari-hari
- Hanya sebagai terapi simptomatik awal
- Dianjurkan untuk tetap dirujuk ke dokter untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut

Pemberian obat yang dapat diberikan oleh bidan adalah obat-obatan yang tergolong dalam:

a. Obat bebas

Obat bebas mengacu pada obat yang dapat diperoleh tanpa resep dan mudah didapat di pasaran. Obat-obatan tersebut tidak termasuk dalam kategori narkotika, psikotropika, obat keras, atau obat bebas yang dibatasi penggunaannya. Apalagi mereka terdaftar resmi di Kementerian Kesehatan

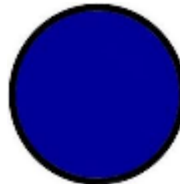
Republik Indonesia. (Depkes RI). Obat-obatan tanpa resep dapat dijual secara legal di toko kelontong, apotek berlisensi, supermarket, dan toko farmasi. Saat menggunakannya, individu mungkin membeli obat dalam dosis kecil sesuai kebutuhan. Bahan aktif dalam obat kategori ini dinilai cukup aman sehingga dapat digunakan tanpa memerlukan pengawasan medis atau perawatan kesehatan, asalkan dikonsumsi sesuai dengan anjuran yang tertera pada kotak obat. Oleh karena itu, disarankan untuk membeli obat kategori ini bersama dengan kemasannya. (Wahyuni, 2018). Logo obat bebas ini berbentuk lingkaran hijau dengan pinggiran hitam. Contoh bahan farmasi adalah Parasetamol yang berfungsi sebagai antipiretik dan analgesik.



Gambar 1. Logo Obat Bebas, Sumber: Dinkes Kota Yogyakarta, 2020

b. Obat Bebas Terbatas

Obat-obatan yang dijual bebas secara terbatas adalah obat-obatan yang dapat diperoleh tanpa resep dari dokter, namun harus disertai dengan peringatan khusus dalam penggunaannya. Lambang konvensional yang terlihat pada kemasan dan label obat bebas adalah lingkaran biru dengan keliling hitam. Obat bebas yang dibatasi penggunaannya hanya boleh dibeli di toko obat resmi, yang dikelola oleh asisten apoteker, dan apotek, yang wajib memiliki apoteker (Tanpa Apoteker Tanpa Layanan). Hal ini memastikan bahwa pasien menerima informasi yang cukup tentang obat yang mereka beli. Logonya berbentuk lingkaran biru dengan garis hitam yang melambangkan obat. Contoh: Chlorpheniramine maleate/CTM (antialergi/antihistamin), ibuprofen, bromhexine.



Gambar 2. Logo Obat Bebas Terbatas, Sumber: Dinkes Kota Yogyakarta, 2020

Sinyal peringatan apa pun yang bukan merupakan tanda obat biru selalu disertakan pada kemasan obat bebas dengan ketersediaan terbatas.

Rambu peringatan tersebut terdiri dari enam buah persegi panjang berwarna hitam, dengan dimensi masing-masing persegi panjang berukuran panjang 5 sentimeter dan lebar 2 sentimeter. Persegi panjang pada gambar di bawah menampilkan pemberitahuan putih.



Gambar 3. Peringatan Pada Obat Bebas Terbatas, Sumber: Dinkes Kota Yogyakarta, 2020

3. Jenis obat dalam Praktik kebidanan pada pelayanan neonatus, bayi, balita dan anak pra sekolah

a. Salep mata

Pemberian salep mata untuk mencegah infeksi mata sebaiknya dilakukan satu jam pasca melahirkan, segera setelah proses IMD, dan setelah selesai menyusui. Kementerian Kesehatan (2014) merekomendasikan penggunaan salep mata antibiotik tetrasiklin 1% untuk pencegahan infeksi mata. Petunjuk pemberian salep mata antibiotik:

- Pertama, cuci tangan Anda dengan baik, lalu pastikan tangan Anda benar-benar kering. Manfaatkan Hanscoon yang higienis.
- Beritahu keluarga tentang prosedur yang dimaksudkan dan alasan penggunaan salep mata.
- Tarik perlahan kelopak mata bawah ke arah bawah.
- Pemberian salep mata dengan cara mengoleskannya secara linier, dimulai dari bagian mata bayi yang paling dalam hingga ke tepi luar, atau alternatifnya, gunakan obat tetes mata.
- Pastikan ujung tabung salep mata tidak bersentuhan dengan mata bayi.

- Arahkan keluarga untuk tidak mengeluarkan salep dari mata bayi dan anjurkan untuk tidak mengusap atau menggosok salep tersebut.



Gambar 4. Pemberian salep mata pada bayi baru lahir, Sumber: facebook PMB.bidanmamik

b. Suntikan Vitamin K1

Tim Health Technology Assessment bekerja sama dengan kelompok profesional mengeluarkan rekomendasi pada tahun 2001 untuk memberikan suntikan vitamin K1 preventif kepada semua bayi dalam waktu 1-2 jam setelah melahirkan. Perawatan yang diresepkan terdiri dari pemberian vitamin K1 (phytomenadione) melalui suntikan intramuskular. Tujuannya adalah untuk mengurangi pendarahan pada neonatus yang disebabkan oleh kurangnya kadar vitamin K. (Kemenkes, 2014).

Prinsip pemberian vitamin K₁ profilaksis:

- Didistribusikan ke setiap bayi saat lahir.
- Vitamin K yang digunakan adalah vitamin K1 (phytomenadione) dalam bentuk larutan suntik. Setiap ampul mengandung 10mg vitamin K1 per 1 ml (10 mg/1ml).
- Penting untuk tidak menggunakan kembali ampul formulasi vitamin K1 yang tidak disegel.
- Sediaan vitamin K1 sebaiknya disimpan di tempat yang kering, dingin, jauh dari cahaya.



Gambar 1. Vitamin K1 (Phytomenadione)

- Teknik pemberian profilaksis injeksi vitamin K₁ profilaksis:
 - Suntikkan vitamin K1 dosis 1mg ke otot paha anterolateral kiri menggunakan jarum suntik sekali pakai steril 1ml. Diberikan dalam jangka waktu 2 jam setelah bayi lahir.
 - Dianjurkan untuk memberikan suntikan Vitamin K1 sebelum pemberian vaksinasi hepatitis B0 (uniject), dengan jarak waktu yang disarankan adalah 1-2 jam.



*Gambar 2. Suntikan Vitamin K1 pada paha kiri anterolateral
(sumber gambar: <https://aksaninc.wordpress.com/2016/05/09/vitamin-k/>)*

- Vitamin K1 diberikan kepada bayi baru lahir yang dirujuk dengan cara dan dosis yang sama.
- Suntik vitamin K1 diberikan kepada bayi yang tidak dilahirkan dengan bantuan bidan pada pertemuan neonatal pertama (KN1), dengan cara dan dosis yang sama.
- Melakukan observasi setelah pemberian vitamin K1.

c. Pemberian Imunisasi Dasar

- Hepatitis *B pertama (HB0)*

Bayi sangat rentan terhadap penyakit akibat paparan dan kontaminasi patogen selama proses persalinan dan tahap selanjutnya. Virus hepatitis B adalah bakteri mematikan yang dapat ditularkan melalui kontak dengan darah dan cairan tubuh. Penularan vertikal menunjukkan perpindahan hepatitis B dari ibu ke bayi, dan penularan horizontal menunjukkan infeksi dari orang lain. Untuk menghindari penularan, penting untuk memberikan imunisasi hepatitis B pada bayi sedini mungkin.

Vaksinasi hepatitis B (HB0) pertama diberikan secara intramuskular, dilanjutkan dengan suntikan vitamin K1 dalam waktu 1-2 jam. Pemberian vaksin Hepatitis B (HB0) perlu dilakukan pada bayi dengan rentang usia 0-7 hari karena beberapa alasan sebagai berikut:

- Ibu hamil tertentu adalah pembawa hepatitis B.
- Sekitar separuh bayi baru lahir rentan tertular hepatitis B melalui penularan perinatal dari ibu yang merupakan pembawa virus.
- Kebanyakan infeksi yang didapat saat lahir berkembang menjadi hepatitis kronis, yang selanjutnya menyebabkan sirosis hati dan kanker hati primer.
- Pemberian vaksinasi Hepatitis B sedini mungkin akan memberikan sekitar 75% kemanjuran dalam mencegah penyebaran Hepatitis B pada bayi.

Pendekatan pertama untuk memberikan vaksinasi Hepatitis B (HB0) adalah dengan menyuntikkan vaksin ke daerah anterolateral otot paha kanan. Pemberian vitamin K1 dilanjutkan dengan imunisasi setelah kurang lebih 1-2 jam.



Gambar 3. Sediaan Vaksin Hepatitis B Unijekt

- *Bacillus Calmette Guerin (BCG)*

Vaksinasi BCG merupakan vaksin beku-kering yang mengandung *Mycobacterium bovis* (*Bacillus Calmette Guerin*) hidup yang telah dilemahkan, khususnya strain Paris. Kriteria pemberian vaksinasi aktif terhadap tuberkulosis. Dosisnya terdiri dari pemberian tunggal 0,05 ml. Vaksin diberikan melalui suntikan intrakutan pada lengan kanan atas, khususnya pada tempat masuknya otot deltoid. (Imunisasi, 2014).

- *DPT-HB-Hib*

Vaksinasi DPT-HB-Hib diberikan untuk memberikan kekebalan bersamaan terhadap infeksi difteri, tetanus, pertusis (batuk rejan), hepatitis B, dan *Haemophilus influenzae* tipe B. Vaksin diberikan secara intramuskular pada paha atas anterolateral dengan dosis 0,5 ml. Kontraindikasi: Bayi baru lahir dengan kejang atau bukti kelainan otak, serta bayi dengan penyakit saraf parah.

- *Vaksin Polio Oral (Oral Polio Vaccine/OPV)*

Vaksin polio trivalen terdiri dari suspensi virus poliomyelitis tipe 1, 2, dan 3 strain Sabin yang dilemahkan. Kriteria pemberian imunisasi poliomyelitis. Untuk pemberian oral, berikan 1 dosis sebanyak 2 tetes sebanyak 4 kali, dengan jarak antar dosis minimal 4 minggu.

- *Vaksin Inactive Polio Vaccine (IPV)*

Formulasinya berupa suspensi yang dapat disuntikkan. Tindakan profilaksis untuk poliomyelitis pada neonatus dan anak-anak dengan gangguan sistem imun. Cara pemberiannya adalah dengan injeksi intramuskular atau subkutan dalam, dengan dosis 0,5 ml. Untuk bayi berusia 2 bulan, dianjurkan untuk memberikan 3 suntikan berturut-turut sebanyak 0,5 ml, dengan jeda waktu antara 1 atau 2 bulan antara setiap suntikan. Menurut standar WHO, IPV dapat diberikan kepada bayi baru lahir pada usia 6, 10, dan 14 tahun.

- Campak

Vaksin termasuk jenis virus yang dilemahkan. Pedoman pemberian vaksinasi campak aktif. Cara pemberian: Berikan vaksin dosis 0,5 ml dengan cara disuntikkan tepat di bawah kulit pada lengan kiri atas atau paha depan luar. Ini harus dilakukan saat anak berusia antara 9 dan 11 bulan.

d. Obat Standar Untuk Tatalaksana Awal

- Paracetamol (antipiretik, analgetik)

Indikasi : penurun panas, penghilang rasa sakit

Dosis : 10-15 mg/kgbb/x → 4-6 jam

Sediaan : Tablet: 500 mg

: Sirup 120mg/5ml dan 250 mg/5ml

: Supositoria: 125 mg dan 250 mg

Efek samping : melebihi dosis maksimal, dapat menyebabkan sirosis hati

Kontra indikasi : pasien dengan gangguan fungsi hati

- Ibuprofen (analgesik, antipiretik, anti inflamasi non steroid)

Indikasi : penurun panas, menghambat sintesis prostaglandin

Dosis : 10-15 mg/kg/kali, 3x/hari

Sediaan : tablet 200 mg, sirup 100mg/5ml, supositoria 125 mg

Efek samping : Abdominal cramps, heart burn, nausea, GI bleeding & perforation

- Chlorpheniramine maleate/CTM (antihistamin)

Indikasi : mengobati gejala alergi

- Dosis anak : 2-6 th 1 mg/6 jam
 6-12 th 2 mg/6 jam
 >12 th 4 mg/6 jam
- Sediaan : tablet 4 mg
- Ambroxol (ekspektoran)

Indikasi : pada kondisi/penyakit saluran pernafasan yang ditandai dengan kelainan sekret bronkus, baik akut maupun kronik

Dosis : 0,5 mg/kg/kali, diberikan 3 kali

Sediaan : tablet 30 mg
 Sirup 15 mg/5 ml

Efek samping : gangguan saluran cerna, reaksi alergi
 - Bromhexine (mukolitik, ekspektoran)

Indikasi : pada keadaan atau penyakit dengan gejala batuk produktif/berdahak

Dosis : 0,3 mg/kgBB/kali, diberikan 3x sehari

Sediaan : tablet 8 mg, sirup 4 mg/5ml

Efek samping : mual muntah, diare, gangguan pencernaan, sakit kepala, vertigo, berkeringat banyak, ruam kulit, transaminase meningkat.
 - Zinc

Sediaan : tablet 20 mg

Dosis : < 6 bulan 10 mg
 > 6 bulan 20 mg

Cara pakai : dilarutkan dalam sedikit air, tidak dipuyerkan
 - Diazepam/stesolid (antikejang)

Sediaan : tablet, supositoria

Dosis supositoria : < 12 kg 5 mg
 > 12 kg 10 mg
 - Oralit

Sachet : 200 ml air matang

Dosis : 10 cc/kgBB/diare-muntah

Kewenangan bidan untuk meresepkan obat, terutama pada bayi baru lahir, balita, dan anak prasekolah, sangat dibatasi dan hanya diperbolehkan dalam keadaan tertentu atau dengan izin jelas dari profesional medis, spesialis, atau dokter gigi.

Referensi:

- Kemenkes RI.(2023). Undang-Undang Republik Indonesia No 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. Kementerian Sekretaris Negara: Jakarta.
- Nuryuniarti, R., & Nurmahmudah, E. (2019). *Regulasi Hukum Bagi Bidan Dalam Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Balita Di Bidan Praktik Mandiri Menurut Permenkes Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Jurnal Ilmiah Galuh Justisi*, 7(2), 133.
<https://doi.org/10.25157/justisi.v7i2.2386>
- Permenkes RI. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Kementerian Kesehatan: Jakarta.
- Permenkes RI. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial. Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia: Jakarta.
- Kepmenkes RI. (2014). *Buku Ajar Imunisasi*. Pusat Pendidikan Dan Pelatihan Tenaga Kesehatan: Jakarta.
- Kepmenkes RI. (2020). Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 320 Tahun 2020 tentang Standar Profesi Bidan.. Kementerian Kesehatan: Jakarta.
- Wahyuni, C. (2018). *Farmakologi Kebidanan*. Strada Press: Kediri.

ANTICIPATORY GUIDANCE UNTUK MENCEGAH DAN MENURUNKAN SIDS

1. Definisi

a. *Anticipatory Guidance*

- Anticipatory guidance mengacu pada instruksi pencegahan yang harus diperhatikan orang tua agar dapat memimpin dan membimbing anak-anak mereka secara efektif, sehingga mendorong pertumbuhan dan perkembangan yang tepat.
- Nasihat antisipatif merupakan sumber daya penting yang harus diberikan kepada orang tua untuk mengatasi potensi tantangan yang

mungkin timbul pada setiap tahap pertumbuhan dan perkembangan anak. Nasihat antisipatif menjadi alat yang berharga bagi orang tua untuk mendidik dan mengasuh anak sesuai dengan fase pertumbuhan dan perkembangan spesifiknya, sehingga memungkinkan anak mencapai kemajuan yang optimal (Marlina, 2018).

- Perawat memberikan banyak indikasi tentang potensi masalah yang mungkin timbul pada anak. Pemberitahuan awal mengenai masalah memungkinkan dilakukannya tindakan proaktif untuk mempersiapkan orang tua menghadapi kemungkinan terjadinya masalah, memastikan kesiapan mereka jika terjadi masalah (Indarwati, 2019).

b. *Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)*

- Sudden Infant Death Syndrome (SIDS), juga dikenal sebagai sindrom kematian bayi mendadak, mengacu pada kematian bayi baru lahir yang sehat secara tiba-tiba dan tidak terduga. Sindrom Kematian Bayi Mendadak (SIDS) adalah penyebab utama kematian pada bayi berusia dua minggu hingga satu tahun. (PPSDM, 2016).
- SIDS, atau Sindrom Kematian Bayi Mendadak, adalah terjadinya kematian yang tidak terduga dan tidak dapat dijelaskan pada bayi berusia kurang dari satu tahun. Meskipun telah dilakukan penyelidikan menyeluruh (peninjauan menyeluruh terhadap riwayat klinis, penyelidikan lokasi kematian, dan otopsi lengkap), penyebab kematian pasien tidak teridentifikasi. SIDS adalah penyebab utama kematian pada bayi berusia satu hingga dua belas bulan di Amerika Serikat. Kegiatan ini mengulas peran tim interprofesional dalam evaluasi dan pengelolaan SIDS (Kim H, 2023).

2. Etiologi SIDS

- a. Umumnya bayi yang meninggal akibat SIDS ditemukan meninggal di pagi hari. Lebih dari 80% kematian SIDS terjadi antara pukul 12 siang hingga 6 pagi. Tempat tidur menutupi kepala sebagian besar bayi yang meninggal karena SIDS. Seorang bayi mungkin memperlihatkan cairan berlumuran darah pada lubang hidungnya, namun bayi tersebut dari luar tampak utuh.

- b. SIDS masih belum jelas. Data statistik menunjukkan adanya korelasi antara paparan tembakau pada masa prenatal dan SIDS pada bayi baru lahir.
- c. Penelitian terbaru menunjukkan prevalensi SIDS lebih besar pada bayi yang tidur dalam posisi tengkurap dibandingkan bayi yang tidur dalam posisi terlentang atau menyamping. Oleh karena itu, disarankan untuk menempatkan bayi dalam posisi terlentang atau menyamping saat menidurkannya.
- d. Bahaya SIDS juga terdapat pada bayi baru lahir yang wajahnya bersentuhan langsung dengan kasur atau selimut empuk saat tidur.
- e. Angka kejadian SIDS telah berkurang drastis di negara-negara yang menganjurkan tidur terlentang (Kim H, 2023).

3. Diagnosa Sindrom Kematian Bayi mendadak

SIDS diberikan ketika bayi yang tampaknya sehat meninggal secara tidak terduga, dan pemeriksaan post-mortem tidak menunjukkan penyebab kematian yang jelas. (PPSDM, 2016).

4. Diagnosis deferensial

Gangguan mirip SIDS mencakup berbagai kondisi seperti aspirasi, sesak napas, anafilaksis, keracunan, pelecehan anak yang fatal, trauma, hipertermia, gangguan metabolisme, fibrosis kistik, hepatitis, pankreatitis, ensefalitis, malformasi AV dengan perdarahan, hiperplasia adrenal kongenital, hipertensi pulmonal, sabit. krisis sel, dan penyakit jantung. Penyakit tersebut antara lain penyakit jantung bawaan, fibroelastosis subendokardial, miokarditis, sepsis, serta infeksi seperti bronkiolitis, pneumonia, trakeobronkitis, pielonefritis, dan enterokolitis yang disebabkan oleh Salmonella, Shigella, atau Escherichia Coli. Di antaranya, pelecehan anak yang fatal dan penyakit metabolik patut mendapat perhatian khusus karena dapat berdampak pada anggota keluarga lainnya.

5. Penatalaksanaan

Orang tua yang menderita kematian anak mereka yang parah akibat SIDS memerlukan dukungan emosional. Alasan kematian anak mereka masih belum diketahui, sehingga membuat mereka sering merasa bersalah. Adalah bermanfaat bagi orang tua untuk melakukan keluarga berencana dengan tujuan memiliki lebih banyak anak.

6. Pencegahan dan edukasi pasien

Tenaga kesehatan harus mengetahui rekomendasi terkini mengenai praktik tidur yang aman dan pencegahan SIDS:

- a. Hindari mengonsumsi alkohol atau terlibat dalam penggunaan zat terlarang saat hamil.
- b. Penting untuk secara konsisten menempatkan bayi dalam posisi terlentang selama tidur dan memastikan bahwa bayi tidur di tempat tidurnya sendiri di bawah pengawasan ibu atau pengasuhnya.
- c. Hindari dengan sengaja menempatkan bayi Anda dalam posisi tengkurap sebelum ia dapat mengambil posisi tersebut secara spontan sesuai perkembangannya.
- d. Gunakan kasur yang kokoh dan rata serta tidak terlalu empuk.
- e. Jangan meletakkan selimut atau kain yang lembut, halus, dan mudah dibentuk, serta mainan yang berisi bahan katun atau kain, di dekat tempat tidur bayi.
- f. Melarang merokok di sekitar bayi. Hindari merokok selama kehamilan dan persalinan, dan pastikan siapa pun yang dekat dengan bayi tidak merokok.
- g. Hindari menutupi kepala bayi dan hindari kepanasan.
- h. Hindari asap rokok. Perokok harus mengganti pakaian dan mencuci rambut sebelum melakukan kontak dengan bayi.
- i. Jangan letakkan botol/dot di mulut bayi saat tidur.

7. Asuhan yang dapat diberikan oleh tenaga kesehatan

Tenaga kesehatan di unit gawat darurat harus dilatih untuk mengamati lokasi kejadian, mendokumentasikan pengamatan, dan memberikan dukungan emosional kepada ibu dan keluarga. Jika bayi tersebut dinyatakan meninggal, petugas pertolongan harus membiarkan keluarga berinteraksi dengan korban. Petugas gawat darurat harus dilatih tentang reaksi duka yang dirasakan oleh ibu dan keluarga dan keyakinan serta budaya keluarga dan masyarakat di komunitas wilayah tempat bertugas.

Petugas unit gawat darurat (UGD) harus memberikan dukungan kepada keluarga, memberikan informasi yang tepat dan juga dukungan emosional. Keluarga harus dijelaskan tentang alasan dilakukannya otopsi dan investigasi lokasi kematian. Mereka harus diberitahu kapan anak mereka akan diangkut

untuk diautopsi. Mereka harus diberikan waktu yang cukup bersama anak mereka dengan cara yang tidak tergesa-gesa dan sensitif. Jika keluarga tersebut datang ke UGD dengan kendaraan pribadi, petugas UGD harus menghubungi penegak hukum sehingga petugas dapat mengamankan lokasi dan memastikan adanya saksi. Penyelidik kematian medikolegal dapat dihubungi oleh fasilitas medis. Sebelum keluarga meninggalkan UGD, staf rumah sakit harus mengatur transportasi keluarga ke rumah (yang seringkali tidak dapat mengemudi), mengkonfirmasi informasi kontak, menawarkan rujukan ke program SIDS/SUIDS setempat atau program kehilangan lainnya, dan memberikan informasi tentang pengaturan pemakaman dan nomor kontak rumah sakit jika keluarga memiliki pertanyaan.

Referensi:

- Kim H, Pearson-Shaver AL. Sudden Infant Death Syndrome. [Updated 2023 Jul 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560807/>
- Marlina, H. 2018, 'Pengaruh Pendidikan Kesehatan Anticipatory Guidance Anak Toddler Terhadap Pengetahuan Ibu di Desa Ngemplak Kartasura', Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- PPSDM, 2016. Modul bahan Ajar Cetak Kebidanan "Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi Balita Dan Anak Pra Sekolah. Kemenkes RI. Jakarta.

UPAYA PROMOSI DAN PREVENTIF PADA BAYI DAN BALITA

1. Upaya Promosi

Bimbingan antisipasi adalah pendekatan proaktif yang bertujuan memberikan informasi dan dukungan kepada orang tua untuk meningkatkan kesejahteraan anak mereka. Pendekatannya akan berbeda-beda tergantung pada tahap perkembangan anak, karena disesuaikan dengan sifat mereka masing-masing. Sebagai gambaran, mari kita simak uraian berikut ini (Wong, 2009):

a. Usia Bayi

6 bulan pertama

- Memberikan instruksi tentang perawatan bayi baru lahir dan memfasilitasi pemahaman orang tua mengenai tuntutan dan reaksi bayi.
- Membantu orang tua dalam memenuhi kebutuhan stimulasi pada bayinya.
- Soroti perlunya vaksinasi.
- Bersiaplah untuk memasukkan makanan padat.

6 bulan kedua

- Didik orang tua tentang kecenderungan anak mereka untuk mengalami kecemasan terhadap orang asing.
- Berikan panduan kepada orang tua tentang penggunaan tindakan disipliner sebagai respons terhadap peningkatan mobilitas bayi.
- Promosikan penghindaran cedera dengan meningkatkan keterampilan motorik anak-anak dan menumbuhkan rasa ingin tahu mereka.

b. Usia toddler (1-3 tahun)

Usia 12-18 bulan

- Orang tua harus siap mengantisipasi perubahan perilaku balita, khususnya manifestasi negativisme.
- Promosikan transisi bertahap dan peningkatan bertahap dalam konsumsi makanan padat bagi orang tua.
- Rutinitas makan yang konsisten telah diterapkan.
- Mitigasi risiko kemungkinan bahaya kecelakaan, khususnya di lingkungan perumahan, kendaraan bermotor, insiden keracunan, dan jatuh.
- Dibutuhkan tindakan dan strategi disipliner ringan untuk mengatasi perilaku negatif dan tantrum yang sering terlihat pada balita.
- Kebutuhan akan mainan baru untuk mendorong perkembangan keterampilan motorik, kemahiran bahasa, pemahaman kognitif, dan bakat sosial.

Usia 18-24 bulan

- Menekankan pentingnya ikatan teman sebaya dalam kegiatan rekreasi.
- Menekankan perlunya mempersiapkan anak secara efektif untuk menyambut kedatangan bayi baru lahir dan kemungkinan terjadinya persaingan antar saudara. Sibling rivalry mencakup emosi kecemburuan dan permusuhan yang sering dialami remaja akibat keberadaan atau pengenalan saudara kandungnya. Kejadian ini bukan karena permusuhan, melainkan karena perubahan keadaan. Libatkan anak Anda dalam tanggung jawab merawat saudara laki-lakinya yang baru lahir, yang mencakup tugas-tugas seperti membeli pakaian, popok, susu, dan kebutuhan lainnya.
- Evaluasi kesiapan fisik dan psikologis anak untuk toilet training. Toilet training adalah prosedur pendidikan untuk menginstruksikan anak-anak tentang cara mengendalikan buang air kecil dan tinja secara sadar. Toilet training sering kali berkaitan dengan anak kecil yang telah mencapai tahap menumbuhkan kemandirian. Fase perkembangan ini sering terjadi pada anak usia 18 hingga 24 bulan. Untuk melaksanakan toilet training secara efektif, anak harus memiliki kesiapan fisik, psikologis, dan intelektual yang cukup. Dengan melakukan persiapan ini, anak dapat mengatur buang air besar dan urin secara mandiri. (Hidayat, 2005).
- Perawat mempunyai tugas membantu orang tua dalam menentukan kesiapan anak dalam toilet training. Buang air kecil sering kali mendahului buang air besar karena seringnya terjadi, seperti yang ditunjukkan oleh statistik. Namun, proses buang air besar merupakan pengalaman yang lebih intens dibandingkan buang air kecil, dan berpotensi menarik perhatian anak.
- Periksa perkembangan fobia, seperti ketakutan akan kegelapan atau suara keras.
- Beri tahu orang tua tentang indikator regresi yang mungkin terjadi saat anak mengalami stres, seperti peningkatan ngompol secara tiba-tiba pada anak yang sebelumnya tidak menunjukkan perilaku tersebut.

Usia 24-36 bulan

- Periksa pentingnya kecenderungan anak untuk berpartisipasi dalam aktivitas melalui peniruan.

- Periksa metodologi yang digunakan dalam pelatihan toilet dan pandangan umum mengenai kejadian seperti mengompol atau mengotori diri sendiri.
- Menyoroti kekhasan proses kognitif balita, seperti penggunaan bahasa dan keterbatasan kapasitasnya dalam memahami peristiwa dari sudut pandang lain.
- Penting untuk mempertahankan pendekatan disiplin yang terorganisir dengan baik dan praktis, menyajikan pembenaran logis dan meminimalkan ambiguitas dan salah tafsir.

c. Usia Prasekolah

Nasihat bagi orang tua selama masa prasekolah meliputi:

Usia 3 tahun

- Mendorong orang tua untuk meningkatkan keterlibatan anak dalam berbagai interaksi sosial.
- Menekankan perlunya menetapkan dan menerapkan batasan/aturan.
- Mengantisipasi perubahan perilaku agresif (mengurangi kecemasan).
- Dorong orang tua untuk memberikan pilihan lain kepada anak-anak mereka ketika mereka menghadapi tantangan dalam pengambilan keputusan.
- Membutuhkan fokus lebih lanjut.

Usia 4 tahun

- Manifestasi tambahan dari perilaku agresif adalah peningkatan aktivitas fisik dan ekspresi verbal.
- Antisipasi peningkatan rasa ingin tahu seksual.
- Soroti pentingnya penerapan batasan praktis dalam perilaku.
- 5 tahun.
- Memperlengkapi generasi muda untuk transisi ke lingkungan sekolah.
- Pastikan tahap ini merupakan era yang tenang bagi generasi muda.

d. Usia Sekolah

Orang tua dari anak usia sekolah dapat diberikan nasihat berikut:

Usia 6 tahun

- Memfasilitasi pemahaman orang tua tentang pentingnya sosialisasi dengan mendorong keterlibatan anak dengan teman sebayanya.

- Berikan instruksi kepada individu mengenai pencegahan kecelakaan dan langkah-langkah keselamatan, dengan penekanan khusus pada bersepeda.
- Bekali orang tua untuk mengantisipasi kecenderungan anaknya yang semakin besar untuk pergi ke luar rumah.
- Promosikan pentingnya orang tua menghormati kebutuhan anak mereka akan kesendirian dan mengatur kamar tidur terpisah.

Usia 7-10 tahun

- Menyoroti pentingnya memupuk kemandirian.
- Antusias dalam melakukan kegiatan di luar sekolah.
- Melengkapi orang tua untuk menghadapi tantangan dalam membesarkan anak-anak pra-remaja, khususnya perempuan.

Usia 11-12 tahun

- Membantu orang tua dalam mendidik anak tentang perubahan fisiologis yang terjadi selama masa pubertas.
- Anak perempuan mengalami masa perkembangan yang pesat.
- Pendidikan seksual yang komprehensif dan pengetahuan yang tepat.

2. Upaya Pencegahan Kecelakaan Pada Anak

Seringnya kecelakaan yang melibatkan remaja berpotensi mengakibatkan cedera parah atau kematian. Meskipun demikian, tanggung jawab ada pada orang tua untuk memastikan bahwa anak-anak mereka aman dan memenuhi semua kewajiban yang diperlukan. Oleh karena itu, sangat penting bagi orang tua untuk memahami sifat dan pola perilaku anak-anak mereka dan menyadari potensi bahaya yang dapat mengakibatkan bencana.

Anak laki-laki sering kali lebih banyak terlibat dalam insiden dibandingkan anak perempuan, terutama pada waktu bermain, karena aktivitas fisik mereka yang lebih besar dan penggunaan keterampilan motorik kasar yang lebih besar, termasuk berlari cepat, melompat, memanjat, dan bersepeda. Sebaliknya, perempuan cenderung lebih besar dalam menggunakan kemampuan motorik halus, melakukan aktivitas seperti bermain boneka, memasak, dan bermain imajinatif. Kecelakaan pada anak-anak dapat dihindari dan dikurangi secara efektif dengan menggunakan berbagai tindakan, seperti mengubah lingkungan untuk menjamin keselamatan anak. Berikut upaya mitigasi kecelakaan yang dapat dilakukan sesuai dengan tahap tumbuh kembang anak. (Wong, 2009):

a. Masa Bayi

Kecelakaan yang umum terjadi adalah terhirupnya partikel asing, terutama benda-benda kecil seperti kancing, kacang-kacangan, biji buah, dan bubuk. Selain itu, terjatuh, luka bakar akibat kontak dengan air mendidih atau minyak panas, keracunan, dan kekurangan oksigen sering terjadi. Protokol keamanan optimal:

- Menghindari aspirasi: Simpan atau buang dengan aman benda-benda yang berpotensi terhirup, seperti bedak, kancing, coklat, biji-bijian, dll, di tempat aman yang tidak mudah dijangkau. Bantu bayi dalam memberikan nutrisi melalui tindakan menyusui.
- Kekurangan oksigen: Dianjurkan untuk mencegah anak-anak bermain dengan plastik, sarung bantal, atau bahan lain yang dapat menyebabkan bahaya mati lemas. Penting untuk selalu memberikan pengawasan terhadap bayi Anda dan jangan pernah meninggalkannya sendirian di kamar bayi atau kamar mandi.
- Jatuh : Pastikan tempat tidur dipasang dengan benar saat bayi/anak sedang tidur, pastikan anak menempati kursi yang telah ditentukan atau tidak menggunakan kursi makan bayi, dan pastikan pinggiran benda seperti meja dan kursi tidak tajam. Selalu pastikan bahwa bayi tidak ditinggalkan tanpa pengawasan di permukaan yang tinggi. Jika ragu, disarankan untuk meletakkan bayi di lantai dengan alas pelindung.
- Luka bakar : Sebelum digunakan, harap verifikasi suhu air mandi. Selain itu, penting untuk menyimpan air panas dengan aman di area khusus yang tidak dapat diakses oleh siapa pun di bawah usia legal. Hindari merokok di dekat bayi. Pastikan peralatan listrik berada di luar jangkauan bayi dan gunakan tindakan pencegahan keselamatan yang sesuai.
- Keracunan : Amankan bahan-bahan berbahaya di tempat penyimpanan yang telah ditentukan. Buang barang-barang yang mengandung bahan kimia yang tidak digunakan, seperti baterai, di tempat yang tidak terjangkau oleh bayi.

b. Masa Toddler

Jenis kecelakaan yang umum terjadi antara lain jatuh akibat bersepeda, tenggelam, keracunan atau luka bakar, tabrakan akibat kejar-kejaran bola atau balon, serta terjadinya aspirasi dan gangguan pernapasan. Upaya preventif yang dapat dilakukan:

- Lakukan pengawasan yang waspada terhadap anak-anak yang berada di dekat perairan.
- Mendidik anak-anak dengan keterampilan berenang.
- Simpan korek api, berhati-hatilah saat memasak dengan kompor dan setrika.
- Simpan bahan kimia atau zat berbahaya di dalam lemari.
- Pastikan anak-anak selalu diawasi saat bermain.
- Periksa air mandi sebelum digunakan.
- Amankan benda-benda berbahaya di lokasi yang aman.
- Hindari membiarkan kabel listrik menggantung atau terkulai ke lantai.
- Lakukan pengawasan ketat terhadap anak-anak selama melakukan aktivitas termasuk memanjat, berlari, dan melompat.

c. Pra Sekolah

Kecelakaan sering kali timbul karena persepsi anak yang terbatas terhadap potensi bahaya, termasuk benda panas dan tajam, serta aktivitas seperti berkendara, bermain di jalan, mengejar bola atau layang-layang, dan menyeberang jalan. Ada dua metode untuk menghindarinya:

- Mengatur lingkungan sekitar.
- Untuk memberikan pengetahuan kepada anak-anak tentang keselamatan dan kemungkinan bahaya, penting untuk mengambil langkah-langkah seperti menjaga agar korek api tidak dapat diakses, menjaga area yang mungkin menimbulkan ancaman bagi anak-anak, memberikan instruksi kepada mereka tentang protokol penyeberangan jalan, dan mendidik mereka tentang pentingnya rambu lalu lintas. (Kurniajati et al., 2017)

Referensi:

- Kurniajati, S., Astarani, K., & H.P, D. I. S. (2017). Risiko Cidera Oleh Faktor Lingkungan Berdasarkan Anticipatory Guidance Pada Anak Di Tempat Penitipan Anak. *Jurnal STIKes RS Baptis Kediri*, 10(2), 105–112.
- Wong, Donna L. (2009). *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik*. Edisi 4. Jakarta: EGC.

