

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Balita

1. Pengertian Balita

Anak balita adalah anak yang telah menginjak usia di atas satu tahun atau lebih populer dengan pengertian usia anak di bawah lima tahun (Muaris, 2006).

Masa balita merupakan periode penting dalam proses tumbuh kembang manusia. Perkembangan dan pertumbuhan di masa itu menjadi penentu keberhasilan pertumbuhan dan perkembangan anak di periode selanjutnya. Masa tumbuh kembang di usia ini merupakan masa yang berlangsung cepat dan tidak akan pernah terulang, maka masa balita disebut sebagai “masa keemasan” (*golden period*), “jendela kesempatan” (*window of opportunity*) dan “masa kritis” (*critical period*) (Depkes R.I, 2010).

2. Tumbuh Kembang Balita

Pertumbuhan adalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ, maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, pon, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh) (Adriana, 2011).

Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat

diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. Di sini menyangkut adanya proses diferensiasi sel-sel tubuh, organ-organ dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Termasuk juga perkembangan emosi, intelektual dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya (Adriana, 2011).

Pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisik, sedangkan perkembangan berkaitan dengan pematangan fungsi organ atau individu (Adriana, 2011).

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang

Menurut Depkes R.I (2010), pada umumnya balita memiliki pola pertumbuhan dan perkembangan normal yang merupakan hasil interaksi banyak faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan balita. Adapun faktor-faktor tersebut antara lain :

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

1) Keluarga

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

2) Umur

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

3) Jenis kelamin

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

4) Genetik

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

b. Faktor luar (eksternal)

1) Faktor prenatal

a) Gizi

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

b) Toksin atau zat kimia

Beberapa obat-obatan yang tidak boleh dikonsumsi ibu selama hamil dapat menyebabkan kelainan kongenital seperti palatoskisis.

c) Radiasi

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

d) Infeksi

Infeksi pada trimester pertama dan kedua oleh TORCH (Toksoplasma, Rubella, Sitomegalo virus, Herpes simpleks) dapat menyebabkan

kelainan pada janin seperti katarak, bisu, tuli, mikrosefali, retardasi mental dan kelainan jantung kongenital.

e) Kelainan imunologi

Perbedaan golongan darah antara janin dan ibu menyebabkan ibu membentuk antibodi terhadap sel darah merah janin, kemudian melalui plasenta masuk dalam peredaran darah janin dan akan menyebabkan hemolisis yang selanjutnya mengakibatkan hiperbilirubinemia dan *Kern icterus* yang akan menyebabkan kerusakan jaringan otak.

f) Anoksia

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

g) Psikologi ibu

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

2) Faktor Persalinan

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

3) Faktor Pascasalin

a) Gizi

Untuk tumbuh kembang bayi, diperlukan zat makanan yang adekuat.

b) Penyakit kronis atau kelainan kongenital

Tuberkulosis, anemia, kelainan jantung bawaan mengakibatkan retardasi pertumbuhan jasmani.

c) Lingkungan fisis dan kimia

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

d) Psikologis

Hubungan anak dengan orang sekitarnya. Seorang anak yang tidak dikehendaki oleh orang tuanya atau anak yang selalu merasa tertekan, akan mengalami hambatan di dalam pertumbuhan dan perkembangannya.

e) Endokrin

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

f) Sosio-ekonomi

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

g) Lingkungan pengasuhan

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

h) Stimulasi

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

4. Aspek-aspek Perkembangan yang Dipantau

a. Gerak kasar atau motorik kasar adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan pergerakan dan sikap tubuh yang melibatkan otot-otot besar seperti duduk, berdiri dan sebagainya.

b. Gerak halus atau motorik halus adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu dan dilakukan oleh otot-otot kecil, tetapi memerlukan koordinasi yang cermat seperti mengamati sesuatu, menulis dan sebagainya.

c. Kemampuan bicara dan bahasa adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan untuk memberikan respons terhadap suara, berbicara, berkomunikasi, mengikuti perintah dan sebagainya.

d. Sosialisasi dan kemandirian adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri anak (makan sendiri, membereskan mainan selesai bermain), berpisah dengan ibu atau pengasuh anak, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya dan sebagainya (Depkes R.I, 2010).

5. Tahapan Perkembangan Anak Menurut Umur

Tabel 2.1. Tahap Perkembangan Anak Menurut Umur

Umur 0-3 bulan
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengangkat kepala setinggi 45°. 2. Menggerakkan kepala dari kiri atau kanan ke tengah. 3. Melihat dan menatap wajah anda. 4. Mengocek spontan atau bereaksi dengan mengocek. 5. Suka tertawa keras. 6. Bereaksi terkejut terhadap suara keras. 7. Membalas tersenyum ketika diajak bicara atau tersenyum. 8. Mengenal ibu dengan penglihatan, penciuman, pendengaran dan kontak.
Umur 3-6 bulan
<ol style="list-style-type: none"> 1. Berbalik dari telungkup ke telentang. 2. Mengangkat kepala setinggi 90°. 3. Mempertahankan posisi kepala tetap tegak dan stabil. 4. Menggenggam pensil. 5. Meraih benda yang ada dalam jangkauannya. 6. Memegang tangannya sendiri. 7. Berusaha memperluas pandangan. 8. Mengarahkan matanya pada benda-benda kecil. 9. Mengeluarkan suara gembira bernada tinggi atau memekik. 10. Tersenyum ketika melihat mainan atau gambar yang menarik saat bermain sendiri.
Umur 6-9 bulan
<ol style="list-style-type: none"> 1. Duduk sendiri. 2. Belajar berdiri, kedua kakinya menyangga sebagian berat badan. 3. Merangkak meraih mainan atau mendekati seseorang. 4. Memindahkan benda dari satu tangan ke tangan lainnya.

<ol style="list-style-type: none"> 5. Memungut 2 benda, masing-masing tangan pegang 1 benda pada saat yang bersamaan. 6. Memungut benda sebesar kacang dengan cara meraup. 7. Bersuara tanpa arti, mamama, bababa, dadada, tatata. 8. Mencari mainan atau benda yang dijatuhkan. 9. Bermain tepuk tangan atau ciluk ba. 10. Bergembira dengan melempar benda. 11. Makan kue sendiri.
Umur 9-12 bulan
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengangkat badannya ke posisi berdiri. 2. Belajar berdiri selama 30 detik atau berpegangan di kursi. 3. Dapat berjalan dengan dituntun. 4. Mengulurkan lengan atau badan untuk meraih mainan yang diinginkan. 5. Menggenggam erat pensil. 6. Memasukkan benda ke mulut. 7. Mengulang menirukan bunyi yang didengar. 8. Menyebut 2-3 suku kata yang sama tanpa arti. 9. Mengeksplorasi sekitar, ingin tahu, ingin menyentuh apa saja. 10. Bereaksi terhadap suara perlahan atau bisikan. 11. Senang diajak bermain “ciluk ba”. 12. Mengenal anggota keluarga, takut pada orang yang belum dikenal.
Umur 12-18 bulan
<ol style="list-style-type: none"> 1. Berdiri sendiri tanpa berpegangan. 2. Membungkuk memungut mainan kemudian berdiri kembali. 3. Berjalan mundur 5 langkah. 4. Memanggil ayah dengan kata “papa”, memanggil ibu dengan kata “mama”. 5. Menumpuk 2 kubus. 6. Memasukkan kubus di kotak.

<p>7. Menunjuk apa yang diinginkan tanpa menangis atau merengek, anak bisa mengeluarkan suara yang menyenangkan atau menarik tangan ibu.</p> <p>8. Memerlihatkan rasa cemburu atau bersaing.</p>
Umur 18-24 bulan
<p>1. Berdiri sendiri tanpa berpegangan 30 detik.</p> <p>2. Berjalan tanpa terhuyung-huyung.</p> <p>3. Bertepuk tangan, melambai-lambai.</p> <p>4. Menumpuk 4 buah kubus.</p> <p>5. Memungut benda kecil dengan ibu jari dan jari telunjuk.</p> <p>6. Menggelindingkan bola ke arah sasaran.</p> <p>7. Menyebut 3-6 kata yang mempunyai arti.</p> <p>8. Membantu atau menirukan pekerjaan rumah tangga.</p> <p>9. Memegang cangkir sendiri, belajar makan-minum sendiri.</p>
Umur 24-36 bulan
<p>1. Jalan naik tangga sendiri.</p> <p>2. Dapat bermain dan menendang bola kecil.</p> <p>3. Mencoret-coret pensil pada kertas.</p> <p>4. Bicara dengan baik, menggunakan 2 kata.</p> <p>5. Dapat menunjuk 1 atau lebih bagian tubuhnya ketika diminta.</p> <p>6. Melihat gambar dan dapat menyebutkan dengan benar nama 2 benda atau lebih.</p> <p>7. Membantu memungut mainannya sendiri atau membantu mengangkat piring jika diminta.</p> <p>8. Makan nasi sendiri tanpa banyak tumpah.</p> <p>9. Melepas pakaiannya sendiri.</p>
Umur 36-48 bulan
<p>1. Berdiri 1 kaki 2 detik.</p> <p>2. Melompat kedua kaki diangkat.</p> <p>3. Mengayuh sepeda roda tiga.</p>

4. Menggambar garis lurus.
5. Menumpuk 8 buah kubus.
6. Mengenal 2-4 warna.
7. Menyebut nama, umur, tempat.
8. Mengerti arti kata di atas, di bawah, di depan.
9. Mendengarkan cerita.
10. Mencuci dan mengeringkan tangan sendiri.
11. Bermain bersama teman, mengikuti aturan permainan.
12. Mengenakan sepatu sendiri.
13. Mengenakan celana panjang, kemeja atau baju.

Umur 48-60 bulan

1. Berdiri 1 kaki 6 detik.
2. Melompat-lompat 1 kaki.
3. Menari.
4. Menggambar tanda silang.
5. Menggambar lingkaran.
6. Menggambar orang dengan 3 bagian tubuh.
7. Mengancing baju atau pakaian boneka.
8. Menyebut nama lengkap tanpa dibantu.
9. Senang menyebut kata-kata baru.
10. Senang bertanya tentang sesuatu.
11. Menjawab pertanyaan dengan kata-kata yang benar.
12. Bicaranya mudah dimengerti.
13. Bisa membandingkan atau membedakan sesuatu dari ukuran dan bentuknya.
14. Menyebut angka, menghitung jari.
15. Menyebut nama-nama hari.
16. Berpakaian sendiri tanpa dibantu.
17. Menggosok gigi tanpa dibantu.

18. Bereaksi tenang dan tidak rewel ketika ditinggal ibu.
Umur 60-72 bulan
<ol style="list-style-type: none"> 1. Berjalan lurus. 2. Berdiri dengan 1 kaki selama 11 detik. 3. Menggambar dengan 6 bagian, menggambar orang lengkap. 4. Menangkap bola kecil dengan kedua tangan. 5. Menggambar segi empat. 6. Mengerti arti lawan kata. 7. Mengerti pembicaraan yang menggunakan 7 kata atau lebih. 8. Menjawab pertanyaan tentang benda terbuat dari apa dan kegunaannya. 9. Mengenal angka, bisa menghitung angka 5-10. 10. Mengenal warna-warni. 11. Mengungkapkan simpati. 12. Mengikuti aturan permainan. 13. Berpakaian sendiri tanpa dibantu.

Sumber : Depkes R.I (2010)

B. Gizi Buruk

1. Pengertian Gizi Buruk

Gizi Buruk adalah Kurang Kalori Protein (KKP) atau disebut juga *Protein Energi Malnutrition* (PEM) (RSCM, 2004). Gizi buruk adalah suatu istilah teknis yang umumnya dipakai oleh kalangan gizi, kesehatan dan kedokteran. Gizi buruk adalah bentuk terparah dari proses terjadinya kekurangan gizi menahun. Hal ini merupakan suatu kondisi di mana seseorang status nutrisinya berada di bawah standar rata-rata (Depkes RI, 2005).