STUNTING

1. Definisi

Stunting disebabkan oleh kekurangan gizi selama kehamilan dan awal masa bayi, serta infeksi berulang sebelum atau setelah melahirkan, sehingga meningkatkan kerentanan terhadap penyakit dan kematian. (WHO, 2018).

Stunting yang sering juga disebut dengan kegagalan tumbuh kembang merupakan suatu kondisi yang menyerang anak-anak berusia lima tahun ke bawah, terutama balita. Hal ini sebagian besar disebabkan oleh kekurangan gizi kronis dan berbagai penyakit, terutama pada masa 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu masa kehamilan hingga masa kanak-kanak. Balita usia 23 bulan. Seorang anak tergolong stunting jika tinggi atau panjang badannya lebih dari dua standar deviasi di bawah rata-rata tinggi atau panjang anak pada kategori umur yang sama. (Wakil Presiden RI, 2019)

Stunting, atau kerdil, adalah kelainan di mana anak kecil mengalami penurunan panjang atau tinggi badan yang tidak sesuai dengan usianya. Penyakit ini dievaluasi dengan membandingkan panjang atau tinggi badan dengan median rekomendasi pertumbuhan anak WHO dan menentukan apakah berada di bawah dua standar deviasi. Berdasarkan Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI (2018), balita stunting diperkirakan akan mengalami kesulitan dalam mencapai potensi pertumbuhannya secara maksimal baik fisik maupun kognitif.

2. Identifikasi Status Stunting Pada Anak

Sebelum menilai apakah seorang anak mengalami stunting, perlu dilakukan evaluasi tumbuh kembang. Evaluasi pertumbuhan merupakan prosedur yang berkesinambungan dan dinamis, bukan hanya pengamatan tunggal dan terisolasi. Surveilans yang konsisten terhadap panjang atau tinggi badan diperlukan untuk segera mengidentifikasi perlambatan pertumbuhan sebelum terjadinya stunting (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Stunting, sebagaimana didefinisikan oleh Kementerian Kesehatan (2020), dinilai dengan membandingkan tinggi badan anak dengan rata-rata tinggi badan anak pada keseluruhan populasi yang memiliki usia dan jenis kelamin yang sama. Seorang anak tergolong stunting jika tinggi badannya berada di bawah -2 standar deviasi (SD) sesuai aturan yang ditetapkan World Health Organization (WHO).

Tenaga kesehatan menggunakan Standar Antropometri Anak untuk menilai status gizi dengan membandingkan indeks Panjang Badan (PB) atau Tinggi Badan

(TB) dengan usia anak (PB/U atau TB/U) dalam rentang usia 0 hingga 60 bulan. Klasifikasi hasil pengukuran adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Standar Antropometri PB/U atau TB/U (Kemenkes, 2020)

Indeks	Kategori	Ambang Batas (Z-score)
Panjang Badan (PB) atau Tinggi Badan (TB) menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0 (nol) sampai dengan 60 (enam puluh)	Sangat pendek (<i>severely stunted</i>)	<-3 SD
	Pendek (<i>stunted</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi	> +3 SD

3. Ciri-ciri Stunting Pada Anak

Ciri-ciri stunting seperti yang diungkapkan Mendes dan Nuwa (2018):

- Tinggi badan terhadap usia seseorang turun lebih dari 2 standar deviasi di bawah median standar menurut standar pertumbuhan anak WHO.
- Ada perlambatan pertumbuhan.
- Anak-anak berusia antara 8 dan 10 tahun cenderung menunjukkan penurunan vokalisasi dan lebih sedikit kontak mata.
- Wajahnya tampak lebih tua dari usia kronologisnya.
- Indikasi keterlambatan pubertas.
- Perkembangan gigi yang tertunda.
- Kinerja yang tidak memadai dalam penilaian yang mengukur perhatian dan retensi memori.

4. Faktor penyebab

Etiologi stunting diklasifikasikan menjadi empat kelompok utama, seperti yang diuraikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (2013), yaitu:

a. Faktor keluarga dan rumah tangga

Faktor maternal mungkin timbul karena gizi yang tidak memadai sebelum konsepsi, selama kehamilan, dan selama menyusui. Selain itu, hal ini juga dipengaruhi oleh ukuran tubuh ibu yang kecil, infeksi pada awal kehamilan, kondisi mental, hambatan pertumbuhan intrauterin (IUGR), kelahiran prematur, kedekatan waktu melahirkan, dan hipertensi. Stimulasi

dan olahraga yang tidak memadai, penerapan perawatan yang buruk, ketidakstabilan pangan, alokasi makanan yang salah, dan pengetahuan pengasuh yang tidak memadai dapat berkontribusi pada lingkungan rumah yang tidak optimal.

b. Complementary feeding yang tidak adekuat

Saat bayi mencapai usia 6 bulan, penting untuk mengenalkan makanan lembut dan bergizi melalui ASI (disebut MP-ASI). Makanan ini sebaiknya diberikan secara bertahap, dengan mempertimbangkan kemampuan bayi dalam mencernanya, serta menyesuaikan bentuk dan jumlahnya.

MP-ASI adalah kependekan dari Makanan Pendamping ASI, yang berarti pemberian makanan tambahan kepada bayi bersamaan dengan pemberian ASI. MPASI berarti pemberian makanan kepada anak tidak hanya berupa ASI saja. Tujuan MP-ASI adalah untuk melengkapi ASI, bukan menggantikannya. Disarankan untuk memberikan ASI hingga anak mencapai usia 2 tahun, setelah itu MP-ASI dapat diperkenalkan mulai usia 6 bulan.

World Health Organization (WHO) bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan dan IDAI menekankan pentingnya pemberian ASI eksklusif pada bayi hingga usia 6 bulan. Oleh karena itu, pengenalan MP-ASI hanya cocok untuk bayi yang berusia 6 bulan ke atas. Pemberian makanan pendamping ASI atau MP-ASI dimaksudkan untuk mengatasi kekurangan vitamin pada ASI.

c. Permasalahan dalam Pemberian ASI

Menurunnya tingkat kesadaran ibu mengenai pentingnya menyusui balitanya disebabkan oleh beberapa faktor seperti pemahaman ibu terhadap aspek kesehatan dan sosial budaya, kurangnya tenaga kesehatan yang dapat memberikan konseling, adat istiadat daerah yang mendorong pengenalan makanan pendamping ASI pada balita. tahap awal, dan kesulitan dalam memantapkan rutinitas menyusui yang lancar setelah melahirkan (BPS Ketapang, 2016).

Permasalahan yang berkaitan dengan praktik menyusui termasuk penundaan pemberian ASI, kegagalan dalam mematuhi pemberian ASI eksklusif, dan penghentian asupan ASI secara dini. Penelitian menunjukkan bahwa menunda dimulainya menyusui menyebabkan tingkat kematian bayi yang lebih tinggi. Keperawatan eksklusif adalah memberikan bayi ASI saja, tidak termasuk makanan atau minuman lain, seperti air, jus, atau non-ASI.

IDAI mengadvokasi praktik pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan anak guna mencapai hasil tumbuh kembang yang optimal. Bayi diperkenalkan dengan makanan pendamping ASI pada usia enam bulan, dan dilanjutkan dengan pemberian ASI hingga mencapai usia 24 bulan. Pemberian ASI jangka panjang selama dua tahun secara substansial meningkatkan asupan nutrisi penting bagi bayi.

Namun demikian, ada beberapa skenario di mana bayi diperbolehkan mengonsumsi obat-obatan, vitamin, dan obat tetes mineral, namun hanya di bawah pengawasan ahli kesehatan. Selama enam bulan pertama menyusui, bayi tidak boleh diberikan makanan atau minuman tambahan apa pun, termasuk susu formula, jeruk, madu, air putih, teh, atau makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, bubur nasi, kue kering, atau tim. beras. Saat ini, cara pemberian ASI yang berlaku adalah hanya memberikan ASI kepada bayi, tanpa memberikan air putih atau minuman berbahan dasar air seperti teh, sebagai makanan atau minuman sebelum ASI diproduksi. Pada usia 6 bulan, bayi baru lahir mengalami peningkatan kebutuhan gizinya sehingga memerlukan penggunaan makanan tambahan sebagai pelengkap ASI. (Arbain, 2022).

d. Infeksi

Kurangnya makanan dan penyakit merupakan faktor utama yang secara langsung berkontribusi terhadap malnutrisi. Contoh malnutrisi ini bermula dari ketidaksesuaian antara jumlah zat gizi yang diserap dari makanan dan jumlah zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh. Fenomena ini timbul akibat konsumsi kalori yang tidak mencukupi atau adanya kondisi medis yang menambah kebutuhan nutrisi tubuh, mengurangi nafsu makan, atau menghambat penyerapan nutrisi di usus. Malnutrisi dan infeksi sering terjadi bersamaan. Malnutrisi dapat meningkatkan kerentanan terhadap penyakit, sedangkan infeksi dapat menyebabkan malnutrisi dan menimbulkan siklus yang berbahaya. Remaja yang kekurangan gizi, yang sistem kekebalan tubuhnya lemah, akan jatuh sakit dan kesehatan mereka akan semakin memburuk, sehingga semakin mengurangi kemampuan mereka untuk melawan penyakit dan sebagainya. Kondisi ini kadang-kadang disebut sebagai malnutrisi akibat infeksi. (Arbain, 2022).

Untuk mengelola stunting secara efektif, penting untuk memprioritaskan identifikasi dan penyelesaian faktor langsung dan tidak langsung yang berkontribusi terhadap masalah gizi. Merujuk pada kerangka konseptual "he

Conceptual Framework of the Determinants of Child Undernutrition” dan “The Underlying Drivers of Malnutrition” yang menguraikan penyebab permasalahan gizi.

Penyebab langsung: mencakup masalah kurangnya asupan gizi dan penyakit infeksi.

Penyebab tidak langsung mencakup:

- Ketahanan pangan mengacu pada kondisi dimana negara mempunyai akses yang dapat diandalkan terhadap makanan sehat dalam jumlah yang cukup.
- Lingkungan sosial mencakup beberapa aspek, antara lain penyediaan makanan bagi bayi dan anak, pemeliharaan sanitasi, pendidikan, dan tempat kerja.
- Penyediaan pelayanan kesehatan yang bersifat preventif dan kuratif dalam suasana yang kondusif dan higienis.
- Lingkungan tempat tinggal (ketersediaan air minum dan fasilitas sanitasi).

Keempat faktor sekunder tersebut mempunyai pengaruh terhadap asupan makanan dan status kesehatan ibu dan anak secara umum. Penerapan intervensi yang menargetkan empat komponen penyebab tidak langsung diharapkan dapat memitigasi masalah gizi.

Penyebab-penyebab tersebut di atas, baik faktor langsung maupun tidak langsung, dipengaruhi oleh berbagai aspek, termasuk kesenjangan pendapatan dan ekonomi, dinamika perdagangan, urbanisasi, globalisasi, sistem pangan, jaring pengaman sosial, sistem layanan kesehatan, kemajuan pertanian, dan pemberdayaan perempuan. Untuk mengatasi permasalahan yang berkontribusi terhadap stunting, perlu diberikan dukungan berupa prasyarat yang meliputi:

- Dedikasi dan dukungan untuk pelaksanaan langkah-langkah politik dan kebijakan.
- Keterlibatan aktif lembaga pemerintah dan non-pemerintah.
- Kemampuan untuk melaksanakan.

5. Upaya Pencegahan Stunting

Upaya Pencegahan Stunting perlu dimulai sejak pranikah. Dalam strategi nasional pencegahan stunting dikelompokkan berdasarkan sasaran intervensinya.

Tujuannya adalah untuk mempercepat pencegahan stunting dengan mengatasi faktor langsung dan tidak langsung melalui pendekatan komprehensif yang mengintegrasikan nutrisi yang ditargetkan dan perawatan yang sensitif terhadap nutrisi.

Terdapat tiga kelompok intervensi gizi spesifik:

- Intervensi prioritas mengacu pada tindakan spesifik yang diakui sebagai upaya mencegah stunting secara langsung dan dirancang untuk memenuhi seluruh tujuan prioritas.
- Intervensi pendukung, yaitu hal ini merupakan tindakan yang secara tidak langsung mengatasi stunting dengan meningkatkan gizi dan kesehatan. Hal ini dilakukan setelah intervensi prioritas terpenuhi.
- Intervensi prioritas dialokasikan berdasarkan kriteria tertentu, khususnya menargetkan individu tertentu dalam keadaan tertentu, seperti program pemberian makanan darurat pada saat terjadi bencana.

Tabel 2. Intervensi Gizi Spesifik Percepatan Pencegahan Stunting

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Intervensi Pendukung	Intervensi Prioritas Sesuai Kondisi
Intervensi Gizi Spesifik – Sasaran Prioritas Ibu			
Ibu hamil	• Pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) • Pemberian suplementasi tablet tambah darah	• Pemberian suplementasi kalsium • Pemeriksaan kehamilan	• Perlindungan dari malaria • Pencegahan HIV
Ibu menyusui dan anak 0-23 bulan	• Promosi dan konseling pemberian ASI eksklusif	• Pemberian suplementasi vitamin A • Pemberian suplementasi	• Pencegahan kecacingan

	• Promosi dan konseling pemberian makan bayi dan anak (PMBA) • Penatalaksanaan gizi buruk • Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak gizi kurang • Pemantauan dan promosi pertumbuhan	bubuk tabur gizi, seperti Taburia • Pemberian imunisasi • Pemberian suplementasi zinc untuk pengobatan diare • Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)	
Intervensi Gizi Spesifik – Sasaran Penting			
Remaja putri dan wanita usia subur	• Pemberian suplementasi tablet tambah darah		
Anak 24-59 bulan	• Penatalaksanaan gizi buruk • Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak gizi kurang • Pemantauan dan promosi pertumbuhan	• Pemberian suplementasi vitamin A • Suplementasi bubuk tabur gizi, seperti Taburia • Pemberian Suplementasi zinc untuk pengobatan diare • Manajemen terpadu balita sakit (MTBS)	• Pencegahan kecacingan

6. Intervensi Gizi Sensitif

Penerima manfaat intervensi gizi adalah keluarga dan masyarakat luas. Biasanya, penanganan pola makan yang memerlukan perhatian cermat dilaksanakan di luar sektor kesehatan melalui serangkaian program dan kegiatan, antara lain:

- Meningkatkan ketersediaan dan mutu pelayanan gizi dan kesehatan untuk menjamin ketahanan pangan.
- Peningkatan ketersediaan makanan bergizi.

- c. Meningkatkan pengetahuan, pengabdian, dan pelaksanaan pelayanan gizi ibu dan anak; serta memperluas akses terhadap air bersih, air minum, dan fasilitas sanitasi.

Tabel 2. Intervensi Gizi Sensitif Percepatan Pencegahan Stunting

No	Kelompok Intervensi	Jenis Intervensi
1	Peningkatan penyediaan air bersih dan sanitasi	• Penyediaan akses air bersih dan air minum • Penyediaan akses sanitasi yang layak
2	Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan	• Penyediaan akses Jaminan Kesehatan, seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) • Penyediaan akses kepada layanan kesehatan dan Keluarga Berencana (KB) • Penyediaan akses bantuan tunai bersyarat untuk keluarga kurang mampu, seperti Program Keluarga Harapan (PKH)
3	Peningkatan kesadaran, komitmen, dan praktik pengasuhan dan gizi ibu dan anak	• Penyebarluasan informasi mengenai gizi dan kesehatan melalui berbagai media • Penyediaan konseling perubahan perilaku antar pribadi • Penyediaan konseling pengasuhan untuk orang tua • Penyediaan akses pendidikan anak usia dini, promosi stimulasi anak usia dini, dan pemantauan tumbuh-kembang anak • Penyediaan konseling kesehatan reproduksi untuk remaja • Pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak
4	Peningkatan akses pangan bergizi	• Penyediaan akses bantuan pangan untuk keluarga kurang mampu, seperti Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) • Pengembangan pertanian dan peternakan untuk memenuhi kebutuhan pangan dan gizi di rumah tangga, seperti program Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL) • Fortifikasi bahan pangan utama, misalnya garam, tepung terigu, dan minyak goreng • Penguatan regulasi mengenai label dan iklan pangan

Referensi:

Adriani, Prasanti, dkk. (2022). *Stunting Pada Anak*. PT Global Eksekutif Teknologi: Padang.

Arbain, Taufik, dkk. (2022), *Buku Ajar Stunting dan Permasalahannya*. CV Mine: Yogyakarta.

Wakil Presiden Republik Indonesia. (2019). *Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting)* Periode 2018-2024. Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia: Jakarta.

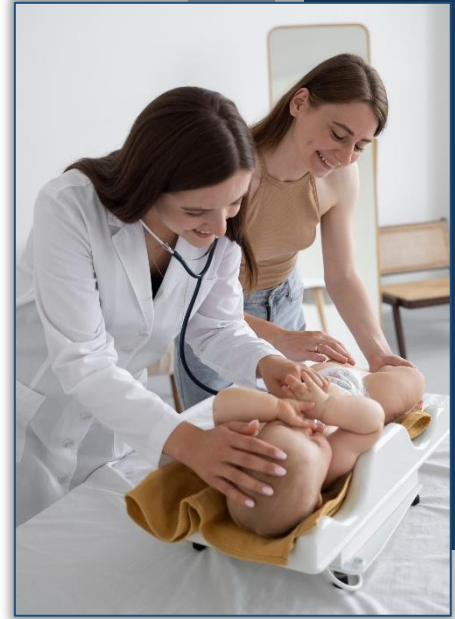
World Health Organization. 2018. Levels and Trends in Child Malnutrition.
Available online: www.who.int/nutgrowthdb/2018-jme-brochure.pdf?ua=1

LAIHAN SOAL

1. Jelaskan kondisi yang memungkinkan bidan memiliki kewenangan dalam pemberian obat!
2. Jelaskan faktor penyebab terjadinya SIDS!
3. Bagaimana cara mengidentifikasi status stunting pada anak?

BAB 6

PENGASUHAN IDEAL ORANG TUA



DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Bab ini memberikan bekal kepada mahasiswa untuk menguasai konsep tentang pengasuhan ideal orang tua terhadap bayi, anak balita dan anak prasekolah. Dengan menguasai bab ini mahasiswa memahami bahwa salah satu tanggung jawab bidan adalah mendampingi orangtua dalam memberikan pengasuhan yang ideal kepada bayi, anak balita dan anak prasekolah.

TUJUAN PEMBELAJARAN

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu:

- Menjelaskan pengasuhan ideal orangtua terhadap bayi, anak balita dan anak usia prasekolah
- Menjelaskan *infant and children bounding*
- Menjelaskan evaluasi *parent education*

CAPAIAN PEMBELAJARAN

Mahasiswa memahami bahwa salah satu tanggung jawab bidan adalah mendampingi orangtua dalam memberikan pengasuhan yang ideal kepada bayi, anak balita dan anak prasekolah.

PENGASUHAN IDEAL ORANGTUA TERHADAP BAYI, ANAK BALITA DAN ANAK USIA PRASEKOLAH

1. Pengertian Pengasuhan

Secara etimologi pengasuhan berasal dari kata asuh artinya pemimpin, pengelola, membimbing, maka pengasuhan adalah orang yang melaksanakan tugas membimbing, memimpin atau mengelola. Pengasuhan yang dimaksud disini adalah mengasuh anak. Mengasuh anak maksudnya mendidik dan memelihara anak, mengurus keperluan dan kebutuhan hidupnya hingga membantu mencapai keberhasilan proses pertumbuhan dari anak sampai dewasa.

Pengasuhan dapat didefinisikan sebagai kegiatan yang memiliki tujuan agar dapat membuat anak bertahan menghadapi tantangan dari lingkungan serta dapat berkembang. Potensi anak dapat dikembangkan melalui serangkaian stimulus psikososial dari orangtua dan lingkungan (Hoghoughi, 2004).

Pola asuh adalah model dan cara pemberian perlakuan seseorang kepada orang lain dalam suatu lingkungan sosial atau dengan kata lain pola asuh adalah model atau cara dari orangtua memperlakukan anak dalam suatu lingkungan keluarga sehari-hari, baik perlakuan fisik maupun psikis (Gunarsa).

Hurlock mengatakan bahwa pola asuh dapat diartikan pula dengan kedisiplinan. Disiplin merupakan cara masyarakat mengajarkan kepada anak perilaku moral yang dapat diterima kelompok. Adapun tujuan kedisiplinan adalah memberitahukan kepada anak sesuatu yang baik dan buruk dalam masyarakat di lingkungan sekitarnya. (Elisabeth hurlock).

Pengasuhan (*parenting*) memerlukan sejumlah kemampuan interpersonal dan mempunyai tuntutan emosional yang besar, namun sangat sedikit pendidikan formal mengenai tugas ini. Kebanyakan orangtua mempelajari praktik pengasuhan dari orangtua mereka sendiri. Sebagian praktik tersebut mereka terima, namun sebagian lagi ditinggalkan. Suami dan istri bisa saja membawa pandangan yang berbeda mengenai pengasuhan terhadap anak. Pada dasarnya orangtua ingin memperlakukan anak mereka dengan baik, penuh kesabaran dan respek. Pengasuhan yang baik membutuhkan lebih dari sekedar kecerdasan tetapi juga melibatkan emosi. Bagi orangtua, kecerdasan emosional berarti

menyadari perasaan anak, mampu berempati, menenangkan dan membimbing mereka.

2. Tujuan pengasuhan

Brooks menjabarkan beberapa tujuan dari pengasuhan yaitu:

- a. menjamin kesehatan fisik (gizi dan kesehatan) dan kelangsungan hidup anak.
- b. Menyiapkan agar anak menjadi orang dewasa yang mandiri dan bertanggungjawab baik secara ekonomi, sosial dan moral.
- c. Mendorong perilaku yang positif, termasuk cara penyesuaian diri, kemampuan intelektual, dan kemampuan berinteraksi sosial dengan oranglain agar dapat bertanggungjawab dan bermanfaat bagi lingkungan sekitar.

3. Bentuk perilaku pengasuhan orangtua yaitu:

a. Disiplin

Disiplin adalah proses bimbingan yang bertujuan menanamkan pola perilaku tertentu, kebiasaan tertentu atau membentuk manusia dengan ciri-ciri tertentu, terutama dalam hal meningkatkan kualitas mental dan moral. Disiplin dapat mencakup[pengajaran, bimbingan atau dorongan yang dilakukan orangtua kepada anaknya agar anak belajar sebagai makhluk sosial sekaligus mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal. Tujuan awal dari disiplin ialah membuat anak terlatih dan terkontrol. Orangtua perlu mengajarkan kepada anak bentuk tingkah laku yang pantas dan tidak pantas atau masih asing bagi anak sampai akhirnya mampu mengendalikan dirinya sendiri. Cara yang paling baik dalam mendisiplinkan anak adalah dengan menggunakan pendekatan positif seperti memberikan teladan, dorongan, berkomunikasi, pujian dan hadiah.

Ketika sudah berdisiplin, anak dapat mengarahkan dirinya sendiri tanpa pengaruh ataupun disuruh oleh orang lain, mampu menguasai tingkah lakunya sendiri dengan berpedoman pada norma yang jelas, standar dan aturan yang sudah diterapkan dan menumbuhkan rasa tanggungjawab dalam diri anak.

b. Mengontrol dan memantau

Orangtua perlu mengontrol anaknya, karena orangtualah yang dapat membimbing dan mengawasi anaknya, itulah diperlukan pengontrolan dalam bentuk perilaku pengasuhan.

c. Dukungan dan keterlibatan

Dukungan orangtua kepada anaknya sangatlah memberi pengaruh besar, diman anak akan merasa dicintai dan dihargai terhadap keputusan yang ingin dilakukannya melalui dukungan orangtua, apalagi jika orangtua ikut terlibat terhadap apa yang anak lakukan.

d. Komunikasi

Pentingnya komunikasi dalam pengasuhan orangtua, karena komunikasi secara umum dapat mempengaruhi fungsi keluarga secara keseluruhan dan kesejahteraan psikososial pada anak.

e. Kedekatan

Kedekatan antara anak dan orangtuanya merupakan aspek yang sangat penting dengan menghasilkan nilai-nilai positif, kedekatan antara orangtua dan anaknya memberikan keuntungan secara tidak langsung.

4. Prinsip pengasuhan untuk orangtua

Ada beberapa prinsip pengasuhan yang bisa diterapkan orangtua dalam pengasuhan positif anak yaitu :

a. Pahami setiap anak unik dan memiliki impian

Setiap anak unik, mereka memiliki keunggulan yang berbeda baik dalam pengetahuan, keterampilan maupun perilaku. Kepercayaan orangtua menjadi modal utama anak untuk percaya diri, kreatif, mandiri dan bertanggungjawab. Modal inilah yang menjadi dasar bagi tercapainya cita-cita atau impian anak kelak. Untuk itu orangtua harus percaya bahwa pada dasarnya anak mampu, bahkan sebelum anak membuktikan pada dirinya sendiri bahwa dia berhasil melakukan sesuatu.

b. Selalu mencari cara

Tantangan yang dihadapi oleh orangtua pada tiap tahap perkembangan anak berbeda. Demikian juga kondisi lingkungan memberikan pengaruh pada perubahan diri anak, untuk itu dibutuhkan cara yang berbeda untuk setiap anak dalam melakukan pengasuhan.

c. Terima anak apa adanya

Orangtua harus dapat menerima anak apa adanya, baik ketika dia berbuat benar maupun berbuat salah. Ketika anak mendapat penghargaan atau hadiah maka orangtua akan memberikan apresiasi sebaliknya ketika anak kalah dan salah, orangtua harus tetap bersikap wajar, tidak memberikan celaan. Orangtua dapat meluruskan dan mendampingi untuk mengoreksi kesalahan dan berbuat lebih baik.

d. Dukung dan fasilitasi anak untuk tumbuh dan berkembang

Orangtua harus terus belajar dalam memberikan dukungan pada anak. Dorong anak untuk melakukan kembali apabila anak mengalami kegagalan dalam suatu kegiatan. Yakinkan pada anak untuk terus mencoba dan jangan takut salah. Kesempatan kedua tidak pernah sia-sia, selalu ada pelajaran yang bisa dipetik serta diadaptasi.

e. Bermain dan bergembira bersama

Interaksi hangat yang dilakukan oleh orangtua menjadi menggemberikan dan didambakan oleh anak apabila dilakukan dengan sungguh-sungguh dengan penuh rasa cinta dan kasih sayang. Kehadiran dan keterlibatan orangtua dan guru dalam proses belajar anak harus menjadi pengalaman yang menyenangkan dan bermakna bagi anak.

5. Jenis-jenis pola asuh orangtua

Orangtua memiliki cara dan pola masing-masing dalam memberikan asuhan dan membesarkan anaknya. Ada beberapa pola asuh yang diterapkan oleh orangtua yaitu:

a. Pola pengasuhan otoriter

Pola ini merupakan cara mendidik anak dengan menggunakan kepemimpinan otoriter dimana pemimpin menentukan semua kebijakan, langkah dan tugas yang harus dikerjakan. Pola pengasuhan ini mencerminkan sikap orangtua yang bertindak keras dan cenderung diskriminatif. Orangtua cenderung mendesak anak untuk mengikuti keinginan mereka, memberikan batas dan kendali yang tegas kepada anak dan meminimalisir perdebatan verbal. Anak kurang mendapatkan kepercayaan dari orangtua, sering dihukum, apabila anak mendapatkan prestasi jarang diberi pujian atau hadiah.

Orangtua menganggap bahwa semua sikap yang dilakukan itu sudah benar sehingga tidak perlu minta pertimbangan anak atas semua keputusan yang mengangkat permasalahan anak-anaknya. Pola asuh ini juga ditandai dengan hukuman-hukuman yang dilakukan dengan keras, anak juga diatur dengan berbagai aturan yang membatasi perlakuannya. Perlakuan seperti ini sangat ketat dan bahkan masih tetao diberlakukan sampai anak tersebut menginjak dewasa. Studi menunjukkan bahwa keterkaitan antara faktor keluarga dimana keluarga yang kurang interaksi dan kebersamaan cenderung menghasilkan anak yang bermasalah.

b. Pola pengasuhan demokratis

Merupakan gaya pengasuhan yang mendorong anak untuk mandiri namun masih menerapkan batas dan kendali pada tindakan mereka. Pola asuh demokratis ditandai dengan adanya pengakuan orang tua terhadap kemampuan anak, anak diberi kesempatan untuk tidak selalu tergantung kepada orang tua. Sedikit memberi kebebasan kepada anak untuk memilih apa yang terbaik bagi dirinya, anak didengarkan pendapatnya, dilibatkan dalam pembicaraan terutama yang menyangkut dengan kehidupan anak itu sendiri. Anak diberi kesempatan untuk mengembangkan kontrol internalnya sehingga sedikit demi sedikit berlatih untuk bertanggung jawab kepada diri sendiri. Ciri khas dari pola asuh ini adalah adanya komunikasi yang baik antara anak dan orangtua, dimana orangtua melibatkan diri dan berdiskusi tentang masalah yang dialami anak.

c. Pola pengasuhan permitif

Orangtua memiliki sedikit kontrol atau tidak sama sekali atas tindakan anak-anak mereka. Mereka menghindari untuk memaksakan standar perilaku mereka dan mengizinkan anak mereka untuk mengatur aktivitas mereka sebanyak mungkin. Jika peraturan memang ada, orangtua menjelaskan alasan yang mendasari, mendukung pendapat anak, dan berkonsultasi dengan mereka dalam proses pembuatan keputusan. Mereka memberlakukan kebebasan dalam bertindak, disiplin yang inkonsisten, tidak menetapkan batas-batas yang masuk akal dan tidak mencegah anak merusak rutinitas di rumah. Orangtua jarang menghukum anaknya karena sebagian besar perilaku dapat diterima. Resiko dari pola ini adalah bahwa anak-anak cenderung tidak mematuhi, tidak menghormati, tidak bertanggungjawab dan secara umum tidak mematuhi kekuasaan.

6. Sikap orangtua dalam mendidik anak

Menurut Gunarsa 1998 sikap orangtua dalam mengasuh dan mendidik anak dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya pengalaman masa lalu yang berhubungan erat dengan pola mereka, nilai-nilai yang dianut oleh orangtua, kepribadian orangtua, perkawinan orangtua dan alasan mempunyai anak.

Menurut Hurlock (1993) beberapa sikap tersebut adalah:

- a. Melindungi anak secara berlebihan: perlindungan orangtua yang berlebihan mencakup pengasuhan dan pengendalian anak yang berlebihan. Hal ini akan menimbulkan adanya ketergantungan yang berlebihan pada anak dan semua orang, kurang percaya diri dan frustrasi.
- b. Permisivitas: permisivitas adalah sikap membiarkan anak untuk berbuat sesuka hati, dengan sedikit kekangan atau dengan kata lain gaya pengasuhan yang berpuast pada anak. Hal ini akan berdampak positif apabila sikap permisif ini tidak berlebihan, yaitu mendorong anak untuk menjadi cerdas, mandiri dan berpenyesuaian sosial yang baik. Selain itu juga menumbuhkan rasa percaya diri, kreatifitas dan sikap matang. Namun apabila sikap permisif tersebut berlebihan maka akan berdampak pada anak kehilangan kontrol diri sehingga menyebabkan adanya sikap negatif, egois dan sewenang-wenang.
- c. Memanjakan: hal ini membuat anak bersikap egois dan menuntut perhatian dan pelayanan yang menyebabkan penyesuaian sosial yang buruk di rumah dan di luar rumah.
- d. Penolakan: penolakan dengan kata lain dapat dinyatakan sebagai sikap yang mengabaikan kesejahteraan anak atau dengan menuntut terlalu banyak dari anak dan sikap bermusuhan yang terbuka. Hal ini akan menumbuhkan rasa dendam, perasaan tidak berdaya, frustrasi, perilaku gugup dan sikap bermusuhan terhadap orang lain terutama mereka yang lebih lemah dan kecil.
- e. Penerimaan: ditandai oleh perhatian yang besar dan kasih sayang pada anak. Orangtua menerima, memperhatikan perkembangan kemampuan anak dan memperhitungkan minat anak. Hal ini menyebabkan anak dapat bersosialisasi dengan baik, kooperatif, ramah, loyal, emosional stabil dan gembira.
- f. Dominasi: anak yang didominasi oleh salah satu atau kedua orangtua bersifat jujur, sopan dan berhati-hati tapi cenderung malu, patuh dan

mudah dipengaruhi oleh orang lain, mengalah dan sangat sensitif, rasa rendah diri dan perasaan menjadi korban.