Gizi buruk adalah gangguan kesehatan serta pertumbuhan bayi atau anak karena kurangnya asupan energi dan protein dalam jangka waktu yang lama (Pudiastuti, 2011). Gizi buruk biasa dikenal dengan nama marasmus dan kwashiorkor (Hidayat, 2008).

Menurut penulis gizi buruk adalah kekurangan energi protein tingkat berat. Dimana berdasarkan indeks berat badan menurut panjang badan (BB/PB) atau berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) berada < -3 Standar Deviasi (SD) menurut standar WHO.

2. Etiologi

Gizi buruk dipengaruhi oleh banyak faktor yang saling terkait. Secara langsung dipengaruhi oleh 3 hal, yaitu : anak tidak cukup mendapat makanan bergizi seimbang, anak tidak mendapat asupan gizi yang memadai dan anak mungkin menderita penyakit infeksi (Depkes RI, 2005).

Pertama, anak tidak cukup mendapat makanan bergizi seimbang. Bayi dan balita tidak mendapat makanan yang bergizi, dalam hal ini makanan alamiah terbaik bagi bayi yaitu Air Susu Ibu, dan sesudah usia 6 bulan anak tidak mendapat Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang tepat, baik jumlah dan kualitasnya. MP-ASI yang baik tidak hanya cukup mengandung energi dan protein, tetapi juga mengandung zat besi, vitamin A, asam folat, vitamin B serta vitamin dan mineral lainnya. MP-ASI yang tepat dan baik dapat disiapkan sendiri di rumah. Pada keluarga dengan tingkat pendidikan dan pengetahuan yang rendah seringkali anaknya harus puas dengan makanan seadanya yang tidak memenuhi kebutuhan gizi balita karena ketidaktahuan (Depkes R.I, 2005).

Kedua, anak tidak mendapat asuhan gizi yang memadai. Suatu studi “positive deviance” mempelajari mengapa dari sekian banyak bayi dan balita di suatu desa miskin hanya sebagian kecil yang gizi buruk, padahal orang tua mereka semuanya petani miskin. Dari studi ini diketahui pola pengasuhan anak berpengaruh pada timbulnya gizi buruk. Anak yang diasuh ibunya sendiri dengan kasih sayang, apalagi ibunya berpendidikan, mengerti soal pentingnya ASI, manfaat posyandu dan kebersihan, meskipun sama-sama miskin, ternyata anaknya lebih sehat. Unsur pendidikan perempuan berpengaruh pada kualitas pengasuhan anak. Sebaliknya sebagian anak yang gizi buruk ternyata diasuh oleh nenek atau pengasuh yang juga miskin dan tidak berpendidikan. Banyaknya perempuan yang meninggalkan desa untuk mencari kerja di kota bahkan menjadi TKI, kemungkinan juga dapat menyebabkan anak menderita gizi buruk (Depkes R.I, 2005).

Ketiga, anak menderita penyakit infeksi. Terjadi hubungan timbal balik antara kejadian infeksi penyakit dan gizi buruk. Anak yang menderita gizi

buruk akan mengalami penurunan daya tahan, sehingga anak rentan terhadap penyakit infeksi. Disisi lain anak yang menderita sakit infeksi akan cenderung menderita gizi buruk. Cakupan pelayanan kesehatan dasar terutama imunisasi, penanganan diare, tindakan cepat pada balita yang tidak naik berat badan, pendidikan, penyuluhan kesehatan dan gizi, dukungan pelayanan di Posyandu, penyediaan air bersih, kebersihan lingkungan akan menentukan tingginya kejadian penyakit infeksi. Mewabahnya berbagai penyakit menular akhir-akhir ini seperti demam berdarah, diare, polio, malaria dan sebagainya secara hampir

bersamaan di mana-mana, menggambarkan melemahnya pelayanan kesehatan yang ada di daerah (Depkes R.I, 2005).

Pada marasmus yaitu kurang kilokalori dan protein dalam jangka waktu lama (kronis) (FKMUI, 2011). Prematuritas merupakan hal yang menyertai, dimana bayi menyusui kurang baik karena daya hisapnya belum baik. Marasmus juga terjadi apabila terus-menerus hanya diberi air susu ibu tanpa tambahan. Infeksi, terutama diare seringkali merupakan penyakit penyerta (Short, Gray, Dodge).

Anak yang sedang tumbuh, membutuhkan keseimbangan protein yang positif, sedangkan orang dewasa hanya membutuhkan protein untuk mempertahankan keseimbangan dalam tubuh saja. Protein dari makanan seringkali mahal, bisa juga tidak diberikan pada anak-anak karena ketidaktahuan atau karena kepercayaan setempat. Kekurangan protein yang cukup berat dapat menyebabkan kwashiorkor, seringkali berhubungan dengan defisiensi vitamin, anemia, infestasi parasit dalam usus, diare, malaria dan infeksi lainnya (Short, Gray, Dodge).

3. Pengukuran Gizi Buruk

Gizi buruk ditentukan berdasarkan beberapa pengukuran antara lain:

a. Pemeriksaan klinis

Metode ini penting untuk mengetahui status gizi balita tersebut gizi buruk atau tidak. Metode ini pada dasarnya didasari oleh perubahan-perubahan yang terjadi dan dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel seperti kulit, rambut atau mata.

Misalnya pada balita marasmus kulit akan menjadi keriput sedangkan pada balita kwashiorkor kulit terbentuk bercak-bercak merah yang meluas dan berubah menjadi hitam terkelupas (*crazy pavement dermatosis*) (Supariasa, 2012).

b. Pengukuran Antropometrik

Antropometri berasal dari kata *anthropos* dan *metros*. *Anthropos* artinya tubuh dan *metros* artinya ukuran. Jadi antropometri adalah ukuran dari tubuh (Supariasa, 2012).

Dari definisi tersebut diatas dapat ditarik pengertian bahwa antropometri gizi adalah berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Berbagai ukuran tubuh antara lain : berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas dan tebal lemak dibawah kulit (Supariasa, 2012).

Antropometri sangat umum digunakan untuk mengukur status gizi dari berbagai ketidakseimbangan antara asupan protein dan energi (Supariasa, 2012). Pengukuran antropometri yang digunakan saat ini adalah menurut WHO (FKMUI, 2011) :

1) Berat Badan menurut Umur (BB/U)

- a. Gizi lebih : $> 2.0 \text{ SD}$
- b. Gizi baik : -2.0 SD sampai dengan $+ 2.0 \text{ SD}$.
- c. Gizi kurang : $< -2.0 \text{ SD}$
- d. Gizi buruk : $< - 3.0 \text{ SD}$

2) Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)

- a. Normal : $> 2.0 \text{ SD}$
- b. Pendek (Stunted) : $< -2.0 \text{ SD}$

3) Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)

- a. Gemuk : $> 2.0 \text{ SD}$
- b. Normal : $- 2.0 \text{ SD}$ sampai dengan $+ 2 \text{ SD}$
- c. Kurus/wasted : $< -2.0 \text{ SD}$
- d. Sangat kurus : $< 3.0 \text{ SD}$

Menurut buku bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) tahun 2008 dan Buku Bagan Tatalaksana Anak Gizi Buruk tahun 2011, untuk mengklasifikasikan anak gizi buruk atau tidak saat ini digunakan pengukuran BB/TB. Pengukuran BB/TB dengan buku MTBS tertera pada lampiran 3-6.

Selain pengukuran BB/TB penilaian anak gizi buruk juga dapat menggunakan melalui Lingkar Lengan Atas (LILA) menurut umur. Berikut

pengukuran LILA dalam alur pemeriksaan anak gizi buruk :

- 1) Gizi Kurang : LILA $> 11,5 \text{ cm}$ - $< 12,5 \text{ cm}$ (untuk anak usia 6-59 bulan).
- 2) Gizi Buruk : LILA $< 11,5 \text{ cm}$ (untuk anak usia 6-59 bulan) (Kemenkes RI, 2011).

Dalam pelaksanaannya lingkaran lengan atas merupakan parameter antropometri yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh tenaga yang bukan profesional seperti kader posyandu. Akan tetapi, parameter ini sulit

digunakan untuk melihat pertumbuhan anak terutama anak usia 2 sampai 5 tahun yang perubahannya tidak nampak nyata. Oleh karena itu, lingkaran lengan atas perlu mendapat perhatian apabila dijadikan pilihan tunggal untuk menentukan indeks status gizi (Supriasa, 2012).

4. Klasifikasi Gizi Buruk

Berdasarkan gejala klinis gizi buruk terdiri dari :

a. Marasmus

Marasmus berasal dari kata Yunani yang berarti *wasting* (merusak).

Marasmus umumnya merupakan penyakit pada bayi (12 bulan pertama), karena terlambat diberi makanan tambahan. Hal ini dapat terjadi karena penyapihan mendadak, formula pengganti ASI terlalu encer dan tidak higienis atau sering terkena infeksi. Marasmus berpengaruh dalam waktu yang panjang terhadap mental dan fisik yang sukar diperbaiki (Sibagariang, 2010).

Marasmus terjadi akibat malnutrisi umum kalori dan protein.

Marasmus biasanya merupakan sindrom deprivasi fisik dan emosi dan tidak terbatas pada daerah geografis yang pasokan makanannya tidak adekuat.

Marasmus dapat ditemukan pada anak yang mengalami gagal tumbuh yang penyebabnya bukan hanya nutrisi, namun terutama emosional (Wong, 2009).

b. Kwashiorkor

Istilah kwashiorkor pertama kali diperkenalkan oleh Dr. Cecily Williams pada tahun 1933, ketika ia menemukan keadaan ini di Ghana, Afrika. Dimana dalam bahasa Ghana kwashiorkor artinya penyakit yang

diperoleh anak pertama, bila anak kedua sedang ditunggu kelahirannya (Sibagariang, 2010).

Kwashiorkor merupakan sindrom klinis akibat dari defisiensi protein berat dan masukan kalori tidak cukup. Kwashiorkor lebih banyak terdapat pada usia dua hingga tiga tahun yang sering terjadi pada anak yang terlambat menyapih, sehingga komposisi gizi makanan tidak seimbang terutama dalam hal protein. Kwashiorkor dapat terjadi pada konsumsi energi yang cukup atau lebih (Sibagariang, 2010). Walaupun defisiensi protein menjadi penyebab utama penyakit ini namun selalu disertai defisiensi berbagai nutrisi lainnya (Ngastiyah, 2005).

c. Marasmus-Kwashiorkor

Marasmus-Kwashiorkor merupakan suatu bentuk Malnutrisi Protein dan Energi yang temuan klinisnya terdapat tanda kwashiorkor dan marasmus, anak mengalami edema, kurus berat dan berhenti tumbuh. (Wong, 2009).

5. Gambaran Klinis

a. Marasmus

- 1) Tampak sangat kurus, otot lengan sangat kecil, tinggal tulang terbungkus kulit.
- 2) Wajah seperti orang tua, disokong dengan lekukan pada pipi dan cekungan dimata (Arisman, 2004).
- 3) Cengeng, rewel.

- 4) Kulit keriput, jaringan lemak subkutis sangat sedikit sampai tidak ada (*baggy pant*/pakai celana longgar).
- 5) Perut cekung.
- 6) Iga gambang.
- 7) Sering disertai: penyakit infeksi (umumnya kronis berulang).
- 8) Diare kronik atau konstipasi atau susah buang air (Supariasa, 2012).

b. Kwashiorkor

- 1) Edema, umumnya seluruh tubuh, terutama pada punggung kaki (dorsum pedis).
- 2) Wajah membulat dan sembab.
- 3) Otot mengecil (hipotrofi), lebih nyata bila diperiksa pada posisi berdiri atau duduk.
- 4) Perubahan status mental : cengeng, rewel, kadang apatis.
- 5) Anak sering menolak segala jenis makanan (anoreksia).
- 6) Pembesaran hati.
- 7) Sering disertai : penyakit infeksi, umumnya akut (anemia dan diare).
- 8) Rambut tipis, kemerahan seperti warna rambut jagung, mudah dicabut tanpa rasa sakit, rontok.
- 9) Kelainan kulit berupa bercak merah muda yang meluas dan berubah warna menjadi coklat kehitaman dan terkelupas (*crazy pavement dermatosis*).
- 10) Pandangan mata sayu (Supariasa, 2012).

c. Marasmus-Kwashiorkor

Tanda khas marasmus-kwashiorkor merupakan kombinasi dari tanda marasmus dan kwashiorkor, seperti anak menderita edema, tetapi otot hampir tidak terlihat lagi sehingga berat badan amat ringan (Maryunani, 2010).