- g. Tunduk pada anak: anak mendominasi serta memerintah orangtua, tenggang rasa yang minim, ingin mendapatkan penghargaan dan loyalitas. Anak belajar untuk menentang semua yang berwenang dan mendominasi di rumah maupun lingkungan luar.
- h. Favoritism: orangtua terkadang mempunyai anak yang cenderung menjadi favorit daripada anak yang lain. Anak tersebut cenderung memperhatikan sisi baik pada orangtua tapi agresif dan dominan dalam hubungan dengan saudara.
- i. Ambisi orangtua: hampir semua orangtua mempunyai ambisi bagi anak mereka. Ambisi ini seringkali dipengaruhi oleh ambisi orangtua yang tidak tercapai dan hasrat orangtua supaya anak mereka naik status sosialnya. Apabila anak tidak dapat memenuhi ambisi tersebut, maka anak cenderung bersikap bermusuhan, tidak tanggungjawab dan berprestasi di bawah kemampuan.

7. Faktor-faktor yang memengaruhi pola asuh orangtua

Menurut walker 1992 menyatakan ada beberapa faktor yang memengaruhi terbentuknya pola asuh orangtua diantaranya:

a. Kepribadian orangtua

Setiap orang berbeda dalam tingkat energi, kesabaran, intelegensi, sikap dan kematangannya. Hal ini akan mempengaruhi kemampuan orangtua dalam memenuhi peran sebagai orangtua dan bagaimana tingkat sensitifitas terhadap kebutuhan anak-anaknya.

b. Persamaan dengan pola asuh yang diterima orangtua

Bila orangtua merasa bahwa orangtua mereka dahulu berhasil menerapkan pola asuh pada anaknya dengan baik, maka mereka akan cenderung menggunakan teknik serupa dalam mengasuh anak. Sebaliknya jika mereka merasa pola asuh orangtuanya tidak tepat, maka akan beralih ke teknik pola asuh yang lain.

- penyesuaian dengan cara yang disetujui kelompok
 orangtua yang baru memiliki anak atau yang lebih muda dan kurang berpengalaman lebih dipengaruhi oleh apa yang dianggap anggota

kelompok (bisa berupa keluarga besar, masyarakat) merupakan cara terbaik dalam mendidik anak.

- Usia orangtua

Orangtua yang berusia muda cenderung lebih demokratis dan permisif bila dibandingkan dengan orangtua berusia tua.

- Pendidikan orangtua

Orangtua yang telah mendapatkan pendidikan yang tinggi dan mengikuti kursus dalam mengasuh anak lebih menggunakan teknik pengasuhan authoritative dibandingkan dengan orangtua yang tidak mendapatkan pelatihan dalam mengasuh anak.

- Status sosial ekonomi

Orangtua dari kelas menengah dan rendah cenderung lebih keras, memaksa dan kurang toleran dibandingkan dengan orangtua dari kelas atas.

- Temperamen

Pola asuh yang diterapkan orangtua akan sangat mempengaruhi temperamen seorang anak. Anak yang menarik dan dapat beradaptasi akan berbeda pengasuhannya dibandingkan dengan anak yang cerewet dan kaku.

- Kemampuan anak

Orangtua akan membedakan perlakuan yang akan diberikan untuk anak yang berbakat dengan anak yang memiliki masalah dalam perkembangannya.

- Budaya setempat

Lingkungan masyarakat sekitar tempat tinggal memiliki peran yang cukup besar dalam membentuk pola pengasuhan orangtua terhadap anak. Dalam hal ini mencakup segala aturan, norma, adat dan budaya yang berkembang didalamnya.

- Orientasi religius

Orientasi religius dapat menjadi pemicu diterapkannya pola asuh dalam keluarga. Orangtua yang menganut agama dan keyakinan tertentu senantiasa berusaha agar anak nantinya juga mengikuti agama dan keyakinan tersebut.

INFANT AND CHILDREN BOUNDING

1. Pengertian Bounding

Bounding adalah ikatan antara ibu dan bayi dalam masa awal neonatus, sedangkan *attachment* adalah sentuhan. *Bounding attachment* adalah istilah dalam psikologi yang artinya ikatan antara ibu dan bayi dalam bentuk kasih sayang dan belaian. *Bounding attachment* adalah sentuhan awal atau kontak kulit antara ibu dan bayi pada menit-menit pertama sampai beberapa jam setelah kelahiran bayi. Konsep ikatan perlahan berkembang mulai dari awal kehamilan dan berlanjut selama berbulan-bulan, bertahun-tahun, dan mungkin seumur hidup setelah melahirkan. *Bounding* bukan sebuah proses magical atau seketika, juga bukan dirangsang menurut permintaan atau pesanan. Perasan kehangatan yang dimulai kadang sudah dirasakan, bahkan sebelum konsepsi dan tentu selama kehamilan dan akan terus berkembang selama beberapa minggu, bulan dan tahun setelah kelahiran. (Elisabeth, Endang 2015).

2. Faktor-Faktor Bounding Attachment

Menurut Elisabeth dan Endang (2015) faktor-faktor yang mempengaruhi *bounding attachment* antara lain:

a. Kesehatan emosional orang tua

Orang tua yang mengharapkan kehadiran si anak dalam kehidupannya tentu akan memberikan respon emosi yang berbeda dengan orang tua yang tidak menginginkan kelahiran bayi tersebut. Respon emosi yang positif ini dapat membantu tercapainya proses *bounding attachment* ini.

b. Tingkat kemampuan, komunikasi dan keterampilan untuk merawat anak

Dalam berkomunikasi dan keterampilan dalam merawat anak, orang tua satu dengan yang lain tentu tidak sama tergantung pada kemampuan yang dimiliki masing-masing. Semakin cakap orang tua dalam merawat bayinya maka akan semakin mudah pula *bounding attachment* terwujud.

c. Dukungan sosial

Dukungan dari keluarga, teman, terutama pasangan merupakan faktor yang juga penting untuk diperhatikan karena dengan adanya dukungan dari orang-orang terdekat akan memberikan suatu semangat atau dorongan positif yang kuat bagi ibu untuk memberikan kasih sayang yang penuh kepada bayinya.

d. Kedekatan orang tua dan anak

Dengan metode rooming in kedekatan antara orang tua dan anak dapat terjalin secara langsung dan menjadikan cepatnya ikatan batin terwujud diantara keduanya.

e. Kesesuaian antara orang tua dan anak (keadaan anak, jenis kelamin)

Anak akan lebih mudah diterima oleh anggota keluarga yang lain ketika keadaan anak sehat/normal dan jenis kelamin sesuai dengan yang diharapkan. Pada awal kehidupan, hubungan ibu dan bayi lebih dekat dibanding dengan anggota keluarga yang lain karena setelah melewati sembilan bulan bersama dan melewati saat-saat kritis dalam proses persalinan membuat keduanya memiliki hubungan yang unik.

3. Prinsip dan Upaya Meningkatkan Bounding Attachment

Menurut Elisabeth dan Endang (2015) upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan bounding attachment adalah:

- a. Dilakukan segera (menit pertama jam pertama)
- b. Sentuhan orang tua pertama kali
- c. Adanya ikatan yang baik dan sistematis berupa kedekatan orang tua ke anak
- d. Kesehatan emosional orang tua
- d. Terlibat pemberian dukungan dalam proses persalinan
- e. Persiapan nifas sebelumnya
- f. Adaptasi
- g. Tingkat kemampuan, komunikasi dan keterampilan untuk merawat anak
- h. Kontak sedini mungkin sehingga dapat membantu dalam memberikan kehangatan ada bayi, menurunkan rasa sakit ibu, serta memberi rasa nyaman.
- i. Fasilitas untuk kontak lebih lama
- j. Penekanan pada hal-hal positif
- k. Perawat maternitas khusus atau bidan
- l. Libatkan anggota keluarga lainnya atau dukungan sosial dari keluarga, teman, dan pasangan
- m. Informasi bertahap mengenai bounding attachment

4. Hambatan Bounding Attachment

Ada beberapa hal yang dapat menghambat proses bounding attachment, antara lain (Elisabeth, Endang 2015):

- a. Kurangnya support system
- b. Ibu dengan risiko (ibu sakit)
- c. Bayi dengan risiko (premature, bayi sakit, bayi dengan cacat fisik)
- d. Kehadiran bayi yang tidak diinginkan

5. Manfaat Bounding Attachment

Adapun manfaat dari implementasi teori bounding attachment jika dilakukan secara baik (Elisabeth, Endang 2015), yaitu:

- a. Bayi merasa dicintai, diperhatikan, mempercayai, menumbuhkan sikap sosial.
- b. Bayi merasa aman, berani mengadakan eksplorasi.
- c. Akan sangat berpengaruh positif pada pola perilaku dan kondisi psikologis bayi kelak.

6. Dimensi bounding

Kelekatan antara anak dan orang tua dapat terbentuk melalui pembiasaan. Pembiasaan tersebut diberikan oleh orang tua kepada anak agar orang tua dapat mengetahui respon anak tersebut. rasa lekat menciptakan perasaan takut berpisah kepada orang tua maupun figur lekat lainnya. seperti yang sudah disebutkan sebelumnya bahwa agar memiliki figur lekat maka perlu dilakukan bonding antara anak dengan orang tua atau orang terdekat lainnya. perlakuan tersebut memberikan dampak kepada perkembangan anak baik itu dari sisi psikologi, sisi kognitif maupun sosial emosional anak.

Kemampuan manusia untuk membentuk ikatan baik secara fisik dan emosi dengan individu lain merupakan suatu kondisi yang sangat penting bagi perkembangan kesehatan jiwa setiap individu tidak terkecuali antara orangtua dan anak usia batita. Pola asuh yang tepat merupakan salah satu komponen fundamental dalam mengembangkan ikatan emosi antara orangtua dan anak yang sehat. Mengingat pentingnya pola asuh ini, tidak heran banyak studi yang dilakukan dalam usaha untuk memahami lebih lanjut mengenai pola penyesuaian yang terjadi baik pada anak maupun orangtuanya yang meliputi faktor biologis dan psikologis dalam usaha untuk mencapai keseimbangan sehingga anak dapat

berkembang lebih optimal. *Buonding* sebagaimana yang dikemukakan oleh Kennell, dkk (1976) merupakan suatu ikatan emosi antara ibu dengan bayinya yang bersifat resiprokal dan mulai terbentuk sejak kontak pertama antara ibu dengan bayinya. Ikatan ini dilaporkan berkembang terus sejak awal terjadinya yaitu segera setelah anak dilahirkan, serta berlanjut terus beberapa tahun kemudian dan memberikan dampak yang besar bagi perkembangan anak selanjutnya. Orangtua membentuk bonding atau ikatan emosi timbal balik dengan sang bayi melalui kasih sayang, perhatian, pengasuhan, perlindungan dan afeksi yang sesuai dengan kebutuhan bayi. Adanya bonding yang optimal antara orangtua dan anak usia batita membuat mereka mampu menjalin kelekatan yang sehat dengan orangtuanya dan menimbulkan perasaan aman dalam diri mereka sehingga dikatakan memberikan dampak positif terhadap perkembangan emosi, sosial dan kognitif anak selanjutnya.

Proses terbentuknya ikatan emosi timbal balik antara orangtua – anak merupakan hal yang sangat penting bagi seorang anak, terutama pada anak usia batita. Dalam suatu penelitian dilaporkan bahwa anak usia batita cenderung lebih muda melekat dengan orangtuanya, dilain pihak orangtua pada umumnya memerlukan waktu yang bervariasi oleh karena adanya berbagai macam perasaan yang muncul segera setelah anak dilahirkan. Beberapa orangtua dapat langsung membentuk bonding atau ikatan emosi yang kuat dengan bayi mereka segera setelah bayi dilahirkan, sedangkan bagi orangtua yang lain mungkin belum memerlukan periode waktu tertentu; terutama jika bayi memerlukan perawatan begitu dilahirkan atau adanya masalah kesehatan jiwa pada orangtua. Pengalaman anak terhadap proses perkembangan kelekatan dengan figur utama dalam kehidupan mereka berkaitan dengan luaran akhir dari perkembangan anak itu sendiri serta dapat bersifat sebagai faktor protektif atau risiko terhadap pengaruh trauma di kemudian hari. Pengalaman dini tersebut akan membentuk perkembangan karakter anak sebagai individu yang unik, kemampuan adaptasi mereka serta kerentanan dan resistensi mereka terhadap berbagai bentuk tantangan di kemudian hari. Dengan demikian, ikatan emosi antara orangtua – anak dan proses perkembangan kelekatan anak usia batita dengan orangtua atau pengasuh utamanya merupakan dua kondisi yang terpenting dalam perkembangan anak selanjutnya termasuk dalam perkembangan regulasi emosi itu sendiri. Sebagai seorang bayi yang baru dilahirkan maupun sebagai anak usia batita, mereka dikatakan tidak mampu untuk berkembang hanya dengan kemampuan diri mereka sendiri tetapi membutuhkan orangtua/pengasuh yang

bisa memberikan perhatian dan mengasuh mereka dengan penuh perhatian dan kasih sayang.

Klaus dan Kennel mengemukakan bahwa istilah 'bonding' yang merujuk pada proses jangka panjang dari perkembangan ikatan emosi antara anak dengan orangtuanya yang sudah dimulai sejak awal kelahiran. Dapat dikatakan bahwa baik maternal – infant bonding maupun parental – infant bonding merupakan suatu kondisi yang terjadi secara bertahap dan merupakan proses berkesinambungan, dan berkaitan dengan berbagai faktor yaitu baik dari faktor anak dan faktor ibu atau faktor orangtua serta sangat tergantung pada periode perkembangan anak itu sendiri.

7. Proses perkembangan maternal – infant bonding

Proses perkembangan *maternal – infant bonding* dapat dikategorikan dalam 4 tahapan yaitu:

- a. Tahap individuasi. Pada akhir tahap ini, seorang anak usia batita mampu untuk mengatasi perasaan lapar, beradaptasi terhadap sensasi dingin atau hangat dan mengembangkan persepsi visualnya menjadi lebih baik.
- b. Tahap ke dua, anak usia batita mulai mengembangkan kemampuan untuk memberikan respons yang tepat terhadap semua stimulus sosial yang datang dari sekitarnya. Dengan kemampuannya ini, anak usia batita terampil untuk membedakan antara objek hidup manusia dan benda mati lainnya.
- c. Tahap ke tiga merupakan tahapan terakhir. Anak usia batita mulai menguasai berbagai keterampilan untuk bersosialisasi, seperti tersenyum, bergumam sehingga mampu menarik perhatian lingkungan sekitar. Dalam konteks ini anak sudah mulai mampu beradaptasi dengan lingkungan sekitarnya, terutama dengan orang yang sudah dikenal. Dalam tahapan ini, tergantung juga dari seberapa besar paparan sosial yang diterima oleh anak tersebut, jika paparan yang diterima banyak orang, kuat dan cukup bermakna maka anak usia batita ini mampu mengembangkan kelekatan dengan berbagai orang yang ada didekatnya.
- d. Tahap ke empat, anak mulai mengembangkan harapan terhadap berbagai figur pengasuhnya. Dengan adanya berbagai respons interaksi dengan figur yang dikenal anak maka anak usia batita ini mempelajari dan mulai mengembangkan perasaan percaya dengan orang serta

lingkungannya. Konsep ini merupakan dasar terbentuknya bonding atau ikatan emosi antara anak dan ibu atau antara anak dengan orangtuanya. Perasaan percaya dengan orang yang ada di sekitar anak usia batita ini mulai dikuasai bayi sejak pada usia 6 – 9 bulan, sehingga di usia ini bayi mampu untuk menarik diri atau bersembunyi di balik orangtuanya ketika berhadapan dan bertemu dengan orang yang tidak dikenalnya.

8. Regulasi emosi pada anak usia batita

Perkembangan sosial-emosional anak usia batita dimulai dengan proses pembelajaran anak dalam meregulasi emosinya. Tahun pertama kehidupannya, seorang bayi berusaha untuk mempelajari dan menyesuaikan diri dengan berbagai cara untuk mengatasi berbagai perubahan melalui interaksi dengan orangtua atau pengasuhnya. Kemampuan ini membantu mereka untuk meredakan berbagai reaksi emosi negatif serta menguatkan emosi positif. Orangtua atau pengasuh pada umumnya mengubah lingkungan dan memberikan pola asuh yang tepat untuk bayi tersebut untuk belajar sehingga stimulasi yang diberikan berjalan sesuai dengan karakter bayi tersebut.

Bayi yang dapat menerima semua stimulasi yang diberikan pada umumnya dapat menguasai semua tahapan perkembangan ditahun pertama kehidupannya dengan optimal dan menjadi modal dasar untuk berlanjut ke tahapan perkembangan berikutnya. Sejumlah studi mengatakan bahwa bayi mampu mengembangkan kemampuan regulasi emosi ditahun pertama kehidupannya dengan adanya ikatan emosi yang optimal antara orangtua – anak sehingga terjadi kelekatan yang bersifat aman.

Regulasi emosi adalah kapasitas seseorang untuk memonitor, mengevaluasi, dan memodifikasi reaksi emosi dalam diri mereka selama proses pencapaian tujuan yang diharapkan. Kemampuan ini terbentuk melalui keserasian modulasi emosi antara ikatan orangtua dan anak yang dapat diekspresikan secara jelas dalam bentuk ekspresi wajah, vokalisasi, dan aktivitas psikomotor. Oleh karena itu, regulasi emosi mempunyai kaitan erat dengan setiap reaksi emosi yang timbul selama proses interaksi berlangsung, baik dari segi awitan, durasi dan intensitas bangkitan emosi antara orangtua dan anak usia batita. Kondisi ini juga berkaitan erat dengan temperamen anak dan karakter orangtua/pengasuh. Anak dikatakan mempunyai regulasi emosi yang baik jika mempunyai kemampuan untuk mengekspresikan emosinya terhadap berbagai stimulasi eksternal.

Cohn dan Tronick dalam penelitian mereka terhadap bayi sehat berusia 3 bulan dengan kemampuan regulasi emosi yang baik, serta mempunyai ibu dengan gangguan depresi yang mempunyai kecenderungan menolak dan bersikap dingin terhadap bayi tersebut; setelah beberapa saat berinteraksi dengan bayinya, tampak bayi menunjukkan perilaku protes dan marah, curiga dan menolak semua tindakan ditujukan kepada dirinya. Cohn dan Tronick menjelaskan bahwa kondisi tersebut merupakan pemicu timbulnya gejala depresi pada bayi tersebut jika orangtua/pengasuh tidak menyadari reaksi ini. Kondisi ini dikatakan bersifat reversibel, jika lingkungan dapat memenuhi kebutuhan emosi bayi tersebut dengan optimal maka gejala-gejala depresi tersebut juga menghilang.

9. Faktor risiko yang mempengaruhi perkembangan bonding

Beberapa faktor risiko yang berkontribusi terhadap perkembangan bonding/ikatan emosi anak usia batita dengan orangtuanya, di antaranya,

a. Faktor risiko perkembangan anak

- Kondisi kesehatan anak usia batita, termasuk temperamen anak. Kondisi kesehatan anak usia batita merujuk pada pola perilaku tertentu dari anak di usia ini seperti pola tidur yang teratur, periode tidur, mengantuk, aktivitas bangun dan kewaspadaan bayi yang tidak aktif, menangis atau penyakit fisik lainnya.
- Temperamen anak yang sulit diasuh serta cenderung mempunyai masalah dalam regulasi diri membuat ibu merasa tidak kompeten dan frustrasi. Kedua kondisi di atas sangat menentukan kemampuan anak untuk mengenali dan memberikan respons yang tepat terhadap figur orang yang ada di sekitarnya. Para ibu atau orangtua sebenarnya sudah menyadari bahwa anak cenderung memberikan respons yang berbeda walaupun stimulus yang mereka berikan sama, sebagai contoh pada saat anak sedang dalam kondisi tidak sehat, rangsangan yang biasanya memberikan reaksi kegembiraan pada anak berubah menjadi rangsangan yang membuat anak menjadi iritabel dan tantrum. Oleh karena itu sebagai orangtua atau seorang ibu haruslah mampu mengenali kondisi ini sehingga dapat memberikan stimulus yang sesuai dengan kebutuhan anak.
- Anak dengan temperamen yang iritabel dilaporkan lebih banyak mengekspresikan emosi negatif (misalnya menangis kuat, menjerit

dan cenderung banyak merengek), terutama jika orangtua/ pengasuh terlalu cepat atau lambat merespons terhadap sinyal yang dikirimkan anak, jika ini berlangsung terus tentunya akan mempengaruhi perkembangan regulasi emosi serta karakter anak di kemudian hari. Dengan demikian, strategi dan karakter orangtua dalam mengasuh anak tentunya umum dalam proses persalinan menurunkan responsivitas bayi dan juga mempengaruhi kondisi bayi secara keseluruhan sehingga bayi dilaporkan lebih tidak aktif jika dibandingkan bayi yang lahir tanpa pengaruh dari anestesi ini. Kondisi ini membuat proses inisiasi bonding menjadi lebih lambat, oleh karena bayi yang kurang responsif cenderung menginduksi ibu atau orangtua menjadi tidak responsif juga sehingga berdampak dalam perkembangan kelekatan antara anak dan orangtua/ibunya sehingga menjurus kepada terjadi kelekatan yang tidak aman (insecure attachment)

- Gangguan jiwa pada ibu atau salah satu orangtua, seperti skizofrenia, gangguan depresi, atau gangguan cemas, serta gangguan kesehatan fisik pada orangtua atau ibu, seperti malnutrisi atau penyakit fisik kronik. Ke dua kondisi ini berkaitan erat dengan penurunan kapasitas orangtua dalam proses pengasuhan anak. Kondisi ini diperburuk jika orangtua, terutama ibu memerlukan perawatan yang lama segera setelah bayi dilahirkan sehingga proses inisiasi terhadap perkembangan bonding terganggu.
- Orangtua atau ibu yang tidak sensitif terhadap kebutuhan anak usia batita, sikap yang egosentrik sehingga tidak mau mengerti dan tidak memahami makna hadirnya seorang bayi dalam kehidupan keluarga. Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa ibu yang mempunyai pengalaman deprivasi pada masa kecil seringkali tidak mampu menunjukkan kasih sayang dan pengasuhan yang adekuat terhadap bayi mereka oleh karena minimnya pengalaman masa kanak terhadap kedua hal tersebut akibat kurangnya ikatan emosi pada saat itu. Kondisi tersebut membuat seorang individu tidak mampu mengembangkan insting sebagai orangtua atau ibu di kemudian hari.
- Stresor psikososial tertentu seperti tidak mempunyai pekerjaan tetap sehingga mempengaruhi berbeda antara anak yang satu dengan yang lain dan juga tergantung dari dari jenis temperamen anak dan

hasil interaksi keduanya akan menentukan kemampuan anak dalam meregulasi emosinya.

- Adanya gangguan perkembangan atau penyakit kongenital tertentu pada bayi juga mempengaruhi perkembangan bonding itu sendiri. Kondisi ini membuat pupusnya harapan orangtua terhadap bayi mereka. Orangtua mempunyai kemungkinan lebih besar menjadi putus asa, marah, kecewa, takut, terus berharap dan tidak jarang jatuh dalam kondisi depresi yang tentunya dapat mempengaruhi perkembangan ikatan emosi orangtua – anak tersebut dan berakibat terjadinya regulasi emosi anak sehingga permasalahan yang timbul bertambah kompleks.

b. Faktor risiko yang berasal dari orangtua

- Salah satu kondisi yang seringkali dilaporkan dan dapat mengganggu perkembangan regulasi emosi pada anak usia batita adalah ketidakmampuan orangtua dalam mengenali dan memberikan respons yang sesuai dengan sinyal yang dikirimkan anak. Kropp dan Hayes menyimpulkan bahwa orangtua atau pengasuh sebaiknya dapat mengenali dan menginterpretasikan berbagai respons emosi yang datang dari seorang anak, seperti emosi takut, gembira, cemas, dan marah. Untuk mampu mengenali berbagai respons emosi tersebut, orangtua harus terlibat langsung dalam pola pengasuhan anak tersebut.
- Peran ayah dalam perkembangan regulasi emosi juga sangat penting. Ayah pada umumnya memberikan stimulasi yang cenderung lebih 'aktif' dan bersifat fisik jika dibandingkan dengan stimulasi yang datang dari ibu. Jenis stimulasi ini diperlukan oleh anak untuk memodulasi bangkitan emosi anak, serta membantu anak untuk mengembangkan kemampuan mengontrol emosinya sebelum reaksi emosi anak menjadi disregulasi.

EVALUASI PARENT EDUCATION

1. Parenting Education

Pendidikan keluarga menjadi fondasi awal pembentukan karakter seorang anak. Pendidikan dalam keluarga akan memberikan pengaruh bagi pertumbuhan dan perkembangan anak, keluarga yang menerapkan pendidikan keluarga yang

baik dapat membentuk pribadi anak menjadi baik. Orangtua memiliki tanggungjawab yang besar dalam pendidikan keluarga terutama bagi anak-anaknya.

Program *parenting education* adalah program pendidikan yang diberikan kepada orangtua agar pengetahuan yang dimiliki orangtua menjadi bertambah tentang tumbuh kembang anak serta agar pendidikan yang diperoleh anak selaras antara di rumah dan di sekolah (Asmawati, 2008). Pendidikan orangtua adalah pendidikan yang diberikan kepada orangtua dalam rangka untuk mengetahui dan menerapkan pendidikan untuk anak usia dini terutama ketika anak berada dalam lingkungan keluarga di rumah (Latif, 2013).

Saat ini program parenting banyak dilaksanakan oleh lembaga PAUD yang dapat membantu orangtua untuk memahami pentingnya perhatian khusus dalam pertumbuhan dan perkembangan anak pada usia dini. Melalui pendidikan anak usia dini, anak diharapkan dapat mengembangkan segenap potensi intelektual anak yaitu kognitif, sosial. Emosi dan fisik motorik. Sedangkan peranan keluarga dalam hal ini adalah langsung bertanggungjawab terhadap perkembangan prestasi belajar anaknya.

Pembelajaran *parenting education* harus diupayakan karena dapat berpengaruh terhadap pemahaman dan pola pikir serta dampaknya pada perilaku mendidik anak dan sikap orangtua dituntut belajar secara mandiri dan menyadari kebutuhan belajar parenting education itu sendiri, sehingga perlu dilaksanakan secara berkelanjutan dan tidak terbatas pada usia dan jenjang pendidikan.

Manajemen *parenting education* merupakan program yang berupa proses perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi kegiatan yang diperuntukkan kepada orangtua, pengasuh dan anggota keluarga lain yang berperan secara langsung dalam proses pertumbuhan dan perkembangan anak.

2. Faktor-faktor yang mendukung terlaksananya program parenting education

- a. Sumber daya yang memadai terutama sumber daya manusia.
- b. Penerapan kegiatan program parenting education yang menyenangkan karena program parenting education sasarannya disini adalah orangtua, maka penerapan kegiatan yang menyenangkan merupakan hal yang harus dilakukan pihak Lembaga

- c. Partisipasi orangtua, menciptakan partisipasi orangtua dalam kegiatan program parenting education bukanlah merupakan hal yang mudah

3. Faktor-faktor yang menghambat

- a. Komunikasi yang kurang antara pihak lembaga sekolah dengan orangtua peserta didik
- b. Ketidakpercayaan yang muncul dari masyarakat sekitar tentang program yang dilakukan.

LATIHAN SOAL

1. Seorang anak sedang menjalankan hukuman dari orangtuanya yaitu berdiri di sudut kamar sambil memegang telinga. Hal tersebut terjadi lantaran anak tersebut tidak mendapatkan nilai yang bagus ketika ada ulangan matematika di sekolahnya. Jenis pola asuh yang diterapkan kepada anak tersebut adalah:
 - a. **Otoriter**
 - b. Demokratis
 - c. Permitif
 - d. Konvensional
 - e. Modern
2. Sepasang suami istri sedang memperhatikan saja anaknya yang sedang bermain dan menjatuhkan mainan yang ada di etalase sebuah toko mainan. Ketika pegawai toko menegur, suami istri tersebut menjawab biarkan saja karena masih anak-anak. Jenis pola asuh yang diterapkan kepada anak tersebut adalah:
 - a. Otoriter
 - b. Demokratis
 - c. **Permitif**
 - d. Konvensional
 - e. Modern
3. Seorang anak sedang bercerita kepada orangtuanya mengenai hasil ulangan matematikanya yang berada di angka 55. Orangtua mendengarkan penjelasan anaknya dan kemudian mendiskusikan kembali dimana kesulitannya dalam menjawab soal tersebut sehingga kejadian tersebut tidak terulang kembali. Jenis pola asuh yang diterapkan kepada anak tersebut adalah:
 - a. Otoriter
 - b. **Demokratis**
 - c. Permitif
 - d. Konvensional
 - e. Modern

TUGAS

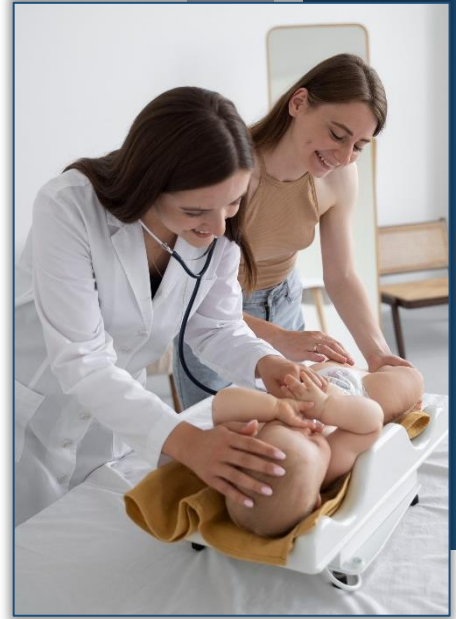
Jika anda menjumpai kasus orangtua yang tidak mempedulikan pertumbuhan dan perkembangan anaknya, apa tindakan yang akan anda lakukan sebagai bidan ?

DAFTAR PUSTAKA

- Andani, FD, et al. 2015. Manajemen Program Parenting Education pada RA Al-Ikhlas Kepanjen Malang. *Jurnal Pendidikan Nonformal*. Volume 10 Nomor 2 hal 139-150.
- Brooks,J. 2011. *The Process of Parenting*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Direktorat PAUD Kemdikbud. 2020. *Pengasuhan Positif*. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. Jakarta.
- Santrock, J. 2002. *Perkembangan Anak Edisi Kesebelas Jilid 2*. Penerbit Erlangga: Jakarta.
- Hurlock, E. *Perkembangan Anak Jilid 2*. Penerbit Erlangga: Jakarta.
- Sunarty, K. 2015. *Pola Asuh Orangtua dan Kemandirian Anak*. Penerbit Edukasi Mitra Grafika.
- Wong, et.al. 2009. Buku Ajar Keperawatan Pediatrik. Penerbit EGC: Jakarta.
- Wiguna, T. Tinjauan Pustaka The Importance of Parent- Infant Bonding toward Infant Mood Regulation. *Sari Pediatri* 2016: 17(6): Hal 478-484.

BAB 7

MANAJEMEN ASUHAN



DESKRIPSI PEMBELAJARAN:

Manajemen asuhan pada bayi, anak balita dan anak usia prasekolah merupakan asuhan kebidanan yang berfokus kepada asuhan rutin BBL norma,, pemeriksaan bayi, teknik pengumpulan data, lingkungan aman, dan mobilisasi.