6. Penatalaksanaan

Pelayanan gizi buruk di Puskesmas dengan *Therapeutic Feeding Center* atau Pusat Pemulihan Gizi adalah dengan menerapkan tatalaksana anak gizi buruk oleh tenaga yang sudah terlatih, mengacu pada buku tatalaksana anak gizi buruk dengan menerapkan 10 langkah utama tatalaksana gizi buruk yaitu :

a. Mencegah dan mengatasi hipoglikemi

Hipoglikemi jika kadar gula darah < 54 mg/dl atau ditandai suhu tubuh sangat rendah, kesadaran menurun, keluar keringat dingin dan pucat.

Tabel 2.2. Cara Mengatasi Hipoglikemia

Tanda	Cara Mengatasi
Sadar (Tidak Letargis)	Berikan larutan Glukosa 10% atau larutan gula pasir 10% secara oral atau NGT (bolus) sebanyak 50 ml.
Tidak Sadar (Letargis)	Berikan larutan Glukosa 10% secara intravena (iv) (Bolus) sebanyak 5 ml/kgBB. Selanjutnya berikan larutan Glukosa 10% atau larutan gula pasir 10% secara oral atau NGT (Bolus) sebanyak 50 ml.

Renjatan (Syok)	Berikan cairan intravena (iv) berupa Ringer Laktat dan Dextrosa / Glukosa 10 dengan perbandingan 1 : 1 (= RLG 5 %) sebanyak 15 ml/kgBB selama 1 jam pertama atau 5 tetes/menit/kgBB). Selanjutnya berikan larutan Glukosa 10% secara intravena (iv) (Bolus) sebanyak 5 ml/kgBB.
-----------------	--

Sumber : Depkes R.I (2011)

PERPUSTAKAAN

b. Mencegah dan mengatasi hipotermi

Hipotermi adalah suatu keadaan tubuh dimana suhu aksiler $< 36^{\circ}\text{C}$ selama 5 menit (Kemenkes RI, 2011). Pengelolaannya ruang penderita harus hangat, tidak ada lubang angin dan bersih, sering diberi makan, anak diberi pakaian, tutup kepala, sarung tangan dan kaos kaki, anak dihangatkan dalam dekapan ibunya (metode kangguru), cepat ganti popok basah. Dilakukan pengukuran suhu rectal tiap 2 jam sampai suhu $> 36,5^{\circ}\text{C}$, pastikan anak memakai pakaian, tutup kepala, kaos kaki (Krisnansari, 2010).

c. Mencegah dan mengatasi dehidrasi

Tindakan yang dapat dilakukan adalah : jika anak masih menyusui, teruskan ASI dan berikan setiap setengah jam sekali tanpa berhenti. Jika anak masih dapat minum, lakukan tindakan rehidrasi oral dengan memberi minum anak 50 ml (3 sendok makan) setiap 30 menit dengan sendok. Cairan rehidrasi oral khusus untuk KEP disebut *Rehydration Solution for Malnutrition* (ReSoMal).

Jika tidak ada ReSoMal untuk anak dengan Gizi buruk dapat menggunakan 1 sachet Oralit yang diencerkan menjadi 400 ml dan tambahkan gula pasir 10 gram (1 sendok makan peres).

d. Memperbaiki gangguan keseimbangan elektrolit

Pada semua gizi buruk terjadi gangguan keseimbangan elektrolit di dalam tubuh. Ketidakseimbangan elektrolit ini memicu terjadinya edema dan untuk pemulihan keseimbangan elektrolit diperlukan waktu paling sedikit 2 minggu. Perlu diberikan larutan elektrolit atau mineral dalam bentuk ReSoMal (bila diare) dan Formula WHO sesuai dengan fasenya. Bila edema jangan berikan diuretikum.

e. Mengobati infeksi

Setiap anak gizi buruk harus diberikan Antibiotika baik dengan atau tanpa demam. Untuk anak gizi buruk tanpa komplikasi antibiotik yang dianjurkan Kotrimoksazol per oral (20 mg/kgBB) setiap 12 jam selama 5 hari. Sedangkan anak gizi buruk dengan komplikasi diberikan Gentamisin

IV atau IM (7,5 mg/kgBB) setiap hari selama 7 hari ditambah Ampisilin IV atau IM (50 mg/kgBB) setiap 6 jam selama 2 hari, diikuti Amoksisilin oral (15 mg/kgBB) setiap 8 jam selama 5 hari.

f. Memperbaiki kekurangan zat gizi mikro

Semua pasien gizi buruk, mengalami kurang vitamin dan mineral. Walaupun anemia biasa terjadi, jangan tergesa-gesa memberikan preparat besi (Fe). Tunggu sampai anak mau makan dan berat badannya mulai naik

(biasanya pada minggu ke 2). Pemberian besi pada masa stabilisasi dapat memperburuk keadaan infeksi.

Berikan setiap hari minimal 2 minggu suplemen multivitamin, Dosis Fe 1-3 mg Fe elemental/kgBB/hari. Vitamin A hari 1 (<6 bulan 50.000 IU, 6-12 bulan 100.000 IU, >1 tahun 200.000 IU).

g. Memberikan makanan untuk stabilisasi dan transisi

Tujuan pemberian makanan pada fase stabilisasi adalah untuk mencegah terjadinya hipoglikemia dan dehidrasi. Sedangkan tujuan pemberian makan pada fase transisi adalah untuk memperbaiki gangguan keseimbangan elektrolit sekaligus membantu mengobati infeksi. Pada fase ini, peningkatan jumlah formula diberikan secara bertahap dengan tujuan memberikan makanan awal supaya anak dalam kondisi stabil. Formula hendaknya rendah laktosa, porsi kecil dan sering. Setiap 100 ml mengandung 75 kal dan protein 0,9 gram. Diberikan makanan formula 75 (F-75). Resomal dapat diberikan apabila anak diare atau muntah atau dehidrasi, 2 jam pertama setiap $\frac{1}{2}$ jam, selanjutnya 10 jam berikutnya diselang seling dengan F-75.

h. Memberikan makanan untuk tumbuh kejar

Memberikan makanan tumbuh kejar dilakukan pada fase transisi, fase rehabilitasi serta fase tindak lanjut. Bertujuan untuk memperbaiki gangguan keseimbangan elektrolit, membantu mempercepat pengobatan infeksi, memperbaiki kekurangan zat gizi mikro serta menunjang keberhasilan dalam memberikan stimulasi tumbuh kembang. Pada Fase Transisi anak mulai

stabil dan memperbaiki jaringan tubuh yang rusak (*cathup*). Diberikan F-100, setiap 100 ml F-100 mengandung 100 kal dan protein 2,9 gram. Sedangkan pada Fase Rehabilitasi terapi nutrisi fase ini adalah untuk mengejar pertumbuhan anak. Diberikan setelah anak sudah bisa makan. Makanan padat diberikan pada fase rehabilitasi berdasarkan BB < 7 kg diberi MP-ASI dan BB \geq 7 kg diberi makanan balita. Diberikan makanan formula 135 (F-135) dengan nilai gizi setiap 100 ml F-135 mengandung energi 135 kal dan protein 3,3 gram.

i. Memberikan stimulasi untuk tumbuh kembang

Pada gizi buruk terjadi keterlambatan perkembangan mental dan perilaku, karenanya berikan :

- 1) Kasih sayang.
- 2) Lingkungan yang ceria.
- 3) Lakukan terapi bermain terstruktur selama 15 – 30 menit/hari (permainan ci luk ba, dll).
- 4) Aktifitas fisik segera setelah sembuh.
- 5) Tingkatkan keterlibatan ibu (memberi makan, memandikan, bermain dan sebagainya).

j. Mempersiapkan untuk tindak lanjut dirumah

Bila BB/TB-PB \geq -2 SD, dapat dikatakan sembuh. Pola pemberian makan yang baik dan stimulasi harus tetap dilanjutkan di rumah setelah penderita dipulangkan, ahli gizi memberikan contoh menu makanan bergizi

dan berikan ibu terapi bermain terstruktur. Nasihatkan kepada orang tua untuk :

- 1) Memberikan makanan dengan porsi kecil dan sering, sesuai dengan umur anak.
- 2) Membawa anaknya kembali untuk control secara teratur yaitu :
 - a) Bulan I : 1 kali / minggu
 - b) Bulan II : 1 kali / 2 minggu
 - c) Bulan III : 1 kali / bulan
- 3) Pemberian suntikan / imunisasi dasar dan ulangan (booster).
- 4) Pemberian vitamin A dosis tinggi setiap 6 bulan sekali (dosis sesuai umur).

7. Hasil Pemeriksaan dan Tindakan pada Anak Gizi Buruk

a. Kondisi I

Jika ditemukan :

- 1) Renjatan (syok)
- 2) Letargis
- 3) Muntah dan atau diare atau dehidrasi

Berikan cairan dan makanan menurut Rencana I pada lampiran 20.

b. Kondisi II

Jika ditemukan :

- 1) Letargis
- 2) Muntah dan atau diare atau dehidrasi

Berikan cairan dan makanan menurut Rencana II pada lampiran 21.

c. Kondisi III

Jika ditemukan :

- 1) Muntah dan atau diare atau dehidrasi

Berikan cairan dan makanan menurut Rencana III pada lampiran 22.

d. Kondisi IV

Jika ditemukan :

- 1) Letargis

Berikan cairan dan makanan menurut Rencana IV pada lampiran 23.

e. Kondisi V

Jika tidak ditemukan :

- 1) Renjatan (syok)
- 2) Letargis
- 3) Muntah / diare / dehidrasi

Berikan cairan dan makanan menurut Rencana V pada lampiran 24 (Depkes, R.I, 2011).

8. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada anak gizi buruk antara lain :

- a. Anoreksia
- b. Pneumonia berat
- c. Anemia berat
- d. Dehidrasi berat
- e. Demam sangat tinggi
- f. Penurunan Kesadaran (Depkes RI, 2011).

9. Pencegahan

a. Pencegahan Tingkat Pertama (*Primary Prevention*)

Pencegahan tingkat pertama mencakup promosi kesehatan dan perlindungan khusus dapat dilakukan dengan cara memberikan penyuluhan kepada masyarakat terhadap hal-hal yang dapat mencegah terjadinya kekurangan gizi. Tindakan yang termasuk dalam pencegahan tingkat pertama :

- 1) Hanya memberikan Air Susu Ibu (ASI) saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan.
- 2) Memberikan Makanan Pendamping (MP) ASI setelah umur 6 bulan.
- 3) Menyusui diteruskan sampai umur 2 tahun.
- 4) Menggunakan garam beryodium.
- 5) Memberikan suplemen gizi (kapsul vitamin A, tablet Fe) kepada anak balita.
- 6) Pemberian imunisasi dasar lengkap.

b. Pencegahan Tingkat Kedua (*Secondary Prevention*)

Pencegahan tingkat kedua lebih ditujukan pada kegiatan skrining kesehatan dan deteksi dini untuk menemukan kasus gizi kurang di dalam populasi. Pencegahan tingkat kedua bertujuan untuk menghentikan perkembangan kasus gizi kurang menuju suatu perkembangan ke arah kerusakan atau ketidakmampuan. Tindakan yang termasuk dalam pencegahan tingkat kedua :