TUJUAN PEMBELAJARAN :

1. Asuhan rutin BBL normal
2. Pemeriksaan bayi saat lahir dan pemeriksaan sehari-hari
3. Teknik pengumpulan data fokus melalui pemeriksaan fisik pada bayi dan anak balita
4. Lingkungan aman untuk bayi dan anak
5. Mobilisasi dan menggendong bayi dengan aman
 - a. Transportasi and mobilisasi bayi
 - b. Metode kanguru
 - c. Bedong (swaddle)

CAPAIAN PEMBELAJARAN :

Mahasiswa mampu melakukan manajemen asuhan pada bayi, anak balita dan anak usia prasekolah

MATERI PEMBAHASAN

ASUHAN RUTIN BAYI BARU LAHIR NORMAL

Bayi Baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan lahir 2500 - 4000gram, dengan nilai apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan. Neonatus adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ektrauterin. Asuhan rutin yang wajib dilakukan pada Bayi Baru Lahir adalah sebagai berikut:

a. Pencegahan infeksi

b. Penilaian segera setelah lahir

Penilaian meliputi apakah bayi cukup bulan, apakah air ketuban jernih dan tidak bercampur mekonium, apakah bayi menangis atau bernafas/tidak megap-megap, apakah tonus otot bayi baik / bayi bergerak aktif.

c. Pencegahan kehilangan panas

BBL dapat mengalami kehilangan panas tubuhnya melalui proses konduksi, konveksi, dan radiasi dan evaporasi. Segera setelah bayi lahir upayakan untuk mencegah hilangnya panas dari tubuh bayi, hal ini dapat dilakukan dengan cara mengeringkan tubuh bayi, letakkan bayi di dada ibu, selimuti bayi terutama bagian kepala dengan kain yang kering, tunggu minimal hingga 6 jam setelah bayi lahir untuk memandikan bayi, jangan mandikan bayi sebelum suhu tubuhnya stabil (suhu aksila 36,5-36°C) tempatkan bayi di lingkungan yang hangat

d. Perawatan Tali Pusat

Mengikat/mengklem tali pusat dengan terlebih dahulu mencelupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, untuk membersihkan darah dan sekresi tubuh lainnya. Selain memotong tali pusat tindakan penundaan tali pusat dapat dilakukan untuk meningkatkan antibodi bayi (Marta, 2019).

e. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Bayi harus mendapatkan kontak kulit dengan kulit ibunya segera setelah lahir selama kurang lebih 1 jam. Bayi harus menggunakan naluri alamiahnya untuk melakukan IMD.

f. Pemberian ASI

Pastikan bahwa pemberian ASI dimulai dalam waktu 1 jam setelah bayi lahir. Jika mungkin, anjurkan ibu untuk memeluk dan mencoba untuk menyusukan bayinya segera setelah tali pusat diklem dan dipotong berdukungan dan bantu ibu untuk menyusukan bayinya. Keuntungan pemberian ASI:

- Merangsang produksi air susu ibu
- Memperkuat reflek menghisap bayi
- Memberikan kekebalan pasif segera kepada bayi melalui colostrum
- Merangsang kontraksi uterus (Indrayani, 2016).

g. Pencegahan infeksi mata

Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui. Salep mata atau tetes mata tersebut mengandung tetrasiklin 1% atau antibiotika lain. Upaya pencegahan infeksi mata kurang efektif jika diberikan > 1 jam setelah kelahiran.

h. Pemberian vitamin K1

Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir lakukan hal-hal seperti semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi vitamin K peroral 1mg/hari, bayi resiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg IM dipaha kiri.

i. Pemberian imunisasi

Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan melalui ibu kepada bayi. Imunisasi ini diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K1, pada saat bayi baru berumur 2 jam.

j. Pemeriksaan BBL

Pemeriksaan BBL dapat dilakukan 1 jam setelah kontak kulit ke kulit. Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan antropometri (ndrayani, 2016).

PEMERIKSAAN PADA BAYI BARU LAHIR

Tabel 1 Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan		Keadaan normal
1	Lihat postur, tonus dan aktivitas	Posisi tungkai dan lengan fleksi. Bayi sehat akan bergerak aktif.
2	Lihat kulit	Wajah, bibir dan selaput lendir, dada harus berwarna merah muda, tanpa adanya kemerahan atau bisul.
3	Hitung pernapasan dan lihat tarikan dinding dada ke dalam ketika bayi sedang tidak menangis.	Frekuensi napas normal 40-60 kali per menit. Tidak ada tarikan dinding dada bawah yang dalam.
4	Hitung denyut jantung dengan meletakkan stetoskop di dada kiri setinggi apeks kordis.	Frekuensi denyut jantung normal 120-160 kali per menit.
5	Lakukan pengukuran suhu ketiak dengan termometer.	Suhu normal adalah 36,5 - 37,5° C
6	Lihat dan raba bagian kepala	Bentuk kepala terkadang asimetris karena penyesuaian pada saat proses persalinan, umumnya hilang dalam 48 jam. Ubun-ubun besar rata atau tidak membonjol (cembung) dapat sedikit membonjol saat bayi menangis.
7	Lihat mata	Tidak ada kotoran/secret
8	Lihat bagian dalam mulut dengan cara memasukkan satu jari yang menggunakan sarung tangan ke dalam mulut, raba langit-langit.	Bibir, gusi, langit-langit utuh dan tidak ada bagian yang terbelah. Nilai kekuatan isap bayi. Bayi akan mengisap kuat jari pemeriksa.
9	Lihat dan raba perut.	Perut bayi datar, teraba lemas.
10	Lihat tali pusat	Tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau yang tidak enak pada tali pusat. Atau kemerahan sekitar tali pusat
11.	Lihat punggung dan raba tulang belakang	Kulit terlihat utuh, tidak terdapat lubang dan benjolan pada tulang belakang.

12.	Cek lubang anus. Hindari memasukkan alat atau jari dalam memeriksa anus Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air besar	Apabila bayi telah mengeluarkan mekonium maka dapat dipastikan bahwa bayi mempunyai lubang anus. Biasanya mekonium keluar dalam 24 jam setelah lahir.
13.	Lihat dan raba alat kelamin luar. Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air kecil	Pada bayi perempuan kadang terlihat cairan vagina berwarna putih atau kemerahan. Bayi laki-laki terdapat lubang uretra pada ujung penis. Pastikan bayi sudah buang air kecil dalam 24 jam setelah lahir.
14.	Timbang bayi dengan menggunakan selimut, hasil dikurangi selimut	Berat lahir 2,5-4 kg. Dalam minggu pertama, berat bayi mungkin turun dahulu baru kemudian naik kembali.
15.	Mengukur panjang dan lingkar kepala bayi	Panjang lahir normal 48-52 cm. Lingkar kepala normal 33-37 cm.

Sumber : (Indrayani, 2016)

TEKNIK PENGUMPULAN DATA FOKUS MELALUI PEMERIKSAAN FISIK PADA BAYI DAN ANAK BALITA

1. Pemeriksaan Fisik pada Bayi

a. Keadaan Umum

Pemeriksaan fisik harus selalu dimulai dengan penilaian keadaan umum yang mencakup:

Postur

Fleksi kepala dan ekstremitas, dengan istirahat terlentang dan tengkurap

Kesadaran

- Komposmentis: Pasien sadar sepenuhnya dan memberi respon adekuat terhadap semua stimulus yang diberikan
- Apatik: Pasien dalam keadaan sadar, tetapi acuh tak acuh terhadap keadaan sekitarnya. Ia akan memberikan respon yang adekuat bila diberikan stimulus
- Somnolen: Yakni takut kesadaran dimana pasien tampak mengantuk. Selalu ingin tidur, ia tidak respon terhadap stimulus ringan, tetapi

memberikan respon terhadap stimulus yang agak keras, kemudian tertidur lagi

- Sopor: Pasien tidak memberikan respon ringan ataupun sedang. Tetapi masih memberi sedikit respon terhadap stimulus yang kuat. Reflek pupil terhadap cahaya masih (+)
- Koma: Pasien tidak dapat bereaksi terhadap stimulus apapun, refleks pupil terhadap cahaya (-). Ini adalah tingkat kesadaran yang paling rendah
- Delirium: Keadaan kesadaran yang menurun serta kacau, biasanya disertai disorientasi. Iritatif dan halusinasi.

Kesan status gizi

- Secara klinis: Dengan inspeksi dan palpasi, inspeksi lihat proporsi tubuhnya kurus/gemuk. Palpasi dengan cara cubit tebal jaringan lemak subcutan
- Dengan pemeriksaan fisik & antropometris (BB, TB, Lingkaran lengan atas, tebal lipatan kulit, lingkaran kepala, dada & perut).

b. Apgar Score

Pemeriksaan ini bertujuan menilai kemampuan laju jantung, kemampuan bernapas, kekuatan tonus otot, kemampuan refleks dan warna kulit.

Cara:

- Lakukan penilaian Apgar score dengan cara jumlahkan hasil penilaian tanda, seperti laju jantung, kemampuan bernapas, kekuatan tonus otot, kemampuan refleks dan warna kulit.
- Tentukan hasil penilaian, sebagai berikut:
 - Adaptasi baik : skor 7-10
 - Asfiksia ringan-sedang : skor 4-6
 - Asfiksia berat : skor 0-3

c. Gestasional Age

Refleks

Refleks	Rangsangan	Reaksi bayi	Perkembangan
Berkedip	Cahaya, tiupan udara	Menutup kedua mata	Permanen
Babinski	Telapak kaki ditepuk	Jari kaki meregang, menarik kaki ke dalam	Menghilang setelah 9 bulan-1 tahun
Menggenggam	Telapak tangan disentuh	Menggenggam erat	Melemah setelah 3 bulan Menghilang stlah 1 tahun
Moro (kejut)	Suara keras/benda jatuh	Kaget, melengkungkan punggung, meletakkan kepala, mengepakkan lengan dan kaki, kemudian menutup kembali lengan dan kakidengan cepat ke pusat tubuh	Menghilang setelah 3 atau 4 bulan
Ujung saraf	Pipi ditepuk/tepi mulut disentuh	Menoleh, membuka mulut, mulai menghisap	Menghilang setelah 3 atau 4 bulan
Melangkah	Bayi diangkat diatas permukaan tanah dan kaki direndahkan menyentuh tanah	Menggerakkan kaki seperti akan berjalan	Menghilang setelah 3 atau 4 bulan
Menghisap	Objek menyentuh mulut	Menghisap secara otomatis	Menghilang setelah 3 atau 4 bulan
Berenang	Bayi meletakkan wajah di air	Membuat gerakan berenang yang terkoordinasi	Menghilang setelah 6 atau 7 bulan
Tonic neck	Bayi diletakkan di punggung	Membentuk kepalan dengan dua tangan danbiasanya menoleh ke kanan (kadang disebut pose pekelahi)	Menghilang setelah 2 bulan

d. Tanda vital

- Suhu : Aksila – 36,50C sampai 370C; menangis dapat sedikit meningkatkan suhu tubuh
- HR : Apikal – 120 sampai 140 denyut/menit; menangis akan meningkatkan frekuensi jantung, tidur akan menurunkan frekuensi jantung
- RR : 30 – 60 kali/menit; menangis akan meningkatkan frekuensi pernafasan, tidur akan menurunkan frekuensi pernafasan

e. Antropometri

Tinggi badan

- Posisi recumben: < 24 s/d 36 bulan dihitung dari vertek s/d tumit
- Posisi berdiri: > 24-36 bulan
- new born: 48-53 cm => Normal
- 1 tahun= 1.5 X PB lahir
- selanjutnya $80 + 5N$ => N= umur
- referensi lain: 2-12 tahun: $usia \times 2,5 + 30$ inc

Berat Badan

- Timbang bayi- anak dalam keadaan telanjang => lindungi bayi agar tidak jatuh
- hitung sampai 10 gr terdekat utk bayi dan 100 gr terdekat utk anak
- Rule of thumb:
 - > new born : 2500-4000 gr
 - > 4-5 bulan : 2 X BBL
 - > 12 bulan : 3 X BBL
 - > selanjutnya: $8 + 2N$ => N: umur

Lingkar kepala

- Ukur diatas alis dan pinna (telinga) melingkari oksipital kranium
- new born : 33-35 cm
- lingkar kepala > 2-3 cm = lingkar dada
- anak-anak: lingkar dada > 5-7 cm = lingkar dada
- => maksimal pengukuran lingkar kepala s/d anak berusia 2 tahun
- 6-18 bulan : ubun-ubun besar menutup

- 2-3 bulan : ubun-ubun kecil menutup

Lingkar dada

Hitung keliling dada melalui garis puting saat ekspirasi- inspirasi diambil rata-rata Lingkar Lengan

f. Kepala

Rambut

- Distribusi, warna, tekstur dan kualitas rambut.

Tengkorak Kepala

Lakukan penilaian pada bagian tersebut, diantaranya:

- *Maulage* yaitu tulang tengkorak yang saling menumpuk pada saat lahir asimetri atau tidak.
- Ada tidaknya caput succedaneum, yaitu edema pada kulit kepala, lunak dan tidak berfluktuasi, batasnya tidak tegas, dan menyeberangi sutura dan akan hilang dalam beberapa hari.
- Ada tidaknya cephal haematum, yang terjadi sesaat setelah lahir dan tidak tampak pada hari pertama karena tertutup oleh caput succedaneum. Cirinya konsistensi lunak, berfluktuasi, terbatas tegas pada tepi tulang tengkorak, tidak menyeberangi sutura dan apabila menyeberangi sutura kemungkinan mengalami fraktur tulang tengkorak. Cephal haematum dapat hilang sempurna dalam waktu 2-6 bulan
- Ada tidaknya perdarahan, yang terjadi karena pecahnya vena yang menghubungkan jaringan di luar sinus dalam tengkorak. Batasnya tidak tegas sehingga bentuk kepala tampak asimetris, sering diraba terjadi fluktuasi dan edema.
- Adanya fontanel dengan cara palpasi dengan menggunakan jari tangan. *Fontanel posterior* akan dilihat proses penutupan setelah umur 2 bulan dan fontanel anterior menutup saat usia 12-18 bulan. Ukur lebar dan panjang fontanel umur 9 – 12 bulan mempunyai ukuran panjang dan lebar dari 1 sampai 5 cm.

g. Mata

Tentukan penilaian ada tidaknya kelainan, seperti:

- *Strabismus* (koordinasi gerakan mata yang belum sempurna), dengan cara menggoyang kepala secara perlahan-lahan sehingga mata bayi akan terbuka.

- Kebutaan, seperti jarang berkedip atau sensitifitas terhadap cahaya berkurang.
- *Sindrom Down*, ditemukan epicanthus melebar.
- Glaukoma kongenital, terlihat pembesaran dan terjadi kekeruhan pada kornea.
- Katarak kongenital, apabila terlihat pupil yang berwarna putih
- Periksa pelupuk mata bagian bawah, dan minta klien melihat ke atas
- Periksa warna konjungtiva
- Periksa warna sclera
- Periksa warna, bentuk, dan ukuran iris
- Periksa ukuran kesamaan, dan respon pupil terhadap cahaya.

h. Hidung

- Amati pola pernapasan, apabila bayi bernapas melalui mulut maka kemungkinan bayi mengalami obstruksi jalan napas karena adanya atresia koana bilateral, fraktur tulang hidung, atau ensefalokel yang menjorok ke nasofaring. Sedangkan pernapasan cuping hidung akan menunjukkan gangguan pada paru.
- Amati mukosa lubang hidung, apabila terdapat sekret mukopurulen dan berdarah perlu, dipikirkan adanya penyakit sifilis kongenital dan kemungkinan lain.

i. Mulut

- Lakukan inspeksi adanya kista yang ada pada mukosa mulut.
- Amati warna, kemampuan refleks menghisap. Apabila lidah menjulur keluar dapat dinilai adanya kecacatan kongenital.
- Amati adanya bercak pada mukosa mulut, palatum dan pipi biasanya disebut sebagai *Monilia albicans*.
- Amati gusi dan gigi, untuk menilai adanya pigmen.
- Rooting refleks: bayi akan mencari benda yang diletakkan disekitar mulut dan kemudian akan mengisapnya.
- Dengan memakai sarung tangan, masukkan jari kelingking kedalam mulut, raba palatum keras dan lunak apabila ada lubang berarti labio palato shisis, kemudian taruh jari kelingking diatas lidah, hasil positif jika ada refleks mengisap (*Sucking Refleks*).

j. Telinga

Bunyikan bel atau suara, apabila terjadi reflek terkejut maka pendengarannya baik, kemudian apabila tidak terjadi refleksi maka kemungkinan akan terjadi gangguan pendengaran.

k. Leher

- Letakkan bayi posisi duduk ketika mengamati kontrol kepala.
- Gerakkan kepala dan leher anak dengan ROM yang penuh dan anak yang lebih tua diminta untuk menggerakkan kepala ke atas, samping, bawah.
- Periksa leher akan adanya pembengkakan, lipatan kulit tabahan, distensi vena.
- Palpasi area trakea: dengan menggunakan ibu jari dan jari telunjuk.
- Palpasi area kelenjar tiroid: pemeriksa di belakang pasien, letakkan jari-jari anda di atas kelenjar. Palpasi kelenjar tiroid saat anak menelan.
- Amati pergerakan leher apabila terjadi keterbatasan dalam pergerakannya maka kemungkinan terjadi kelainan pada tulang leher, seperti kelainan tiroid, hemangioma, dan lain-lain.

l. Dada, jantung, paru-paru

- Lakukan inspeksi bentuk dada:
 - Apabila tidak simetris, kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma.
 - Pernapasan bayi normal pada umumnya dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Frekuensi pernapasan bayi normal antara 40-60 kali per menit, perhitungannya harus satu menit penuh karena terdapat periodic breathing di mana pola pernapasan pada neonatus terutama pada prematur ada henti napas yang berlangsung 20 detik dan terjadi secara berkala.
- Lakukan palpasi daerah dada, untuk menentukan ada tidaknya fraktur klavikula dengan cara meraba ictus cordis dengan menentukan posisi jantung.
- Lakukan auskultasi paru dan jantung dengan menggunakan stetoskop untuk menilai frekuensi, dan suara napas/jantung. Secara normal frekuensi denyut jantung antara 120-160 kali per menit. Suara bising

sering ditemukan pada bayi, apabila ada suara bising usus pada daerah dada menunjukkan adanya hernia diafragmatika.

m. Abdomen

- Lakukan inspeksi bentuk abdomen. Apabila abdomen membuncit kemungkinan disebabkan hepatosplenomegali atau cairan di dalam rongga perut, dan adanya kembung.
- Lakukan auskultasi adanya bising usus.
- Lakukan perabaan hati. Umumnya teraba 2-3 cm di bawah arkus kosta kanan. Limpa teraba 1 cm di bawah arkus kosta kiri.
- Lakukan palpasi ginjal, dengan cara atur posisi telentang dan tungkai bayi dilipat agar otot-otot dinding perut dalam keadaan relaksasi. Batas bawah ginjal dapat diraba setinggi umbilikus diantara garis tengah dan tepi perut. Bagian ginjal dapat diraba sekitar 2-3 cm, adanya pembesaran pada ginjal dapat disebabkan oleh neoplasma, kelainan bawaan atau trombosis vena renalis.

n. Punggung, pelvis dan ekstremitas

- Punggung
 - Letakkan bayi dalam posisi tengkurap, raba sepanjang tulang belakang untuk mencari ada tidaknya kelainan, seperti skoliosis, meningokel, spina bifida, dan lain-lain.
 - Susuri tulang belakang, apakah ada spina bivida okulta: ada lekukan pada lumbo sacral, tanpa herniasi dan distribusi lanugo lebih banyak.
 - Spina bivida sistika: dengan herniasi, meningokel (berisi meningen dan *CSF-cerebrospinal fluid*) dan mielomeningokel (meningen + CSF + saraf spinal).
 - Dalam posisi bungkuk jika tulang belakang rata/simetris (skoliosis postueral) sedangkan jika asimetris atau bahu tinggi sebelah dan vertebra bengkok (*scoliosis structural*)
 - Amati pergerakan ekstremitas. Untuk mengetahui adanya kelemahan, kelumpuhan, dan kelainan bentuk jari.
 - Grasping refleks: meletakkan jari pada tangan bayi, maka refleks akan menggengam.
 - Palmar refleks: tekan pada telapak tangan, akan menggengam

- CDH Congenital Dislocation of the Hip (CDH) atau dislokasi panggul kongenital adalah satu fase dari berbagai ketidakstabilan pinggul pada bayi: test gluteal, lipatan paha simetris kiri kanan.
- Pelvis
 - Ortholani test : lutut ditekuk sama tinggi/tidak
 - Barlow test : kedua lutut ditekuk dan regangkan ke samping akan terdengar bunyi klik
- Kaki
 - *Talipes*: kaki bengkok ke dalam.
 - *Clubfoot*: otot-otot kaki tidak sama panjang, kaki jatuh ke depan.
 - *Refleks babinsky*
 - *Refleks Chaddock*
 - *Stepping Refleks*

o. Genitalia

- Lakukan inspeksi pada genitalia wanita, seperti keadaan labio minora, labio mayora, lubang uretra dan lubang vagina.
- Lakukan inspeksi pada genitalia laki-laki, seperti keadaan penis, ada tidaknya hipospadia (defek di bagian ventral ujung penis atau defek sepanjang penis), dan epispadia (defek pada dorsum penis).

p. Anus dan rektum

- Lakukan inspeksi pada anus dan rektum, untuk menilai adanya kelainan atresia ani atau posisi anus.
- Lakukan inspeksi ada tidaknya mekonium (umumnya keluar pada 24 jam) apabila ditemukan dalam waktu 48 jam belum keluar maka kemungkinan adanya mekonium plug syndrome, megakolon atau obstruksi saluran pencernaan.

q. Kulit

- Lakukan inspeksi ada tidaknya *vernix caseosa* (zat yang bersifat seperti lemak berfungsi sebagai pelumas atau sebagai isolasi panas yang akan menutupi bayi yang cukup bulan).
- Lakukan inspeksi ada tidaknya lanugo (rambut halus yang terdapat pada punggung bayi). Lanugo ini jumlahnya lebih banyak pada bayi

kurang bulan daripada bayi cukup bulan (Corry S Matondang dkk, 2000).

2. Pemeriksaan Fisik Pada Anak

a. Kepala

- Bentuk kepala ; makrosefali atau mikrosefali
- Tulang tengkorak:
 - *Anencefali*: tidak ada tulang tengkorak
 - *Encefalokel*: tidak menutupnya fontanel occipital
- Fontanel anterior menutup : 18 bulan
- Fontanel posterior : menutup 2 – 6 bulan
- Caput succedaneum: berisi serosa, muncul 24 jam pertama dan hilang dalam 2 hari.
- Cephal hematoma: berisi darah, muncul 24 – 48 jam dan hilang 2 – 3 minggu.
- Distribusi rambut dan warna.
- Jika rambut berwarna / kuning dan gampang tercabut merupakan indikasi adanya gangguan nutrisi.
- Ukuran lingkaran kepala 33 – 34 atau < 49 dan diukur dari bagian frontal ke bagian occipital.

b. Muka

- Simetris kiri kanan
- Tes nervus 7 (facialis)
 - Sensoris: Menyentuh air dingin atau air hangat daerah maksilla, mandibula dan menyebutkan apa yang dirasakan.
 - Motorik: pasien diminta mengerutkan dahi, kemudian menutup mata kuat- kuat sementara jari-jari pemeriksa menahan kedua kelopak mata agar tetap terbuka.
- Tes nervus 5 (*trigeminus*)
 - Sensorik: menyentuh kapas pada daerah wajah dan apakah ia merasakan sentuh tersebut
 - Motorik: menganjurkan klien untuk mengunyah dan pemeriksa meraba otot maseter dan mandibula.

- Amati bentuk dan rona muka
- Amati ekspresi muka, khususnya sekitar mata dan mulut
- Amati kesimetrisan lipatan-lipatan nasolabial ketika anak menangis dan tertawa
- Amati ukuran dan bentuk hidung
- Amati nares eksternal terhadap pelebaran pengelupasan dan bau
- Uji kepatenan nares dengan meletakkan diafragma statetoskop di bawah salah satu lubang hidung sementara salah satu lubang yang lain ditutup.
- Lakukan palpasi pada alis mata dan setiap sisi hidung

1. Gigi

- Jumlah, jenis, keadaan, dan oklusi (gigi bertemu)
- Untuk memperkirakan jumlah gigi yang harus ada pada anak berumur 2 tahun atau lebih muda, kurangi umur anak dengan 6 bulan. Tanyakan pada anak di atas 5 tahun atau lebih apakah giginya tanggal.

c. Mata

- Simetris kanan kiri
- Alis tumbuh umur 2-3 bulan
- Kelopak mata :
 - Oedema
 - Ptosis: celah kelopak mata menyempit karena kelopak mata atas turun.
 - Enof: kelopak mata menyempit karena kelopak mata atas dan bawah tertarik ke belakang.
 - Exoptalmus: pelebaran celah kelopak mata, karena kelopak mata atas dan bawah tertarik ke belakang.
- Pemeriksaan nervus II (optikus), test konfrontasi dan ketajaman penglihatan.
- Sebagai objek mempergunakan jari
- Periksa dan pasai duduk berhadapan, mata yang akan diperiksa berhadapan dengan mata pemeriksa, yang biasanya berlawanan, mata kiri dengan mata kanan, pada garis ketinggian yang sama.
- Jarak antara keduanya berkisar 60 - 100 cm.

- Mata yang lain ditutup, obyek mulai digerakkan oleh pemeriksa mulai dari samping telinga, apabila obyek sudah tidak terlihat oleh pemeriksa maka secara normal obyek tersebut dapat dilihat oleh pasien.
- Anak dapat disuruh membaca atau diberikan *Snellen Chart*.
- Pemeriksaan nervus III (*Oculomotoris* refleks cahaya)
 - *Pen light* dinyalakan mulai dari samping) atau, kemudian cahaya diarahkan pada salah satu pupil yang akan diperiksa, maka akan ada reaksi miosis.
 - Apakah pupil isokor kiri atau kanan.
- Pemeriksaan Nervus IV (*Troclearis*) pergerakan bola mata
Menganjurkan klien untuk melihat ke atas dan ke bawah.
- Pemeriksaan nervus VI (*Abducens*)
- Menganjurkan klien untuk melihat ke kanan dan kekiri.
- Pemeriksaan nervus V (*Trigeminus*) Refleks kornea
 - Tutup mata yang satu dengan penutup
 - Minta klien untuk melirik ke arah laterosuperior (mata yang tidak diperiksa)
 - Sentuhkan pilinan kapas pada kornea, respon refleks berupa kedipan kedua mata secara cepat.
 - Glabral refleks: mengetuk dahi diantara kedua mata, hasil positif bila tiap ketukan mengakibatkan kedua mata klien berkedip.
 - Doll eye refleks: bayi dipalingkan dan mata akan ikut, tapi hanya berfokus pada satu titik.
- Periksa pelupuk mata bagian bawah, dan minta klien melihat ke atas
- Periksa warna konjungtiva
- Periksa warna sclera
- Periksa warna, bentuk, dan ukuran iris
- Periksa ukuran kesamaan, dan respon pupil terhadap cahaya

d. Hidung

- Posisi hidung apakah simetris kiri kanan
- Jembatan hidung apakah ada atau tidak ada, jika tidak ada diduga down syndrome.

- Cuping hidung masih keras pada umur < 40 hari
- Pasase udara : gunakan kapas dan letakkan di depan hidung, dan apabila bulu kapas bergerak, berarti bayi bernafas.
- Gunakan speculum hidung untuk melihat pembuluh darah mukosa, secret, polip, atau deviasi septum
- Pemeriksaan nervus I (*Olfactoris*)
- Tutup salah satu lubang hidung klien, berikan bau bau, lalu klien diminta untuk menyebutkan bau apa. Tiap hidung diuji secara terpisah.

e. Mulut

- Bibir kering atau pecah – pecah
- Periksa labio schizis
- Periksa gigi dan gusi apakah ada perdarahan atau pembengkakan.
- Tekan pangkal lidah dengan menggunakan spatel, hasil positif bila ada refleks muntah (*Gags refleks*)
- Perhatikan uvula apakah simetris kiri dan kanan
- Pemeriksaan nervus X (VAGUS)

Tekan lidah dengan menggunakan spatel, dan anjurkan klien untuk mengatakan " AH " dan perhatikan uvula apakah terangkat.

- Pemeriksaan nervus VII (facialis) sensoris
Tetesi bagian 2/3 anterior lidah dengan rasa asin, manis dan pahit, kemudian menentukan zat apa yang dirasakan dan 1/3 bagian belakang lidah untuk pemeriksaan Nervus IX.

- Pemeriksaan Nervus XI Hipoglossus
Menyuruh pasien untuk menjulurkan lidah lurus lurus kemudian menarik dengan cepat dan disuruh menggerakkan lidah ke kiri dan kekanan dan sementara itu pemeriksa melakukan palpasi pada kedua pipi untuk merasakan kekuatan lidah.

f. Telinga

- Simetris kiri dan kanan
- Daun telinga dilipat, dan lama baru kembali ke posisi semula menunjukkan tulang rawan masih lunak.
- Canalis auditorious ditarik ke bawah kemudian ke belakang, untuk melihat apakah ada serumen atau cairan.

- Pemeriksaan tes nervus VIII (Acustikus):
 - Menggesekkan rambut, atau tes bisik.
 - Mendengarkan garpu tala (*Tes Rinne, Weber*)
 - Starter refleks: tepuk tangan dekat telinga, mata akan berkedip.

g. Leher

- Lipatan leher 2-3 kali lipat lebih pendek dari orang dewasa.
- Periksa arteri karotis
- Vena Jugularis
- Raba tiroid: daerah tiroid ditekan, dan pasien disuruh untuk menelan, apakah ada pembesaran atau tidak.
- Pemeriksaan nervus XII (Asesoris)
Menganjurkan klien memalingkan kepala, lalu disuruh untuk menghadap kedepan, pemeriksa memberi tahanan terhadap kepala. Sambil meraba otot sternokleidomastoideus.

h. Dada

- Bentuk dada apakah simetris kiri dan kanan
- Bentuk dada barrel anterior – posterior dan transversal hampir sama 1:1 dan dewasa 1: 2
- Suara tracheal : pada daerah trachea, intensitas tinggi, ICS 2
- Suara bronchial : pada percabangan bronchus, pada saat udara masuk, intensitas keras pada ICS 4-5
- Suara broncho vesikuler : pada bronchus sebelum alveolus, intensitas sedang ICS 5.
- Suara vesikuler : pada seluruh bagian lateral paru, intensitas rendah
- Wheezing terdengar pada saat inspirasi dan rales pada saat ekspirasi
- Perkusi pada daerah paru suara yang ditimbulkan adalah sonor
- Apeks jantung pada mid klavikula kiri intercostal 5
- Batas jantung pada sternal kanan ICS 2 (bunyi katup aorta), sternal kiri ICS 2 (bunyi katup pulmonal), sternal kiri ICS 3-4 (bunyi katup tricuspid), sternal kiri mid klavikula ICS 5 (bunyi katup mitral).
- Perkusi pada daerah jantung adalah pekak.

i. Abdomen

- Observasi adanya pembengkakan atau perdarahan.
- Observasi distensi abdomen.
- Terdengar suara peristaltic usus.
- Palpasi pada daerah hati, teraba 1 – 2 cm dibawah costa, panjangnya pada garis media clavikula 6 – 12 cm.
- Palpasi pada daerah limpa pada kuadran kiri atas Perkusi pada daerah hati suara yang ditimbulkan adakah pekak. Perkusi pada daerah lambung suara yang ditimbulkan adalah timpani

j. Punggung

- Periksa apakah ada skoliosis, lordosis, kifosis

k. Tangan

- Jumlah jari – jari polidaktil (> dari 5), sindaktil (jari – jari bersatu)
- Pada anak kuku dikebawakan, dan tidak patah, kalau patah diduga kelainannutrisi.
- Ujung jari halus
- Kuku klubbing finger < 180, bila lebih 180 diduga kelainan system pernafasan

l. Pelvis

- *Tredelenburg test*: berdiri angkat satu kaki, lihat posisi pelvis apakah simetriskiri dan kanan.
- *Waddling* gait: jalan seperti bebek.
- *Thomas test* : lutut kanan ditekuk dan dirapatkan ke dada, sakit dan lutut kiri akan terangkat

m. Lutut

- *Ballotemen patella* : tekan mendorong kuat akan menimbulkan bunyi klik jikaada cairan diantaranya
- Mengurut kantong supra patella kebawah akan timbul tonjolan pada kedua sisitibia jika ada cairan diduga ada atritis.
- Reflek patella, dan hamstring.

n. Kulit

- Inspeksi warna dan pigmentasi yaitu:
 - Coklat : Menunjukkan penyakit Addison
 - Biru kemerahan : Polisitemia
 - Merah : Terpapar dingin, hipertermia, alcohol, inflamasi
 - Biru : Sianosis perifer / sentral (bibir, mulut, ujung jari/ kuku, badan secara keseluruhan)
 - Kuning : Ikterus (hiperbilirubinemia) Hepatitis, obstruksi saluran empedu.
 - Area kulit terbuka yang berwarna Kuning : Penyakit ginjal kronik Kekurangan warna, kulit, rambut,
 - Mata : Albinisme
 - Pucat : Sinkop, demam, syok, anemia,
- Palpasi
 - Hipertemi / hipotermi
 - Lesi primer (muncul dari kulit normal) macula (<1cm & rata), papula (<1cm, padat & menonjol), nodul (1-2 cm, masam padat & lebih dalam dari nodul), tumor, wheal (bentol), vesikel (< 1cm, berisi cairan), bula (lebih besar dari vesikel), pustule (vesikel yg berisi cairan eksudat)
 - Lesi Sekunder (perubahan dari primer) Sisik, Krusta (residu serum, darah, eksudat yg mengering), Erosi (lesi basah), Ulkus, fisura (retakan contoh pada kaki), Striae, petekia, ekimosis (Walyani, 2015)

LINGKUNGAN AMAN UNTUK BAYI DAN ANAK

3. Lingkungan yang aman untuk Bayi

a. Pilihlah tempat tidur yang nyaman dan sesuai:

- Pastikan tempat tidur yang dipilih terbuat dari bahan yang stabil dan kuat untuk menampung berat badan bayi hingga mencapai usia tertentu
- Pilihlah tempat tidur yang hemat tempat. Jika kamar anak memiliki keterbatasan tempat, pilihlah tempat tidur bayi yang bisa dipindahkan

(portable). Misalnya yang bisa dilipat atau memiliki roda, sehingga mudah dipindahkan.