- 1) Pemberian makanan tambahan pemulihan (MP-ASI) kepada balita keluarga miskin (gakin) yang berat badannya tidak naik atau gizi kurang.
- 2) Pencatatan di Kartu Menuju Sehat (KMS) (lampiran 7-10) mengenai deteksi dini (penemuan kasus baru gizi kurang) melalui bulan penimbangan balita di posyandu.
- 3) Pelaksanaan pemantauan wilayah setempat gizi (PWS-Gizi).
- 4) Pelaksanaan sistem kewaspadaan dini kejadian luar biasa gizi buruk.
- 5) Pemantauan Status Gizi (PSG).

c. Pencegahan Tingkat Ketiga (*Tertiary Prevention*)

Pencegahan tingkat ketiga ditujukan untuk membatasi atau menghalangi ketidakmampuan, kondisi atau gangguan sehingga tidak berkembang ke arah lanjut yang membutuhkan perawatan intensif.

Pencegahan tingkat ketiga juga mencakup pembatasan terhadap segala ketidakmampuan dengan menyediakan rehabilitasi saat masalah gizi sudah terjadi dan menimbulkan kerusakan. Tindakan yang termasuk dalam

pencegahan tingkat ketiga :

- 1) Konseling kepada ibu-ibu yang anaknya mempunyai gangguan pertumbuhan.
- 2) Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu dalam memberikan asuhan gizi kepada anak.
- 3) Menangani kasus gizi buruk dengan perawatan puskesmas dan rumah sakit.
- 4) Pemberdayaan keluarga untuk menerapkan perilaku sadar gizi.

- 5) Melakukan pencegahan meluasnya kasus dengan koordinasi lintas program dan lintas sektor dengan cara memberikan bantuan pangan, pengobatan penyakit, penyediaan air bersih, dan memberikan penyuluhan gizi (Lingga, 2010).

C. Manajemen Asuhan Kebidanan

1. Pengertian Manajemen Asuhan Kebidanan

Manajemen asuhan kebidanan atau yang sering disebut manajemen kebidanan adalah suatu metode berpikir dan bertindak secara sistematis dan logis dalam memberi asuhan kebidanan, agar menguntungkan kedua belah pihak baik klien maupun pemberi asuhan.

Manajemen kebidanan (proses penatalaksanaan kebidanan) adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan keterampilan dalam rangka atau tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang berfokus pada klien.

Manajemen kebidanan diadaptasi dari sebuah konsep yang dikembangkan oleh Varney dalam buku *Varney's Midwifery*, edisi ketiga tahun 1997, menggambarkan proses manajemen asuhan kebidanan yang terdiri dari tujuh langkah yang berurut secara sistematis dan siklik (Soepardan, 2008).

2. Langkah Dalam Manajemen Kebidanan

Langkah manajemen kebidanan menurut varney adalah sebagai berikut :

a. Langkah I (pertama) : *Pengumpulan Data Dasar*

Melakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang dibutuhkan mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Untuk memperoleh data dapat dilakukan dengan cara anamnesis dan melakukan pemeriksaan fisik serta pemeriksaan khusus dan penunjang. Seperti pemeriksaan balita gizi buruk dengan cara :

1) Anamnesis

a) Awal :

- (1) Kejadian mata cekung yang baru saja muncul.
- (2) Lama dan frekuensi muntah atau diare, serta tampilan dari bahan muntah atau diare.
- (3) Saat terakhir kencing.
- (4) Sejak kapan tangan dan kaki teraba dingin.

b) Lanjutan :

- (1) Kebiasaan makan sebelum sakit saat ini.
- (2) Kebiasaan makan, minum atau menyusui.
- (3) Kontak dengan penderita campak atau TBC paru.
- (4) Pernah sakit campak dalam 3 bulan terakhir.
- (5) Kejadian dan penyebab kematian pada kakak atau adik.
- (6) Berat badan lahir.
- (7) Riwayat Perkembangan.

(8) Imunisasi (Depkes RI, 2011).

2) Pemeriksaan fisik

- a) Apakah anak tampak sangat kurus, edema atau pembengkakan kedua kaki.
- b) Bandingkan BB menurut PB.
- c) Pembesaran hati dan adanya kekuningan (*ikterus*).
- d) Adanya perut kembung, suara usus, dan adanya suara seperti pukulan pada permukaan air (*abdominal splash*).
- e) Pucat yang sangat berat terutama pada telapak tangan (bandingkan dengan telapak tangan ibu).
- f) Tanda-tanda terjadinya shock (renjatan) : tangan kaki dingin, nadi lemah, kesadaran menurun.
- g) Suhu tubuh : hipotermia atau demam.
- h) Kehausan.
- i) Mata : kelainan pada kornea dan konjuntiva sebagai tanda tanda kekurangan vitamin A.
- j) Telinga, mulut dan tenggorokan : tanda-tanda infeksi.
- k) Kulit : tanda infeksi atau adanya purpura.
- l) Frekuensi dan tipe pernafasan : gejala pneumonia atau gejala gagal jantung.
- m) Tampilan (konsistensi) tinja (Depkes RI, 2011).

3) Pemeriksaan Penunjang

Contoh pemeriksaan penunjang antara lain :

a) Glukosa darah

Kadar glukosa normal anak adalah 60 – 100 mg/dL. Kadar glukosa darah < 54 mg/dL menunjukkan hipoglikemia.

b) Darah tepi (Hemoglobin dan Hematokrit)

Kadar Hemoglobin normal :

(1) Usia 11- 13,5 bulan : 10,7 - 13,1 g/dL

(2) Usia 1,5 - 3 tahun : 10,8 - 12,8 g/dL

(3) Usia 5 tahun : 10,7 - 14,7 g/dL

Kadar Hematokrit normal :

(1) Usia 8 bulan - 3 tahun : 35 - 43%

(2) Usia 5 tahun : 31 - 43%

Hb < 4 g/dL atau Hct < 12% menunjukkan anemia berat.

c) Uji Mantoux untuk TB (lampiran 11) : Sering negatif pada anak dan

juga bila telah diberikan BCG sebelumnya (Sari, 2006).

b. Langkah II (kedua) : *Interpretasi Data Dasar (Merumuskan Diagnosa)*

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik. Misalnya pada pengumpulan data dasar didapatkan pemeriksaan klinis sebagai berikut :

- 1) Pada anamnesa didapatkan anak usia 2 tahun , ibu mengatakan anak tidak mau makan, anak sudah 2 hari Buang Air Besar cair, frekuensi Buang Air Besar dalam 1 hari 5-6 kali.
- 2) Pada pemeriksaan fisik anak sangat kurus, wajah seperti orang tua, cengeng dan rewel, rambut tipis, jarang dan kusam, kulit keriput, tulang iga tampak jelas, pantat kendur dan keriput serta perut cekung.