- Hindari memilih tempat tidur bayi dari bahan rotan atau yang berbentuk ayunan. Karena Bayi dapat terguling dari ayunan dan terjatuh.
- Cek kembali ukuran rangka tempat tidur bayi. Pastikan tidak ada celah di antara tempat tidur bayi dan dinding kamar. Anak berisiko terjepit jika kakinya terperosok di antara celah tersebut.
- Pilihlah kasur yang tebal dan padat. Jika bantal kasur terlalu lembut bisa menimbulkan situasi tidak terduga. Saat anak sudah mampu berguling dari posisi tidur telentang ke posisi tengkurap, bantal kasur yang terlalu empuk bisa mengakibatkan kepala anak terbenam di dalam bantal kasur. Kondisi ini dapat memicu terjadinya sindrom kematian mendadak pada bayi (SIDS).

b. Jangan biasakan bayi tertidur sambil menyusu

Sisa ASI atau susu yang tidak dibersihkan akan menempel di lidah serta langit-langit rongga mulut bayi. Ini dapat mencetuskan pertumbuhan jamur, bakteri, dan kuman. Apalagi jika anak dibiarkan tertidur dalam keadaan botol susu masih menempel di bibirnya. Kebiasaan ini berbahaya karena dapat meningkatkan risiko bayi tersedak.

c. Pilihlah pakaian yang nyaman untuk anak

Hal penting untuk diperhatikan dalam memilih pakaian bayi adalah bagian-bagian pada atribut pakaian, seperti kancing, jahitan yang tidak kuat, dan benang yang terurai, dapat membahayakan anak. Bayi dan anak-anak suka memasukkan segala sesuatu ke dalam mulutnya. Kancing jahitan yang terurai dapat mengakibatkan bayi tersedak.

d. Beri mainan sesuai usia dan tumbuh kembang anak

Banyak orang tua lupa bahwa setiap mainan anak-anak tidak hanya melihat faktor rentang usia, melainkan juga kemampuan sensorik dan keterampilan motorik dari anak. Inilah sebabnya harus selalu diperhatikan semua spesifikasi mainan yang diberikan kepada anak. Sebagai contoh, jangan sampai tekstur mainan yang bisa digigit (teether) terlalu mungil, yang dapat berisiko membuat anak tersedak.

e. Atur tata letak ruang yang kondusif dan sesuai dengan perilaku anak

Amatilah kecenderungan tingkah anak, lalu sesuaikan dengan konsep penataan ruang di rumah. Bila anak yang enerjik, maka singkirkan furnitur yang berbahaya dan membatasi ruang gerakannya. Dengan cara ini, orang tua bisa meminimalisasi risiko kecelakaan yang mungkin terjadi.

f. Pilihlah pakaian yang nyaman untuk anak

Hal penting untuk diperhatikan dalam memilih pakaian bayi adalah bagian-bagian pada atribut pakaian, seperti kancing, jahitan yang tidak kuat, dan benang yang terurai, dapat membahayakan anak. Bayi dan anak-anak suka memasukkan segala sesuatu ke dalam mulutnya. kancing jahitan yang terurai dapat mengakibatkan bayi tersedak. Beri mainan sesuai usia dan tumbuh kembang anak. Banyak orang tua lupa bahwa setiap mainan anak-anak tidak hanya melihat faktor rentang usia, melainkan juga kemampuan sensorik dan keterampilan motorik dari anak. Inilah sebabnya harus selalu diperhatikan semua spesifikasi mainan yang diberikan kepada anak. Sebagai contoh, jangan sampai tekstur mainan yang bisa digigit (teether) terlalu mungil, yang dapat berisiko membuat anak tersedak.

g. Atur tata letak ruang yang kondusif dan sesuai dengan perilaku anak

Amatilah kecenderungan tingkah anak, lalu sesuaikan dengan konsep penataan ruang di rumah. Bila anak yang enerjik, maka singkirkan furnitur yang berbahaya dan membatasi ruang gerakannya. Dengan cara ini, orang tua bisa meminimalisasi risiko kecelakaan yang mungkin terjadi (Novitasari, 2020).

Lingkungan yang aman dan menyenangkan bagi anak, menurut perspektif Montessori memiliki karakteristik sebagai berikut:

a. *Accessibility and availability* (mudah diakses dan tersedia).

Kebanyakan anak menyukai area terbuka yang dapat digunakan untuk berbagai aktivitas individu maupun kelompok. Montessori menganjurkan pula bahwa taman atau area terbuka hendaknya memiliki area tertutup juga, sehingga memungkinkan untuk digunakan anak dalam berbagai cuaca. Organisasi materi atau alat-alat, aktivitas, dan kesibukan lain juga merupakan aspek lingkungan menyenangkan yang menawarkan ketersediaan dan kemudahan akses. Secara umum, tiap-tiap aktivitas memiliki areanya yang mendukung anak untuk bebas memilih.

b. *Freedom of movement and choice* (ada kebebasan bergerak dan memilih).

Terkait dengan hal ini, setiap orang hendaknya memiliki rasa percaya dan hormat kepada anak. Anak akan bisa menentukan pilihan yang “tepat” jika ia memiliki kesempatan untuk bergerak ke mana pun yang ia suka, dan menemukan apa yang ia butuhkan untuk memuaskan dirinya.

c. *Personal responsibility* (penuh tanggung jawab personal).

Pemberian kebebasan perlu didukung dengan pelatihan sikap bertanggung jawab kepada anak. Sikap ini bisa dibentuk dengan melatih seorang anak untuk mengembalikan mainan atau sarana belajar ke tempatnya semula. Anak juga dilatih untuk memiliki kesadaran sosial, yakni kemampuan untuk berbagi dengan sesama.

d. *Reality and nature* (nyata dan alami).

Model nyata seperti benda 3D (tiga dimensi) dianggap lebih representatif daripada 2D (dua dimensi). Misalnya, penggunaan kerangka tubuh manusia berbentuk 3D akan lebih mudah dicerna oleh anak dibandingkan gambar 2D. Kesan alami akan tampak ketika anak diberikan kesempatan lebih untuk bereksplorasi melalui berkebun, kelas alam, dan segala aktivitas yang bersentuhan langsung dengan alam. Kelas indoor pun akan terlihat lebih alami ketika dihiasi dengan bunga atau tanaman yang asli, bukan buatan.

e. *Beauty and harmony* (indah dan selaras).

Aspek keindahan bisa diperoleh misalnya dari dekorasi ruangan yang sederhana, artinya tidak berlebihan dan tidak mengalihkan perhatian anak. Sedangkan kesan selaras bisa didapat dari ketepatan pengorganisasian ruang (Suryana, 2016).

MOBILISASI DAN MENGGENDONG BAYI DENGAN AMAN

Pakaian dan selimut seyogjanya cukup longgar sehingga memungkinkan adanya lapisan udara diantara diantara permukaannya sebagai penyangga panas tubuh yang cukup efektif. Bedong (swaddling) yang biasanya sangat erat sebaiknya dihindarkan, selain menghilangkan lapisan udara sebagai penyangga panas juga menaikkan risiko terjadinya pneumonia dan penyakit infeksi saluran nafas lainnya karena tidak memungkinkan mengembangkan paru sempurna saat bayi bernafas. Pada perawatan BKB selain dengan cara perawatan bayi lekat,

pakaian, selimut hangat, penggunaan plastic dilaporkan sangat bermanfaat untuk memperkecil proses kehilangan panas. tapi temperature harus selalu dimonitor dengan ketat untuk menghindari terjadinya hyperthermia

LATIHAN SOAL

1. Seorang bayi perempuan lahir di BPM usia aterm dengan APGAR skor 10. Bayi segera disusui. tali pusat yang telah dipotong dibalut dengan kassa kering. Prinsip utama apakah yang dilakukan dalam perawatan tali pusat tersebut?
a. Steril
b. Bersih
c. Dibungkus rapat
d. Bersih dan kering
e. Diberi ramuan
2. Seorang bayi laki- laki lahir di BPM BB: 3200 gr, ibu mengatakan bayinya tidak mau menyusu, sesak nafas dan kulit berwarna kebiruan pada saat diberi ASI, hasil pemeriksaan fisik warna kulit berubah sianosis, TTV dalam batas normal. Apakah diagnosa yang paling tepat?
a. Atresia Ani
b. Atresia Esophagus
c. Asfiksia
d. Labioskizis
e. Palatoskizis
3. Seorang bayi lahir di BPM dengan masa gestasi 34 minggu. Hasil pemeriksaan fisik nilai APGAR skor normal, berat badan lahir bayi: 2700 gram, PB 49 cm, Temp: 37⁰c, pernafasan 60x/menit. Apakah tindakan yang paling tepat pada bayi diatas?
a. Mempertahankan suhu tubuh
b. Mempertahankan oksigenasi
c. Memenuhi kebutuhan nutrisi
d. Mencegah dan mengatasi infeksi
e. Mengatasi hyperbilirubinemia
4. Seorang Bayi perempuan lahir dengan sehat di BPM, hasil perhitungan Apgar score pada 1 menit pertama didapati, lahir segera menangis kuat, badan merah, ekstremitas sedikit biru, frekuensi nadi 110 x/menit, reaksi terhadap

rangsangan baik dan gerakan aktif. Berapakah nilai Apgar Score 1 menit pertama pada bayi tersebut?

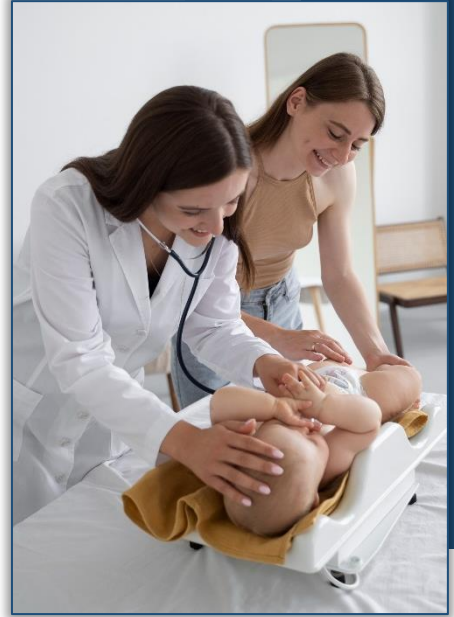
- b. 6
- c. 7
- d. 8
- e. 9**
- f. 10

DAFTAR PUSTAKA

- Indrayani, dan Djami, M. (2016). Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Jakarta: CV. Trans Info Media
- Walyani, E S. (2015). Konsep dan Asuhan Kebidanan Maternal dan Neonatal. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Suryana, D. (2016). Stimulus dan Aspek Perkembangan Anak. Jakarta: Kencana.
- Novitasari, A., Hutami, M. S., & Pristya, T. Y. R. (2020). Pencegahan dan Pengendalian BBLR Di Indonesia: Systematic Review. Pencegahan Dan Pengendalian-Bblr-Di-Indonesia
- Marta, Imelda. (2019). Efektivitas Lotus Birth dalam Memproses Pembusukkan Tali Pusat Sebagai Antibodi: Indonesian Trust Health Journal. 2 (1): 147-151

BAB 8

STIMULASI DAN DETEKSI PERTUMBUHAN



DESKRIPSI PEMBELAJARAN:

Stimulasi dan Deteksi Pertumbuhan merupakan materi tentang stimulasi, intervensi dan pemantauan tumbuh kembang bayi, balita dan anak prasekolah.

TUJUAN PEMBELAJARAN :

1. Stimulasi dan deteksi pertumbuhan bayi, balita, dan anak prasekolah
2. Intervensi dini gangguan tumbuh kembang anak balita
3. Pemantauan tumbuh kembang

CAPAIAN PEMBELAJARAN :

Mahasiswa mampu memahami dan melakukan stimulasi dan deteksi pertumbuhan pada bayi, anak balita dan anak usia prasekolah

STIMULASI DAN DETEKSI PERTUMBUHAN BAYI, BALITA, DAN ANAK PRASEKOLAH

Stimulasi merupakan suatu kegiatan untuk merangsang kemampuan dasar tumbuh kembang anak usia 0-6 tahun secara optimal (Yulizawati & Afrah, 2022). Stimulasi berupa pemenuhan nutrisi yang tepat dapat memperbaiki kondisi keterlambatan dalam pertumbuhan (Matonti et al., 2020). Pemenuhan nutrisi 1000 hari sejak pembuahan hingga usia 2 tahun merupakan masa yang penting kehidupan individu. Jika terjadi kegagalan pemenuhan nutrisi pada masa ini akan menyebabkan dampak negatif pada status kesehatannya. Suplementasi mikronutrien selama kehamilan terbukti mengurangi terjadinya pertumbuhan janin yang terhambat dan berat badan lahir rendah (Christian et al., 2015).

Pemberian stimulasi pada anak bertujuan untuk membantu anak mencapai perkembangan optimal sesuai dengan tahapan usianya. Upaya stimulasi meliputi berbagai aktivitas untuk merangsang perkembangan anak, seperti latihan gerak, bicara, berfikir, kemandirian, dan sosialisasi. Stimulasi dilakukan oleh orang tua (keluarga) setiap ada kesempatan atau sehari-hari. Stimulasi disesuaikan dengan umur dan prinsip stimulasi.

1. Pertumbuhan

Pertumbuhan dan perkembangan bayi dan balita merupakan hal yang sangat penting. Pemberian perhatian penuh terhadap pertumbuhan dan perkembangan dapat mengembangkan potensi fisik dan mental secara optimal (Onis, 2017). Berdasarkan Standar Pelayanan Minimal yang tercantum pada PMK No. 4 Tahun 2019, pelayanan kesehatan balita sehat adalah pelayanan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan menggunakan buku KIA dan skrining tumbuh kembang (Kemenkes RI, 2019b). Riskesdas 2018 melaporkan proporsi pemantauan pertumbuhan meliputi penimbangan dan pengukuran tinggi badan dalam 12 bulan terakhir pada anak umur 0-59 bulan di Indonesia yaitu 80,6% dan 53,2% secara berturut-turut. Ada beberapa alasan utama orangtua tidak melakukan pemantauan pertumbuhan pada anak yaitu anak sudah besar (≥ 1 tahun), anak sudah mendapatkan imunisasi dasar lengkap, anak tidak mau ditimbang, malas, lupa atau tidak tahu jadwal pelaksanaan kegiatan, tidak ada tempat pelaksanaan kegiatan pemantauan pertumbuhan, jarak tempat pemantauan jauh, adanya kesibukan lain dan alat timbang dan pengukuran tinggi badan tidak tersedia (Kemenkes RI, 2018). Penimbangan berat badan sesuai

standar pelayanan minimal pada anak usia 0-59 bulan adalah 8 kali dalam setahun dan pengukuran tinggi badan minimal sebanyak 2 kali dalam setahun (Kemenkes RI, 2019b).

Pemantauan pertumbuhan menjadi salah satu kegiatan program perbaikan gizi masyarakat yang berpusat pada upaya pencegahan dan penanggulangan masalah gizi pada balita. Standar pemantauan pertumbuhan bayi dan balita yang dikeluarkan oleh Kemenkes (Direktorat Gizi Masyarakat, 2020), menetapkan rangkaian kegiatan dalam pemantauan pertumbuhan diantaranya:

- a. Penilaian pertumbuhan anak secara teratur (penimbangan setiap bulan, pengisian KMS, menentukan status pertumbuhan berdasarkan kenaikan berat badan),
- b. Menindaklanjuti setiap kasus gangguan pertumbuhan melalui konseling dan rujukan,
- c. Menindaklanjuti dalam bentuk penyusunan kebijakan dan program di tingkat masyarakat dalam upaya meningkatkan motivasi dan pemberdayaan keluarga.

Pemantauan pertumbuhan dilakukan pada anak usia 0 (nol) sampai 72 (tujuh puluh dua) bulan melalui penimbangan berat badan setiap bulan dan pengukuran tinggi badan setiap 3 (tiga) bulan serta pengukuran lingkaran kepala sesuai jadwal (Kemenkes RI, 2014). Pemantauan pertumbuhan harus dilakukan secara berkala, karena jika tidak terpantau dengan baik akan menimbulkan masalah fisik maupun psikososial. Tanda awal munculnya masalah gizi dan kesehatan diakibatkan oleh pertumbuhan yang terganggu (Kemenkes RI, 2020). WHO menetapkan standar untuk melakukan pemantauan pertumbuhan sejak bayi hingga balita. Standar ini dapat digunakan pada seluruh anak sehat yang ada di seluruh dunia yang tumbuh di lingkungan yang sehat dan mengikuti rekomendasi dalam pemberian makanan memiliki pola yang sama (de Onis, 2017).

Anak yang tidak mendapatkan asupan gizi yang adekuat/penyakit akan menyebabkan permasalahan gizi yang menghambat pertumbuhan dan perkembangan sehingga diperlukan upaya penanggulangan masalah gizi (Kemenkes RI, 2019b). Gangguan pertumbuhan merupakan respons akibat kurangnya asupan nutrisinya pada tingkat sel. Kegagalan pertumbuhan selain karena kekurangan asupan protein energi, diakibatkan juga karena kekurangan zat gizi mikro. Kekurangan energi protein yang parah akan mengakibatkan

terhentinya pertumbuhan, sedangkan pada tingkat yang tidak terlalu parah akan menghambat laju pertumbuhan linier. Kekurangan zat gizi mikro akan mengakibatkan menurunnya imunitas tubuh terhadap penyakit dan meningkatkan risiko terjangkit penyakit menular sehingga meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas. Selain itu, kurangnya asupan zat gizi mikro mengakibatkan menurunnya laju pertumbuhan dan perkembangan mental (Black et al., 2013). Pada sejumlah penelitian yang telah dilakukan, didapatkan hasil bahwa pertumbuhan fisik yang buruk memiliki kaitan terhadap keterlambatan perkembangan mental. Penelitian yang dilakukan oleh Adair *et al.* (2013), menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara status pertumbuhan terhadap hasil pembelajaran di sekolah dan prestasi intelektual.

Ada beberapa faktor yang menyebabkan terganggunya pertumbuhan secara optimal yaitu:

Faktor Anak

- Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)
- Nutrisi yang tidak adekuat karena masalah pada pemberian ASI
- Penyakit infeksi (akut atau kronis), seperti diare dan ISPA
- Kelainan bawaan sejak lahir

Faktor Ibu

- Infeksi pada kehamilan
- Kehamilan usia remaja
- Pola asuh yang kurang baik
- Paparan asap rokok pada masa kehamilan
- Ibu pekerja

Faktor lain

- Faktor ekonomi
- Faktor Pendidikan
- Akses ke fasilitas kesehatan yang sulit
- Kesehatan lingkungan dan praktek kebersihan diri yang tidak optimal.

(Kemenkes RI, 2019c)

BBLR dilaporkan dalam banyak penelitian sebagai faktor risiko mortalitas dan morbiditas pada anak di bawah usia lima tahun. BBLR memiliki hubungan yang sangat erat dengan kejadian gizi buruk pada anak usia dibawah 5 tahun. Risiko kekurangan berat badan pada anak-anak 47% lebih tinggi pada anak yang lahir BBLR dibandingkan anak yang lahir dengan berat badan lahir normal (Rahman et al., 2016).

Penelitian yang dilakukan dalam 20 tahun terakhir di seluruh dunia memberikan hasil yang sama terkait factor yang mempengaruhi kurangnya

asupan gizi pada anak yaitu buta huruf pada ibu, status sosial ekonomi yang rendah, kerawanan pangan, minimnya pemberian ASI eksklusif, pemberian obat pra-lakteal, dan kekurangan kolostrum sebagai faktor potensial yang berhubungan dengan malnutrisi pada anak. Pada negara berkembang, rendahnya tingkat pendidikan ibu, status sosial-ekonomi yang buruk, dan jarak kelahiran yang pendek diidentifikasi sebagai faktor risiko utama (Islam et al., 2013; Rahman et al., 2016).

Permenkes No. 2 Tahun 2020, deteksi dini masalah gizi pada anak dilakukan melalui Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) seperti Poskesdes, Posyandu dan Institusi Pendidikan (PAUD, TK dan sejenisnya). Deteksi dini melalui UKBM, yaitu pemantauan pertumbuhan menggunakan indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U). Hasil penimbangan BB di Posyandu diplot pada grafik BB/U dalam Buku KIA atau KMS. Jika ditemukan adanya kasus risiko gagal tumbuh (*at risk failure to thrive*), kenaikan massa lemak tubuh dini (*early adiposity rebound*) dan risiko perawakan pendek (*short stature*) maka petugas melakukan tata laksana kasus di fasilitas pelayanan kesehatan terkait.



Gambar 7.1 Alur Pelaksanaan UKBM Dalam Deteksi Dini Kasus Gangguan Pertumbuhan

Sumber: Gunardi et al. 2021. *Stunting: Pencegahan, Diagnosis dan Tata Laksana Terpadu (Panduan Untuk Dokter dan Dokter Spesialis Anak)*. Jakarta: IDAI

Masyarakat dapat melakukan langkah-langkah untuk mendeteksi dan mendeteksi malnutrisi pada anak usia dini:

- Meningkatkan akses penimbangan anak bulanan di berbagai titik penimbangan seperti Posyandu, Poskesdes, Pustu, Puskesmas, PAUD, Bina Keluarga Remaja, Taman Bermain, TK/Raudhatul Atfal, dan lain-lain. Setiap balita harus memiliki buku KIA. Temuan Balita dengan hambatan pertumbuhan dirujuk ke profesional kesehatan.

- Pengukuran LiLA pada anak usia 6-59 bulan. Setiap anak usia 6-59 bulan dengan LiLA <12,5 cm atau terdapat *pitting edema* pada kedua punggung kaki, maka dirujuk ke fasilitas kesehatan terdekat.

Pada saat penemuan kasus risiko kurang gizi pada balita, terdapat 2 pendekatan yang dapat dilakukan oleh masyarakat:

2. Penemuan kasus pasif

Penemuan kasus pasif terjadi ketika bayi mengikut Posyandu untuk melakukan penimbangan dan pemantauan tumbuh kembang lainnya, atau ketika berobat ke fasilitas kesehatan. Balita yang sakit, akan dilayani di Poli MTBS Puskesmas dan diperiksa menggunakan formulir MTBS. Status gizi diperiksa dan diukur dengan indikator sebagai berikut:

- a. Identifikasi hasil penimbangan berat badan dan pengukuran panjang atau tinggi badan sehingga dapat ditentukan nilai Z-Score
- b. Identifikasi klasifikasi status gizi berdasarkan grafik BB/PB atau BB/TB
- c. Identifikasi hasil pengukuran LiLA
- d. Pemeriksaan *pitting edema* bilateral

3. Penemuan kasus aktif

Penemuan kasus aktif terjadi ketika dilakukan pelacakan balita yangh tidak mengikuti Posyandu dan deteksi dini dengan pengukuran LiLA. Penemuan awal kasus risiko kekurangan gizi akut diukur dengan indicator sebagai berikut:

- a. Identifikasi status gizi dengan LiLA pada balita usia 6-59 bulan.
- b. Identifikasi balita dengan masalah pertumbuhan
- c. Pemeriksaan *pitting edema* bilateral.
- d. Identifikasi balita yang kurus.

4. Perkembangan

Stimulasi fase perkembangan mempengaruhi proses perkembangan optimal yang dicapai anak. Tumbuh kembang anak dipengaruhi oleh status gizi dan rangsangan tumbuh kembang yang meliputi keterampilan kognitif, keterampilan motorik, perilaku sosial, prestasi sekolah, dan perkembangan psikomotorik (Lo et al., 2017). Mendorong anak untuk memperoleh pengetahuan atau keterampilan baru ternyata sangat penting dalam meningkatkan kecerdasan anak. Stimulasi perkembangan pada anak meliputi latihan gerak, bicara, berpikir,

kemandirian dan sosialisasi. Stimulasi dilakukan oleh orang tua (keluarga) bila memungkinkan atau setiap hari. Stimulasi disesuaikan dengan usia dan prinsip stimulasi.

Penelitian yang dilakukan oleh Lindawati dalam Hairunis (2018) memaparkan faktor yang mempengaruhi tahapan perkembangan yaitu genetik, status gizi, pertumbuhan fisik, lingkungan, dorongan, motivasi orang tua, dan stimulasi. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Hairunis et al. (2018) balita yang sering mendapat rangsangan tumbuh kembang mempunyai kemungkinan 3,1 kali lebih besar untuk mengalami perkembangan sesuai dibandingkan anak yang jarang mendapat rangsangan. Penelitian yang dilakukan oleh Pei et al. (2014), merangsang tumbuh kembang anak kecil dipengaruhi oleh pendidikan ibu, dan pengetahuan tentang merangsang tumbuh kembang anak kecil sangat penting. Kesadaran ibu mempengaruhi cara berpikir dan upayanya dalam mencegah gangguan tumbuh kembang sejak usia dini. Pendidikan ibu yang lebih baik membuka peluang bagi ibu untuk mendapatkan pekerjaan yang baik dan meningkatkan pendapatan keluarga. Ibu dengan pendidikan yang lebih baik mempunyai pengetahuan yang lebih baik tentang kesehatan dan pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kesehatan anaknya.

Faktor lain yang dapat menghambat tumbuh kembang anak adalah status gizi. Mengonsumsi makanan yang kurang optimal menyebabkan proporsi tubuh tidak sesuai usia dan mempengaruhi perkembangan. Anak yang kekurangan gizi lebih besar kemungkinannya terkena penyakit menular, stunting, dan infeksi kulit. Hal ini menghambat perkembangan anak, termasuk perkembangan kognitif, motorik, dan bahasa, serta kemampuannya terganggu dibandingkan dengan anak kecil yang bergizi baik (Soetjiningsih, 2015). Gizi buruk juga berdampak pada perkembangan mental dan sosial anak. Malnutrisi dan stimulasi yang tidak memadai telah diidentifikasi sebagai faktor risiko utama perkembangan penyakit ini (Lo et al., 2017). Stimulasi menjadi efektif bila diberikan kepada anak sesuai dengan tingkat perkembangannya. Kombinasi interaksi ibu-anak yang positif, gerakan dan stimulasi dini meningkatkan perkembangan anak. Stimulasi tumbuh kembang merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak. Interaksi antara lingkungan dan stimulasi dapat mempengaruhi tumbuh kembang anak (Hairunis et al., 2018). Pemberian stimulasi yang tidak optimal pada masa usia dini akan memperlambat perkembangan otak sehingga menghambat perkembangan kemampuan motorik, motorik halus, bahasa, dan keterampilan sosial. Anak dapat mengalami gangguan tumbuh kembang yang

bersifat sementara atau permanen apabila tidak mendapat rangsangan yang optimal. Stimulasi yang diberikan orang tua kepada anak terbukti meningkatkan perkembangan sesuai usia anak (Oktaviani et al., 2023).

Tahapan perkembangan anak menurut usia (Kemenkes RI, 2019a) adalah sebagai berikut:

Tabel 7.1 Tahapan Perkembangan Anak Menurut Usia

Usia (bulan)	Perkembangan
0-3 bulan	– Mengangkat kepala setinggi 45° – Menggerakkan kepala dari kiri/kanan ke tengah. – Melihat dan menatap wajah anda. – Mengoceh spontan atau bereaksi dengan mengoceh. – Suka tertawa keras. – Beraksi terkejut terhadap suara keras. – Membalas tersenyum ketika diajak bicara/tersenyum. – Mengenal ibu dengan penglihatanm penciuman, pendengaran, kontak.
3-6 bulan	– Berbalik dari telungkup ke terlentang. – Mengangkat kepala setinggi 90* – Mempertahankan posisi kepala tetap tegak dan stabil. – Menggenggam pensil. – Meraih benda yang ada dalam jangkauannya. – Memegang tangannya sendiri. – Berusaha memperluas pandangan. – Mengarahkan matanya pada benda-benda kecil. – Mengeluarkan suara gembira bernada tinggi atau memekik. – Tersenyum ketika melihat mainan/gambar yang menarik saat bermain sendiri.
6-9 bulan	– Duduk (sikap tripod - sendiri) – Belajar berdiri, kedua kakinya menyangga sebagian berat badan. – Merangkak meraih mainan atau mendekati seseorang. – Memindahkan benda dari tangan satu ke tangan yang lain. – Memungut 2 benda, masing-masing lengan pegang 1 benda pada saat yang bersamaan. – Memungut benda sebesar kacang dengan cara meraup. – Bersuara tanpa arti, mamama, bababa, dadada, tatata.

	– Mencari mainan/benda yang dijatuhkan. – Bermain tepuk tangan/ciluk baa. – Bergembira dengan melempar benda. – Makan kue sendiri.
9-12 bulan	– Mengangkat benda ke posisi berdiri. – Belajar berdiri selama 30 detik atau berpegangan di kursi. – Dapat berjalan dengan dituntun. – Mengulurkan lengan/badan untuk meraih mainan yang diinginkan. – Mengenggam erat pensil. – Memasukkan benda ke mulut. – Mengulang menirukan bunyi yang didengarkan. – Menyebut 2-3 suku kata yang sama tanpa arti. – Mengeksplorasi sekitar, ingin tau, ingin menyentuh apa saja. – Beraksi terhadap suara yang perlahan atau bisikan. – Senang diajak bermain "CILUK BAA". – Mengenal anggota keluarga, takut pada orang yang belum dikenali.
12-18 bulan	– Berdiri sendiri tanpa berpegangan. – Membungkung memungut mainan kemudian berdiri kembali. – Berjalan mundur 5 langkah. – Memanggil ayah dengan kata "papa". Memanggil ibu dengan kata "mama" – Menumpuk 2 kubus. – Memasukkan kubus di kotak. – Menunjuk apa yang diinginkan tanpa menangis/merengek, anak bisa mengeluarkan suara yang menyenangkan atau menarik tangan ibu. – Memperlihatkan rasa cemburu / bersaing.
18-24 bulan	– Berdiri sendiri tanpa berpegangan selama 30 detik. – Berjalan tanpa terhuyung-huyung. – Bertepuk tangan, melambai-lambai. – Menumpuk 4 buah kubus. – Memungut benda kecil dengan ibu jari dan jari telunjuk. – Menggelindingkan bola ke arah sasaran. – Menyebut 3-6 kata yang mempunyai arti. – Membantu/menirukan pekerjaan rumah tangga. – Memegang cangkir sendiri, belajar makan - minum sendiri.
24-36 bulan	– Jalan naik tangga sendiri. – Dapat bermain dengan sandal kecil.

	– Mencoret-coret pensil pada kertas. – Bicara dengan baik menggunakan 2 kata. – Dapat menunjukkan 1 atau lebih bagian tubuhnya ketika diminta. – Melihat gambar dan dapat menyebut dengan benar nama 2 benda atau lebih. – Membantu memungut mainannya sendiri atau membantu mengangkat piring jika diminta. – Makan nasi sendiri tanpa banyak tumpah. – Melepas pakaiannya sendiri.
36-48 bulan	– Berdiri 1 kaki 2 detik. – Melompat kedua kaki diangkat. – Mengayuh sepeda roda tiga. – Menggambar garis lurus. – Menumpuk 8 buah kubus. – Mengenal 2-4 warnah. – Menyebut nama, umur, tempat. – Mengerti arti kata di atas, dibawah, di depan. – Mendengarkan cerita. – Mencuci dan mengeringkan tangan sendiri. – Mengenakan celana panjang, kemeja baju.
48-60 bulan	– Berdiri 1 kaki 6 detik. – Melompat-lompat 1 kaki. – Menari. – Menggambar tanda silang. – Menggambarlingkaran. – Menggambar orang dengan 3 bagian tubuh. – Mengancing baju atau pakian boneka. – Menyebut nama lengkap tanpa di bantu. – Senang menyebut kata-kata baru. – Senang bertanya tentang sesuatu. – Menjawab pertanyaan dengan kata-kata yang benar. – Bicara mudah dimengerti. – Bisa membandingkan/membedakan sesuatu dari ukuran dan bentuknya. – Menyebut angka, menghitung jari. – Menyebut nama-nama hari. – Berpakian sendiri tanpa di bantu.

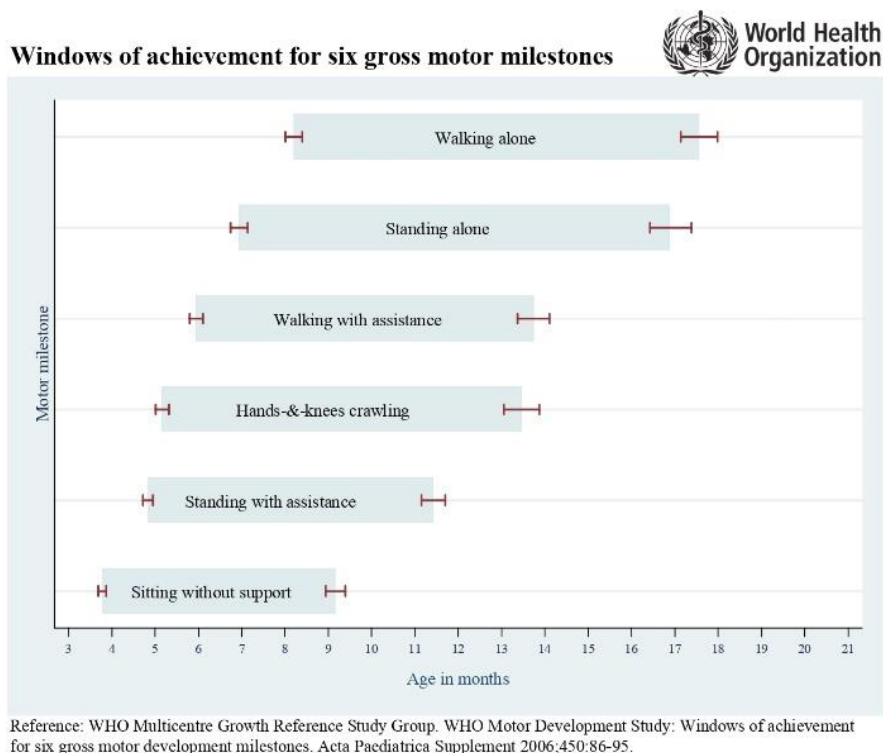
-
- Bereaksi tenang dan tidak rewel ketika ditinggal ibu.
-

Sumber: *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar, 2019*

Berdasarkan Kemenkes RI (2014), terdapat aspek-aspek Perkembangan yang dipantau meliputi:

- Gerak atau keterampilan motorik merupakan aspek yang berkaitan dengan kemampuan anak dalam melakukan gerakan dan postur yang melibatkan otot-otot besar, seperti duduk, berdiri, dan lain-lain.

Penelitian Suharjana (2019) menunjukkan bahwa aktivitas fisik kinestetik dapat mengembangkan keterampilan motorik. Penelitian menunjukkan bahwa menyusui mempengaruhi kemampuan motorik anak. tidur tengkurap memberikan efek yang lebih baik terhadap keterampilan motorik anak usia 4-10 bulan (Boonzaaijer et al., 2021). Penelitian lain menunjukkan adanya hubungan antara keterampilan motorik dan perkembangan kognitif pada anak usia 11-29 bulan (Veldman et al., 2019).



Gambar 7.2 Capaian Motorik Kasar Menurut Usia

Sumber: <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/motor-development-milestones>

Beberapa aktivitas yang dapat meningkatkan kemampuan motorik kasar anak yaitu berjalan di atas papan, olahraga (lompat tali, renang, sepak bola, bulu tangkis, senam, bersepeda, menari) (Khadijah & Amelia, 2020).

- b. Gerak halus atau motorik halus merupakan aspek yang berkaitan dengan kemampuan anak dalam melakukan gerakan yang melibatkan beberapa bagian tubuh dan dilakukan dengan otot-otot kecil, namun memerlukan koordinasi yang cermat, seperti melihat sesuatu, menekan, menulis, menggenggam, memanipulasi objek atau gambar (Gonzalez et al., 2019). Keterampilan motorik halus menggunakan kemampuan otot-otot kecil seperti jari tangan dan tangan yang memerlukan ketelitian, ketelitian, kerapian dan koordinasi tangan-mata untuk melakukan keterampilan (Aulina, 2017). Dalam perkembangan motorik terdapat tiga unsur yaitu otot, otak dan saraf yang saling berhubungan. Berdasarkan ketepatan gerakannya, keterampilan dibedakan menjadi dua bagian, yaitu keterampilan motorik kasar dan keterampilan motorik halus. Prinsip-prinsip perkembangan motorik halus menurut Hurlock dalam Aulina (2017) yaitu:

- Perkembangan melibatkan perubahan. Perkembangan motorik ditandai dengan perubahan ukuran, perubahan hubungan, hilangnya ciri-ciri lama dan perolehan ciri-ciri baru.
- Hasil proses kematangan dan belajar. Proses kematangan merupakan pewarisan genetik suatu individu, sedangkan belajar merupakan perkembangan yang dihasilkan dari latihan dan usaha yang dilakukan setiap individu.
- Variasi perkembangan motorik individu. Meskipun model perkembangannya sama, setiap anak mengikuti model perkembangan tersebut dengan cara dan kecepatannya masing-masing.
- Dapat diramalkan. Pola perkembangan fisik dapat diprediksi sebelum dan pada saat kelahiran. Perkembangan motorik mengikuti hukum bawang-caudal, yaitu perkembangan yang menjalar ke seluruh tubuh dari ujung kepala sampai ujung kaki. Hukum kedua adalah proximodialis, yaitu perkembangan dari dekat ke jauh.
- Model perkembangan mempunyai karakteristik yang dapat diprediksi. Ciri-ciri tumbuh kembang anak juga dapat diprediksi, hal ini berlaku pada perkembangan fisik dan mentalnya. Semua anak mengikuti pola perkembangan yang sama secara bertahap.

- Setiap tahap memiliki bahaya yang potensial. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain lingkungan bahkan anak itu sendiri. Risiko ini dapat menyebabkan gangguan pada penyesuaian fisik, psikis, dan sosial anak.
- c. Keterampilan berbicara dan berbahasa merupakan aspek yang berkaitan dengan kemampuan menanggapi bunyi, berbicara, berkomunikasi, mengikuti perintah, dan sebagainya. Ada hubungan antara perkembangan motorik dan bahasa. Menurut penelitian Walle dan Campos (2014), anak-anak yang bisa berjalan memiliki kosa kata reseptif dan ekspresif yang lebih baik.
- d. Sosialisasi dan kemandirian merupakan aspek yang berkaitan dengan kemampuan mandiri anak (makan sendiri, membersihkan mainan setelah bermain), perpisahan dengan ibu/pengasuh, kemampuan bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungan, dan sebagainya.

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan Perkembangan

Faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan adalah faktor internal dan eksternal. Faktor internal yang mempengaruhi tumbuh kembang anak adalah sebagai berikut.

- a. Ras/etnik atau bangsa.
Jika seorang anak lahir dari ras/etnis Amerika, maka ia tidak memiliki faktor keturunan ras/etnis Indonesia, begitu pula sebaliknya.
- b. Keluarga.
Pada keluarga yang postur tubuh tinggi, pendek, gemuk atau kurus maka keturunannya ada kecenderungan untuk meniru sifat-sifat tersebut (diturunkan)
- c. Umur.
Pada masa prenatal, tahun pertama kehidupan dan masa remaja merupakan masa pertumbuhan yang pesat
- d. Jenis kelamin.
Anak perempuan memiliki kemampuan fungsi reproduksi yang berkembang lebih cepat dari anak laki-laki. Namun, setelah masa pubertas terlewati, terjadi hal yang sebaliknya yaitu anak laki-laki pertumbuhannya akan menjadi lebih cepat daripada anak perempuan.
- e. Genetik.

Genetik (heredokonstitusional) merupakan potensi bawaan yang dibawa oleh seorang anak dari sifat-sifat genetik dari orangtuanya yang menjadi ciri khas. Beberapa kelainan genetik yang mempengaruhi tumbuh kembang yaitu kerdil/dwarfism.

f. Kelainan kromosom.

Kelainan kromosom seperti Sindrom Down dan Sindrom Turner umumnya diikuti kegagalan pertumbuhan.

Faktor eksternal yang mempengaruhi tumbuh kembang anak sebagai berikut.

1. Faktor sebelum kelahiran (prenatal)

Faktor prenatal yang mempengaruhi tumbuh kembang anak yaitu faktor gizi, mekanis, paparan zat kimia, masalah endokrin, paparan radiasi, infeksi TORCH, gangguan imunologi dan psikologi ibu. TORCH disebabkan oleh infeksi, agen fisik, kondisi metabolik atau bahan kimia dan dapat menyebabkan kematian serta gangguan secara fisik, perilaku, dan intelektual. Wanita yang terkena infeksi saat sebelum melahirkan dapat menyebabkan cacat lahir bawaan (Belanger & Lui, 2022).

2. Faktor Persalinan

Komplikasi kelahiran pada bayi, seperti cedera kepala dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak. Komplikasi dalam proses persalinan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kemampuan kognitif. Bayi yang lahir dengan komplikasi persalinan memiliki risiko 2 kali lebih rendah dibandingkan bayi yang lahir tanpa komplikasi (El Din et al., 2019). Kejadian ensefali sedang dan berat pada neonatal disebabkan oleh komplikasi dalam persalinan. Persalinan yang sulit mengakibatkan gangguan perkembangan saraf dan kognitif (Pappas & Korzeniewski, 2016). Persalinan dengan komplikasi, prematuritas, dan ibu yang berpendidikan rendah merupakan prediktor yang sangat signifikan terhadap perkembangan kognitif di bawah rata-rata (El Din et al., 2019).

3. Faktor Pascasalin

Faktor pasca persalinan yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan yaitu faktor gizi, penyakit kongenital atau penyakit kronis, keadaan lingkungan fisik dan kimia, psikologis, gangguan hormon, kondisi sosial ekonomi, stimulasi dan obat-obatan (Kemenkes RI, 2019a). Pemenuhan gizi pada awal kelahiran yaitu dengan pemberian ASI eksklusif yang berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan awal, khususnya perkembangan kognitif dan

otak. Pemberian ASI memberikan banyak manfaat seperti pemenuhan asam lemak esensial, mengurangi terjadinya penyakit pada masa anak-anak, mendekatkan hubungan anak dan ibu. Penelitian membuktikan bahwa pemberian ASI eksklusif berkaitan dengan kemampuan motoric dan kognitif yang lebih baik daripada yang mendapatkan susu formula (El Din et al., 2019).

Penelitian yang dilakukan oleh Faught dan Vijayan (2020), ditemukan bahwa terjadi penurunan massa tubuh dan kandungan protein oleh kortisol yang diaktivasi *mineralocorticoid receptor* (MR) dan *glucocorticoid receptor* (GR) pada larva zebra fish. Aktivasi MR mengakibatkan deposisi komponen protein dan aktivasi GR menstimulasi terjadinya proteolysis. Gabungan aktivasi MR dan GR mengakibatkan terhambatnya pertumbuhan yang disebabkan oleh hormon kortisol. Miller et al. (2020) dalam penelitiannya menyatakan bahwa stimulasi dari orangtua secara langsung mempengaruhi prevalensi terjadinya keterlambatan perkembangan. Terdapat faktor lain yang ikut mempengaruhi peran stimulasi seperti pendidikan dan pengetahuan orangtua dalam memberikan stimulasi pada anak. Peran pemerintah juga tidak luput dari hal ini terutama terkait dengan kebijakan terhadap akses layanan kesehatan, pernikahan dini, dan peningkatan pendidikan sumber daya manusia terutama ibu. Gangguan perkembangan normal menyebabkan disregulasi saraf pada tahap rentan perkembangan otak, yang mengakibatkan defisit neurokognitif yang parah, keterlambatan perkembangan IQ, bahasa, fungsi sosioemosional, kemampuan akademis yang kurang, dan produktivitas rendah pada masa dewasa (El Din et al., 2019).

6. Prinsip Dasar Stimulasi Tumbuh Kembang

Stimulasi tumbuh kembang pada anak dilakukan berdasarkan prinsip-prinsip untuk mencapai tahap tumbuh kembang yang optimal (Kemenkes RI, 2019a) yaitu:

- a. Pemberian stimulasi dengan cinta dan kasih sayang
- b. Orangtua sebagai pemberi stimulasi harus menunjukkan sikap perilaku yang baik sebagai contoh kepada anak dalam bersikap dan berperilaku
- c. Pemberian stimulasi disesuaikan dengan usia anak sehingga anak mampu berkembang secara optimal
- d. Pemberian stimulasi dilakukan dengan cara yang menyenangkan sehingga anak dapat menyerap stimulasi yang diberikan
- e. Stimulasi diberikan dengan alat bantu seperti mainan edukatif

- f. Anak laki-laki dan perempuan memiliki kesempatan yang sama dalam menerima stimulasi sesuai usianya
- g. Berikan anak pujian dan penghargaan jika berhasil melakukan stimulasi yang diberikan

7. Gangguan Tumbuh Kembang

Terdapat beberapa gangguan tumbuh-kembang yang sering ditemukan adalah sebagai berikut.

a. Gangguan bicara dan bahasa.

Kemampuan berbahasa merupakan indikator seluruh perkembangan anak dikarenakan keterlambatan kemampuan berbahasa menunjukkan adanya keterlambatan pada kemampuan perkembangan yang lain. Kemampuan Bahasa melibatkan kemampuan perkembangan lain seperti kemampuan motorik kasar dan halus, kognitif, emosi dan psikologi anak. Stimulasi yang tidak adekuat menyebabkan terjadinya keterlambatan gangguan bicara dan Bahasa (Kemenkes RI, 2019a). Gangguan berbicara dan Bahasa masuk ke dalam kategori gangguan komunikasi. Selain gangguan Bahasa, gangguan komunikasi antara lain gangguan bunyi ujaran, gangguan komunikasi sosial (pragmatis), dan gangguan kefasihan yang timbul pada masa kanak-kanak (gagap). Gangguan Bahasa, gangguan bunyi ujaran dan gangguan komunikasi sosial (pragmatis) ditandai dengan kurangnya perkembangan dan penggunaan bahasa, ucapan, dan komunikasi sosial. Gangguan kefasihan yang terjadi pada masa kanak-kanak ditandai dengan gangguan kefasihan normal dan kemampuan motorik bicara, termasuk bunyi atau suku kata yang berulang, pemanjangan konsonan atau vocal, suara, kata-kata yang terputus-putus, penyumbatan, atau kata-kata yang dihasilkan dengan ketegangan fisik yang berlebihan. Seperti gangguan perkembangan saraf lainnya, gangguan komunikasi dimulai sejak awal kehidupan dan dapat menyebabkan gangguan fungsional seumur hidup (American Psychiatric Association, 2013).

b. Cerebral palsy

Cerebral palsy merupakan gangguan gerak dan sikap non progresif yang disebabkan oleh kerusakan/gangguan sel motorik pada sistem saraf pusat (Kemenkes RI, 2019a). Menurut Rosenbaum et al. dalam Sadowska et al. (2020), mendefinisikan bahwa Cerebral palsy adalah sekelompok gangguan gerak dan/atau postur dan fungsi motorik yang bersifat permanen,

namun bukan tidak berubah, yang disebabkan oleh gangguan non-progresif, lesi, atau kelainan pada otak yang sedang berkembang/belum matang. Diagnosis Cerebral palsy terutama didasarkan pada gangguan fungsi motorik dan postur tubuh yang terjadi pada anak usia dini dan menetap hingga akhir hayat; mereka tidak progresif, tetapi berubah seiring bertambahnya usia. Gangguan fungsi motorik yang merupakan gejala inti dari Cerebral Palsy seringkali disertai dengan disfungsi lain seperti: gangguan sensasi, persepsi, kognitif, komunikasi dan perilaku, epilepsi, dan gangguan muskuloskeletal sekunder (Sadowska et al., 2020). Klasifikasi cerebral palsy menurut Balf dan Ingram, Hagberg et al, dan Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SPCE) adalah sebagai berikut:

Tabel 7.2 Klasifikasi Cerebral Palsy

Tipe	Karakteristik
Ingram	
Diplegia	Paresis spastik terjadi terutama pada ekstremitas bawah, tiga atau empat ekstremitas (tipe ini juga mencakup sindrom quadriparesis, di mana paresis ekstremitas bawah lebih dominan daripada paresis ekstremitas atas)
Hemiplegia	Paresis spastik bersifat unilateral (sisi kanan atau kiri) dengan dominasi ekstremitas atas atau bawah
Bilateral hemiplegia (tetraplegia)	Tetraparesis spastik dengan dominasi paresis ekstremitas atas (jenis Cerebral Palsy yang paling parah dengan tingkat keparahan cacat motorik serta masalah yang menyertainya)
Ataksia	Ketegangan otot berkurang, disertai gangguan koordinasi tangan-mata; tipe ini bisa bilateral atau dengan dominasi satu sisi tubuh
Diskenesia	tipe Cerebral Palsy distonik, athetotic, choreic, disertai dengan gemetar atau memanifestasikan dirinya dalam perubahan tonus otot yang sering. Tipe ini dapat terjadi pada satu anggota tubuh, pada satu sisi tubuh, atau pada tiga atau empat anggota tubuh
Tipe Campuran	Gabungan dari karakteristik yang disebutkan di atas dalam berbagai kombinasi
Hagberg	
Sindrom Spasme	Akibat kerusakan pusat dan jalur otak yang mengendalikan aktivitas tertentu: monoparesis hemiparesis

	triparesis tetraparesis diplegia spastika
Sindrom ekstrapiramidal (diskinetik).	Terkait dengan kerusakan struktur subkortikal, ditandai dengan berbagai gerakan involunter dan otot secara umum kekakuan dengan gerakan yang langka
Ataksia	Akibat kerusakan otak kecil, ditandai dengan hipotensi menyeluruh, gemetar, dan koordinasi motorik gangguan
SCPE	
Tipe Spasme	Ditandai dengan peningkatan ketegangan otot, hiperrefleksia dan refleks patologis; itu dibagi menjadi kejang unilateral dan kejang bilateral, tanpa pembagian lebih lanjut menjadi diplegia, tripel atau tetraplegia
Tipe Diskinetik	Pasien melakukan gerakan yang tidak disengaja, tidak terkendali, berulang-ulang, terkadang stereotip; ketegangan otot, yang dapat meningkat atau menurun, dan sering berubah seiring waktu. Dalam tipe ini, berikut ini diidentifikasi oleh SCPE: – Cerebral Palsy distonik dengan postur tubuh yang salah dan peningkatan ketegangan otot (disebut hipertonik-hipokinetik) – Cerebral Palsy koreoatetotik: tipe ini ditandai dengan cepat, tidak terkendali, kasar, dan terus berubah; ketegangan biasanya berubah-ubah, sebagian besar diturunkan (disebut hipotonik-hiperkinetik)
Tipe Ataksia	Berhubungan dengan hilangnya koordinasi motorik, yang mengakibatkan ataksia, gerakan halus, dan gemetar; pada tipe Cerebral Palsy ini menurunkan ketegangan otot yang dominan

Sumber: Sadowska et al. (2020)

c. Sindrom Down.

Anak-anak dengan sindrom Down adalah individu yang dapat diidentifikasi secara fenotip dengan kecerdasan terbatas karena kelebihan jumlah kromosom 21. Perkembangan mereka lebih lambat dibandingkan anak normal. Beberapa faktor seperti kelainan jantung bawaan, hipotonia berat, masalah biologis atau lingkungan lainnya dapat menyebabkan keterlambatan perkembangan motorik dan aktivitas mandiri (Kemenkes RI, 2019a). Klasifikasi sindrom Down adalah sebagai berikut (Hafsah, 2020).

Tabel 7.3 Klasifikasi Sindrom Down

Tipe	Keterangan
Nondisjunction atau gagal memisah	Prevalensi terjadinya 95%. Terjadi akibat gagalnya kromosom homolog untuk berpisah pada saat pembelahan meiosis dari oosit primer.
Translokasi Robertsonian	Prevalensi terjadinya 4%. Terjadi ketika seluruh atau sebagian dari kromosom ekstra pada kromosom 21 bergabung dengan kromosom 14
Mosaik	Prevalensi terjadinya 1%. Terjadi ketika gagalnya 4 kromosom untuk berpisah selama pembelahan mitosis pada tahap awal embriogenesis.

d. Perawakan Pendek.

Perawakan pendek atau *short stature* atau stunting diklasifikasikan jika tinggi badan anak berada pada 3 atau -2 SD dari kurva pertumbuhan tinggi badan dibanding usia. Penyebabnya bisa berupa variasi normal, gangguan nutrisi, kelainan kromosom, penyakit sistemik atau gangguan endokrin.

Hasil Riskesdas 2018 terdata sebanyak 30,8% balita memiliki panjang badan atau tinggi badan dibawah -2 SD. WHO menetapkan angka stunting <20%. Hal ini menunjukkan stunting masih menjadi masalah di Indonesia (Balitbangkes RI, 2018). Indonesia memiliki target penurunan stunting hingga mencapai 14% pada tahun 2024 sesuai amanat pada Perpres Nomor 72 Tahun 2021 (Kemenkes RI, 2021). Stunting terjadi karena kondisi kekurangan gizi kronis sehingga panjang badan atau tinggi badan anak tidak sesuai usianya. Kekurangan gizi dapat terjadi sejak masa prenatal dan pasca natal. Kondisi stunting akan terlihat setelah bayi berusia 2 tahun (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017).

e. Gangguan Autisme.

Autisme adalah gangguan perkembangan yang gejalanya muncul sebelum anak berusia 3 tahun. Gangguan pervasive yaitu gangguan yang meliputi seluruh aspek perkembangan. Gangguan perkembangan pada anak autisme meliputi interaksi sosial, perilaku dan komunikasi (Kemenkes RI, 2019a). Gangguan autisme ditandai dengan ketidakmampuan seorang anak dalam melakukan komunikasi dan interaksi sosial dalam lingkungannya. Diagnosis autisme ditentukan melalui karakter klinis yaitu dengan atau tanpa gangguan intelektual yang menyertainya; dengan atau tanpa gangguan

bahasa struktural yang menyertainya; terkait dengan kondisi medis/genetik atau lingkungan/yang didapat; dikaitkan dengan gangguan perkembangan saraf, mental, atau perilaku lainnya), serta faktor penentu yang menggambarkan gejala autisme (usia saat pertama kali muncul; dengan atau tanpa kehilangan keterampilan yang sudah ada; tingkat keparahan). Penentu ini memberikan kesempatan kepada dokter untuk melakukan individualisasi diagnosis dan mengkomunikasikan gambaran klinis yang lebih kaya tentang individu yang terkena dampak. Misalnya, banyak orang yang sebelumnya didiagnosis dengan gangguan Asperger kini menerima diagnosis gangguan spektrum autisme tanpa gangguan bahasa atau intelektual (American Psychiatric Association, 2013).

f. Retardasi Mental.

Retardasi mental merupakan suatu kondisi yang ditandai oleh intelegensi yang rendah ($IQ < 70$) yang menyebabkan ketidakmampuan individu untuk belajar dan beradaptasi terhadap tuntutan masyarakat atas kemampuan yang dianggap normal (Kemenkes RI, 2019a). Retardasi mental, atau saat ini disebut Disabilitas intelektual adalah disabilitas fungsi intelektual dan perilaku adaptif yang timbul dalam kurun waktu sejak pembuahan hingga awal masa dewasa (Luckasson, 2016). Anak-anak dengan disabilitas intelektual memiliki tingkat gangguan penglihatan, pendengaran, neurologis, ortopedi, dan perilaku atau emosional yang lebih tinggi dibandingkan dengan anak-anak yang sedang berkembang. Masalah-masalah lain ini sering kali baru terdeteksi kemudian pada anak-anak dengan disabilitas intelektual. Jika tidak ditangani dapat meningkatkan kemungkinan gangguan terkait terjadi dan berdampak buruk pada anak dengan disabilitas intelektual itu sendiri (Elmasry et al., 2020).

Upaya untuk pencegahan disabilitas intelektual menurut Cleary dan Green dalam Elmasry et al. (2020) dapat dilakukan dengan cara-cara sebagai berikut:

- Meningkatkan kesadaran masyarakat akan dampak buruknya penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan lain pada janin
- Mencegah kehamilan remaja dan mempromosikan perawatan pranatal dini
- Mencegah keracunan dengan mengajari orang tua tentang mengunci obat-obatan dan potensi racun

- Mendorong praktik seksual yang aman untuk mencegah penularan penyakit
- Menerapkan program imunisasi untuk mengurangi risiko cacat intelektual yang disebabkan oleh ensefalitis, meningitis, dan infeksi bawaan

g. Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)

Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH) atau *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* (ADHD) merupakan gangguan dimana anak mengalami kesulitan untuk memusatkan perhatian yang seringkali disertai dengan hiperaktivitas. Klasifikasi ADHD pada anak dan orang dewasa menurut American Psychiatric Association (2013) dibagi menjadi 2 dengan masing-masing kriteria yaitu:

***Inattention* (Kurangnya perhatian)**

Apabila terdapat ≥ 6 gejala yang sudah berlangsung minimal selama 6 bulan yang berdampak pada tahapan perkembangan dan aktivitas sosial Pada orang dewasa (usia ≥ 17 tahun), minimal ditemukan 5 gejala dan bukan merupakan manifestasi dari perilaku menentang, pembangkangan, permusuhan, atau kegagalan dalam memahami tugas atau instruksi. Adapun gejala yang dimaksud adalah sebagai berikut:

- Sering gagal memberikan perhatian terhadap detail atau membuat kesalahan yang ceroboh tugas sekolah, di tempat kerja, atau selama aktivitas lain (misalnya, mengabaikan atau melewati detail, pekerjaan tidak akurat).
- Seringkali mengalami kesulitan mempertahankan perhatian dalam tugas atau aktivitas bermain (misalnya, mengalami kesulitan untuk tetap fokus selama ceramah, percakapan, atau membaca panjang lebar).
- Seringkali tampak tidak mendengarkan ketika diajak bicara secara langsung (misalnya, pikiran seolah-olah berada di tempat lain, bahkan ketika tidak ada gangguan yang terlihat jelas).
- Seringkali tidak mengikuti instruksi dan gagal menyelesaikan tugas sekolah, pekerjaan rumah, atau tugas di tempat kerja (misalnya, memulai tugas tetapi dengan cepat kehilangan fokus dan mudah teralihkan).
- Seringkali mengalami kesulitan dalam mengatur tugas dan aktivitas (misalnya, kesulitan mengelola tugas yang berurutan; kesulitan menjaga bahan dan barang tetap rapi; pekerjaan berantakan dan tidak

terorganisir; memiliki manajemen waktu yang buruk; gagal memenuhi tenggat waktu).

- Sering menghindari, tidak menyukai, atau enggan terlibat dalam tugas-tugas yang memerlukan keberlanjutan upaya mental (misalnya, tugas sekolah atau pekerjaan rumah; untuk remaja dan orang dewasa yang lebih tua, menyiapkan laporan, mengisi formulir, meninjau makalah yang panjang).
- Sering kehilangan barang-barang yang diperlukan untuk melakukan tugas atau aktivitas (misalnya perlengkapan sekolah, pensil, buku, perkakas, dompet, kunci, dokumen, kacamata, telepon genggam).
- Seringkali mudah teralihkan oleh rangsangan asing (untuk remaja yang lebih tua dan orang dewasa, mungkin termasuk pemikiran yang tidak berhubungan).
- Sering pelupa dalam aktivitas sehari-hari (misalnya mengerjakan pekerjaan rumah, menjalankan tugas; pada orang lanjut usia remaja dan dewasa, membalas telepon, membayar tagihan, menepati janji).

Hyperactivity and impulsivity (Hiperaktif dan impulsif)

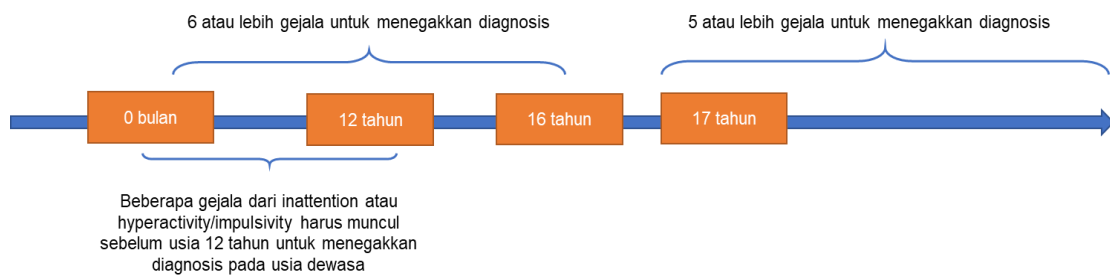
Apabila terdapat ≥ 6 gejala yang berlangsung minimal selama 6 bulan. Pada orang dewasa (usia ≥ 17 tahun), minimal ditemukan 5 gejala dan bukan merupakan manifestasi dari perilaku menentang, pembangkangan, permusuhan, atau kegagalan dalam memahami tugas atau instruksi. Adapun gejala yang dimaksud adalah sebagai berikut:

- Sering gelisah dengan atau mengetukkan tangan atau kaki atau menggeliat di tempat duduk.
- Sering meninggalkan tempat duduk dalam situasi di mana diharapkan untuk tetap duduk (misalnya, pergi tempatnya di kelas, di kantor atau tempat kerja lainnya)
- Sering berlarian atau memanjat pada situasi yang tidak tepat. (Catatan: Pada remaja atau orang dewasa, mungkin hanya sebatas perasaan gelisah.)
- Seringkali tidak dapat bermain atau melakukan aktivitas waktu luang dengan tenang.

- Sering kali tidak mampu atau tidak nyaman berdiam diri untuk waktu yang lama, seperti di restoran, rapat; mungkin dialami oleh orang lain sebagai gelisah atau sulit untuk diikuti.
- Sering berbicara berlebihan.
- Sering melontarkan jawaban sebelum pertanyaan selesai (misalnya, menyelesaikan kalimat orang; tidak sabar menunggu giliran percakapan).
- Seringkali mengalami kesulitan dalam menunggu giliran (misalnya saat mengantri).
- Sering menyela atau mengganggu orang lain (misalnya, menyela percakapan, permainan, atau kegiatan; mungkin mulai menggunakan barang orang lain tanpa meminta atau mendapat izin; bagi remaja dan orang dewasa, mungkin mengganggu atau mengambil alih apa yang sedang dilakukan oleh orang lain).

Untuk menegakkan diagnosis ADHD pada anak usia prasekolah, dokter harus melakukan wawancara klinis dengan orang tua, memeriksa dan mengamati anak, serta memperoleh informasi dari orang tua dan guru melalui skala penilaian ADHD berbasis DSM (Wolraich et al., 2020). Faktor risiko terjadinya ADHD menurut Lee Kneebusch (2022) adalah sebagai berikut:

- Lahir prematur
- Anak-anak didiagnosis dengan pembangkangan oposisi (oppositional defiant disorder), gangguan tingkah laku, atau gangguan mood
- Riwayat keluarga dengan diagnosis ADHD
- Diagnosis epilepsi
- Orang dewasa dengan kondisi kesehatan mental
- Mereka yang memiliki riwayat penyalahgunaan zat tertentu
- Mereka yang mengalami cedera otak



Gambar 7.3 Timeline dan jumlah gejala ADHD pada setiap kelompok umur

Sumber: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.* American Psychiatric Association (2013)

Anak laki-laki dua kali lebih mungkin didiagnosis ADHD dibandingkan anak perempuan, kemungkinan karena perilaku hiperaktif, yang mudah diamati dan berpotensi mengganggu, lebih sering terlihat pada anak laki-laki. Mayoritas anak laki-laki dan perempuan dengan ADHD juga memenuhi kriteria diagnostik untuk gangguan mental lainnya (Anak laki-laki lebih cenderung menunjukkan kondisi eksternalisasi seperti gangguan menentang oposisi atau gangguan perilaku. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa anak perempuan dengan ADHD lebih mungkin mengalami kondisi internalisasi komorbiditas seperti kecemasan atau depresi dibandingkan anak laki-laki. Pada anak usia 4-6 tahun, upaya non farmakologi direkomendasikan sebagai upaya pertama (*first line*) (Wolraich et al., 2020).



Gambar 7.4 Tatalaksana ADHD pada anak usia 4-6 tahun

Sumber: Wolraich ML, Hagan JF, Allan C, et al. (2020)

Jika penatalaksanaan non farmakologi tidak dapat mengatasi ADHD maka dapat diberikan terapi farmakologi sebagai pilihan terakhir. Penatalaksanaan farmakologis dapat dibagi menjadi dua kategori: stimulan dan nonstimulan. Stimulan merupakan terapi lini pertama dalam penatalaksanaan ADHD karena efektivitasnya yang cepat dan kemungkinan keberhasilan yang tinggi. Stimulan termasuk methylphenidate, amfetamin, dan turunannya masing-masing. Walaupun efek antar kelas stimulan tetap sama, namun memiliki mekanisme kerja yang sedikit berbeda. Methylphenidate dan turunannya belum sepenuhnya dipahami mekanismenya. Methylphenidate diduga bekerja dengan memblokir

transporter dopamin dan norepinefrin presinaptik, mencegah pengemasan ulang neurotransmitter ini kembali ke neuron dan memungkinkan efek lanjutan di otak (American Psychiatric Association, 2013).

8. Deteksi Gangguan Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Balita

Deteksi dini tumbuh kembang anak adalah kegiatan/pemeriksaan untuk menemukan secara dini adanya penyimpangan tumbuh kembang pada balita dan anak prasekolah. Dengan ditemukan secara dini penyimpangan/masalah tumbuh kembang anak, maka intervensi akan lebih mudah dilakukan, tenaga kesehatan juga mempunyai "waktu" dalam membuat rencana tindakan/intervensi yang tepat, terutama ketika harus melibatkan ibu/keluarga. Bila penyimpangan terlambat diketahui, maka intervensinya akan lebih sulit dan hal ini akan berpengaruh pada tumbuh kembang anak (Kemenkes RI, 2014). Pelaksanaan kegiatan ini melibatkan kemitraan antara keluarga (pihak orangtua, pengasuh anak dan anggota keluarga yang terlibat dalam pengasuhan anak), masyarakat (tokoh masyarakat, perangkat desa, kader, Lembaga swadaya masyarakat dan lainnya) dan tenaga profesional (tenaga kesehatan, tenaga pendidik dan lainnya) (Kemenkes RI, 2019a). Adapun kegiatannya adalah sebagai berikut:

- a. Deteksi dini penyimpangan pertumbuhan, yaitu untuk mengetahui/menemukan status gizi kurang/buruk dan mikro/makrosefali.
- b. Deteksi dini penyimpangan perkembangan, yaitu untuk mengetahui gangguan perkembangan anak (keterlambatan), gangguan daya lihat, gangguan daya dengar.
- c. Deteksi dini penyimpangan mental emosional, yaitu untuk mengetahui adanya masalah mental emosional, autisme dan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas.