Berdasarkan hasil pengumpulan data dasar diatas. Maka interpretasi dari data ini adalah : Gizi buruk kondisi III.

c. Langkah III (ketiga) : Mengidentifikasi *Diagnosis atau Masalah*

Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis/masalah potensial ini benar-benar terjadi.

Diagnosis atau masalah yang terjadi pada bayi dengan malnutrisi energi protein (kwashiorkor dan marasmus) antara lain :

- 1) Hipotermia
- 2) Hipoglikemia
- 3) Dehidrasi
- 4) Resiko infeksi
- 5) Gangguan tumbuh kembang (Hidayat, 2008).

d. Langkah IV (keempat) : Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim yang lain sesuai dengan kondisi klien. Pada langkah ini bidan telah menentukan interpretasi data dasar sebelumnya. Maka, berdasarkan interpretasi tersebut bidan menentukan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera terhadap penyebab utama gizi buruk yaitu diare.

Dalam menangani diare, bidan berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat-obatan serta ahli gizi untuk memberikan asupan makanan yang dibutuhkan untuk memulihkan kondisi balita tersebut.

e. Langkah V (kelima) : Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini merupakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

Merencanakan asuhan pada balita gizi buruk sesuai kondisi yaitu kondisi V dan sesuai dengan 10 langkah tatalaksana gizi buruk menurut Depkes R.I (2011) yaitu :

- 1) Mencegah dan mengatasi hipoglikemi.
- 2) Mencegah dan mengatasi hipotermi.
- 3) Mencegah dan mengatasi dehidrasi.

- 4) Memperbaiki gangguan keseimbangan elektrolit.
- 5) Mengobati infeksi.
- 6) Memperbaiki kekurangan zat gizi mikro.
- 7) Memberikan makanan untuk stabilisasi dan transisi.
- 8) Memberikan makanan untuk tumbuh kejar.
- 9) Memberikan stimulasi untuk tumbuh kembang.
- 10) Mempersiapkan untuk tindak lanjut dirumah.

f. Langkah VI (keenam) : *Melaksanakan perencanaan*

Pada langkah ini, rencana asuhan menyeluruh dilakukan dengan efisien dan aman. Pelaksanaan ini bisa dilakukan secara kolaborasi anggota tim kesehatan tatalaksana gizi buruk. Contoh :

1) Mencegah dan Mengatasi Hipoglikemia

Tindakan :

Membantu ahli gizi memberikan larutan glukosa 10% atau larutan gula pasir 10% secara oral sebanyak 50 ml (Depkes RI, 2011).

2) Mencegah dan Mengatasi Hipotermia

Tindakan :

- a) Tutuplah tubuh anak termasuk kepalanya
- b) Hindari hembusan angin di dalam ruangan perawatan
- c) Pertahankan suhu ruangan sekitar 25-30°C.
- d) Usahakan agar anak tetap diselimuti pada malam hari.
- e) Jangan membiarkan anak tanpa baju terlalu lama pada saat tindakan pemeriksaan dan penimbangan.

- f) Usahakan tangan dari pemberi perawatan pada saat menangani anak gizi buruk dalam keadaan hangat.
- g) Segeralah ganti baju atau peralatan tidur yang basah oleh karena air kencing , keringat atau sebab-sebab lain.
- h) Bila anak baru saja dibersihkan tubuhnya dengan air, segera keringkan dengan sebaik-baiknya (Depkes RI, 2011).

g. Langkah VII (ketujuh) : *Evaluasi*

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan atau bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosis (Muslihatun, 2010).

Pada kasus gizi buruk efektif atau tidaknya asuhan dapat dinilai secara menyeluruh dimulai dari keadaan anak yang mulai membaik atau tidak rewel, nafsu makan membaik dan penambahan berat badan yang signifikan.

POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK

D. Dokumentasi Kebidanan

Menurut Kepmenkes No. 938 (2007), pencatatan asuhan kebidanan dilakukan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan segera pada formulir yang tersedia (Rekam Medis/KMS/Status Pasien/buku KIA).

Pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP. Merupakan catatan sederhana, jelas, logis dan singkat.

Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan.

1. S (Data Subjektif)

Data Subjektif (S), merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Informasi atau data yang diperoleh dari apa yang dikatakan oleh klien tersebut seperti kekhawatiran dan keluhannya.

2. O (Data Objektif)

Data Objektif (O) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Varney pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan diagnostik lain.

3. A (Analisa)

Analisis (A), merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Analisa merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kedua, ketiga dan keempat sehingga mencakup hal-hal berikut ini : diagnosis atau masalah kebidanan, diagnosis masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera untuk antisipasi diagnosis atau masalah potensial. Kebutuhan tindakan segera harus diidentifikasi menurut kewenangan bidan, meliputi : tindakan mandiri, tindakan kolaborasi dan tindakan merujuk klien.

4. P (Penatalaksanaan)

Penatalaksanaan merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan Varney langkah kelima, keenam dan ketujuh. Langkah itu meliputi merencanakan asuhan yang menyeluruh, melaksanakan perencanaan dan melakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang diberikan (Muslihatun, 2010).

PERPUSTAKAAN



POLITEKNIK 'AISYIYAH PONTIANAK