Tabel 7.4 Deteksi Dini Penyimpangan Tumbuh Kembang Pada Balita dan Anak Prasekolah

Umur Anak	Jenis Deteksi Tumbuh Kembang Yang Harus Dilakukan							
	Deteksi Dini Penyimpangan Pertumbuhan		Deteksi Dini Penyimpangan Perkembangan			Deteksi Dini Penyimpangan Mental Emosional (dilakukan atas indikasi)		
	BB/TB	LK	KPSP	TDD	TDL	KMPE	M-CHAT	GPPH
0 bulan	✓	✓						
3 bulan	✓	✓	✓	✓				
6 bulan	✓	✓	✓	✓				
9 bulan	✓	✓	✓	✓				
12 bulan	✓	✓	✓	✓				
15 bulan	✓		✓					
18 bulan	✓	✓	✓	✓			✓	
21 bulan	✓		✓				✓	
24 bulan	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
30 bulan	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
36 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
42 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
48 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
54 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
60 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
66 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
72 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓

Keterangan:

BB/TB : Berat Badan terhadap Tinggi badan	TDL : Tes Daya Lihat
LK : Lingkar Kepala	KMPE : Kuesioner Masalah Perilaku Emosional
KPSP : Kuesioner Pra Skrining Perkembangan	M-CHAT : Modified Checklist for Autism in Toddlers
TDD : Tes Daya Dengar	GPPH : Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas

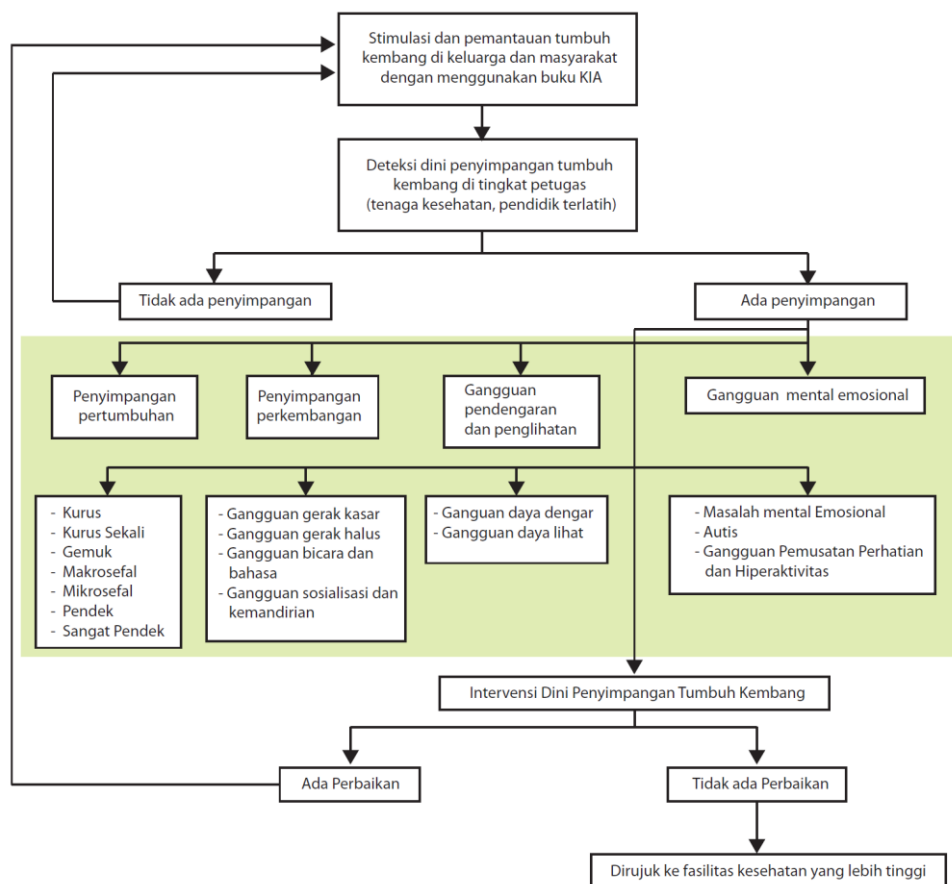
Sumber: Permenkes No. 66 Tahun 2014 Tentang Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak

INTERVENSI DINI GANGGUAN TUMBUH KEMBANG ANAK BALITA

Masa balita merupakan kelompok usia yang rentan terhadap masalah gizi dan penyakit. Bayi dan anak dengan gizi buruk dapat mengakibatkan terganggunya pertumbuhan dan perkembangan fisik, mental, dan spiritual serta mengakibatkan rendahnya kualitas sumber daya manusia. Status gizi merupakan salah satu indikator kesehatan yang penting bagi balita karena anak di bawah usia 5 tahun merupakan anak yang rentan (Wahyuningsih et al., 2022). Tanda awal munculnya masalah gizi dan kesehatan diakibatkan oleh pertumbuhan yang terganggu (Oumer et al., 2022). WHO menetapkan standar untuk melakukan pemantauan pertumbuhan sejak bayi hingga balita. Standar ini dapat digunakan

pada seluruh anak sehat yang ada di seluruh dunia yang tumbuh di lingkungan yang sehat dan mengikuti rekomendasi dalam pemberian makanan memiliki pola yang sama (Mustakim et al., 2022).

Dalam masa perjalanan tumbuh kembang anak, dapat terjadi penyimpangan dalam tumbuh kembang anak sehingga diperlukan intervensi untuk mengatasi hal tersebut. Intervensi ini bertujuan untuk memperbaiki dan mengatasi masalah atau penyimpangan yang terjadi pada masa tumbuh kembang anak sehingga mendapatkan penanganan yang tepat dan anak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal (Kemenkes RI, 2014).



Gambar 7.5 Alur Rujukan Dini Gangguan Tumbuh Kembang

Sumber: Permenkes No. 66 Tahun 2014 Tentang Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak

PEMANTAUAN TUMBUH KEMBANG

Pemantauan pertumbuhan, perkembangan, dan deteksi gangguan tumbuh kembang pada anak merupakan bagian dari kegiatan pelayanan kesehatan kepada Bayi, Anak Balita, dan Anak Prasekolah. Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas tumbuh kembang anak usia dini, kesiapan anak memasuki

jenjang pendidikan formal, meningkatkan status kesehatan dan gizi, kognitif, mental, dan psikososial anak. (Kemenkes RI, 2014). Pemantauan pertumbuhan dilakukan pada anak usia 0 (nol) sampai 72 (tujuh puluh dua) bulan melalui penimbangan berat badan setiap bulan dan pengukuran tinggi badan setiap 3 (tiga) bulan serta pengukuran lingkar kepala sesuai jadwal (Li et al., 2019). Pemantauan pertumbuhan pada anak dilakukan berdasarkan standar pelayanan minimal kesehatan balita yaitu penimbangan minimal 8 kali dalam setahun dan pengukuran tinggi badan minimal 2 kali setahun (Kemenkes RI, 2019b). Pemantauan perkembangan dilakukan setiap 3 (tiga) bulan pada anak usia 0 (nol) sampai 12 bulan dan setiap 6 (enam) bulan pada anak usia 12 (dua belas) sampai 72 bulan (Kemenkes RI, 2014). Pemantauan pertumbuhan harus dilakukan secara berkala, karena jika tidak terpantau dengan baik akan menimbulkan masalah fisik maupun psikososial.

1. Pertumbuhan

Instrumen yang digunakan untuk mengevaluasi pertumbuhan yaitu grafik pertumbuhan Berat Badan menurut Umur (BB/U), tabel kenaikan berat badan (*weight increment*), grafik Panjang/Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U), tabel pertambahan panjang badan atau tinggi badan (*length/height increment*), dan grafik Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) dengan mempertimbangkan umur, jenis kelamin, dan hasil pengukuran berat badan dan panjang/tinggi badan yang dilakukan secara akurat (Kemenkes RI, 2020). Selain itu pertumbuhan juga dipantau dengan melihat kesesuaian ukuran lingkar kepala dan lingkar lengan atas (Andriyani et al., 2023).

Ada beberapa cara yang dapat dilakukan untuk melakukan penilaian terhadap pertumbuhan anak:

- a. Membandingkan Pertambahan Berat Badan dengan Standar Kenaikan Berat Badan menggunakan grafik Berat Badan menurut Umur (BB/U) dan tabel kenaikan berat badan (*weight increment*). Hal yang harus diperhatikan pada saat interpretasi grafik pertumbuhan yaitu situasi yang mungkin menunjukkan ada masalah atau risiko, yaitu:
 - garis pertumbuhan anak memotong salah satu garis Z-score
 - garis pertumbuhan anak meningkat atau menurun secara tajam
 - garis pertumbuhan terus mendatar, misalnya: tidak ada kenaikan berat badan

- b. Membandingkan pertambahan berat badan dengan standar kenaikan berat badan dilakukan dengan menggunakan grafik Berat Badan menurut Umur (BB/U) dan tabel kenaikan berat badan (weight increment)

Penilaian status gizi anak menurut Permenkes No. 2 Tahun 2020 (Kemenkes RI, 2020) dapat dilakukan dengan membandingkan hasil pengukuran berat badan dan panjang/tinggi badan dengan Standar Antropometri Anak. Adapun pengukuran yang digunakan adalah sebagai berikut:

- indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U) anak usia 0 (nol) sampai dengan 60 (enam puluh) bulan;
- indeks Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0 (nol) sampai dengan 60 (enam puluh) bulan;
- indeks Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) anak usia 0 (nol) sampai dengan 60 (enam puluh) bulan;
- Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 0 (nol) sampai dengan 60 (enam puluh) bulan;
- Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia lebih dari 5 (lima) tahun sampai dengan 18 (delapan belas) tahun.

Permenkes No. 2 Tahun 2020 menjabarkan klasifikasi status gizi pada anak usia 0-18 tahun berdasarkan berat badan menurut umur, Panjang badan menurut umur, berat badan menurut Panjang badan atau tinggi badan, dan IMT menurut umur (Kemenkes RI, 2020).

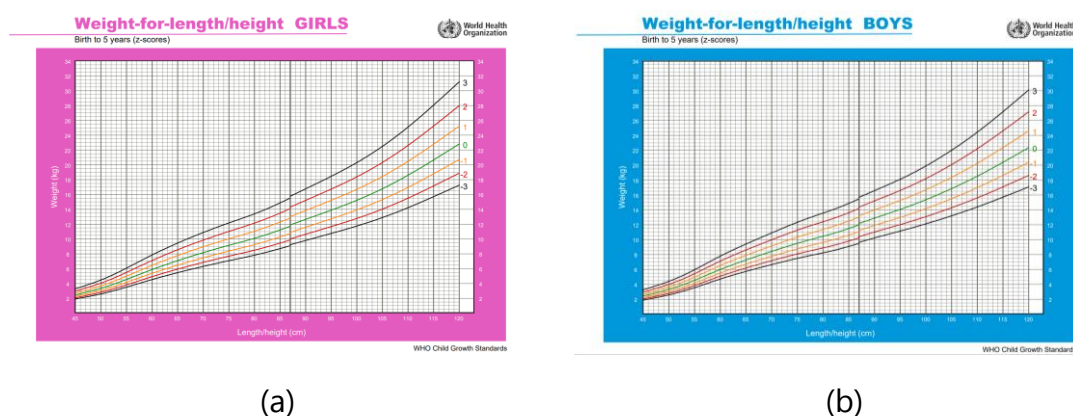
Tabel 7.5 Klasifikasi Status Gizi Anak Usia 0-18 Tahun

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Berat badan sangat kurang (severely underweight)	<-3 SD
	Berat badan kurang (underweight)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Berat badan normal	-2 SD sd +1 SD
	Risiko Berat badan lebih	> +1 SD
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Sangat pendek (severely stunted)	<-3 SD
	Pendek (stunted) - 3	- 3 SD sd <- 2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi	> +3 SD
Berat Badan	Gizi buruk (<i>severely</i>	<-3 SD

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) anak usia 0 - 60 bulan	<i>wasted</i>)	
	Gizi kurang (<i>wasted</i>)	- 3 SD sd < - 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>)	+1 SD sd +2 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	> + 2 SD sd + 3 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> + 3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk (<i>severely wasted</i>)	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>wasted</i>)	- 3 SD sd < - 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>)	> + 1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	> + 2 SD sd +3 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> + 3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 5 - 18 tahun	Gizi buruk (<i>severely thinness</i>)	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>thinness</i>)	- 3 SD sd < - 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	+ 1 SD sd +2 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> + 2 SD

Sumber: Permenkes RI No. 2 Tahun 2020 Tentang Standar Antropometri Anak

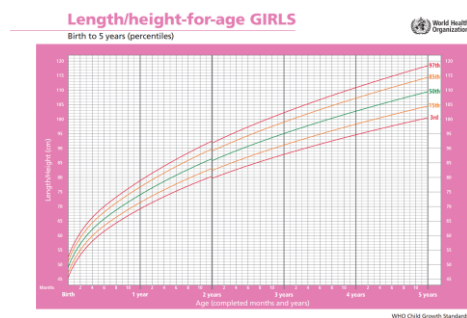
BB/PB atau BB/TB



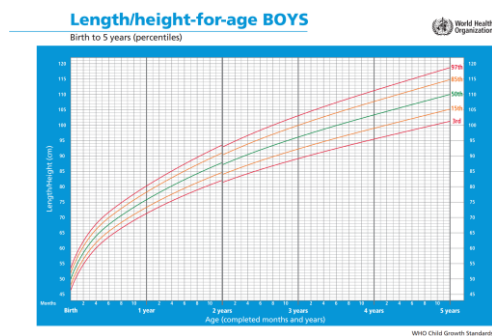
Gambar 7.6 Grafik BB/U anak perempuan (a); Grafik BB/U anak laki-laki (b)

Sumber: <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/weight-for-length-height>

TB/U



(a)

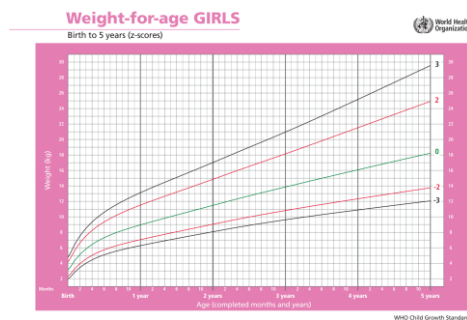


(b)

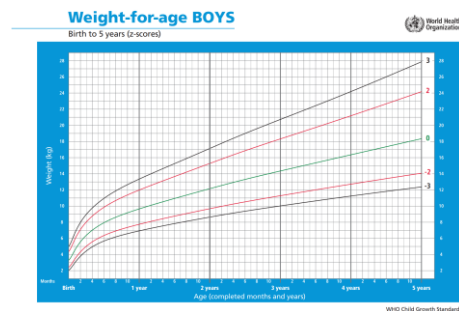
Gambar 7.7 Grafik TB/U anak perempuan (a); Grafik TB/U anak laki-laki (b)

Sumber: <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/length-height-for-age>

BB/U



(a)

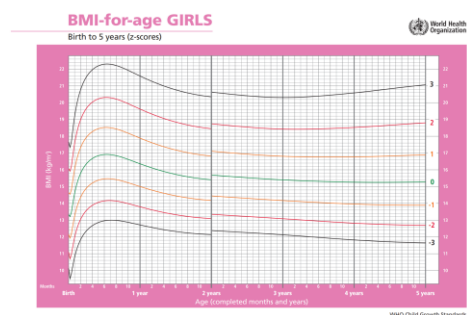


(b)

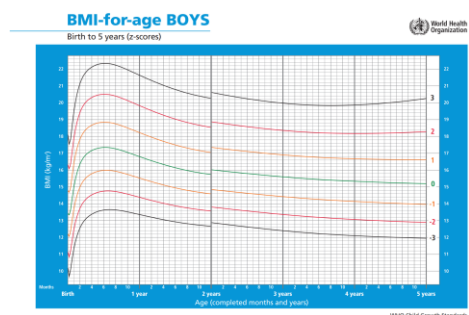
Gambar 7.8. Grafik BB/U anak perempuan (a); Grafik BB/U anak laki-laki (b)

<https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/weight-for-age>

BMI



(a)

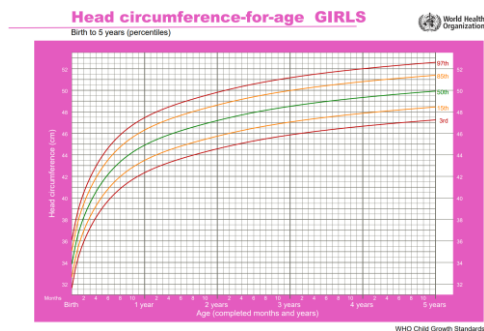


(b)

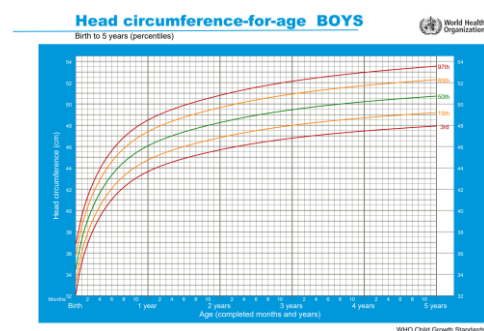
Gambar 7.9. Grafik BMI Pada Anak Perempuan (a); Grafik BMI Pada Anak Laki-laki (b)

Sumber: <https://www.who.int/toolkits/child-growth-standards/standards/body-mass-index-for-age-bmi-for-age>

Lingkar Kepala



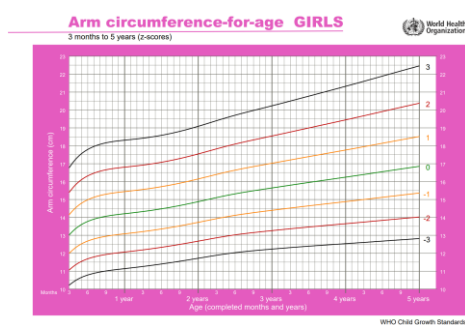
(a)



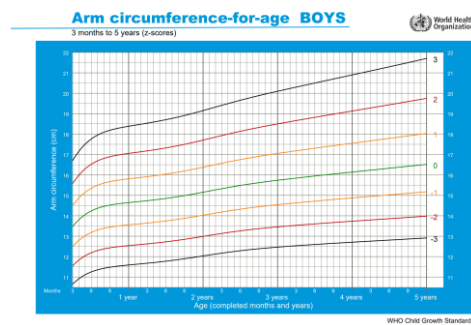
(b)

Gambar 7.10 Grafik Lingkar Kepala Anak Perempuan (a); Grafik Lingkar Kepala Anak Laki-laki (b)
Sumber: <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/head-circumference-for-age>

Lingkar Lengan Atas



(a)



(b)

Gambar 7.11 Grafik Lingkar Lengan Atas (LiLA) Anak Perempuan (a); Grafik Lingkar Lengan Atas (LiLA) Anak Laki-laki (b)

Sumber: <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/arm-circumference-for-age>

Berdasarkan panduan pelaksanaan pemantauan pertumbuhan di Posyandu (Direktorat Gizi Masyarakat, 2020), prinsip pemantauan pertumbuhan pada saat terjadinya pandemi dapat dilakukan secara mandiri di rumah dengan prinsip sebagai berikut:

- Melakukan penimbangan balita di rumah setiap bulan dengan timbangan dan alat ukur yang ada di rumah. Pada saat penimbangan, anak menggunakan pakaian minimal dan tidak menggunakan alas kaki seperti sepatu atau sandal.
- Perhatikan tren pertumbuhannya (kenaikan berat badan atau pertambahan tinggi badan sesuai grafik pada KMS/ buku KIA). Balita sehat

adalah balita dengan tren pertumbuhan naik/ mengikuti garis pertumbuhannya pada KMS/ buku KIA.

- c. Apabila tren pertumbuhan balita cenderung menurun atau tetap selama 2 kali penimbangan berturut-turut maka segera hubungi petugas kesehatan atau kader.
- d. Apabila ibu tidak memiliki alat timbang, perhatikan tanda-tanda balita gizi kurang yaitu apabila balita terlihat kurus, tidak nafsu makan yang berlangsung lama dan anak terlihat kurang aktif.
- e. Apabila anak sakit (batuk, pilek, demam, diare) segera hubungi kader/petugas Kesehatan terdekat.

2. Perkembangan

Perkembangan mengacu pada peningkatan kemampuan kompleks dan fungsi tubuh yang bersifat kualitatif dan mengikuti pola yang dapat diprediksi karena proses pematangan (Soetjiningsih, 2015). Pelaksanaan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang pada anak yaitu melakukan skrining atau pengkajian awal untuk mengetahui terjadinya penyimpangan tumbuh kembang pada anak dan melakukan tindak lanjut atas keluhan orangtua terhadap masalah yang muncul dalam tahapan tumbuh kembang anak.

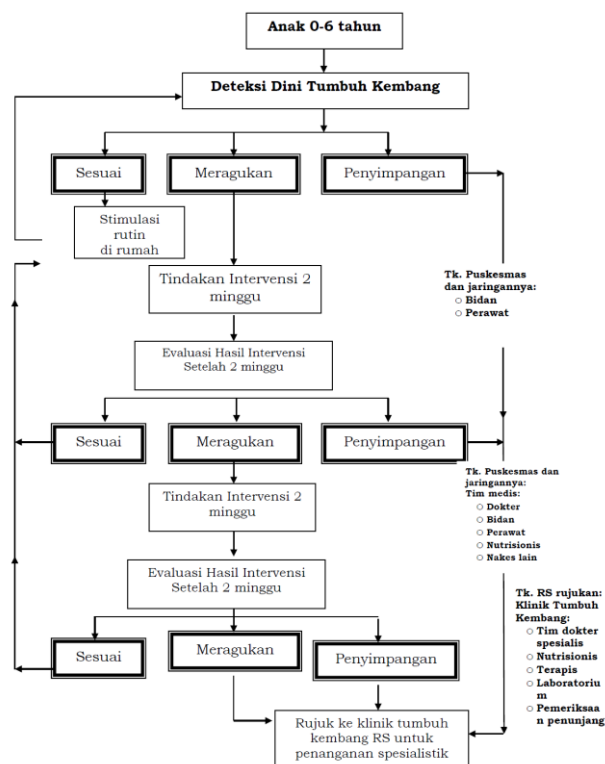
a. Deteksi Gangguan Perkembangan

Pemeriksaan perkembangan anak dilakukan untuk mengetahui apakah perkembangan anak sesuai dengan usianya atau terdapat penyimpangan dalam perkembangannya. Pemeriksaan dilakukan menggunakan instrument yaitu Kuesioner Pra Skrining Perkembangan atau KPSP. Pemeriksaan KPSP dilakukan pada anak usia 3-72 bulan yaitu pada usia 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60, 66 dan 72 bulan. Pelaksanaan skrining dilakukan menggunakan KPSP untuk umur yang lebih dekat (umur yang lebih muda), misal anak usia 10 bulan datang untuk skrining, maka KPSP yang digunakan adalah KPSP usia 9 bulan (Kemenkes RI, 2014). Pada saat melakukan skrining menggunakan KPSP, pemeriksa harus menghitung usia anak, jika usia anak > 16 hari maka dibulatkan menjadi 1 bulan. Contoh: bila usia bayi 4 bulan 16 hari, maka dibulatkan menjadi 5 bulan, sedangkan usia bayi 4 bulan 15 hari maka usia dibulatkan menjadi 4 bulan. Terdapat 2 macam pertanyaan dalam KPSP yaitu pertanyaan yang dijawab orangtua/pengasuh dan perintah kepada orangtua/pengasuh untuk melaksanakan tugas yang tertera pada KPSP. Interpretasi hasil pemeriksaan KPSP adalah sebagai berikut:

- Jika jawaban "Ya" sejumlah 9-10 maka perkembangan anak sesuai (S)
- Jika jawaban "Ya" sejumlah 7-8 maka perkembangan anak meragukan (M).
- Jika jawaban "Ya" sejumlah 6 atau kurang dari 6 maka kemungkinan ada penyimpangan (P)

Berdasarkan hasil pemeriksaan maka ada hal-hal yang harus dilakukan untuk menindaklanjuti yaitu:

- Jika hasil pemeriksaan KPSP anak meragukan (M), maka berikan instruksi dan ajari ibu untuk memberikan stimulasi pada anak sesuai usia sesering mungkin. Pemeriksaan KPSP diulang 2 minggu kemudian. Petugas juga melakukan pemeriksaan kesehatan untuk menyingkirkan kemungkinan penyakit yang menyebabkan penyimpangan terjadi. Jika hasil KPSP ulang jawaban "Ya" 7 atau 8 maka kemungkinan ada penyimpangan (P).
- Jika hasil pemeriksaan KPSP anak terjadi penyimpangan (P), maka dilakukan rujukan ke rumah sakit dengan menuliskan penyimpangan yang terjadi meliputi motorik kasar, motorik halus, bicara dan Bahasa, sosialisasi dan kemandirian) (Kemenkes RI, 2019a).



Gambar 7.12 Alur Rujukan Gangguan Perkembangan

Sumber: Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak (Kemenkes RI, 2019a)

b. Deteksi Gangguan Mental Emosional

Penyimpangan mental emosional merupakan ketidaksesuaian perilaku anak berdasarkan tahapan perkembangan yang diharapkan atau berbeda dengan anak lain seusianya dan latar belakang yang sama, sehingga mengakibatkan masalah interaksi dan hubungan sosial dan proses belajar (Salsabela et al., 2022). Deteksi masalah gangguan mental emosional pada anak dilakukan pada anak usia 36-72 bulan dengan menggunakan kuesioner masalah mental emosional (KMME) (Kemenkes RI, 2019a).

Tabel 7.6. Kuesioner Masalah Mental Emosional (KMME)

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anak anda seringkali terlihat marah tanpa sebab yang jelas? (seperti banyak menangis, mudah tersinggung atau bereaksi berlebihan terhadap hal-hal yang sudah biasa dihadapinya)		
2	Apakah anak anda tampak menghindari dari temanteman atau anggota keluarganya? (seperti ingin merasa sendirian, menyendiri atau merasa sedih sepanjang waktu, kehilangan minat terhadap hal-hal yang biasa sangat dinikmati)		
3	Apakah anak anda terlihat berperilaku merusak dan menentang terhadap lingkungan di sekitarnya? (seperti melanggar peraturan yang ada, mencuri, seringkali melakukan perbuatan yang berbahaya bagi dirinya, atau menyiksa binatang atau anak-anak lainnya) dan tampak tidak peduli dengan nasihat-nasihat yang sudah diberikan kepadanya?		
4	Apakah anak anda memperlihatkan adanya perasaan ketakutan atau kecemasan berlebihan yang tidak dapat dijelaskan asalnya dan tidak sebanding dengan anak lain seusianya?		
5	Apakah anak anda mengalami keterbatasan oleh karena adanya konsentrasi yang buruk atau mudah teralih perhatiannya, sehingga mengalami penurunan dalam aktivitas sehari-hari atau prestasi belajarnya?		
6	Apakah anak anda menunjukkan perilaku kebingungan sehingga mengalami kesulitan dalam berkomunikasi dan membuat keputusan?		
7	Apakah anak anda menunjukkan adanya perubahan pola tidur? (seperti sulit tidur sepanjang waktu, terjaga sepanjang hari, sering terbangun di waktu tidur malam oleh karena mimpi buruk, mengigau)		

8	Apakah anak anda mengalami perubahan pola makan? (seperti kehilangan nafsu makan, makan berlebihan atau tidak mau makan sama sekali)		
9	Apakah anak anda seringkali mengeluh sakit kepala, sakit perut atau keluhan-keluhan fisik lainnya?		
10	Apakah anak anda seringkali mengeluh putus asa atau berkeinginan untuk mengakhiri hidupnya?		
11	Apakah anak anda menunjukkan adanya kemunduran perilaku atau kemampuan yang sudah dimilikinya? (seperti mengompol kembali, menghisap jempol, atau tidak mau berpisah dengan orang tua/pengasuhnya)		
12	Apakah anak anda melakukan perbuatan yang berulang-ulang tanpa alasan yang jelas?		

Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 66 Tahun 2014 tentang Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak (Kemenkes RI, 2014)

c. Deteksi Dini Autism pada Anak

Deteksi dini autism pada anak dilakukan pada anak usia 18-36 bulan dengan menggunakan kuesioner M-CHAT (*Modified=Checklist for Autism in Toddlers*) jika ada indikasi atau adanya keluhan dari orangtua atau pengasuh atau jika ada kecurigaan dari tenaga kesehatan, kader atau tenaga pendidik anak usia dini (petugas PAUD, pengelola TPA atau guru TK). Adapun keluhan yang dilaporkan berupa salah satu atau lebih dari keadaan berikut:

- Terlambat bicara
- Gangguan komunikasi atau interaksi sosial
- Pengulangan perilaku atau suatu kegiatan

Dalam melakukan deteksi dini autism menggunakan M-CHAT, perlu diperhatikan bahwa dalam M-CHAT dibagi menjadi 2 jenis pertanyaan yaitu 9 pertanyaan untuk dijawab orangtua dan 5 perintah yang ditujukan bagi anak. Anak diminta untuk melaksanakan tugas seperti yang tertulis CHAT (Kemenkes RI, 2019a)

Tabel 7.7 Modified-Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

No.	Alo anamnesis	Ya	Tidak
1	Apakah anak senang diayun-ayun atau diguncangguncang naik turun (bounced) di paha anda?		
2	Apakah anak tertarik (memperhatikan) anak lain?		
3	Apakah anak suka memanjat-manjat, seperti memanjat tangga?		
4	Apakah anak suka bermain "ciluk ba", "petak umpet"?		
5	Apakah anak pernah bermain seolah-olah membuat secangkir teh menggunakan mainan berbentuk cangkir dan teko, atau permainan lain?		
6	Apakah anak pernah menunjuk atau meminta sesuatu dengan menunjukkan jari?		
7	Apakah anak pernah menggunakan jari untuk menunjuk ke sesuatu agar anda melihat ke sana?		
8	Apakah anak dapat bermain dengan mainan yang kecil (mobil atau kubus)?		
9	Apakah anak pernah memberikan suatu benda untuk menunjukkan sesuatu?		
	Pengamatan		
1	Selama pemeriksaan apakah anak menatap (kontak mata) dengan pemeriksa?		
2	Usahakan menarik perhatian anak, kemudian pemeriksa menunjuk sesuatu di ruangan pemeriksaan sambil mengatakan: "Lihat itu ada bola (atau mainan lain)"!. Perhatikan mata anak, apakah ia melihat ke benda yang ditunjuk, bukan melihat tangan pemeriksa?		
3	Usahakan menarik perhatian anak, berikan mainan gelas/ cangkir dan teko. Katakan pada anak: "Buatkan secangkir susu buat mama"!		
4	Tanyakan pada anak: "Tunjukkan mana <i>gelas</i> "! (gelas dapat diganti dengan nama benda lain yang dikenal anak dan ada di sekitar kita). Apakah anak menunjukkan benda tersebut dengan jarinya? Atau sambil menatap wajah anda ketika menunjuk ke suatu benda?		
5	Apakah anak dapat menumpuk beberapa kubus/balok menjadi suatu menara?		

Cara penggunaan CHAT yaitu dengan memberikan pertanyaan secara urut, jelas dan meyakinkan kepada orangtua/pengasuh untuk yakin dalam menjawab pertanyaan. Setelah memberikan pertanyaan dan mengecek kembali apakah semua pertanyaan sudah terjawab, maka selanjutnya adalah melakukan penilaian atau interpretasi. Adapun interpretasi CHAT berdasarkan klasifikasi Kemeneks RI (2019a) adalah sebagai berikut:

- Risiko tinggi autisme, jika jawaban "TIDAK" pada pertanyaan A5, A7, B2, B3, dan B4.
- Risiko rendah autisme, jika jawaban "TIDAK" pada pertanyaan A7 dan B4
- Kemungkinan gangguan perkembangan, jika terdapat 3 jawaban "TIDAK" atau lebih pada pertanyaan A1-A4; A6; A8-A9; B1; B5.
- Anak dalam batas normal, jika tidak termasuk pada kategori 1-3

Jika hasil pemeriksaan pada anak menunjukkan adanya kemungkinan anak menderita autisme maka dilakukan rujukan ke Rumah Sakit yang memiliki fasilitas untuk menegakkan diagnosis autisme (Kemenkes RI, 2014).

d. Deteksi Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktifitas (GPPH)

Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH) atau dalam bahasa Inggris *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* (ADHD) merupakan gangguan berupa ketidakmampuan dalam menyelesaikan tugas, kesulitan dalam fokus dan memperhatikan sesuatu, kesulitan mengontrol kebiasaan, aktivitas motorik yang berlebihan, hiperaktivitas dan impulsivitas (Lee & Kneebusch, 2022; Primadhani, 2015). ADHD adalah gangguan perkembangan saraf yang ditandai dengan terganggunya tingkat perhatian, disorganisasi, dan/atau hiperaktif-impulsif. Kurangnya perhatian dan disorganisasi menyebabkan ketidakmampuan untuk tetap mengerjakan tugas, terlihat tidak mendengarkan, dan kehilangan materi, pada tingkat yang tidak sesuai dengan usia atau tingkat perkembangan. Hiperaktif-impulsif mencakup aktivitas berlebihan, gelisah, ketidakmampuan untuk tetap duduk, mengganggu aktivitas orang lain, dan ketidakmampuan menunggu, dan gejala-gejala yang berlebihan menurut usia atau tingkat perkembangan. Di masa kanak-kanak, ADHD sering kali tumpang tindih dengan gangguan yang sering dianggap sebagai "gangguan eksternalisasi", seperti gangguan menentang dan gangguan perilaku. ADHD sering kali menetap hingga

dewasa, yang mengakibatkan gangguan fungsi sosial, akademik, dan pekerjaan (American Psychiatric Association, 2013).

ADHD adalah suatu kondisi yang umum dan mengganggu yang sering kali menjadi komorbiditas dengan gangguan kejiwaan lainnya dan menimbulkan beban besar bagi individu, keluarga, dan masyarakat (Gallo & Posner, 2016). ADHD awalnya dianggap sebagai reaksi hiperkinetik pada masa kanak-kanak, namun kini dikenal sebagai kondisi perkembangan saraf dan mengakibatkan disfungsi pendidikan, pekerjaan, dan sosial yang signifikan (Posner et al., 2020). Seorang anak yang mengalami ADHD biasanya sering merasa gelisah, sulit duduk atau berdiam diri dalam waktu yang lama, mudah bingung, sulit untuk menunggu giliran atau antre, sulit dalam berkonsentrasi dan mengikuti instruksi atau perintah, mudah bosan dengan kegiatan yang dilakukan atau tugas yang diberikan, berbicara dengan keras, mengganggu anak lain terutama jika sedang dalam proses belajar mengajar di sekolah, jarang mendengarkan, dan sering terlibat dalam kegiatan yang membahayakan tanpa memikirkan akibatnya (Gallo & Posner, 2016).

Pelaksanaan deteksi dini ADHD dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas pada anak usia ≥ 36 bulan menggunakan instrument yaitu formulir deteksi dini Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas. Instrumen ini terdiri dari 10 pertanyaan yang diberikan kepada orangtua/pengasuh anak/guru TK yang berinteraksi langsung dengan anak tersebut secara rutin. Deteksi dini ADHD dilakukan atas indikasi atau keluhan dari orangtua/pengasuh/guru TK atau adanya kecurigaan dari tenaga kesehatan atau kader. Keluhan dapat berupa kondisi anak yang tidak bisa duduk tenang, bergerak tanpa tujuan dan tidak mengenal Lelah dan perubahan suasana hati yang mendadak (impulsif) ((Kemenkes RI, 2019a).

Tabel 7.8 Formulir GPPH

No	Kegiatan yang diamati	Skor			
		0	1	2	3
1	Tidak kenal lelah, atau aktivitas yang berlebihan				
2	Mudah menjadi gembira, <i>impulsive</i>				
3	Mengganggu anak-anak lain				
4	Gagal menyelesaikan kegiatan yang telah dimulai, rentang perhatian pendek				
5	Menggerak-gerakkan anggota badan atau kepala secara terus menerus				
6	Kurang perhatian, mudah teralihkan				
7	Permintaannya harus segera dipenuhi, mudah menjadi Frustrasi				
8	Sering dan mudah menangis				
9	Suasana hatinya mudah berubah dengan cepat dan drastis				
10	Ledakkan kekesalan, tingkah laku <i>eksplosif</i> dan tak terduga.				
Jumlah					
Nilai Total					

Sumber: Permenkes No. 66 Tahun 2014 Tentang Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak

Cara penggunaan formulir GPPH berdasarkan Permenkes RI No. 66 Tahun 2014 (Kemenkes RI, 2014) yaitu:

- Pemeriksa memberitahukan kepada orangtua/pengasuh/guru untuk tidak ragu dalam menjawab pertanyaan
- Pemeriksa memberikan pertanyaan dengan intonasi dan suara yang jelas dan menanyakan pertanyaan satu per satu sesuai formulir GPPH
- Pemeriksa mencatat jawaban dan hasil pengamatan pada saat pemeriksaan. Terdapat 4 skoring dalam penilaian yaitu 0 jika keadaan tidak ditemukan pada anak, 1 jika keadaan kadang-kadang ditemukan pada anak, 2 jika keadaan sering ditemukan pada anak, dan 3 jika

keadaan selalu ditemukan pada anak. Keadaan yang dimaksud adalah keadaan yang ada pada formulir GPPH.

- Pemeriksa meneliti kembali bahwa semua pertanyaan sudah terjawab

Interpretasi hasil pemeriksaan berdasarkan formulir GPPH (Kemenkes RI, 2014) yaitu jika skor mencapai angka ≥ 13 maka kemungkinan anak mengalami GPPH.

Intervensi yang dilakukan jika ditemukan adanya kemungkinan anak mengalami GPPH atau ADHD berdasarkan rekomendasi Kemenkes RI (2019a) adalah sebagai berikut:

- Anak yang diduga dengan kemungkinan GPPH atau ADHD perlu mendapat rujukan ke rumah sakit yang memiliki fasilitas terkait deteksi gangguan tumbuh kembang anak untuk dikonsultasikan lebih lanjut
- Bila nilai total kurang dari 13 tetapi ada kecenderungan adanya GPPH atau ADHD, maka pemeriksa menjadwalkan pemeriksaan kembali 1 bulan lagi. Pertanyaan diajukan kepada orang terdekat dengan anak (orang tua, pengasuh, nenek, guru, dan lain sebagainya).

e. Deteksi dan Penanggulangan Penyimpangan Daya Dengar

Tes daya dengar dilakukan untuk menemukan masalah pada pendengaran anak sejak dini agar dapat ditangani segera untuk meningkatkan kemampuan daya dengar dan bicara anak. Berdasarkan rekomendasi Kemenkes RI (2019a), tes daya dengar dilakukan pada bayi setiap 3 bulan pada bayi usia <12 bulan dan setiap 6 bulan pada anak yang telah mencapai usia ≥ 12 bulan. Instrumen yang digunakan dalam melakukan tes daya dengar meliputi:

- Instrumen Tes Daya Dengar (TDD) sesuai umur anak
- Gambar hewan
- Mainan, seperti boneka, kubus, sendok, cangkir dan sebagainya

Berdasarkan arahan dari Kemenkes RI (2014), pelaksanaan TDD dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- Menghitung usia anak dengan menanyakan tanggal, bulan dan tahun lahir anak. Usia anak dituliskan dalam bulan.
- Berikan pertanyaan TDD sesuai dengan usia anak.
- Pada anak usia <24 bulan maka pertanyaan diberikan kepada orangtua/pengasuh anak. Jawaban "Ya" pada pertanyaan yang dapat

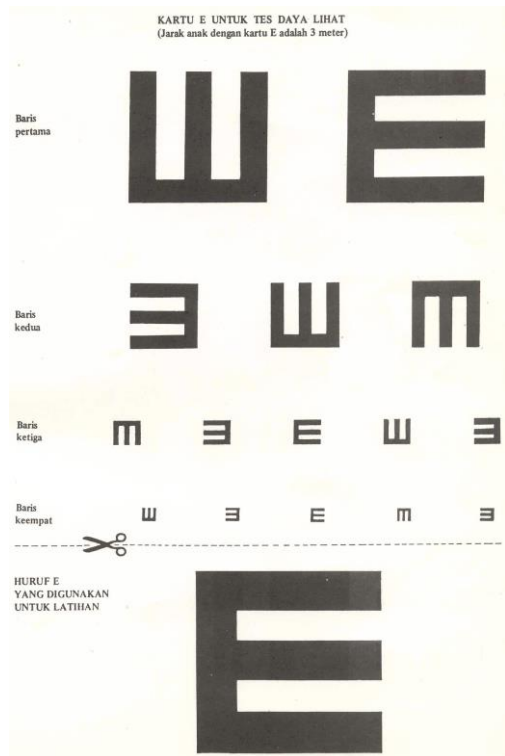
dilakukan anak pada jangka waktu 1 bulan terakhir. Jawaban “Tidak” pada pertanyaan yang tidak pernah, tidak tahu atau tidak dapat dilakukan anak pada jangka waktu 1 bulan terakhir.

- Pada anak usia ≥ 24 bulan, pemeriksa meminta orangtua atau pengasuh agar anak melakukan instruksi sesuai dengan instrumen TDD. Jawaban “Ya” jika anak mampu melakukan instruksi yang diberikan orangtua/pengasuh anak dan jawaban “Tidak” jika anak tidak mampu atau tidak mau melakukan instruksi yang diberikan orangtua/pengasuh anak.

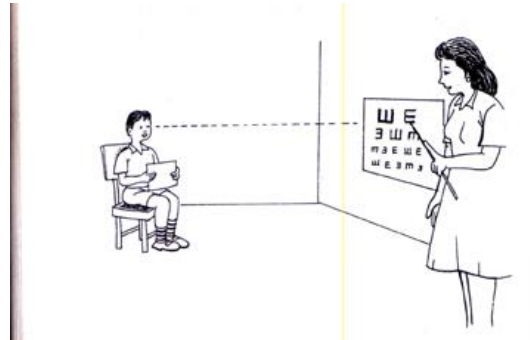
Interpretasi hasil dari pemeriksaan yaitu anak kemungkinan mengalami gangguan pendengaran bila terdapat 1 atau lebih jawaban “Tidak”. Intervensi yang dilakukan jika ditemui adanya kemungkinan anak mengalami gangguan pendengaran yaitu lakukan rujukan ke Rumah Sakit yang memiliki fasilitas untuk pemeriksaan lebih lanjut (Kemenkes RI, 2019a).

f. Deteksi Dini Tes Daya Lihat

Tes daya lihat (TDL) dilakukan untuk mengetahui secara dini adanya kelainan pada daya penglihatan anak agar dapat dilakukan tindak lanjut sehingga kesempatan untuk memiliki ketajaman penglihatan lebih besar. Tes daya lihat dilakukan pada anak usia 36-72 bulan setiap 6 bulan sekali dan dilakukan oleh tenaga kesehatan, guru TK/PAUD dan petugas terlatih (Kemenkes RI, 2014). Instrumen yang digunakan pada TDL yaitu poster “E”. Anak diminta duduk sejauh 3 meter dan petugas memberikan kartu “E” pada anak. Anak diminta untuk menutup matanya secara bergantian kanan dan kiri pada setiap sesi tes. Petugas menunjuk huruf “E” yang ada di poster dan anak diminta untuk mengarahkan kartu “E” sesuai dengan huruf “E” yang ditunjuk petugas di poster (Kemenkes RI, 2014).



(a)



(b)

Gambar 7.13 (a) Poster “E” dan kartu “E”; (b) Tes Daya Lihat Anak

Sumber: Permenkes No. 66 Tahun 2014 Tentang Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak

LATIHAN SOAL

1. Seorang anak perempuan usia 4 tahun diantar ibunya datang ke Posyandu untuk melakukan penimbangan. Pada saat pemeriksaan, orangtua mengatakan bahwa anaknya tidak bisa duduk diam, tidak mau mendengarkan gurunya di kelas dan selalu mengganggu temannya. Berdasarkan kasus, apakah kemungkinan gangguan yang dialami anak tersebut?
 - a. ADHD
 - b. autism
 - c. gangguan bicara
 - d. gangguan mental emosional
 - e. gangguan perkembangan
2. Seorang anak perempuan usia 3 tahun diantar ibunya datang ke Puskesmas. Pada saat pemeriksaan, orangtua mengatakan bahwa baru bisa menyebutkan satu suku kata yaitu "ma" dan sering melakukan suatu kegiatan berulang. Berdasarkan kasus diatas, instrument apakah yang dapat digunakan untuk mendeteksi gangguan pada anak tersebut?
 - a. KMME
 - b. KPSP
 - c. GPPH
 - d. M-CHAT
 - e. Denver II
3. Seorang bidan melakukan pemeriksaan perkembangan anak menggunakan KPSP. Berdasarkan hasil pemeriksaan didapatkan skor "Ya" sebanyak 7. Apa konseling yang disampaikan bidan ke orangtua?
 - a. Merujuk anak karena terjadi penyimpangan perkembangan
 - b. Perkembangan normal dan anak diberikan stimulasi untuk usia selanjutnya
 - c. Perkembangan meragukan, orangtua diajari stimulasi untuk anak dan anak diperiksa 2 minggu lagi

- d. Perkembangan meragukan, orangtua diajari stimulasi untuk anak dan anak diperiksa 1 minggu lagi
 - e. Terjadi penyimpangan perkembangan, orangtua diajari stimulasi untuk anak dan anak diperiksa 2 minggu lagi
4. Seorang bidan melakukan pemeriksaan tumbuh kembang pada anak usia 5,5 tahun. Pada hasil pemeriksaan anak tersebut termasuk klasifikasi gizi kurang. Instrumen apakah yang digunakan bidan?
- a. BB/U
 - b. TB/U
 - c. IMT/U
 - d. BB/TB
 - e. LILA/TB
5. Seorang anak laki-laki usia 15 bulan datang ke Posyandu untuk melakukan penimbangan. Berdasarkan hasil pemeriksaan, pada grafik TB/U anak tersebut berada pada $< -2SD$.
Apakah klasifikasi anak berdasarkan hasil pemeriksaan kasus diatas?
- a. Pendek
 - b. Normal
 - c. Gizi buruk
 - d. Gizi kurang
 - e. Sangat Pendek

DAFTAR PUSTAKA

- Adair, L. S., Fall, C. H. D., Osmond, C., Stein, A. D., Martorell, R., Ramirez-Zea, M., Sachdev, H. S., Dahly, D. L., Bas, I., Norris, S. A., Micklesfield, L., Hallal, P., & Victora, C. G. (2013). Associations of linear growth and relative weight gain during early life with adult health and human capital in countries of low and middle income: findings from five birth cohort studies. *Lancet (London, England)*, 382(9891), 525–534. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60103-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60103-8)
- American Psychiatric Association, D.-5 T. F. (2013). Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders Fifth Edition DSM-5™. In *Encyclopedia of Applied Psychology, Three-Volume Set*. American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1016/B0-12-657410-3/00457-8>
- Andriyani, R., Fadlyana, E., & Tarigan, R. (2023). Factors Affecting the Developmental Status of Children Aged 6 Months to 2 Years in Urban and Rural Areas. *Children*, 10(7). <https://doi.org/10.3390/children10071214>
- Aulina, C. N. (2017). *Metodologi Pengembangan Motorik Halus Anak Usia Dini*. UMISDA Press.
- Balitbangkes RI. (2018). Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf. In *Lembaga Penerbit Balitbangkes* (p. hal 156).
- Belanger, B. G., & Lui, F. (2022). *Embryology, Teratology TORCH*. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL). <http://europepmc.org/abstract/MED/31424732>
- Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., Christian, P., de Onis, M., Ezzati, M., Grantham-McGregor, S., Katz, J., Martorell, R., & Uauy, R. (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet (London, England)*, 382(9890), 427–451. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X)
- Boonzaaijer, M., Suir, I., Mollema, J., Nuysink, J., Volman, M., & Jongmans, M. (2021). Factors associated with gross motor development from birth to independent walking: A systematic review of longitudinal research. *Child:*

Care, Health and Development, 47(4), 525–561.
<https://doi.org/10.1111/cch.12830>

- Christian, P., Mullany, L. C., Hurley, K. M., Katz, J., & Black, R. E. (2015). Nutrition and maternal, neonatal, and child health. *Seminars in Perinatology*, 39(5), 361–372. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2015.06.009>
- de Onis, M. (2017). *Child Growth and Development BT - Nutrition and Health in a Developing World* (S. de Pee, D. Taren, & M. W. Bloem (eds.); pp. 119–141). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-43739-2_6
- Direktorat Gizi Masyarakat. (2020). Panduan Pelaksanaan Pemantauan Pertumbuhan di Posyandu untuk Kader dan Petugas Posyandu. *Direktorat Gizi Masyarakat*, 1–30. <https://infeksiemerging.kemkes.go.id/document/download/DyEObL06QN>
- El Din, E. M. S., Rabah, T. M., Metwally, A. M., Nassar, M. S., Elabd, M. A., Shalaan, A., Kandeel, W., El Etreby, L. A., & Shaaban, S. Y. (2019). Potential Risk Factors of Developmental Cognitive Delay in the First Two Years of Life. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(12), 2024–2030. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.566>
- Elmasry, H. M. A., Aladawy, M. A. E., & Abd-Elhamid, M. M. (2020). Prevalence and risk factors of intellectual disabilities in children. *Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 81(1), 1307–1313. <https://doi.org/10.21608/EJHM.2020.112407>
- Faught, E., & Vijayan, M. M. (2020). Glucocorticoid and mineralocorticoid receptor activation modulates postnatal growth. *Journal of Endocrinology*, 244(2), 261–271. <https://doi.org/10.1530/JOE-19-0358>
- Gallo, E. F., & Posner, J. (2016). Moving towards causality in attention-deficit hyperactivity disorder: overview of neural and genetic mechanisms. *The Lancet. Psychiatry*, 3(6), 555–567. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00096-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00096-1)
- Gonzalez, S. L., Alvarez, V., & Nelson, E. L. (2019). Do Gross and Fine Motor Skills Differentially Contribute to Language Outcomes? A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 10(December), 1–16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02670>
- Hafsah, A. (2020). Penyakit Sindrom Down (Down Syndrome). *Jorunal Down Syndrome*, 1(June), 1–8. <https://www.researchgate.net/publication/342179725>

- Hairunis, M. N., Salimo, H., & Dewi, Y. L. R. (2018). Hubungan Status Gizi dan Stimulasi Tumbuh Kembang dengan Perkembangan Balita. *Sari Pediatri*, 20(3), 146. <https://doi.org/10.14238/sp20.3.2018.146-51>
- Islam, M. M., Alam, M., Tariqzaman, M., Kabir, M. A., Pervin, R., Begum, M., & Khan, M. M. H. (2013). Predictors of the number of under-five malnourished children in Bangladesh: application of the generalized poisson regression model. *BMC Public Health*, 13(1), 1–8.
- Kemenkes RI. (2014). *Permenkes No. 66 Tahun 2014.pdf*.
- Kemenkes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kementrian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- Kemenkes RI. (2019a). *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*. Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat.
- Kemenkes RI. (2019b). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 4 Tahun 2019 Tentang Standar Pelayanan Mutu Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan* (Vol. 224, Issue 11).
- Kemenkes RI. (2019c). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2019 Tentang Penanggulangan Masalah Gizi Bagi Anak Akibat Penyakit* (Vol. 224, Issue 11). Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2020). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 Tentang Standar Antropometri Anak* (Vol. 2507, Issue February).
- Kemenkes RI. (2021). *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2021 Tentang Percepatan Penurunan Stunting* (Issue 1). Kemenkes RI.
- Khadijah, & Amelia, N. (2020). *Perkembangan Fisik Motorik Anak Usia Dini: Teori dan Praktik*. Prenada Media. <https://books.google.co.id/books?id=Bf72DwAAQBAJ>
- Lee, K. C., & Kneebusch, J. (2022). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Scientific American*, 279(3), 66–71. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican0998-66>
- Li, C., Zeng, L., Wang, D., Allen, S., Jaffar, S., Zhou, J., Chen, T., Watson, V., & Yan, H. (2019). Growth in early life and physical and intellectual development at school age: A cohort study. *British Journal of Nutrition*, 121(8), 866–876. <https://doi.org/10.1017/S0007114519000060>
- Lo, S., Das, P., & Horton, R. (2017). A good start in life will ensure a sustainable

- future for all. *Lancet (London, England)*, 389(10064), 8–9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31774-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31774-3)
- Luckasson, R. (2016). *Intellectual Disability* (H. S. B. T.-E. of M. H. (Second E. Friedman (ed.); pp. 395–399). Academic Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00243-3>
- Matonti, L., Blasetti, A., & Chiarelli, F. (2020). Nutrition and growth in children. *Minerva Pediatrica*, 72(6), 462–471. <https://doi.org/10.23736/S0026-4946.20.05981-2>
- Miller, A. C., Garchitorena, A., Rabemananjara, F., Cordier, L., Randriamanambintsoa, M., Rabeza, V., Razanadrakoto, H. T. R., Rakoto Ramakaso, R., Ramahefarisontiana, O., Ratsimbazafy, B. N., Ouenzar, M. A., Bonds, M. H., & Ratsifandrihamanana, L. (2020). Factors associated with risk of developmental delay in preschool children in a setting with high rates of malnutrition: A cross-sectional analysis of data from the IHOPE study, Madagascar. *BMC Pediatrics*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-1985-6>
- Mustakim, M. R. D., Irwanto, Irawan, R., Irmawati, M., & Setyoboedi, B. (2022). Impact of Stunting on Development of Children between 1-3 Years of Age. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 32(3), 569–578. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v32i3.13>
- Oktaviani, E., Dewi Ridawati, I., Keperawatan Lubuklinggau, P., & Kemenkes Palembang, P. (2023). Implementasi Penggunaan Kartu Tumbuh Kembang Pada Anak Berkebutuhan Khusus Usia Dini. *Community Development Journal*, 4(Juni), 3431–3436.
- Onis, M. De. (2017). Nutrition and Health in a Developing World. *Nutrition and Health in a Developing World*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-43739-2>
- Oumer, A., Girum, T., Fikre, Z., Bedewi, J., Nuriye, K., & Assefa, K. (2022). Stunting and Underweight, but not Wasting are Associated with Delay in Child Development in Southwest Ethiopia. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics, Volume 13*, 1–12. <https://doi.org/10.2147/phmt.s344715>
- Pappas, A., & Korzeniewski, S. J. (2016). Long-term cognitive outcomes of birth asphyxia and the contribution of identified perinatal asphyxia to cerebral palsy. *Clinics in Perinatology*, 43(3), 559–572.
- Pei, L., Ren, L., & Yan, H. (2014). A survey of undernutrition in children under three years of age in rural Western China. *BMC Public Health*, 14(1).

<https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-121>

- Posner, J., Polanczyk, G. V., & Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, 395(10222), 450–462. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33004-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33004-1)
- Primadhani, S. W. (2015). Attention Deficit Hyperactivity Disorder : Diagnosis dan Pendekatan Holistik Attention Deficit Hyperactivity Disorder : Diagnostic and Holistic Approach. *Agromed Unila*, 2(3), 226–231. <https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/agro/article/view/1350/pdf>
- Rahman, M. S., Howlader, T., Masud, M. S., & Rahman, M. L. (2016). Association of low-birth weight with malnutrition in children under five years in Bangladesh: Do mother's education, socio-economic status, and birth interval matter? *PLoS ONE*, 11(6), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157814>
- Sadowska, M., Sarecka-Hujar, B., & Kopyta, I. (2020). Cerebral palsy: Current opinions on definition, epidemiology, risk factors, classification and treatment options. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 1505–1518. <https://doi.org/10.2147/NDT.S235165>
- Salsabela, E., Khumaeroh, S., & Widjayatri, R. D. (2022). Perkembangan Sosial Emosional Anak Pra Sekolah Dengan Instrumen Kuesioner Masalah Mental Emosional. *Abata: Jurnal Pendidikan Islam Anak Usia Dini*, 2(2), 1–8. <https://doi.org/10.32665/abata.v2i2.555>
- Soetjningsih. (2015). *Konsep Dasar Tumbuh Kembang Anak: Tumbuh Kembang Anak* (2nd ed.). EGC.
- Suharjana, P. S. (2019). Improving gross motor skills by kinaestheticandcontemporary-based physical activity in early childhood. *Cakrawala Pendidikan*, 38(3), 540–551. <https://doi.org/10.21831/cp.v38i3.25324>
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. (2017). *Ringkasan: 100 KABUPATEN/KOTA PRIORITAS UNTUK INTERVENSI ANAK Kerdil (STUNTING)*. Kemenkes RI.
- Veldman, S. L. C., Santos, R., Jones, R. A., Sousa-Sá, E., & Okely, A. D. (2019). Associations between gross motor skills and cognitive development in toddlers. *Early Human Development*, 132, 39–44. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.04.005>
- Wahyuningsih, W., Bukhari, A., Juliaty, A., Erika, K. A., Pamungkas, R. A., Siokal, B.,

- Saharuddin, S., & Amir, S. (2022). Stunting Prevention and Control Program to Reduce the Prevalence of Stunting: Systematic Review Study. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 10(F), 190–200. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.8562>
- Walle, E. A., & Campos, J. J. (2014). Infant language development is related to the acquisition of walking. *Developmental Psychology*, 50(2), 336–348. <https://doi.org/10.1037/a0033238>
- Wolraich, M. L., Jr, J. F. H., Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., Evans, S. W., Flinn, S. K., Froehlich, T., Frost, J., Holbrook, J. R., & Lehmann, C. U. (2020). Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad en Niños y Adolescentes. *HHS Public Access*, 144(4), 1–46. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528.Clinical>
- Yulizawati, & Afrah, R. (2022). Pertumbuhan dan Perkembangan Bayi. In *Universitas Muhammadiyah Semarang* (Vol. 51, Issue 1). Indomedia Pustaka.

BIOGRAFI PENULIS



Bd. Retno Wulan, S.S.T.Keb., M.K.M

Lahir di Pati, 24 Maret 1992, adapun riwayat pendidikan saya yaitu DIV Kebidanan di STIKes Karya Husada Semarang 2013-2014, S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Sebelas Maret Surakarta 2018-2020, Pendidikan profesi bidan di STIKes Bakti Utama Pati, 2022-2023 dan saat ini sedang melanjutkan studi S2 Kebidanan di STIKes Guna Bangsa Jogjakarta.

Sejak tahun 2020 penulis mulai aktif mengajar sebagai dosen Prodi Pendidikan Profesi Bidan dan saat ini penulis menjabat sebagai Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan di STIKes Bakti Utama Pati.

Penulis juga aktif sebagai narasumber kegiatan diluar kampus, penulis buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya, serta aktif dalam media sosial. Selain itu penulis juga menjadi sekretaris di Forkom Pusat Perlindungan Anak dan Perempuan Kab Pati, Asosiasi Dosen Republik Indonesia Jawa Tengah sebagai sekretaris divisi pengembangan karir dan serdos, serta menjadi owner Arjuna Mom and Baby Spa.

Penghargaan yang pernah penulis raih, diantaranya dari PT Nuansa Fajar Cemerlang sebagai dosen berprestasi tingkat Nasional Tahun 2022, dan dosen berprestasi tingkat provinsi tahun 2022.

Penulis dapat dihubungi melalui email wuland.retno24@gmail.com

Pesan untuk para pembaca:

Menjadi seorang ibu dan istri bukan halangan untuk kaum wanita melanjutkan pendidikan yang lebih tinggi, maka teruslah kejar citamu.

Bdn. Imelda Diana Marsilia, SST., SKM., M.Keb.



Lahir di Bandung 03 Maret 1980, menyelesaikan Pendidikan DIV Kebidanan di Universitas Padjadjaran (2003), S1 Kesehatan Masyarakat di STIKes Mitra Ria Husada Jakarta (2012), S2 Program studi Magister Kebidanan di Universitas Padjadjaran (2013) dan Pendidikan profesi Bidan di STIKes Abdi Nusantara (2023). Penulis saat ini bekerja di STIKes Mitra Ria Husada Jakarta dari tahun 2004 dan saat ini sebagai dosen tetap di Program Studi Profesi Bidan.

Selain mengajar penulis aktif di beberapa organisasi antara lain sebagai Anggota Asosiasi Dosen Indonesia, Anggota Ikatan Bidan Indonesia, Anggota Remaja Pita Putih Indonesia dan menjadi satu Instruktur Bidan di Gadar Medik Indonesia. Untuk meningkatkan kompetensi keilmuannya Penulis aktif mengikuti pelatihan workshop dan webinar mengenai update keilmuan kebidanan.

Marta Imelda Br Sianturi, S.ST., M.Kes



Lahir di Lumban Sipariama, pada 18 September 1988. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Sumatera Utara. Wanita yang kerap disapa Marta ini adalah merupakan salah seorang dosen yang memulai pekerjaannya sejak tahun 2012 yang dimulai menjadi seorang tenaga pendidik. Dalam beberapa tahun ini sudah menulis beberapa buku yang berhubungan dengan kesehatan.

Email penulis: martaimeldasianturi@gmail.com

Sry Wahyuni, SST., M.Keb



Lahir 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 Generasai 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. Penulis terlibat dalam organisasi IBI Cabang Polewali Mandar, Organisasi AIPKIND SULSELBAR, Penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian yang hasil penelitian telah banyak dipublikasikan ke dalam jurnal penelitian, Penulis Juga Pernah dua Kali Mendapatkan Hibah Penelitian Dari Kemenristekdikti tahun 2021 dan 2022 yang hasil penelitiannya telah dipublikasikan di jurnal internasional dan Nasional Bereputasi. Sebelumnya penulis pernah menulis buku dengan judul "Bahan Ajar Asuhan kebidanan Masa Nifas Tahun 2021, Buku Evidence Based Soal Kasus Kebidanan Komunitas Tahun 2023, Diagnosis Masalah Lingkup Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi Balita dan Anak Prasekolah tahun 2023.

Buku ini saya dedikasikan 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 serta Ibu Lina Fitriani atas Cinta, doa, motivasi dan supportnya selama ini sehingga sampai saat ini, Terima kasih banyak. Email: sriwahyuni11111989@gmail.com

Suratmi, SST, M. Keb



Penulis lahir di Purworejo, Jawa Tengah, Tanggal 4 Maret 1981. Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Poltekkes Tasikmalaya Tahun 2002, DIV Kebidanan Universitas Padjadjaran Tahun 2006 dan S2 Kebidanan Universitas Padjadjaran Tahun 2013.

Penulis aktif sebagai seorang dosen di Program Studi Diploma Tiga Kebidanan Poltekkes Tasikmalaya sejak tahun 2003 sampai dengan sekarang, mengajar mata kuliah Pendidikan dan Budaya Antikorupsi, Askeb Neonatus bayi, balita dan Anak Pra Sekolah, Teknologi dan Informasi Kesehatan serta mata kuliah Kesehatan Perempuan dan Perencanaan Keluarga. Penulis sangat menyukai penelitian dan setiap tahun mendapatkan pendanaan penelitian dari internal poltekkes serta beberapa kali mendapatkan hibah penelitian dari Badan Litbangkes RI. Selain aktif dalam kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi, penulis juga aktif dalam kegiatan organisasi di PC IBI Kab. Cirebon sebagai anggota bidang pendidikan dan fasilitator pelatihan Standarisasi *Midwifery Update*.

Pengalaman penulis dalam membuat buku sebelumnya tentang *Oyog*, Pijatan Lembut Jemari Dukun Bayi telah ber ISBN, Modul Pendidikan dan Budaya Antikorupsi, Modul KKPK dan Bahan Ajar Teknologi dan Informasi dalam Pelayanan Kehamilan, penulis dapat dihubungi melalui email: suratmi@dosen.poltekkestasikmalaya.ac.id HP.082127477760.

Desriati Sinaga, SST.,M. Keb.



Lahir di Sipagabu, 25 Februari 1988. Tahun 2023 lulus Pendidikan Profesi Kebidanan , 2018 Magister Ilmu Kebidanan Universitas Andalas Padang, 2011 Sarjana Sains Terapan (D4 Bidan Pendidik) Universitas Sumatera Utara, 2008 Akademi Kebidanan Bina Husada Tebing Tinggi. Saat ini penulis sebagai Ketua Prodi Sarjana Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan. Selain itu penulis juga aktif dalam penulisan buku.

Anggie Diniayuningrum, S.Keb, Bd, M.Keb



Dosen Program Studi Program Sarjana dan Profesi Bidan Fakultas Farmasi Universitas Islam Sultan Agung Penulis lahir di Singkawang tanggal 15 Februari 1994.

Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Program Sarjana dan Profesi Bidan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada Prodi Sarjana Kebidanan Universitas Brawijaya pada tahun 2016, Program Profesi pada Prodi Profesi Bidan Universitas Brawijaya pada tahun 2018 dan Program Magister Kebidanan Universitas Brawijaya pada tahun 2020. Pada saat ini penulis mengampu Mata Kuliah pada 2 departemen yaitu Departemen KB dan Departemen Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah. Buku yang pernah diterbitkan yaitu Vaksin dan Imunisasi (2023) dan Buku UKOM Profesi 5 (2023).

Bdn. Dwi Sri Rahandayani, SST., M.Keb



Penulis adalah Dosen di STIKES Pemkab Jombang dalam bidang ilmu Kebidanan. Penulis menyelesaikan program DIII Kebidanan dengan gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd. Keb) di STIKES Pemkab Jombang (2010). Gelar Sarjana Sains Terapan (SST) diselesaikan di Universitas Sebelas Maret, Surakarta (2013). Gelar Magister Kebidanan (M.Keb) diselesaikan di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta (2019). Gelar Profesi Bidan (Bdn) diselesaikan di STIKES Pemkab Jombang (2022).

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 Gadjadara 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 praktek 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.

Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Bayi, Balita dan Anak Prasekolah disusun berdasarkan Rencana Pembelajaran Semester (RPS) prodi Sarjana Kebidanan. Adapun BAB yang dibahas terdiri dari Psikologi Pertumbuhan, Gangguan Minor, Nutrisi Sehat, Masalah dan Penyakit Lazim, Pengasuhan Ideal Orang Tua, manajemen Asuhan, Stimulasi dan Deteksi pertumbuhan.

Psikologi pertumbuhan dan perkembangan pada bayi, balita, dan anak prasekolah merupakan ilmu yang mempelajari perkembangan pikiran dan perilaku anak. Mahasiswa mampu menjelaskan dan memahami tentang psikologi pertumbuhan dan perkembangan pada bayi, balita, dan anak prasekolah.

Gangguan minor memberikan kemampuan kepada peserta didik untuk memberikan asuhan pada bayi baru lahir, bayi, balita dan anak prasekolah yang didasari oleh pengetahuan, sikap dan keterampilan. Pada Bab ini mahasiswa akan belajar tentang gangguan minor bayi, balita dan anak usia prasekolah, Menjelaskan tentang gangguan minor pada BBL, bayi, balita dan anak prasekolah. Mahasiswa memahami tentang hipotermi dan hipertermia, kejang pada bayi dan anak, neonatus dengan kondisi khusus dan memahami tanggung jawab bidan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Nutrisi sehat mempunyai manfaat mampu memahami materi tentang penyediaan nutrisi sehat bagi bayi, anak dan balita usia prasekolah, prinsip pemberian nutrisi pada BBL. Gizi seimbang pada masa bayi menjadi faktor penting sebagai salah satu upaya menurunkan angka kematian bayi. Masalah dan penyakit yang lazim dapat membedakan berbagai masalah pada bayi, balita dan anak pra sekolah. Selain itu juga dapat mengetahui dan mendeteksi secara dini penyakit-penyakit yang lazim pada bayi dan anak balita yang terjadi di Indonesia. Serta mengetahui bayi risiko tinggi dan bermasalah, serta penatalaksanaannya pada bayi dan anak balita yang terjadi di Indonesia

Pengasuhan Ideal memberikan bekal kepada mahasiswa untuk menguasai konsep tentang pengasuhan ideal orang tua terhadap bayi, anak balita dan anak prasekolah. Dengan menguasai bab ini mahasiswa memahami bahwa salah satu tanggung jawab bidan adalah mendampingi orangtua dalam memberikan pengasuhan yang ideal kepada bayi, anak balita dan anak prasekolah.

Manajemen asuhan pada bayi, anak balita dan anak usia prasekolah merupakan asuhan kebidanan yang berfokus kepada asuhan rutin BBL norma pemeriksaan bayi, teknik pengumpulan data, lingkungan aman, dan mobilisasi.



Stimulasi dan Deteksi Pertumbuhan merupakan materi tentang stimulasi, intervensi dan pemantauan tumbuh kembang bayi, balita dan anak prasekolah. Diharapkan mahasiswa mampu memahami dan melakukan stimulasi dan deteksi pertumbuhan pada bayi, anak balita dan anak usia prasekolah

Pada setiap bab telah dilengkapi dengan latihan soal, kunci jawaban dan pembahasan yang dapat digunakan untuk persiapan Uji Kompetensi Bidan.



ISBN 978-623-8411-99-3



9 786238 411993

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, 11480

Telp: (021) 29866919



Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022